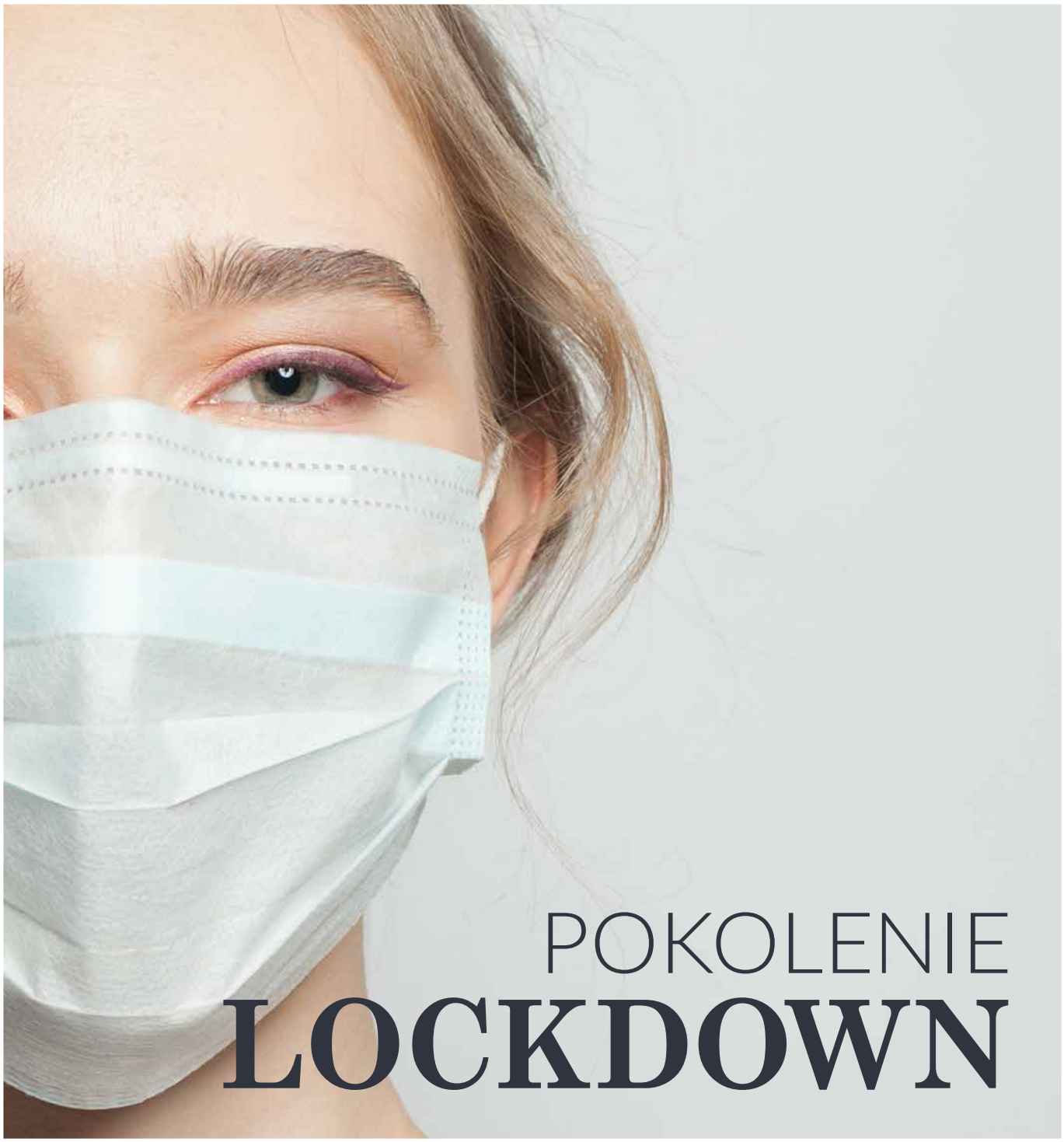
Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 2 (15) kwiecień–czerwiec 2021 • ISSN 2545-2290



POKOLENIE LOCKDOWN

PARTNER DLA MEDYCYNY

UBEZPIECZENIE MAJĄTKU PODMIOTU LECZNICZEGO, PRAKTYKI I **APTEKI**

KORZYŚCI DLA UBEZPIECZONEGO

- Bezgotówkowa likwidacja szkód majątkowych
- Ubezpieczenie całego sprzętu elektronicznego w tym medycznego na dowolną sumę nawet bez konieczności sporządzania jego wykazu
- Ubezpieczenie środków obrotowych - produktów leczniczych i wyrobów medycznych
- Ubezpieczenie leków/szczepionek wymagających przechowywania w specjalnych warunkach
- Maksymalna kwota wypłaty odszkodowania za uszkodzony sprzęt elektroniczny

Szczególnie rekomendowane dla prowadzących działalność leczniczą:

PODMIOT LECZNICZY | LEKARZY | LEKARZY DENTYSTÓW | **WŁAŚCICIELI APTEK** | OSÓB FIZYCZNYCH

JEDEN PARTNER-SZEROKI WACHLARZ UBEZPIECZEŃ

Więcej informacji uzyskają Państwo:

BEATA RACZAK
DYREKTOR ODDZIAŁU W POZNANIU

tel. **571 244 235**
mail: **beata.raczak@interpolska.pl**

Niniejszy materiał reklamowy nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego. Szczegółowe informacje o warunkach ubezpieczenia, w tym o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności TU INTER Polska S.A. uprawniających do odmowy wypłaty odszkodowania innych świadczeń lub ich obniżenia, znajdziesz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia INTER Partner dla Medycyny przyjętych Uchwałą nr 36/2021 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z dnia 25 maja 2021 r. dostępnych w placówkach TU INTER Polska S.A., u naszych agentów oraz na stronie internetowej www.interpolska.pl

aiw

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

Ostrożnie z tą wolnością

Po długich miesiącach dramatycznych komunikatów Ministerstwa Zdrowia o stanie epidemii COVID-19 w Polsce, licznych ograniczeniach życia codziennego, zamknięciu w czterech ścianach, pełnej wysiłku walce o przetrwanie aptek zaczynamy oddychać swobodniej, korzystamy z danej nam wolności. Czujemy się pewniej zaszczepieni, mamy plany wakacyjne, zaczynamy planować nasze życie zawodowe i prywatne. Jednak napływające informacje o czwartej fali zakażeń, za którą odpowiedzialna jest mutacja Delta wirusa, zmuszają nas do ostrożności w naszych relacjach bezpośrednich, w trakcie spotkań.

A zawodowo? Niepokoi nas kolejna próba uwolnienia ustawowego zakazu reklamy aptek. Pod pozorem dostępu do informacji dla pacjenta doświadczamy kolejnych działań „niewidzialnej ręki rynku" w zakresie umożliwienia reklamowania usług farmaceutycznych przez apteki.

Trwają też długo oczekiwane prace nad nowelizacją ustawy refundacyjnej, która w tym roku obchodzi swoje dziesięciolecie. Przyglądamy się temu z ostrożnością, tym bardziej, że prace są objęte tajemnicą.

Otrzymaliśmy w ustawie o zawodzie farmaceuty nowe kompetencje, cieszymy się, że jesteśmy niezależnym zawodem medycznym, czekamy na rozporządzenia wykonawcze. Możemy wykonywać świadczenia zdrowotne, liczymy na to, że będą one refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ustawa nałożyła na nas jednak wiele nowych obowiązków w zakresie wykonywania usług farmaceutycznych. Czy będzie czas, aby się do nich przygotować? Czy budowanie sytemu zarządzania jakością w aptekach znajdzie pozytywne odzwierciedlenie w ich sytuacji ekonomicznej? Wyższa jakość usług powinna nieść za sobą lepszą zapłatę. Czy płatnik usług farmaceutycznych będzie partycypował w jakiejkolwiek formie w kosztach wdrożenia rozwiązań podnoszących jakość usług w aptekach? To pytania, które nakazują bardzo ostrożne podejście do wolności wykonywania zawodu w oparciu o nowe regulacje ustawowe.

Mamy możliwość wykonywania szczepień przeciw SARS-CoV-2. NFZ przyjmuje zgłoszenia aptek do wykonywania takiego świadczenia zdrowotnego przez farmaceutów w aptekach. Przygotowanie apteki do wykonywania takich usług zobowiązuje ją do poniesienia nakładów finansowych, co jest oczywiste. Ale czy liczba szczepień wykonywanych

w aptekach pozwoli na pokrycie kosztów i wypracowanie zysku dla apteki z tej działalności? Odpowiedź na to pytanie przyniosą najbliższe miesiące. Dziś jesteśmy bardzo ostrożni w ocenie skutków ekonomicznych dla apteki w tym zakresie.

Realizacja recept wygenerowanych w systemie e-recepty, współpracującym z programami gabinetowymi ciągle pozwala na generowanie recept z błędami, które nie pozwalają na bezpieczną ich realizację. Uwolnieni zostaliśmy z obowiązku czytania recept lekarskich pisanych, ale te elektroniczne często są wystawiane w sposób budzący wątpliwości realizującego. Kto będzie odpowiadał finansowo za te błędy? Wystawiający czy apteka realizująca receptę według swojej najlepszej wiedzy?

Obserwujemy zmiany legislacyjne dotyczące działalności aptek. Tak, aby kolokwialnie mówiąc, „wrzutka legislacyjna" w wakacyjny czas, rozbieżne interpretacje istniejących przepisów nie zniszczyły działalności apteki, którą prowadzimy lub w której pracujemy. Pamiętajmy o ostrożności, której nauczyliśmy się w pandemii i tej, która wynika z naszego doświadczenia. Ta druga ostrożność to umiejętność przewidywania skutków naszych działań oraz prawa.

Zapraszam do lektury kolejnego numeru „Farmacji Wielkopolskiej" w ten czas wakacyjnej wolności, w czas uwolnienia z nakazów i zakazów pandemicznych. Korzystajmy z wolności z ostrożnością. Tak, abyśmy zachowali zdrowie swoje i swoich bliskich.

Życzę Państwu pięknych, słonecznych, radosnych wakacji, które będziemy mogli przeżyć w gronie najbliższych i tych, za których bliskością tak tęskniliśmy przez ostatnie miesiące.

www.stock.adobe.com

DZIĘKUJĘ, MOŻE PO CZWARTEJ FALI...

spis treści

Laura Olsztyńska

Eugeniusz Jarosik

www.stock.adobe.com

AWF

10 Farmaceuci zdali egzamin na piątkę | Rozmowa z prof. dr. hab. **MARCINEM CZECHEM**, specjalistą w zakresie epidemiologii i zdrowia publicznego, prezesem Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019

18 Pokolenie lockdown

21 W cieniu pandemii

28 Kształcenie przez całe życie

29 Poczta

30 Student w symulowanej aptece

36 Raport opieka farmaceutyczna

42 Współwystępowanie cukrzycy i zaburzeń depresyjnych

46 Opieka diabetologiczna w czasie pandemii

51 Cukrzyca a ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19

52 Czy leci z nami pilot?

60 Ideał sięgnął bruku

62 Zapewnienie jakości transportu leków

65 Nowa procedura zmiany kierownika apteki (II)

70 Każdy kata swego ma...

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

71 Książka

72 Elektroniczny listonosz

74 Homo patiens ’21

76 Brytyjskie apteki w czasach zarazy

79 Poczta

80 Filtry przeciwsłoneczne w praktyce apteki

87 Pacjent pandemiczny

88 Farmaceutyczny imperatyw ognia

94 Syndrom BI

98 Warto włączyć rozum

100 Farmaceuta z duszą artysty

102 Poznańskie tropy Oscara Troplowitza

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

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
Zdjęcie: www.stock.adobe.com; Eugeniusz Jarosik (koncepcja) i Wiesław Wiszowaty

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty

Autorzy
dr Hanna Cytryńska, mgr farm. Agnieszka Filipek, mgr farm. Marcelina Firus, mgr farm. Alina Górecka, Eugeniusz Jarosik, prof. dr hab. Anna Jelińska, dr n. farm. Marek Jędrzejczak, prof. dr hab. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak, Dariusz Łukaszyński, dr n. farm. Jan Majewski, dr n. farm. Katarzyna Manikowska, Marcin Józefiak, dr n. farm. Wojciech Musiał, mgr farm. Laura Olsztyńska, dr n. farm. Stanisław Pic, dr n. farm. Stefan Piechocki, mgr farm. Joanna Rutkowska, mgr farm. Kamila Ryszewska, mgr farm. Zbigniew Skotnicki, mgr farm. Mateusz Szamałek, Łukasz Świderski, mgr farm. Wojciech Ziółkowski.

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.

NATURALNY ANTYBIOTYK Z ULA

Artykuł dr n. farm. Marii Ellnain-Wojtaszek pt. „Naturalny antybiotyk z ula" „Farmacja Wielkopolska" (nr 13) traktuje o tematach leżących w kręgu moich zainteresowań. Szczególnie bliską mi kwestią jest zastosowanie surowców pochodzenia roślinnego oraz zwierzęcego w terapii infekcji intymnych. Tak jak wspomniano w artykule, tytułowy antybiotyk – propolis, posiada właściwości (antyseptyczne, przeciwzapalne, znieczulające, immunomodulujące), które z powodzeniem można wykorzystać w leczeniu wyżej wspomnianego schorzenia. Badania potwierdziły, że wodny roztwór propolisu wykazuje pozytywny wpływ na mikrobiom pochwy. Ponadto działanie znieczulające kitu pszczelego stanowi ogromny atrybut w leczeniu infekcji objawiających się bólem, świądem czy pieczeniem. Dowiedziono także, że wodne roztwory propolisu są skuteczne w zwalczaniu biofilmu wytwarzanego przez drobnoustroje chorobotwórcze, między innymi Candida albicans.

Szacuje się, że około 75 proc. kobiet przynajmniej raz w życiu doświadcza zakażenia bakteryjnego lub grzybiczego pochwy. Ponadto, u niemal połowy z nich infekcja ma charakter nawracający. Statystyki wyraźnie wskazują zatem, że jest to problem powszechny. Biorąc pod uwagę rekomendowane metody leczenia (doustne i miejscowe stosowanie chemioterapeutyków: klindamycyna, metronidazol, tynidazol) oraz problem współczesnej medycyny, jakim staje się oporność drobnoustrojów na antybiotyki, konieczna jest zmiana polityki lekowej na całym świecie oraz poszukiwanie alternatywnych form terapii. Nie dziwi więc fakt, że owe alternatywy odnajduje się w produktach pochodzenia naturalnego, wykazujących wysoką skuteczność, z jednocześnie mniejszą ilością działań niepożądanych. Największą popularnością cieszą się surowce roślinne. Od wieków w naturalnej fitoterapii stosowane są: kora dębu, koszyczek rumianku, ziele krwawnika, kwiat jasnoty oraz kwiat nagietka. W zielniku aptecznym odnaleźć można zatem cały wachlarz produktów, które mogą wspomóc lub nawet zastąpić tradycyjne chemioterapeutyki.

Wiedza ta może okazać się szczególnie przydatna w okresie letnim, kiedy ryzyko wystąpienia infekcji znacznie wzrasta wskutek podwyższonej temperatury oraz wilgotności powietrza. Korzystając z uroków wakacji, na ogół mało kto ma w głowie perspektywę zachorowania na jakąkolwiek chorobę, tym bardziej infekcję intymną. Nie myśli się o tym, że długotrwałe przebywanie po kąpieli w wilgotnym, wykonanym z syntetycznych materiałów, stroju kąpielowym sprzyja namnażaniu chorobotwórczych grzybów i bakterii, zwiększa ryzyko wystąpienia podrażnień i stanu zapalnego. Uważam, że w praktyce zawodowej powinniśmy wykazywać się holistycznym podejściem do problemów dotykających kobiety. Nie zapominajmy o dostępnych alternatywach leczenia, a także podstawowej broni – profilaktyce. Edukujmy pacjentki, w imię zasady „łatwiej zapobiegać, niż leczyć".

mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA

W TROSCE O JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO

Lektura artykułu dr n. farm. Katarzyny Regulskiej i mgr farm. Aleksandry Głęboka pt. „W trosce o jakość i bezpieczeństwo” („Farmacja Wielkopolska”, nr 14), skupiającego się na problemach, z którymi mierzą się farmaceuci pracujący w szpitalach, gdzie wykonywane są szczepienia przeciwko COVID-19, skłoniła mnie do refleksji nad rolą farmaceuty w aptece ogólnodostępnej. Farmaceuci szpitalni uczestniczą między innymi w logistyce łańcucha dostaw, gwarantują prawidłowe warunki przechowywania szczepionek, biorą udział w walidacji procedur i minimalizują ryzyko strat produktu. Niewątpliwie są niezbędnym ogniwem, zapewniającym sprawny proces przeprowadzania szczepień, które obecnie stanowią naszą największą szansę na zakończenie pandemii. Pierwszy etap tego procesu był utrudniony z powodu zbyt małych oraz często opóźnionych dostaw. Obecnie rynek dysponuje dostateczną ilością preparatów różnych producentów, zaczyna natomiast brakować chętnych do ich przyjęcia.

Pomimo że kwestia wykonywania szczepień w aptekach ogólnodostępnych budzi obecnie wiele kontrowersji, to uważam, że naszym, farmaceutów, podstawowym i niepodważalnym obowiązkiem jest przede wszystkim edukacja pacjentów. W dobie powszechnego dostępu do różnorakich środków masowego przekazu (Internet, telewizja, radio, prasa) można zaobserwować „istny zalew” informacji, często sprzecznych, w tym również tych nieprawdziwych, całkowicie zaprzeczających EBM (Evidence Based Medicine). Można się spotkać z teoriami, że szczepionki ingerują w nasz materiał genetyczny, powodują bezpłodność, a nawet... że za ich pomocą steruje nami sam Bill Gates! Nic więc dziwnego, że społeczeństwo bywa sceptyczne i zdezorientowane. Zatem, jako wysoko wykwalifikowani przedstawiciele zawodu zaufania publicznego, wykorzystując naszą elementarną wiedzę, powinniśmy promować szczepienia oraz odpowiadać na związane z nimi wątpliwości. W związku z zamknięciem części placówek medycznych (przychodni, szpitali) często to właśnie my, farmaceuci, stajemy na pierwszej linii frontu w kontakcie z pacjentem. Opierając się na budowanym przez lata zaufaniu, mamy szansę rozpowszechniać rzetelną wiedzę, obalać mity i tym samym przyczyniać się do zwiększania poziomu wyszczepialności społeczeństwa. Śmiem zaryzykować stwierdzeniem, że taką postawą jesteśmy w stanie uratować niejedno życie.

mgr farm. KAMILA RYSZEWSKA

www.stock.adobe.com

afw

FARMACEUCI zdali egzamin na piątkę

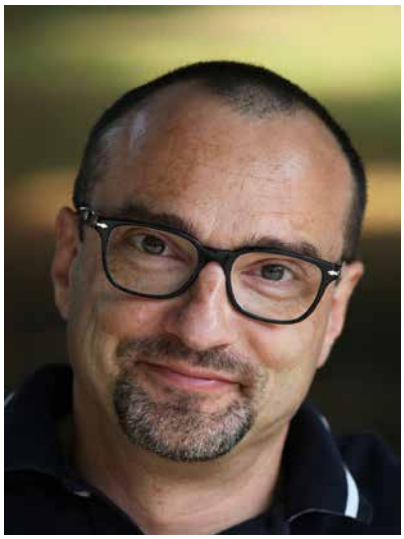
„Pandemia nauczyła nas, że zaopatrzenie w leki jest strategicznym dobrem państwa. Nauczyliśmy się, że powinniśmy bardziej polegać na substancjach czynnych produkowanych w Polsce bądź Europie, bo ich potrafi zabraknąć, że kanały dystrybucji leków powinny być niewzruszane pandemiami" – mówi prof. dr hab. **MARCIN CZECH**, specjalista w zakresie epidemiologii i zdrowia publicznego, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019, w rozmowie z mgr farm. **Aliną Górecką**, przewodniczącą Rady Programowej „Farmacji Wielkopolskiej" i redaktorem naczelnym **Eugeniuszem Jarosikiem**.

„FARMACJA WIELKOPOLSKA": Panie Profesorze, w art. 4 ust. 4 pkt 15 ustawy o zawodzie farmaceuty znajdujemy zapis, że jednym z zadań będzie przeprowadzanie analiz farmakoekonomicznych. Taki zapis w otoczeniu prawnym regulującym funkcjonowanie farmaceuty w systemie ochrony zdrowia znalazł się po raz pierwszy. Czy Pan Profesor, jako wieloletni wykładowca na wydziale farmaceutycznym, uważa, że program studiów przygotowuje nas wystarczająco do prawidłowego wykonywania takich analiz?

MARCIN CZECH: Wydaje mi się, że program studiów przygotowuje podwaliny tego, żeby w tym kierunku się rozwijać. Należy też zdawać sobie sprawę, że nie każdy farmaceuta będzie się tymi

zagadnieniami później zajmował. Tak jak jest specjalizacja wśród lekarzy, tak jest również specjalizacja wśród farmaceutów. Obierają drogę farmacji aptecznej, tak jest najczęściej, farmacji klinicznej, szpitalnej lub przemysłowej. Z punktu widzenia przydatności analiz farmakoekonomicznych i roli farmaceuty widziałbym dwa lub nawet trzy miejsca w systemie, w których te analizy pod kierunkiem farmaceutów mogłyby być realizowane. Na szczeblu centralnym w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która w zasadzie wykonuje takie analizy, albo raczej je weryfikuje w zakresie analizy ekonomicznej oceny technologii lekowych, zatrudnionych jest wielu farmaceutów, współpracujących tam w tym zakresie między innymi z matematykami, ekonomistami, ekonometrykami, lekarzami i specjalistami do spraw zarządzania. Specjaliści od analiz farmakoekonomicznych, w tym farmaceuci, przydaliby się, rzecz jasna, również w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. To drugie miejsce systemowe, gdzie ci ludzie powinni znaleźć zatrudnienie, wesprzeć system. Natomiast kolejnym tworzącym się obszarem są analizy farmakoekonomiczne dla potrzeb szpitali, najczęściej dla dużych szpitali klinicznych, gdzie wzorem państw Europy Zachodniej osoba zajmująca się farmakoekonomiką lokalną pomaga zarządzać dyrektorowi szpitala, mówiąc: „Panie dyrektorze, w zakresie zarządzania lekami proponuję takie rozwiązania, bo literatura mówi to i to, a dostosowanie tego podejścia w naszym szpitalu przez pryzmat rachunku kosztów jest takie i takie". Pojawia się nowy trend – Hospital-Based Health Technology Assessment, czyli analiza technologii medycznej realizowana w szpitalu. Tu także jest miejsce dla farmaceuty szpitalnego czy też klinicznego, który mógłby rozszerzyć swoje kompetencje, pójść na studia podyplomowe, zacząć się realnie zajmować tymi sprawami. W ten sposób jego farmakoekonomiczne kompetencje zostaną wzmocnione czy wręcz zbudowane. Oczywiście nikt nie oczekuje, że farmakoekonomiką będą się zajmować farmaceuci w aptekach, bo to ma dość ograniczony sens.

PANDEMIA POKAZAŁA, ŻE SYSTEM DZIAŁA NA GRANICY WYDOLNOŚCI. ŚREDNIA WIEKU PIELĘGNIAREK W POLSCE TO PONAD 53 LATA I CO ISTOTNE, ŚREDNIA TA STALE ROŚNIE OD KILKUNASTU LAT



afw

Poruszył Pan Profesor możliwość wykorzystania analiz farmakoekonomicznych dla decyzji zarządczych szpitali. Jest to dla mnie bardzo optymistyczna wiadomość, ponieważ może przestanie królować polityka taniości w szpitalu, gdzie decyzje podejmowane są wyłącznie przez pryzmat jednostkowych zakupów poszczególnego sprzętu czy leków, a nie patrzy się w perspektywie walorów użytkowych. Te analizy trzeba będzie pewnie połączyć z możliwościami, jakie daje prawo zamówień publicznych. Generalnie furtka do ich wykorzystania będzie otwarta. Czy analizy farmakoekonomiczne są obecnie wykorzystywane w ochronie zdrowia w Polsce? Wspomniał Pan Profesor o Agencji Oceny Technologii Medycznych, ale czy korzysta z nich także Ministerstwo Zdrowia?

Proces oceny technologii medycznych jest częścią naszego systemu ustalania cen refundacji. W analizie oceny technologii medycznej (HTA) mamy trzy, a w Polsce cztery główne elementy. Po pierwsze – analizę kliniczną, która bierze pod uwagę wartość leku, to, co wynika z badań klinicznych. Oceniana jest wartość, wiarygodność tych badań, siła dowodów. Tak naprawdę to też jest część analizy farmakoekonomicznej. Po drugie – w ocenie technologii medycznych stosuje się analizę ekonomiczną. To jest ta czysta analiza farmakoekonomiczna, gdzie najczęściej w oparciu o model matematyczny sprawdza się opłacalność danej terapii w porównaniu do komparatora, czyli takiej terapii, do której się odnosimy. Ta opłacalność musi być poniżej określonego progu. Przypomnę, próg opłacalności w Polsce jest ustalony

na poziomie 3 x PKB *per capita* i wynosi obecnie około 155 tysięcy złotych na rok życia skorygowanego o jakość (QALY – quality-adjusted life year). Jeśli dana technologia i jej zastosowanie łączy się z niższym kosztem wyrażonym za pomocą wskaźnika QALY, to wtedy jest uważana za opłacalną, jeśli jest wyższa, uważana jest za nieopłacalną. Taka ocena farmakoekonomiczna dotyczy każdej innowacyjnej terapii. Jest to warunek sine qua non wejścia innowacyjnego, chronionego patentem leku w polski system refundacyjny. Kolejnym elementem oceny technologii medycznej jest analiza wpływu na budżet. Tym razem badamy, jakim obciążeniem budżetowym w stosunku do tego, co jest obecną praktyką, będzie zastosowanie nowej terapii. Analiza wpływu na budżet niejako uzupełnia analizę technologii medycznej i też jest obligatoryjna dla wszystkich nowych technologii. Ten pakiet oceniany jest przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, a ponadto wypowiada się także, działająca w jej strukturach, Rada Przejrzystości. Prezes Agencji rekomenduje, nie rekomenduje, bądź rekomenduje warunkowo daną technologię do refundacji. Następnie producent trafia przed oblicze Komisji Ekonomicznej, która zaznajamia się z wynikami analiz farmakoekonomicznych i negocjuje ceny, instrumenty dzielenia ryzyka i warunki refundacji dla leków. W końcowym etapie pełna dokumentacja i wyniki analiz są przedstawione Ministrowi Zdrowia, który ostatecznie podejmuje decyzję w sprawie refundacji. Takie mamy poszczególne etapy podejmowania decyzji, gdzie analiza farmakoekonomiczna odgrywa kluczową rolę. Oczywiście nie dotyczy to leków odtwórczych, czyli generycznych, bo te niejako wspinając się na plecach preparatu oryginalnego, zaczynają konkurować ceną. W związku z czym nie ma już sensu powielanie analiz farmakoekonomicznych.

Jednym z zadań samorządu aptekarskiego jest wspieranie rozwoju zawodowego farmaceutów. Chcielibyśmy pomóc poszerzać kompetencje farmaceutów w zakresie umiejętności wykonywania analiz farmakoekonomicznych. Wspomniał Pan o studiach podyplomowych, ale co samorząd aptekarski mógłby zrobić, żeby przybliżyć farmaceutom zagadnienia analiz farmakoekonomicznych?

Jest wiele opcji. Istnieje na przykład możliwość współpracy z uczelniami. W Poznaniu jest chyba najsilniejsza w Polsce Katedra i Zakład Farmakoekonomiki pod wodzą prof. dr. hab. Krzysztofa Kusa. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby taką współpracę rozwinąć. Wskazana byłaby pomoc w rozpowszechnieniu informacji o możliwości studiów podyplomowych w Krakowie, Warszawie, Gdańsku lub Poznaniu. Możliwa jest współpraca z Polskim Towarzystwem Farmakoekonomicznym. Skupiamy ponad 200 osób, które zajmują się analizami farmakoekonomicznymi. Możemy skoordynować taką pomoc i wskazać osoby, które mogłyby przeszkolić farmaceutów w zakresie farmakoekonomiki. Sadzę, że będą tym zainteresowane również działające w naszym kraju firmy doradcze działające w zakresie HTA.

Bardzo dziękuję za wskazówki. Chętnie skorzystamy ze wskazanych możliwości.

Są jeszcze inne źródła wiedzy, liczne publikacje, między innymi moja książka „Farmakoekonomika w opiece farmaceutycznej", podręcznik farmakoekonomiki wydany przez Bibliotekę Naukową „Czasopisma Aptekarskiego", „Farmakoekonomika. Wybrane aspekty", ostatnia publikacja powstała pod redakcją naukową dr. hab. Pawła Kawalca z Uniwersytetu Jagiellońskiego, czy „Farmakoekonomika w zarządzaniu zasobami ochrony zdrowia" pod redakcją prof. dr hab. Elżbiety Nowakowskiej. Dostępne są wydane staraniami Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego leksykony, słowniki i podręczniki, które przybliżają najnowszą wiedzę dotyczącą farmakoekonomiki.

Panie Profesorze, w tym roku mija 10 lat od uchwalenia ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Sztywne ceny i marże, nowa tabela marż detalicznych, obowiązek pobierania odpłatności wynikającej z ustawy, całkowity zakaz reklamy aptek i ich działalności, zakaz stosowania zachęt odnoszących się do sprzedaży leków refundowanych – to regulacje, które miały istotny wpływ na rynek apteczny. Ponadto ustawa refundacyjna zmieniła model wyliczania marży na leki refundowane. Nie są one naliczane od faktycznej ceny leku, ale od kwoty limitu refundacji. Jednocześnie stworzono mechanizm, który nieustannie obniża kwotę tego limitu, wraz z rosnącym udziałem sprzedaży tańszych zamienników. Dla aptek oznacza to spadek marży kwotowej.

afw

POSTULAT NOWELIZACJI USTAWY REFUNDACYJNEJ POJAWIŁ SIĘ W RZĄDOWYM DOKUMENCIE STRATEGICZNYM „POLITYKA LEKOWA PAŃSTWA". PRZEWIDZIANY W NIM HARMONOGRAM ZMIAN NIE ZOSTAŁ JEDNAK ZREALIZOWANY

Ponoszą one też straty związane ze zmianą cen leków refundowanych w wykazach publikowanych przez ministra zdrowia. Te rozwiązania nie sprzyjają stabilizacji finansowej aptek. Skutki związane z wpływem ustawy na rynek miały być monitorowane, a minister zdrowia nie wykluczał zmian mających na celu wyeliminowanie lub złagodzenie negatywnych konsekwencji ustawy dla aptek i pacjentów. Tymczasem zapowiadanych zmian nie ma, a obowiązujący system marż aptecznych nie zapewnia aptekom stabilizacji i solidnych podstaw finasowania działalności.

Ustawa refundacyjna była bardzo dobrym rozwiązaniem, racjonalizującym wydatki. W 93 proc. działa ona dobrze, ale żeby system refundacji

funkcjonował lepiej, trzeba wprowadzić do niej około 40 zmian. Postulat nowelizacji ustawy refundacyjnej pojawił się w rządowym dokumencie strategicznym „Polityka lekowa państwa". Przewidziany w nim harmonogram zmian nie został jednak zrealizowany. Natomiast ja przygotowałem założenia zmian ustawy refundacyjnej, niejako przejmując pałeczkę od ministra Krzysztofa Łandy. Wiem, że ta praca została ukończona przez ministra Macieja Miłkowskiego, a nowelizacja ustawy refundacyjnej została wpisana w plan legislacyjny Kancelarii Prezesa Rady Ministrów oraz przekazana ostatnio do konsultacji społecznych. Jedna z propozycji tam zawartych to publikacja list refundacyjnych rzadziej, czyli co trzy, a nie co dwa miesiące. To jedna z wielu przygotowanych zmian zawartych w projekcie.

A co z systemem marż detalicznych i mechanizmem kreującym spadek marży kwotowej?

Nie pracuję już na ul. Miodowej, stąd trudno mówić za obecnego ministra, ale ja bym nie zmieniał regulacji dotyczących marż aptecznych, choć zawsze są możliwe jakieś korekty. To by oznaczało otwarcie bardzo trudnego frontu negocjacyjnego. Ustawa wprowadza tyle zmian, że tychże frontów dla ministra będzie dużo. Nie chciałbym, żeby znowu było tak, że ministerstwo wycofa się z nowelizacji. Zaproponowałbym inne rozwiązanie. W oparciu o ustawę o zawodzie farmaceuty uruchomiłbym inny strumień pieniędzy – finansowałbym opiekę farmaceutyczną, która będzie przesuwała aptekę w kierunku jednostki ochrony zdrowia, a farmaceutów w kierunku pracowników sektora medycznego. Takich, którzy pomagają pacjentom i w jakiś zdefiniowany, przedyskutowany, ustalony sposób to wynagradzał. Mówię o opiece farmaceutycznej widzianej bardzo szeroko. Jeśli byłaby taka opieka nad pacjentem, to jest do rozważenia byłaby stawka kapitacyjna. Być może opłata w aptece mogłaby być połączona na przykład z przeglądem lekowym? Jeszcze kilka lat temu Narodowy Fundusz Zdrowia nie chciał takich usług finansować, a obecnie bierze to pod uwagę. Być może farmaceuci mogliby zarabiać na szczepieniach przeciwko grypie? Ta droga wydaje mi się właściwsza niż modyfikacja marż. Zadbałbym jeszcze o inne podejście do finansowania dyżurów aptek tam, gdzie jest ich mniej, gdzie prowadzenie apteki związane jest z większym ryzykiem finansowym. Myślę o małych miejscowościach.

Marcin Czech

Profesor nauk medycznych i nauk o zdrowiu, wykładowca i profesor Politechniki Warszawskiej oraz Instytutu Matki i Dziecka. Jest kierownikiem Interdyscyplinarnych Studiów Menedżerów Farmacji, Studium Farmakoekonomiki, HTA i Prawa Farmaceutycznego. Gościnnie wykłada na studiach MBA SGH-WUM na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, w Collegium Medicum UKSW oraz jako wizytujący profesor na Uniwersytecie w Sofii i na Uniwersytecie w Astanie. Zajmuje stanowisko kierownika Zakładu Farmakoekonomiki oraz kierownika Zespołu ds. Kontroli Zakażań Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka. W latach 2017-2019 był wiceministrem zdrowia nadzorującym i współzarządzającym Departamentem Polityki Lekowej i Farmacji oraz odpowiadającym za współpracę międzynarodową Polski w zakresie zdrowia. Jest autorem ponad 300 prac i doniesień z dziedziny zarządzania, ekonomiki zdrowia, farmakoekonomiki i jakości życia, publikowanych zarówno w czasopismach zagranicznych, jak i polskich. Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego. Zasiada we władzach Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Opieki Zdrowotnej.

Można by też finansować dyżury nocne i w dni świąteczne...

Częściowo mówię też o finansowaniu dyżurów. Jest to kwestia nierozwiązana przez wiele, wiele lat. Podczas pracy w ministerstwie próbowałem zająć się tą sprawą. Proszę zwrócić uwagę, że nie ma problemu finansowania dyżurów aptek w dużych miastach. Zgadzam się w pełni, że problem dyżurów powinien być rozwiązany tam, gdzie ich pełnienie łączy się ze stratą.

Niezbędna jest współpraca z samorządem powiatowym. Jeśli konieczny jest dyżur apteki w jakimś powiecie, a samorząd zna rzeczywiste potrzeby mieszkańców regionu, to powinien otrzymać pieniądze na ten cel z budżetu państwa, albo wygospodarować je w ramach własnych środków.

Jestem jak najbardziej za takim rozwiązaniem, bo nikt tego lepiej niż samorząd nie zrobi.

Rzeczywiste potrzeby powiatów w zakresie dyżurów nocnych można by określić na podstawie DRR-ów, czyli dokumentów realizacji recepty, które w systemie są już dostępne.

Zdecydowanie. Paradoks polega na tym, że NFZ informatyzując się coraz bardziej i zatrudniając analityków, ma coraz lepszy dostęp do takich danych, na podstawie których można by podejmować decyzje. Tylko trzeba to zrobić.

Pandemia bardzo obciążyła służbę zdrowia. Ogromne środki pochłonęło leczenie chorych na COVID-19 i schorzenia będące następstwem infekcji SARS-CoV-2, organizacja tymczasowych szpitali, szczepienia etc. A są jeszcze nieoszacowane dotąd koszty odłożonych w czasie hospitalizacji, operacji, braku dostępu do specjalistów i diagnostyki. Jak ocenia Pan skalę problemów, z jakimi musi zmierzyć się nasz system ochrony zdrowia?

To olbrzymia skala wyzwań. Nie dość, że mamy pacjentów z powikłaniami po COVID-19, których trzeba leczyć i do nich dostroić system, to jest jeszcze dług zdrowotny zaciągnięty w różnych specjalnościach, w różnych mechanizmach – od zamykania gabinetów lekarzy rodzinnych po gorszą jakość teleporad i sytuacje, gdy nie w pełni mogły one zastąpić wizytę realną. Kolejny mechanizm to obawa samych pacjentów, żeby pójść do lekarza, skorzystać na przykład z interwencji kardiologa czy onkologa, schemat postępowania w rodzaju: „Jak się pojawia jakaś niepokojąca zmiana, która może wskazywać na nowotwór, to odłożę tę wizytę, bo jeszcze zachoruję na COVID i umrę". Na to nakłada się coraz większy kryzys, jeśli chodzi o kadry. Ta pandemia pokazała, że system działa na granicy wydolności. Średnia wieku pielęgniarek w Polsce to ponad 53 lata i co istotne, średnia ta stale rośnie od kilkunastu lat. Kto się zajmie chorymi w coraz szybciej starzejącym się społeczeństwie? Jeśli szybko nie zareagujemy, to ten dług będzie dotyczył nas. Zresztą dług zdrowotny już ma odzwierciedlenie w nadmiarowych zgonach, które były nienotowane od II wojny światowej. Sytuacja jest naprawdę bardzo poważna. Moim zdaniem powinien to być środek wszelkich rozważań politycznych i dyskusji, nie tylko dyskursu politycznego, ale również zarządczego. Chodzi o to, aby tym kryzysem zarządzać w jak najbardziej optymalny sposób, żeby cena była jak najniższa. Koszty pandemii są olbrzymie – zarówno w wymiarze kosztów bezpośrednich, medycznych, jak i pośrednich, a część tych kosztów generują przedwczesne zgony.

FARMACEUCI ZDALI EGZAMIN NA PIĄTKĘ. APTEKI CAŁY CZAS DZIAŁAŁY W CZASIE PANDEMII. APTEKARZE POMAGALI PACJENTOM CZĘŚCIEJ NIŻ LEKARZE, KTÓRZY PRACOWALI ZDALNIE. FARMACEUTA NIE PRACOWAŁ ZDALNIE

Nassim Taleb w eseju „Antykruchość" stawia tezę, że w dzisiejszym świecie przeważa to, co nieznane, przypadkowe i zmienne. „Niektórym rzeczom służą wstrząsy; rozwijają się i rozkwitają pod wpływem zmienności, przypadkowości, nieładu i stresu; przygody, ryzyko i niepewność to ich żywioł". Według niego obecny kryzys globalny związany z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 to próba generalna przed naprawdę groźną pandemią, która nieuchronnie się zbliża. Obecnie uczymy się, jak nią zarządzać. Czy epidemia koronawirusa jest zatem szansą dla współczesnych społeczeństw?

My już zapomnieliśmy, że są choroby zakaźne. Tak to odczuwam, bo jestem epidemiologiem z wykształcenia. Mam dwie najbardziej pogardzane specjalności medyczne, czyli epidemiologię i zdrowie publiczne. Obie pięcioletnie, ciężkie specjalizacje. Tymczasem okazało się, że choroby zakaźne są, że mogą całkiem nieźle uderzyć, mogą spowodować globalny kryzys. Jestem przekonany, że nie jest to ostatnia pandemia, z jaką mamy do czynienia. Ta zresztą jeszcze trwa. Nie możemy zapomnieć, że musimy kształcić lekarzy chorób zakaźnych, epidemiologów, że musimy mieć sprawnie działającą inspekcję sanitarną, a nie archaiczny organizm który próbuje udawać, że jest nowoczesną służbą. Musimy mieć potencjał, który pozwoli na szybki rozwój szczepionek. Z europejskiego punktu widzenia homo sapiens zdał egzamin na piątkę. Bardzo szybko wyprodukowaliśmy

bezpieczne i skuteczne szczepionki, które chronią populację. Nie zrobiliśmy tego dla całego świata, nad czym ubolewam jako jego obywatel. Dystrybucja szczepionek daleka jest od idealnej, zdeterminowana zasobnością portfela bądź siłą nabywczą pieniądza w danym państwie. Nauka zdała egzamin na piątkę, ponieważ otrzymaliśmy szczepionki. Nauczyliśmy się, że zarówno diagnostyka, jak i możliwość terapii czy prewencji, a także przygotowanie właściwych służb powinno być absolutnym priorytetem. Ważna jest również współpraca międzynarodowa, ale ta współpraca też jest na dobrą czwórkę zdana.

ROZMOWA MGR FARM. ALINY GÓRECKIEJ I EUGENIUSZA JAROSIKA Z PROF. DR. HAB. MARCINEM CZECHEM ODBYŁA SIĘ ZA POŚREDNICTWEM PLATFORMY MS TEAMS DZIĘKI WSPARCIU UDZIELONEMU PRZEZ PRACOWNIKÓW KATEDRY I ZAKŁADU FARMAKOEKONOMIKI I FARMACJI SPOŁECZNEJ UMP: KIEROWNIKA KATEDRY DR. HAB. KRZYSZTOFA KUSA (W LEWYM GÓRNYM ROGU) ORAZ DR. HAB. TOMASZA ZAPRUTKO (NA ZDJĘCIU RAZEM Z SYNEM OLKIEM)

Przed nauką jest jeszcze sporo wyzwań. Ciągle między innymi trwają spory różnych środowisk naukowych na temat pochodzenia koronawirusa...

To jest właśnie istota nauki – pytania, hipotezy, wątpliwości, spory merytoryczne ... Mamy najbardziej prawdopodobną opcję, czyli „przeskoczenie" wirusa ze zwierząt na ludzi; to się ciągle zdarza w przyrodzie. Dotyczy to wirusów grypy czy koronawirusów. Wirusy też chcą przetrwać i mieć większą pulę swoich żywicieli, gospodarzy. Nie można wreszcie wykluczyć, że ktoś się bawił bronią biologiczną. Jak popatrzymy na geopolitykę z gospodarczego wymiaru, to zwycięzcami tej pandemii są Chińczycy. Amerykanie zostali przyhamowani, Europejczycy też zostali lekko zepchnięci. Nie wiem, czy kiedykolwiek będziemy wiedzieć, jak to się właściwie zaczęło.

Jak COVID wpłynął na politykę lekową i na rynek farmaceutyczny w naszym kraju? Wiadomo, że zmniejszono zużycie leków w programach terapeutycznych, że wielu preparatów zabrakło. Czegoś nas ta pandemia nauczyła?

Nauczyła nas na pewno tego, że zaopatrzenie w leki jest strategicznym dobrem państwa. I że bezpieczeństwo lekowe państwa jest bardzo ważne. Nauczyliśmy się, że powinniśmy bardziej polegać na substancjach czynnych produkowanych w Polsce bądź Europie, bo ich potrafi zabraknąć, że kanały dystrybucji leków powinny być niewzruszane pandemiami. Nie mieliśmy wielkiego kryzysu, jeśli chodzi o dystrybucję leków. To, że programy lekowe nie były realizowane, wynikało z innych przyczyn, między innymi niedostępności do lekarzy, do ośrodków, a także z najprzeróżniejszych barier, które są związane z pandemią. Akurat farmaceuci zdali egzamin na piątkę. Apteki cały czas działały w czasie pandemii. Aptekarze pomagali pacjentom częściej niż lekarze, którzy pracowali zdalnie. Farmaceuta nie pracował zdalnie. Wszyscy profesjonaliści medyczni, którzy w czasie pandemii pracowali bezpośrednio z pacjentami, zapłacili za to wysoką cenę. Wystarczy popatrzeć na setki zgonów lekarzy, farmaceutów, ratowników, pielęgniarek, położnych.

Nauczyliśmy się też korzystać ze środków higieny i ochrony osobistej, nauczyliśmy się dystansować, nauczyliśmy się takiej rozwagi epidemicznej. Wszyscy ludzie, którzy się znają na chorobach zakaźnych, gdzieś w tym systemie ponownie zaczęli mieć głos.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiali ALINA GÓRECKA i EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska"
Współpraca: ANNA JAROSIK

EUGENIUSZ JAROSIK

POKOLENIE LOCKDOWN

Czy ostatni etap kształcenia w warunkach nauki online, wirtualne kontakty z wykładowcami i promotorami prac magisterskich, a także rozpoczynanie kariery zawodowej w okresie pandemii COVID-19 będzie miało wpływ na przyszłe losy absolwentów szkół wyższych, w tym uczelni medycznych?

www.stock.adobe.com

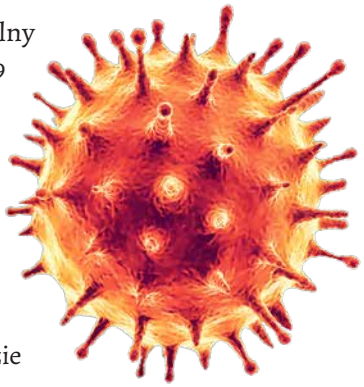
Szkolnictwo wyższe przeszło ogromne zmiany w czasie pandemii COVID-19. Jej początek – przypadający na semestr letni 2020 r. – wymusił naukę zdalną oraz korzystanie z nowych lub przebudowanych platform edukacyjnych online. W semestrze zimowym przyjęto przeróżne strategie działań: niektóre uczelnie przywróciły udział osobisty w zajęciach, część nadal w pełni działała online, a inne skorzystały z rozwiązań hybrydowych.

Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu szybko dostosował się do reguł obowiązujących w czasie pandemii. W trybie online były nie tylko egzaminy i zaliczenia, ale także obrony prac magisterskich. „Można zadać sobie pytanie, czy nauczanie zdalne może zastąpić formy nauczania z udziałem studentów i prowadzącego. Zdaniem nauczycieli akademickich ta forma zajęć wymagała od nich zdecydowanie więcej czasu na przygotowanie. Na kierunku farmacja i analityka medyczna obowiązują standardy nauczania, w których określone są także możliwości i formy realizacji zajęć. Z uwagi na zaistniałą sytuację Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego umożliwiło w czasie epidemii realizację części zajęć praktycznych w formie zdalnej. Prowadząc w ostatnim czasie zajęcia w formie zdalnej, uświadamiamy sobie, jak ważny jest bezpośredni kontakt ze studentami. Jest nam niezmiernie miło, kiedy studenci oświadczają, że także tęsknią za tym, aby spotkać się z prowadzącymi" – pisała na łamach „Farmacji Wielkopolskiej" („Wydział Farmaceutyczny UMP w czasie epidemii", nr 10/11) prof. dr hab. Anna Jelińska, obecnie dziekan poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego.

Nauka online na ogół nie jest pozytywnie oceniana przez studentów. Z badań przeprowadzonych przez firmę WeWork we współpracy z firmą badawczo-doradczą Brightspot Strategy, które objęły ponad 400 studentów w Stanach Zjednoczonych, wynika, że studenci uczący się wyłącznie online są o połowę mniej zadowoleni w porównaniu ze studentami w pełni stacjonarnymi. Największy wpływ na zadowolenie studentów miała możliwość osobistego udziału w zajęciach. Kształcenie online silnie oddziałuje na życie studentów, a tym samym na ogólne doświadczenie uniwersyteckie. Studentom trudno jest nawiązywać kontakty towarzyskie i budować więzi z podobnie myślącymi osobami za pośrednictwem zajęć wirtualnych.

Prof. dr hab. Arkadiusz Gut z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przebadał kilkadziesiąt osób, które opuściły uczelnie, wróciły do rodzinnych domów i stamtąd studiowały online. „Studenci, których badaliśmy, zatracili kategorie organizacji dnia: «rano – południe – wieczór», albo organizacji tygodnia «poniedziałek – weekend». Zewnętrzny system organizacji czasu przestał istnieć, więc próbowali zastąpić go systemem wewnętrznym, wymyślanym samodzielnie, ale nuda odebrała paliwo systemowi wewnętrznemu (czyli SELF)" – podkreśla prof. Gut. Badanie ujawniło, że system edukacji, który ukształtował się w szkole średniej i na studiach nie buduje w nas systemu SELF: samoplanowania i samodzielności. Pandemia sprawiła, że młodzi ludzie stracili poczucie sprawczości.

Badania wskazują, że nauka zdalna jest skuteczna tylko wtedy, kiedy nie jest przymusem, ale jest samodzielną wewnętrzną decyzją. Ponadto zajęcia online powinny zajmować tylko wycinek aktywności studentów, mocno stymulowany przez prowadzących. Studenci są przekonani, że w nauce zdalnej uzyskują mniej wiedzy i nie nabywają wielu kompetencji, jakie nabywali w trybie stacjonarnym, chociaż na ogół oceniają pracę wykładowców i samych uczelni dość wysoko. „Problem jest głębszy. W nauce online, w takim wymiarze jak jest ona realizowana w trakcie lockdownu w stosunku do nauki stacjonarnej, nie następuje zwykłe zastąpienie jednej metody nauczania inną, lecz pojawia się zmiana ekosystemu zarządzającego ludzkim systemem poznawczym i systemem emocjonalnym. I tej zmiany doświadczają nasi studenci" – wskazuje prof. Gut.



Kryzysy definiują pokolenia. Globalny kryzys spowodowany pandemią COVID-19 będzie miał długoterminowy wpływ na kariery zawodowe młodych osób przed 25. rokiem życia, co skłoniło Międzynarodową Organizację Pracy (ILO – International Labour Organization) do określenia tej grupy demograficznej mianem POKOLENIA LOCKDOWN. Z raportu ILO wynika, że COVID-19 będzie miał „niszczący i nieproporcjonalny" wpływ na perspektywy zawodowe młodych ludzi. W obecnej sytuacji osoby te są narażone na szok na rynku pracy – częściej niż innym grupom aktywnym zawodowo

grozi im utrata zatrudnienia, a poza tym gorsza koniunktura oznacza, że napotkają na większe bariery przy wejściu na rynek pracy spowodowane mniejszym popytem ze strony pracodawców.

Pandemia może zaważyć na całej karierze zawodowej. Początkowe trudności z wejściem na rynek pracy w czasie recesji skutkują znacznie niższymi zarobkami i bardziej ograniczonymi awansami nawet w perspektywie 15 lat. Istotne są też długoterminowe skutki zdrowotne. Ekonomiści amerykańscy Hannes Schwandt (Northwestern University) i Till von Wacther (UCLA) badali osoby wchodzące na rynek pracy w Stanach Zjednoczonych podczas recesji na początku lat osiemdziesiątych. W trakcie badań zidentyfikowano negatywny wpływ tej sytuacji na zdrowie badanych w przyszłości. Osoby z tej grupy są bardziej narażone na wcześniejszą śmierć - będą żyły średnio o 6-9 miesięcy krócej niż osoby rozpoczynające pracę w czasach lepszej koniunktury. Wyższy wskaźnik śmiertelności jest spowodowany zmianami behawioralnymi i wiąże się szczególnie z nadużywaniem alkoholu, narkotyków i paleniem. Różnice behawioralne były prawdopodobnie spowodowane nawykami nabytymi w młodszym wieku, na co niewątpliwie wpływ miał stres związany z pracą, niepewnością i niejasną wizją dalszego rozwoju zawodowego. Naukowcy obawiają się, że konsekwencją pandemii koronawirusa będzie powstanie pokolenia nieprzystosowanego społecznie, niepewnego siebie i bezrobotnego.

Obserwacja losów absolwentów uczelni, którzy pacę zawodową zaczynają w okresie zmagania się przedsiębiorców ze skutkami pandemii, z pewnością zweryfikuje wiele hipotez i dostarczy informacji, które pozwolą nie tylko lepiej przygotować się na kolejne kryzysy pandemiczne, ale i jak najszybciej opracować program pomocy (finansowej, psychologicznej) dla osób z POKOLENIA LOCKDOWN. Bądźmy optymistami – przy odpowiednim wsparciu poradzą sobie one ze skutkami pandemii. Młodemu pokoleniu w Polsce sprzyja niż demograficzny i kurczące się zasoby kadrowe na rynku pracy. Będą one tworzyły luki, które szczególnie młodzi i wykształceni ludzie będą mogli skutecznie wypełniać.

afw

EUGENIUSZ JAROSIK
Prawnik, publicysta, redaktor naczelny „Farmacji Wielkopolskiej", wieloletni sekretarz redakcji i zastępca redaktora naczelnego tygodnika „Wprost", były rzecznik prasowy Naczelnej Izby Aptekarskiej; dyrektor Biura WOIA w Poznaniu.

Laura Olsztyńska

ABSOLWENCI WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU (PO UROCZYSTOŚCI ŚLUBOWANIA W MUZEUM FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ 12 MAJA 2021 ROKU)

W CIENIU PANDEMII

Nadzieje, marzenia i aspiracje tegorocznych absolwentów Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. KORDIAN ZIELIŃSKI

NIEPRZEMIERZONE POKŁADY WIEDZY Z WSZYSTKICH MOŻLIWYCH DZIEDZIN CHEMII W ŻADEN SPOSÓB NIE MAJĄ SZANSY PRZYDAĆ SIĘ W CODZIENNEJ PRACY FARMACEUTY W APTECE

Absolwentom składającym ślubowanie w Muzeum Farmacji w Poznaniu 12 maja 2021 r. redakcja „Farmacji Wielkopolskiej" zadała kilka pytań. Odpowiedzi pomogły stworzyć zarys portretu farmaceutów kończących studia i rozpoczynających karierę zawodową w czasach pandemii COVID-19.

Dlaczego farmacja?

Na pytanie o motywy wyboru studiów farmaceutycznych mgr farm. Bogumił Buksalewicz odpowiedział: „Wybrałem studia farmaceutyczne, ponieważ uważam zawód farmaceuty za interesujący i ambitny. Ponadto studia te dają możliwość wyboru kilku ciekawych ścieżek kariery i praktycznie gwarantują znalezienie zatrudnienia zaraz po ich zakończeniu. Wybierając zawód farmaceuty, miałem również nadzieję na to, że przyszła praca dostarczy mi satysfakcji, a także zapewni stabilność finansową". Mgr farm. Nikola Gil o studiach farmaceutycznych marzyła już w gimnazjum. Fascynował ją świat leków i działanie preparatów, z którymi zetknęła się w domu. Mgr farm. Marcelina Firus do studiowania farmacji zachęciło zainteresowanie chemią i biologią. Ale nade wszystko lubi kontakt z ludźmi i chce im pomagać – te okoliczności zadecydowały o wyborze ścieżki zawodowej. Inne były motywy mgr. farm. Kordiana Zielińskiego: „Od dziecka uprawiam jeździectwo, które wymaga dużych nakładów pieniężnych, w związku z tym praca, która pozwoli mi finansować moją pasję, była kluczowym elementem. Nie mam misji ratowania świata ani niesienia pomocy chorym i potrzebującym. Nigdy nie chciałem być lekarzem. Zainteresowanie chemią i biologią od najmłodszych lat pchało mnie w kierunku tych nauk. Częściowo wybrałem farmację również dlatego, że chcę mieć wiedzę o lekach, sposobach leczenia, dostępnych substancjach i efektach ich działania. Zarówno pod kątem ludzi, jak i koni".

Staż czyli konfrontacja z rzeczywistością

Obowiązkowa praktyka w aptece ogólnodostępnej po zakończeniu studiów farmaceutycznych to pierwsza konfrontacja marzeń i nadziei młodego farmaceuty z realnym światem, w którym funkcjonuje aptekarz.

„Codzienna praca w aptece otwartej w dużej mierze jest spójna z tym, czego oczekiwałem. Jest to praca, która daje satysfakcję, a przy tym wymaga ciągłego rozwoju i połęgbiania swojej wiedzy" – utrzymuje Bogumił Buksalewicz.

„W polskich aptekach na co dzień nie wykorzystujemy wiedzy o lekach, którą starannie posiedliśmy na studiach" – ubolewa Marcelina Firus, ale cieszy ją fakt, że „pacjenci w stosunku do farmaceutów są zazwyczaj przyjaźni".

Młodzi farmaceuci mieli nadzieję, że uczelnia lepiej przygotuje ich do codziennej pracy. Tymczasem okazało się, że są obszary, w których niedosyt wiedzy jest wyraźnie odczuwalny. „Konfrontacja teorii z praktyką, a raczej z rzeczywistością, jest dość bolesna. Często nie znamy wielu aspektów obsługi programu aptecznego, dopiero uczymy się, jak realizować recepty zgodnie z obowiązującym prawem. Komunikacji z pacjentem, zwłaszcza tym starszym czy roszczeniowym, także musimy uczyć się na żywym organizmie" – podkreśla mgr farm. Weronika Jęchorek. Nie kryje też rozczarowania postawą niektórych osób odpowiedzialnych za przebieg praktyk: „Jeśli stażysta przez kilka miesięcy traktowany jest jako darmowa siła robocza, zastępująca niezatrudnioną w aptece pomoc aptekczną, a czynności mające faktyczny związek z pracą farmaceuty wykonuje dopiero wówczas, gdy upora się z czarną robotą, to nie jest to w żaden sposób podejście edukacyjne".

Nikolę Gil praktyka zawodowa w aptece przygotowała pod kątem przeprowadzania wywiadu z pacjentem i zapoznania się częściowo z asortymentem rynku aptecznego. Farmaceutka przekonuje jednak, że wskazane jest skrócenie okresu stażu („brak możliwości zarabiania od razu po studiach, nawet symbolicznej kwoty, jest po prostu krzywdzący") i krytykuje traktowanie stażysty w aptece jako osoby „zawadzającej" i „niepotrzebnej", a często wykorzystywanej przede wszystkim do sprawdzania towaru w aptece.

Mniej teorii, więcej praktyki

Zapytaliśmy absolwentów, jak z perspektywy sześciomiesięcznej praktyki w aptece oceniają obecny program studiów farmaceutycznych. Absolwenci zgodnie podkreślają, że nie przygotowuje on dostatecznie do wykonywania zawodu, do wyzwań, jakim trzeba stawić czoło podczas pracy w aptece.

„Nieprzemierzone pokłady wiedzy z wszystkich możliwych dziedzin chemii w żaden sposób nie mają szansy przydać się w codziennej pracy farmaceuty w aptece. Nawet wiedzę z farmakologii czy farmakoterapii musimy przepuszczać przez filtr «z polskiego na nasze», gdyż przeciętny pacjent nie zrozumie, o co nam chodzi. Chociaż wiedza z receptury jest przez nas wykorzystywana, to ze względu na to, że przedmiot ten realizowany jest na wcześniejszych latach, często musimy sięgać do notatek i skryptów, żeby odświeżyć sobie niektóre wiadomości. Nierzadko okazuje się, że nawet półroczny staż nie przygotowuje nas do pracy w aptece" – zauważa Weronika Jęchorek.

Mgr farm. Jagoda Ignasiak wskazuje, że dużo zajęć obowiązkowych skupia się na zagadnieniach i obszarach, które w praktyce nie mają większego znaczenia, a na zajęcia fakultatywne, niekiedy bardzo interesujące, brakuje już czasu. Farmaceutka uważa, że w programie studiów więcej miejsca należy poświęcić lekom nowej generacji, innowacyjnym, a także lekom OTC i terapii komplementarnej („co warto suplementować, jakie witaminy zażywać, stosując określoną grupę leków przepisanych na recepcie").

Kordian Zieliński przeznaczyłby w programie studiów więcej godzin na zajęcia z fizjologii i patofizjologii, połączone

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. NIKOLA GIL

z szeroko rozumianą farmakologią („bardziej w kierunku farmakoterapii, praktycznych połączeń leków, rozumienia objawów i skutków niepożądanych"). Poza tym, w jego opinii, zajęcia z farmakognozji powinny być w większym stopniu ukierunkowane na pozyskiwanie „praktycznych informacji na temat ziół, suplementacji i doradztwa w tym zakresie" („rozpoznawanie suszu pod mikroskopem" nie przygotowuje do kompetentnego doradzania pacjentom w aptece).

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. JAGODA IGNASIAK

Apteki w czasach zarazy

Pandemia to szczególne wyzwanie dla farmaceutów wykonujących zawód w aptekach. Z jakimi problemami, trudnościami musi zmierzyć się farmaceuta w aptece? W jaki sposób pandemia wpłynęła na zmianę postrzegania w społeczeństwie zawodu farmaceuty i jego roli w systemie ochrony zdrowia?

Większość absolwentów podkreśla, że rola farmaceuty w społeczeństwie i w systemie ochrony zdrowia zyskała na znaczeniu w okresie pandemii. „Ze względu na utrudniony kontakt z lekarzami, skomplikowane procedury, a czasem nawet brak możliwości skorzystania z pomocy lekarza pacjenci częściej, niż to bywało w przeszłości, oczekują rozwiązania swoich problemów już w aptece" – twierdzi Bogumił Buksalewicz. Zwiększyła się zatem odpowiedzialność farmaceutów za podejmowane decyzje, które pozwalają roztoczyć lepszą opiekę nad pacjentem w sytuacji kryzysu zdrowotnego i instytucjonalno-organizacyjnych perturbacji w ochronie zdrowia. Ponadto farmaceuci uzyskali możliwość wykonywania szczepień przeciw COVID-19 (po ukończeniu kursu), co ma znaczeniu w walce z pandemią.

„Pandemia pokazała, jak ważną rolę odgrywa farmaceuta w procesie leczenia. W sytuacji ograniczonego dostępu do lekarzy i teleporad pacjenci często i chętnie szukali pomocy profesjonalisty przy pierwszym stole. Farmaceuta został w końcu zauważony. Przestał być sprzedawcą z wyższym wykształceniem. Pacjenci docenili naszą wiedzę i kompetencje. Szansa na podzielenie się swoją wiedzą z pacjentem sprawia mi radość i satysfakcję. Widzę także, że pacjenci są zadowoleni z udzielanych im porad" – wskazuje Weronika Jęchorek. Podobne spostrzeżenia ma Nikola Gil: „Coraz więcej osób docenia możliwość uzyskania porady farmaceutycznej. Mimo krótkiego okresu pracy w zawodzie zdążyłam usłyszeć od pacjentki, którą edukowałam między innymi odnośnie ważności leków po otwarciu opakowania, że gdyby była młodsza, też studiowałaby farmację, żeby mieć taką wiedzę jak ja. Jestem szczęśliwa, że pacjenci zaczynają nas słuchać i widzą sens tego, co robimy".

Apteki musiały dostosować się do rygorów sanitarnych. Pojawiły się trudności komunikacyjne. „Porozumiewanie się na drodze maska – szyba/plexi – maska, zwłaszcza ze starszymi pacjentami, bywa trudne. Jeśli dodamy do tego pracę w aptece sieciowej, której właściciel wymaga otwartych drzwi tuż przy ruchliwej drodze i torach tramwajowych... W aptece robi się głośno" – zauważa Weronika Jęchorek. „Największym problemem, a właściwie zagrożeniem w okresie pandemii jest kontakt z osobami zakażonymi koronawirusem. Z całą pewnością każdy farmaceuta pracujący w aptece ma na co dzień nieświadomy kontakt z takimi osobami. Na początku mojego stażu bałam się zakażenia się w aptece. Dopiero po zaszczepieniu się poczułam się bardziej spokojna; prawdopodobieństwo zakażenia się po szczepionce jest

dużo niższe" – wspomina Marcelina Firus.

Kordian Zieliński wskazuje, że dużym problemem były niedobory maseczek i płynów do dezynfekcji, a także wysokie ceny rękawiczek jednorazowych. „Chaos informacyjny często powodował niepotrzebne dyskusje z pacjentami, którzy przeczytali w Internecie, że lek X jest cudownym środkiem na COVID. Również godziny dla seniorów wprowadzały ogromne zamieszanie. Czy można obsłużyć matkę, która przychodzi po lek na gorączkę dla małego dziecka, skoro nie jest seniorką? Jak jej odmówić? Odbywały się też liczne dyskusje na temat sensu noszenia maseczki («czuję się dobrze», «farmaceuta ma maseczkę, to ja nie muszę», «przecież jest szyba», «skąd pan/i może wiedzieć, jak to działa, przecież nie jest pan/i lekarzem»)" – relacjonuje farmaceuta, który ubolewa, że niektórzy pacjenci widzieli w aptekarzach „złodziei od maseczek", celowo windujących ceny, by jak najwięcej zarobić na pandemii.

Problemy polskich aptekarzy

Identyfikując główne problemy aptekarzy w naszym kraju, Bogumił Buksalewicz wskazał na potrzebę stworzenie warunków do wprowadzenia opieki farmaceutycznej. „Zapewni to wzmocnienie pozycji farmaceutów, intensywny rozwój zawodowy, wzrost zarobków, spowoduje odciążenie systemu opieki zdrowotnej oraz poprawę dostępu pacjentów do świadczeń. W tym kontekście najważniejszym problemem jest finansowanie opieki farmaceutycznej" – podkreśla farmaceuta.

Weronika Jęchorek dostrzega potrzebę stworzenia możliwości realizacji rozpoczętej recepty w innej aptece („zwłaszcza w przypadku recept na leki deficytowe umożliwiłoby to pacjentom lepszy dostęp do terapii"), a także wystawiania recept pro auctore i pro

PANDEMIA POKAZAŁA, JAK WAŻNĄ ROLĘ ODGRYWA FARMACEUTA W PROCESIE LECZENIA. W SYTUACJI OGRANICZONEGO DOSTĘPU DO LEKARZY I TELEPORAD PACJENCI CZĘSTO I CHĘTNIE SZUKALI POMOCY PROFESJONALISTY PRZY PIERWSZYM STOLE

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. BOGUMIŁ BUKSALEWICZ

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. MARCELINA FIRUS

familiae przez farmaceutów także na leki recepturowe („farmaceuta ma nierzadko lepszą niż lekarz wiedzę na temat możliwości skutecznej terapii z zastosowaniem leku recepturowego i właściwego jego składu od lekarza, nie widzę więc powodu, dla którego nie ma takiej możliwości").

Nikola Gil zwraca uwagę na problem relacji między farmaceutą a lekarzem. „Kiedy na praktykach po trzecim roku studiów poszłam do lekarza poprawić receptę, usłyszałam «pani magister wydziwia». Niestety, musimy przestrzegać prawa. Większość realizowanych przeze mnie recept powoduje obawy i wątpliwości, czy na przykład mogę wydać tyle opakowań, ile jest na recepcie".

Według Kordiana Zielińskiego, problemem polskiego aptekarstwa z jednej strony jest skostnienie wielu starszych farmaceutów, którzy od 30 czy 40 lat pracują w jednej i tej samej aptece, wykazując znikomą gotowość do zmian, a z drugiej strony działalność sieciówek, balansujących na granicy prawa, jeśli chodzi o reklamowanie się czy wymuszanie dystrybucji konkretnych preparatów. „Moim zdaniem, prawo powinno pochylić się właśnie nad tą po cichu następującą komercjalizacją aptek. Ułatwić małym, samodzielnym aptekom funkcjonowanie, a bardziej surowo traktować sieciówki reklamujące się na osiedlach, czy wymuszające na farmaceutach sprzedaż tych, a nie innych preparatów. Pacjent powinien mieć szeroki wybór leków/suplementów i dostęp do obiektywnej, fachowej porady" – dodaje farmaceuta.

Perspektywy

W 2021 r. kierunek FARMACJA Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu ukończyły 122 osoby (w ubiegłym roku było 113 absolwentów, a dwa lata temu 106). Czy jest to dobry czas dla kończących studia farmaceutyczne? Mimo pandemii farmaceuci nie powinni mieć problemu ze znalezieniem pracy.

„Obecnie pracuję w aptece szpitalnej. Nie do końca odpowiada mi profil naszej apteki, jednak jestem pewien, że z czasem to się zmieni. Od bezpośredniego kontaktu z chorym w aptece otwartej wolę pracownię leku jałowego czy żywienia. Chciałbym rozwijać się w tematyce farmakoterapii/farmakologii klinicznej, gdyż szeroka wiedza na temat leczenia, substancji, objawów, chorób, efektów jest tym, w czym wiem, że się odnajdę. Mam nadzieję, że w przyszłości lekarz i farmaceuta na oddziale szpitalnym będą pracować wspólnie, dla dobra pacjenta, na wzór szpitali zachodnich. Pracując w szpitalu, widzę, że jeszcze długa droga przed farmaceutami i lekarzami, aż dojdzie do takiego porozumienia. Niestety,

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. WERONIKA JĘCHOREK

Eugeniusz Jarosik

program naszych studiów nie daje nam pewności, że poradzimy sobie w kontakcie z lekarzem. Co nam po rozumieniu praw chemii fizycznej lub szczegółowej wiedzy na temat schematu miareczkowania substancji X, skoro w szpitalu potrzebne są argumenty za i przeciw użyciu konkretnego leku? Wydaje mi się, że farmaceuci czują się po prostu niekompetentni w takiej rozmowie" – ubolewa Kordian Zieliński.

Bogumił Buksalewicz zamierza wykonywać zawód w aptece otwartej, gdyż praca ta umożliwi mu rozwój osobisty i zawodowy, a pomaganie pacjentom i rozwiązywanie ich problemów zdrowotnych daje dużo satysfakcji. „W przyszłości nie wykluczam jednak spróbowania swoich sił w firmie zajmującej się produkcją leków bądź w aptece szpitalnej. Oczekuję, że praca będzie mi dawać poczucie spełnienia i zapewni bezpieczeństwo finansowe" – ujawnia farmaceuta.

Weronika Jęchorek duże nadzieje wiąże z recepturą aptieczną, która jest sposobem na personalizację terapii. „Swoje plany zawodowe w najbliższej przyszłości wiążę z pracą w aptece ogólnodostępnej, nie wykluczam także specjalizacji. Niemniej docelowo chciałabym pracować w aptece szpitalnej – brak pracy zmianowej w perspektywie posiadania rodziny, a także brak kontaktu z coraz bardziej roszczeniowymi pacjentami stanowią niewątpliwe zalety tej ścieżki kariery" – wskazuje farmaceutka.

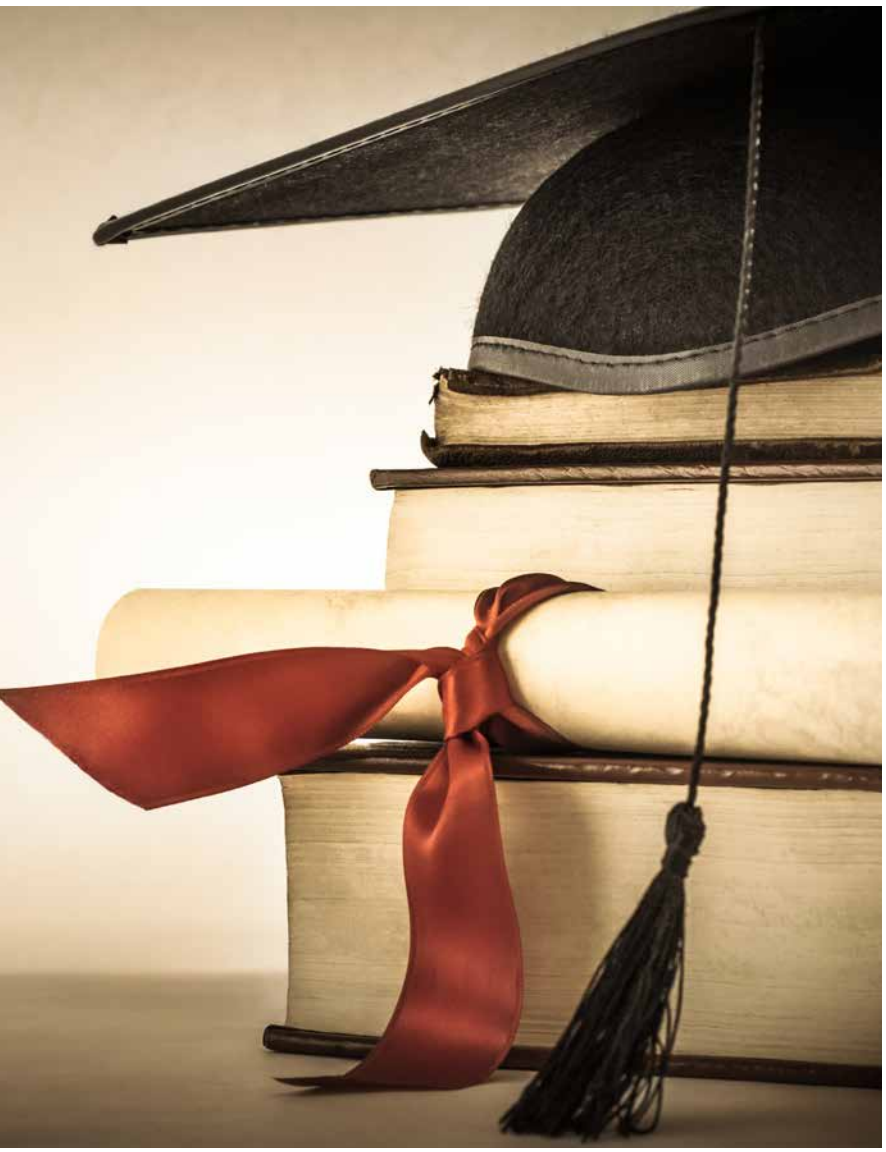
Marcelina Firus i Jagoda Ignasiak swoje nadzieje związane z pracą w aptece wiążą z rozwojem opieki farmaceutycznej. „Idealne byłoby gdyby farmaceuta, będąc osobą posiadającą ogromną wiedzę o lekach, stał się osobą bardziej zaangażowaną w terapię. Opieka farmaceutyczna w aptekach, farmaceuta kliniczny w szpitalu, który ma coś do powiedzenia na temat sposobu leczenia po diagnozie wydanej przez lekarza, to obszary, które na pewno cieszyłyby się dużym zainteresowaniem wśród farmaceutów" – zapewnia Jagoda Ignasiak.

Opracował
EUGENIUSZ JAROSIK

afw

prof. dr hab. **ANNA JELIŃSKA**
Dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Kształcenie przez całe życie



www.stock.adobe.com

Z wielką uwagą czytam zawsze Państwa opinie po ukończeniu studiów, czyli po zakończeniu sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece ogólnodostępnej. Pragnę na wstępie podkreślić, że kierunek farmacja to studia o profilu ogólnoakademickim. Pociąga to za sobą określony program kształcenia, w tym realizację przedmiotów, które często w opinii Państwa są zbędne. Odnosząc się do programu studiów na kierunku farmacja, musimy pamiętać, że są to studia oparte na obowiązujących standardach, które co jakiś czas są modyfikowane i dostosowywane do zmieniających się oczekiwań w zakresie pracy farmaceuty. Od 2019 r. obowiązują nowe standardy kształcenia i moim zdaniem wpisują się one w pełni w Państwa oczekiwania. Znacząco została zmniejszona liczba godzin z przedmiotów podstawowych, tych „chemicznych", czyli chemii nieorganicznej i analitycznej, organicznej i fizycznej, natomiast zwiększono liczbę godzin z przedmiotów, które będą Państwa przygotowywały do pracy – z opieki farmaceutycznej i farmakoekonomii. Wprowadzone są nowe przedmioty, takie jak farmacja kliniczna, farmacja szpitalna, wyroby medyczne, praktyczna farmakoterapia specjalistyczna czy współpraca w interdyscyplinarnym zespole medycznym. Dokładamy wszelkich starań, aby zajęcia te prowadzili najlepsi specjaliści.

W ramach przedmiotu farmacja praktyczna mieliście Państwo możliwość zapoznania się z obsługą programów komputerowych, które są

wykorzystywane w aptece, mieliście także Państwo możliwość zapoznania się z podstawami opieki farmaceutycznej. Być może czas pandemii i prowadzenie zajęć w formie hybrydowej spowodował, że nie w pełni mogliście Państwo z przekazywanej wiedzy skorzystać.

Jeżeli chodzi o apteki, w których odbywacie Państwo sześciomiesięczną praktykę zawodową, są to tzw. apteki rekomendowane i mamy nadzieję, że w aptekach tych można się dużo nauczyć. Pragnę przypomnieć, że sześciomiesięczna praktyka zawodowa jest integralną częścią studiów i ma za zadanie przygotować Państwa do pracy w aptece.

Chciałabym także przypomnieć, że kończąc studia, uzyskujecie Państwo prawo wykonywania zawodu zaufania publicznego, w którego misję wpisane jest kształcenie się przez całe życie. Pragnę zachęcić Państwa do podejmowania trudu robienia specjalizacji oraz korzystania z kwalifikowanych kursów, które będą upoważniały do prowadzenia opieki farmaceutycznej w zakresie na przykład przeglądu lekowego. I chociaż jest to na etapie przygotowania i wyceny świadczenia, niewątpliwie wpłynie korzystnie na postrzeganie naszych umiejętności i prestiż zawodu.

Podkreślacie Państwo, że w trudnym okresie pandemii pacjenci kierowali swoje kroki do apteki, aby uzyskać pomoc. Jest to niewątpliwie efektem zaufania do Państwa wiedzy w zakresie leków i farmakoterapii.

Czy mogłoby być lepiej? Na pewno tak, ale myślę, że zmiany, jakie wprowadziliśmy w programie studiów dla studentów w roku naboru 2019/2020, wpisują się w oczekiwania nie tylko studentów, ale także umożliwią rozszerzenie kompetencji farmaceutów oraz przyczynią się do wzmocnienia roli farmaceuty w polskim systemie ochrony zdrowia. Jednak aby tak się stało, potrzebna jest wiedza i umiejętności ze studiów oraz niespoczywanie na laurach, tylko kształcenie się przez całe życie. Potrzebna jest również empatia oraz chęć niesienia pomocy w zdrowiu i w chorobie.

Życzę Państwu, aby praca, niezależnie od miejsca, dawała Państwu satysfakcję i zadowolenie oraz poczucie, że jesteście cząstką w zespole, którego zadaniem jest współudział w systemie opieki zdrowotnej.

DYŻURY NOCNE W POWIECIE KOŚCIAŃSKIM

W związku z trudną sytuacją ekonomiczną, brakiem personelu fachowego oraz przedłużającym się stanem pandemii nie jesteśmy w stanie pełnić dyżurów nocnych, dlatego prosimy o negatywne zaopiniowanie zmian w uchwale dotyczącej harmonogramu dyżurów nocnych w powiecie kościańskim.

HUBERT MARUSZEWSKI
kierownik apteki „CENTRALNEJ" w Kościanie

W imieniu aptek Grodzkich z Kościana chciałbym negatywnie odnieść się do projektu zmiany uchwały nr XXII/225/20 z 25 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek na terenie powiatu kościańskiego. Odrzucam ten projekt, ponieważ dyżury aptek – jak powszechnie wiadomo - są nierentowne, a w czasie pandemii koronawirusa ich sytuacja jest jeszcze trudniejsza. Dodatkowo mamy coraz większe problemy kadrowe wynikające z dających się coraz bardziej odczuć braków magistrów farmacji, którzy często odchodzą z zawodu. Na przykładzie apteki „Arnika" widać też, że zamykają się kolejne apteki, co jeszcze bardziej pogłębia kryzys na rynku aptecznym.

ARTUR FIRLEJ
Kościan

Cały świat boryka się z niewydolną ochroną zdrowia i brakiem uprawnionego personelu. Wszyscy wiedzą, że jest on przepracowany. Tak jest również w aptekach. Praca przez 24 godziny na dobę stwarza poważne zagrożenie zdrowia lub życia nie tylko w stosunku do samych aptekarzy, ale też dla pacjentów, gdyż w naszej pracy możliwa do popełnienia pomyłka z powodu przemęczenia może mieć tragiczne skutki.

Kaskada wieloletnich błędów i zaniechań polskiego ustawodawcy doprowadziła do obecnej sytuacji. Dyżurów nie będzie, gdyż brakuje farmaceutów, a zapotrzebowanie wśród mieszkańców powiatu jest znikome. Nie apteka pracuje, tylko farmaceuci, którzy są w niej zatrudnieni.

APTEKA W KOŚCIANIE

STUDENT W SYMULOWANEJ APTECE

O metodach symulacyjnych w nauczaniu farmacji z dr n. farm. **MAGDALENĄ CERBIN-KOCZOROWSKĄ**, prof. UMP dr. n. med. **ŁUKASZEM GĄSIOROWSKIM** i dr n. farm. **MAGDALENĄ WASZYK-NOWACZYK** z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu rozmawia **Eugeniusz Jarosik**.

EUGENIUSZ JAROSIK, „Farmacja Wielkopolska": Czy symulacja w nauczaniu farmacji to zmiana rewolucyjna?

MAGDALENA CERBIN-KOCZOROWSKA (MCK): Wszystko zależy od tego, jak zdefiniujemy pojęcie rewolucji. Metody symulacyjne od lat z powodzeniem są wdrażane na rozmaitych kierunkach medycznych, szczególnie w krajach zachodnich. Również w Polsce, dzięki wsparciu ze środków unijnych, w minionych latach przy dwunastu medycznych ośrodkach akademickich powstały centra symulacji medycznej (CSM). Ministerstwo Zdrowia, korzystając ze środków Programu Operacyjnego „Wiedza-Edukacja-Rozwój", w latach 2016-2020 sfinansowało wyposażenie tych placówek. Niestety, w grupie docelowej oferowanego wówczas wsparcia nie znaleźli się studenci kierunku farmacja. Na szczęście otwartość decydentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pozwoliła wygospodarować przestrzeń również dla kształcenia kadr farmaceutycznych. Staramy się promować tę ścieżkę i zachęcać do wykorzystania tego potencjału dla upraktycznienia, ale przede wszystkim podniesienia efektywności nauczania. Próbą naśladowania warunków pracy farmaceutów w aptece ogólnodostępnej były także zajęcia realizowane od lat w Pracowni Farmacji Praktycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku.

MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK (MWN): Tak, zgadza się. Pracownia Farmacji Praktycznej od lat wprowadza nowoczesne formy nauczania, a zajęcia w poznańskim Centrum Symulacji Medycznej są tego najlepszym przykładem. Pamiętam, jak 13 lat temu powstawała nasza pracownia. Wtedy już zaczęliśmy wdrażać innowacje na skalę krajową łącznie z wykorzystaniem apteki wirtualnej, którą można uznać za prototyp symulacji farmaceutycznych. Jako pierwsi na naszej uczelni zaczęliśmy też prowadzić zajęcia z profesjonalnego doradztwa i opieki farmaceutycznej w aptece ogólnodostępnej w zakresie cukrzycy, nadciśnienia, astmy oraz schorzeń narządów ruchu. Równolegle wdrożyliśmy przeglądy lekowe, które stanowią bardzo istotne zagadnienie w kontekście współpracy interdyscyplinarnej. Idąc z duchem czasu, korzystając z ogromnych możliwości, jakie daje nam CSM, zaczęłam przeprowadzać tam zajęcia fakultatywne dla studentów farmacji. Korzystając z okazji, chciałabym bardzo podziękować prof. dr hab. Janinie Lulek i dr n. farm. Arlecie

Eugeniusz Jarosik

PROF. UMP DR. N. MED. ŁUKASZ GĄSIOROWSKI, DR N. FARM. MAGDALENA CERBIN-KOCZOROWSKA, DR N. FARM. MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK

Matschay za wsparcie moich działań, a mgr Piotrowi Ziemakowi oraz zespołowi Centrum Symulacji Medycznej za nieograniczone możliwości działania w zakresie metod symulacyjnych.

Co się kryje pod pojęciem metod symulacyjnych?

ŁUKASZ GĄSIOROWSKI (ŁG): Symulacja jest techniką, która stwarza sytuacje lub otoczenie pozwalające ludziom przeżyć odpowiednik prawdziwego zdarzenia w celu ćwiczenia, uczenia się, oceny, testowania bądź uzyskania zrozumienia określonych procesów lub ludzkich działań. Jako metoda edukacyjna, symulacja może przebiegać na kilka różnych sposobów. Po pierwsze, z wykorzystaniem tzw. treningu zadaniowego – z myślą o ćwiczeniu kluczowych elementów procedury lub umiejętności, takich jak nakłucie lędźwiowe lub założenie drenażu opłucnej. Innym sposobem jest rola tzw. Standaryzowanego Pacjenta. Pacjent Standaryzowany (SP) jest to osoba (aktor), która została wyszkolona do roli pacjenta tak szczegółowo, że często nawet doświadczony klinicysta nie jest w stanie rozpoznać tej symulacji. Na podstawie scenariusza symulacyjnego Standaryzowany Pacjent przyjmuje rolę granej postaci, więc nie tylko jej historię, ale także język ciała, wygląd zewnętrzny oraz cechy emocjonalne i osobowościowe. Pacjenci Standaryzowani wykorzystywani są od ponad 30 lat w Stanach Zjednoczonych podczas tzw. egzaminu umiejętności klinicznych (*Clinical Skills Examination, CSE*).

IM WCZEŚNIEJ STUDENT BĘDZIE MIAŁ OKAZJĘ ZANURZYĆ SIĘ W SWOJEJ PRZYSZŁEJ ROLI – PRACOWNIKA OCHRONY ZDROWIA, TYM SZYBCIEJ BĘDZIE BUDOWAŁ TOŻSAMOŚĆ ZAWODOWĄ

Eugeniusz Jarosik

PROF. UMP DR N. MED. ŁUKASZ GĄSIOROWSKI JEST KIEROWNIKIEM ZAKŁADU SYMULACJI MEDYCZNEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

Pacjenci ci mogą być również szkoleni, żeby oceniać zdolności komunikacyjne zdających, a egzaminatorzy trafność i kompletność zebranego wywiadu.

W przebiegu zajęć można też wdrożyć tzw. symulację wysokiej wierności (*High Fidelity Simulation*). Polega ona na wykorzystaniu zaawansowanych, często bardzo drogich manekinów, które w sposób bardzo wierny naśladują zachowania i reakcje fizjologiczne człowieka. Wśród symulatorów wysokiej wierności można wyróżnić trenażery (na przykład do nauki endoskopii lub laparoskopii) oraz symulatory pacjenta (*Human Patient Simulators, HPS*), czyli wysokiej wierności manekiny wiernie oddające fizjologię człowieka. Dzięki wbudowanemu głośnikowi – mikrofonowi instruktor, przebywając w innym pokoju (oddzielonym szybą wenecką), może odpowiadać na pytania jako pacjent. Większość manekinów umożliwia ocenę źrenic, osłuchiwanie serca, płuc i brzucha oraz badanie tętna na obwodzie. Symulator pacjenta może płakać, pocić się, mieć napad padaczki lub zwymiotować, powodując realne odczucia u studenta. Dodatkowo manekin podłączany jest do monitora, który informuje o czynności serca, ciśnieniu tętniczym krwi czy jej saturacji.

Kolejne szybko rozwijające się techniki stosowane w symulacji podczas edukacji medycznej to obszary symulacji komputerowej i rzeczywistości wirtualnej. Stosuje się tu rzeczywistość wirtualną, wykorzystującą trójwymiarowe metody w celu odwzorowania rzeczywistych sytuacji w opiece zdrowotnej.

W jaki sposób ten potencjał może być wykorzystany w kształceniu przyszłych farmaceutów, skoro to symulacja „medyczna"?

ŁG: Symulacja może być wykorzystywana w każdej dziedzinie medycyny i nauk o zdrowiu. Od wielu lat rozpowszechniona jest w ratownictwie medycznym. Z powodzeniem wdrażają ją również kadry kształcące na kierunku pielęgniarstwo, nauczając metod pielęgnacyjnych i problemów, które mogą w tym zakresie występować. Stomatologia także stosuje symulację w celu doskonalenia umiejętności technicznych. Nie ma więc żadnego powodu,

dla którego symulacji nie można byłoby zastosować w nauczaniu farmacji.

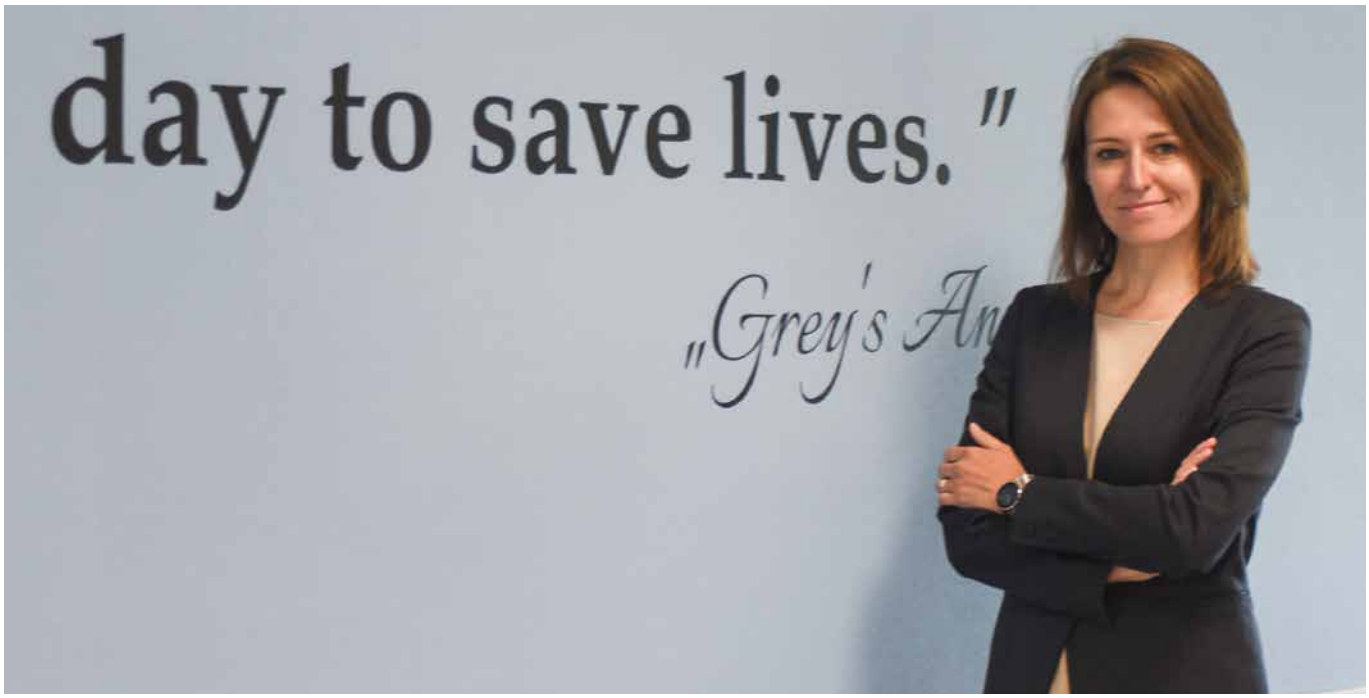
MWN: Zdecydowanie się z tym zgadzam. Na przykładzie mojego doświadczenia mogę potwierdzić, jak ważne są takie zajęcia dla studentów. Również dla mnie, jako nauczyciela akademickiego, jest to ogromna radość, że mogę zastosować w swojej dydaktyce tak nowoczesne formy nauczania. Efektem takich metod jest duże zadowolenie studentów i zaangażowanie w przeprowadzane symulacje. Ćwiczymy komunikację z pacjentem w zakresie profesjonalnego doradztwa i opieki farmaceutycznej. Spotkania takie pozostawiają wiele ciekawych wspomnień.

MCK: Do chwili obecnej udało nam się uruchomić kilka rodzajów zajęć, które wykorzystują metodę Standaryzowanego Pacjenta. Koncentrujemy się na jej zastosowaniu w budowaniu umiejętności komunikacyjnych. Już na pierwszym roku, w ramach przedmiotu „Elementy profesjonalizmu", organizujemy zajęcia w pomieszczeniach Symulowanych Aptek, w trakcie których studenci mają za zadanie wydać popularny preparat OTC, udzielając pacjentowi na jego temat podstawowych informacji. Na kilka dni przed zajęciami każdy student otrzymuje nazwę jednego preparatu leczniczego. Musi zapoznać się z treścią ulotki i zaczerpnąć z niej informacje, które jego zdaniem powinny zostać przekazane pacjentowi, aby bezpiecznie zastosował lek. W trakcie zajęć studenci ubierają fartuchy i w specjalnie przygotowanych do tego pomieszczeniach, stojąc za symulowanym pierwszym stołem, pracują ze swoimi „pierwszymi pacjentami", dzieląc się z nimi zdobytą wcześniej wiedzą.

Czy pierwszy rok to nie za wcześnie?

MCK: Tylko pozornie. Badania naukowe dowodzą czegoś dokładnie przeciwnego. Im wcześniej student będzie miał okazję zanurzyć się w swojej przyszłej roli – roli pracownika ochrony zdrowia, tym szybciej będzie budował tożsamość zawodową. To w konsekwencji zwiększa motywację studenta do efektywnej nauki w przebiegu kolejnych lat studiów. Studenci, którym pozwolimy już na pierwszym roku zaangażować się emocjonalnie w budowanie relacji z pacjentem, nawet tym symulowanym, w większym stopniu niż ich rówieśnicy dostrzegają potrzebę posiadania odpowiedniej wiedzy i umiejętności, aby roztoczyć właściwą opiekę nad pacjentem.

Nie oczekujemy od studentów, że po zajęciach z „Elementów profesjonalizmu" będą potrafili świadczyć usługę profesjonalnego doradztwa



Wiesław Wiszowaty

DR N. FARM. MSC CLIN ED MAGDALENA CERBIN-KOCZOROWSKA JEST ADIUNKTEM W ZAKŁADZIE EDUKACJI MEDYCZNEJ I KIEROWNIKIEM CENTRUM E-LEARNINGU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

Eugeniusz Janosik

DR N. FARM. MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK JEST ADIUNKTEM W PRACOWNI FARMACJI PRAKTYCZNEJ KATEDRY I ZAKŁADU TECHNOLOGII POSTACI LEKU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

– na to przyjdzie czas na wyższych latach studiów i dr Waszyk-Nowaczyk pewnie chętnie o tym opowie. Celem naszych zajęć jest budowanie w studentach określonych postaw. Jedną z tych postaw jest świadomość odpowiedzialności, jaka wiąże się z pracą farmaceuty w aptece ogólnodostępnej. Studenci już na pierwszym roku mogą poczuć, jak ważną rolą jest rola doradcy pacjenta w tak skomplikowanej materii, jaką jest farmakoterapia.

Jak w takim razie przebiega wykorzystanie metod symulacyjnych na wyższych latach?

MWN: Studenci IV i V roku wykorzystują techniki symulacji do zwizualizowania w sposób najbardziej realny i odpowiadający warunkom codziennej pracy problemów, które mogą napotkać w praktyce aptecznej. Dostają oni scenariusze zdarzeń i przygotowują się do odgrywania swoich ról. Akcja rozgrywa się zazwyczaj w aptece ogólnodostępnej, gdzie pojawia się pacjent z problemem, który musi być rozwiązany przez farmaceutę. Często są to „trudni pacjenci", gdzie rozmowa nie jest jednoznaczna. Zagadnienia, które są poruszane, dotyczą zarówno profesjonalnego doradztwa, na przykład w zakresie użytkowania testów diagnostycznych, jak i opieki farmaceutycznej w diabetologii czy nadciśnieniu. Wszystkie zajęcia, jakie przeprowadzam w CSM, cieszą się dużym zainteresowaniem, tak wśród studentów polskojęzycznych, jak i anglojęzycznych. Fakultet dla studentów PharmD miałam przyjemność prowadzić z dr Cerbin-Koczorowską. To było duże wyzwanie zakończone sukcesem. Jedno jest pewne, że ten sposób nauki jest coraz bardziej popularny i każdy, kto brał udział w takich zajęciach, będzie chciał do nich wrócić, wiedząc, że jest to szansa na lepsze zaprezentowanie swoich kwalifikacji w przyszłej praktyce w aptece ogólnodostępnej.

MCK: Warto podkreślić, że zajęcia symulacyjne świetnie sprawdzają się również w budowaniu umiejętności pracy w zespole. Kiedy 10 lat temu projektowałam w ramach pracy doktorskiej zajęcia międzywydziałowe dla studentów ostatnich lat medycyny i farmacji, nie miałam jeszcze świadomości, jak przydatnym narzędziem może być właśnie symulacja. Wspólnie z promotorką, prof. Agnieszką Skowron, przecierałyśmy wtedy pierwsze szlaki, borykając się głównie z trudnościami administracyjnymi. Teraz, kiedy zajęcia interprofesjonalne coraz chętniej trafiają do oferty zajęć fakultatywnych, czas na kolejny krok, czyli włączanie zajęć międzywydziałowych do puli przedmiotów obowiązkowych. Chcemy, aby każdy student farmacji i każdy student medycyny miał okazję w przebiegu studiów wziąć udział w takich łączonych zajęciach i planujemy wykorzystać do tego celu właśnie metody symulacyjne. Dzięki przychylności pani dziekan prof. dr hab. Anny Jelińskiej, do programu nauczania na piątym roku farmacji został włączony obowiązkowy przedmiot pod nazwą „Współpraca w interdyscyplinarnym zespole medycznym". W ramach tego bloku część zajęć ćwiczeniowych będziemy realizować właśnie w Centrum Symulacji Medycznej.

Jaka jest przewaga metod symulacyjnych nad innymi formami zajęć?

ŁG: Edukacja metodą symulacji medycznej pozwala na zwrócenie uwagi nie tylko na umiejętności teoretyczne studenta, ale również na praktykę. Student przebywając w środowisku bardzo zbliżonym do środowiska rzeczywistego może zaprezentować

swoją wiedzę, umiejętności praktyczne oraz umiejętności komunikacyjne z pacjentem. Olbrzymim plusem zajęć symulacyjnych jest ich interaktywność, gdyż studenci są w pokoju symulacji sam na sam ze Standaryzowanym Pacjentem, sami decydują o przebiegu wywiadu oraz o dalszym postępowaniu w procesie diagnostycznym lub leczniczym.

MCK: Dodatkowo wyposażenie Centrum Symulacji Medycznej pozwala nam podglądać, a nawet rejestrować rozmowę, aby po jej zakończeniu móc wspólnie ze studentem na spokojnie pochylić się nad jej przebiegiem. W ramach tzw. debriefingu czyli refleksyjnej analizy całej rozmowy, studenci mają możliwość otrzymania informacji zwrotnej od nauczyciela i zaplanowania działań, dzięki którym kolejne rozmowy będą mogły przebiegać jeszcze lepiej.

ŁG: Studenci pozytywnie oceniają zajęcia w Centrum Symulacji Medycznej, gdyż czują tutaj bliski związek teorii, którą poznali na wcześniejszych latach studiów, z praktyką, w której będą pracować przez następne lata. Dodatkowo zajęcia te odbywają się w bezpiecznym środowisku, gdzie ewentualny błąd w postępowaniu nie spowoduje negatywnego skutku dla pacjenta.

Czy z potencjału symulowanych aptek mogą korzystać również dyplomowani farmaceuci?

MCK: Bardzo nam na tym zależy i jest to cel, do którego dążymy. Wspólnie z panią prezes Aliną Górecką pracujemy aktualnie nad rozwiązaniami w ramach szkolenia ciągłego farmaceutów, które umożliwiłyby również dyplomowanym farmaceutom korzystanie z bazy dydaktycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

MWN: Podobnie jak dla studentów, tak i wśród dyplomowanych farmaceutów z pewnością taki sposób nauczania będzie świetną możliwością ugruntowania swoich umiejętności i kwalifikacji. Przełoży się to na zwiększenie jakości porady farmaceutycznej, czego skutkiem będzie polepszenie kondycji zdrowotnej pacjentów konsultowanych w aptekach ogólnodostępnych.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska"

awf

Centrum Symulacji Medycznej w Poznaniu

Centrum mieści się w trzypiętrowym budynku przy ul. Rokietnickiej w Poznaniu. Jego budowa rozpoczęła się w 2015 r. Wyposażone jest w specjalistyczne gabinety, a także salę operacyjną, porodową oraz intensywnej terapii. W budynku znajduje się również symulator karetki pogotowia, samochód osobowy z manekinami odwzorowującymi rzeczywistą wagę osób po wypadku, a ponadto małe mieszkanie, które pozwala na naukę wynoszenia pacjentów na noszach z wąskich pomieszczeń. Centrum Symulacji Medycznej wyposażone jest w 8 symulatorów osób dorosłych, 6 symulatorów ASL, 1 symulator z możliwością wydychania CO_2, 10 symulatorów pielęgnacyjnych, 3 dziecięce i 3 noworodkowe. Symulatory mogą odwzorować prawdziwe zachowania i reakcje pacjentów – są w stanie kaszleć, wymiotować, mówić, oddychać, krwawić, pocić się i oddawać mocz. Koszt inwestycji wyniósł około 60 mln zł. Prace budowlane były współfinansowane z kredytu udzielonego przez Europejski Bank Inwestycyjny przy wsparciu Unii Europejskiej za pośrednictwem Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych EFIS, natomiast wyposażenie i szkolenia instruktorskie sfinansowała Unia Europejska w ramach Projektu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. (LO)

www.stock.adobe.pl

mgr farm. MARCELINA FIRUS

Raport opieka farmaceutyczna

W kwietniu tego roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło raport „Opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia", z którego wynika, jak w przyszłości będzie wyglądać opieka farmaceutyczna w Polsce. Przyjrzyjmy się poszczególnym jej formom.

Przegląd lekowy

Jest to wywiad z pacjentem mający na celu identyfikację problemów lekowych, tj. działań niepożądanych, niepoprawnej farmakoterapii, interakcji z innymi lekami i pożywieniem czy niewłaściwej dawki leku. Oceni on sposób stosowania leków przez pacjenta (compliance) i wspomoże

przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Przegląd przedstawi indywidualny plan wskazujący cel terapeutyczny wraz ze sposobem jego realizacji. Pacjentowi zostaną przekazane rekomendacje farmaceutyczne, biorące pod uwagę potrzebę współpracy między farmaceutą, pacjentem a lekarzem.

Przegląd lekowy będzie opierać się na elektronicznym przepływie informacji medycznych na temat terapii pacjenta, dzięki czemu farmaceuta będzie miał pełny dostęp do danych pacjenta. Zostanie utworzony specjalny system, w którym będzie można uzupełniać dane pacjenta potrzebne do wykonania przeglądu lekowego. Oczywiście wszystkie usługi opieki farmaceutycznej powinny odbywać się w oddzielnym pomieszczeniu, oddzielonym od izby ekspedycyjnej oraz strefy magazynowej i dostaw, przy zachowaniu prywatności pacjenta.

Z pacjentem zostanie przeprowadzony wywiad medyczny, dotyczący chorób aktualnych i przeszłych, a także stanu czynnościowego układów narządów, które mogą wpływać na farmakokinetykę leków w organizmie. Ocenie zostaną poddane informacje na temat sposobu odżywiania się oraz poziomu stabilizacji problemów medycznych pacjenta. Farmaceuta uzyska informacje na temat stanu wiedzy pacjenta o swoich chorobach i wpływie problemów medycznych na jego sprawność i jakość życia.

Wywiad terapeutyczny będzie zbierał informacje o wszystkich lekach, zarówno na receptę, jak i lekach OTC, a także suplementach diety zażywanych przez pacjenta, uwzględniając dawki, postaci leków i sposób dawkowania. Zostaną zinterpretowane efekty terapeutyczne na podstawie informacji obiektywnych (wyników badań laboratoryjnych itp.) oraz subiektywnych (osobistych odczuciach pacjenta).

Farmaceuta przeprowadzi również wywiad społeczny, który obejmuje styl życia i zachowania zdrowotne pacjentów, będące bardzo istotne w przygotowaniu przeglądu lekowego. Efektem tego będzie raport dla pacjenta i lekarza, który zostanie przedstawiony na drugim spotkaniu z pacjentem.

Do przeglądu lekowego powinny być kwalifikowane przede wszystkim osoby dorosłe z polipragmazją oraz pacjenci mający zlecenie lekarskie na jego wykonanie. Aby wykonać przegląd, wymagana będzie zgoda pacjenta. Jedynym przypadkiem, kiedy nie będzie ona konieczna, będą stany braku logicznego kontaktu z pacjentem. Proponuje się, aby to świadczenie było finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla osób powyżej osiemnastego roku życia, posiadających recepty na 5 bądź więcej leków o kategorii Rp/Rpw/Rpz.

Usługa Nowy Lek

Jest to konsultacja farmaceutyczna proponowana przy wydaniu po raz pierwszy nowego leku pacjentowi w terapii choroby przewlekłej, przy zmianie dotychczasowego leczenia bądź przy rozpoznaniu nowej choroby. Pacjent będzie mógł mieć przeprowadzoną tę usługę przy przepisaniu przez lekarza leku z substancją czynną, której nigdy wcześniej nie stosował bądź przy leku zawierającym stosowaną już wcześniej substancję czynną, jednak z istotnymi różnicami w sposobie używania nowego produktu leczniczego. Dodatkowym wskazaniem będzie sytuacja, w której pacjent nie posiada informacji o sposobie stosowania nowej postaci leku, pomimo przyjmowania wcześniej już tej samej substancji czynnej. Usługa Nowy Lek będzie świadczona tylko przy terapiach lekami Rp. Nie powinno jej się wykonywać przy leczeniu lekami OTC, używaniu suplementów diety czy leków stosowanych krótkoterminowo bądź doraźnie. Farmaceuci na podstawie danych zawartych w IKP bądź wywiadu z pacjentem

WYWIAD TERAPEUTYCZNY BĘDZIE ZBIERAŁ INFORMACJE O WSZYSTKICH LEKACH, ZARÓWNO NA RECEPTĘ, JAK I LEKACH OTC, A TAKŻE SUPLEMENTACH DIETY ZAŻYWANYCH PRZEZ PACJENTA, UWZGLĘDNIAJĄC DAWKI, POSTACI LEKÓW I SPOSÓB DAWKOWANIA

będą kwalifikować chorych do tej usługi opieki farmaceutycznej.

Będzie składała się ona z trzech części, wykonywanych w pierwszym miesiącu stosowania danego leku. Pierwsza konsultacja będzie odbywać się w aptece. Kolejne, w ciągu 7-14 i 14-21 dni po pierwszej, mogą odbywać się już zdalnie.

Podczas spotkania z pacjentem zostaną mu przekazane informacje na temat zasad i celu terapii, sposobu zidentyfikowania działań niepożądanych i możliwości ich zminimalizowania. Farmaceuta odpowie na pytania i wątpliwości pacjenta dotyczące terapii, potwierdzi rozpoczęcie/kontynuowanie leczenia nowym lekiem oraz prawidłowy sposób dawkowania leku. Udzieli też zindywidualizowanych porad dotyczących stylu życia. Lekarz zostanie poinformowany w przypadku, gdy wystąpią działania niepożądane lub interakcje lekowe, które mogą wymagać modyfikacji leczenia. Konieczne będzie przekazanie mu informacji, gdy pacjent nie rozpoczął bądź przerwał stosowanie danego leku lub wystąpiły istotne problemy, których nie można było rozwiązać podczas konsultacji farmaceutycznej.

Jeśli przez pierwszy miesiąc terapia przebiega prawidłowo, podczas trzeciego spotkania farmaceuta powinien wydać receptę na kolejny okres leczenia w ramach usługi recepty kontynuowanej, o której mowa będzie w dalszej części artykułu. Dzięki temu można by zapobiec niepotrzebnej refundacji i utylizacji produktów leczniczych. Pacjent pomiędzy usługą Przeglądu Lekowego a Usługą Nowy Lek powinien zachować odstęp czasowy, wynoszący co najmniej 6 miesięcy.

Lista leków, w stosunku do których może być świadczona Usługa Nowy Lek, zawierająca aż 145 substancji lub ich połączeń, została przygotowana przez zespół ds. opieki farmaceutycznej. Są to leki przeciw nadciśnieniu tętniczemu, leki stosowane w terapii astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ), leki przeciwzakrzepowe oraz stosowane w terapii cukrzycy.

Program Drobne Dolegliwości

Ta usługa jest zbiorem konsultacji farmaceutycznych, które będą wykonywane w razie wystąpienia u pacjenta różnorodnych łagodnych bądź umiarkowanych dolegliwości chorobowych. Aby konsultacja mogła być przeprowadzona, dana dolegliwość musi się znajdować na liście rozpoznań kwalifikujących się do udzielenia tej usługi. Proces terapeutyczny będzie oparty na ustandaryzowanych wytycznych postępowania, mówiących o wyborze sposobu leczenia, jego przebiegu i ramach czasowych dla danej dolegliwości. Jego podstawą będzie receptariusz, zawierający produkty lecznicze i wyroby medyczne, zarówno Rp, jak i OTC, których wydanie będzie możliwe na podstawie recepty farmaceutycznej. Lista ta będzie zawierała najczęściej stosowane produkty potrzebne w pierwszym etapie leczenia drobnych dolegliwości.

LISTA LEKÓW, W STOSUNKU DO KTÓRYCH MOŻE BYĆ ŚWIADCZONA USŁUGA NOWY LEK, ZAWIERAJĄCA AŻ 145 SUBSTANCJI LUB ICH POŁĄCZEŃ, ZOSTAŁA PRZYGOTOWANA PRZEZ ZESPÓŁ DS. OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

www.stock.adobe.pl

Aby skorzystać z usługi Drobne Dolegliwości, pacjenci będą mogli zgłaszać się samodzielnie lub być kierowani przez lekarzy. Na podstawie wywiadu przeprowadzonego w aptece również farmaceuta będzie mógł zaproponować pacjentowi tę usługę. Ponadto także Telefoniczna Informacja Pacjenta mogłaby kwalifikować osoby do przeprowadzenia tejże usługi. Decyzja ta wynikałaby z wywiadu umożliwiającego uzyskanie podstawowych informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Wywiad w ramach konsultacji będzie zbierał informacje o tym, kim jest pacjent, jakie ma objawy i jak długo się one utrzymują i czy pacjent podejmował już wcześniej próby leczenia. Ważną informacją będą stosowane ostatnio inne leki (Rp lub OTC) czy suplementy diety, a także występujące alergie czy przeciwskazania do planowanego leczenia. Farmaceuta będzie musiał zostać poinformowany, czy dana pacjentka jest w ciąży bądź karmi piersią oraz czy występują objawy, które wymagają skierowania do lekarza.

Pacjent podczas usługi Drobne Dolegliwości zostanie poinformowany o sposobie leczenia, czasie jego trwania i czasie potrzebnym do ustąpienia objawów. Usługa może składać się tylko z porady, bez konieczności przyjmowania leków przez pacjenta. Farmaceuta po upływie okresu przeznaczonego na leczenie dolegliwości powinien ponownie ocenić stan zdrowia pacjenta. W przypadku braku poprawy lub pogorszenia się stanu zdrowia pacjent będzie skierowany do lekarza.

Usługa nie powinna obejmować pacjentów, którzy nie wyrazili zgody na jej przeprowadzenie, a także tych, którzy zgłaszają się do apteki w celu zakupu danego leku OTC/Rp/wyrobu medycznego, nawet jeśli jest on przepisany przez lekarza i znajduje się w receptariuszu programu. Sytuacje, kiedy pacjent zgłasza się po raz kolejny w ciągu miesiąca z tymi samymi objawami, które nie ustąpiły pomimo leczenia bądź które nie ustąpiły pomimo leczenia zaordynowanego przez lekarza, również nie powinny być kwalifikowane do przeprowadzenia programu Drobne Porady. Przypadki osób, które proszą o poradę dla osoby trzeciej, powinny być każdorazowo indywidualnie rozpatrywane.

Zostało przygotowane zestawienie 162 rozpoznań (kody ICD-10), zaliczanych do dolegliwości, które w większości mogą być leczone przez farmaceutę na wczesnym etapie, gdy ich intensywność jest łagodna lub umiarkowana. Rekomendowane jest przenoszenie wizyt dotyczących problemów zdrowotnych najczęściej występujących w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej w strefę opieki farmaceutycznej. Problemy medyczne zgłaszane w gabinetach specjalistycznej opieki zdrowotnej wymagają profesjonalnych porad lekarskich i nie są zalecane w programie Drobnych Porad. Dolegliwości z największym stosunkiem wizyt POZ/AOS to między innymi biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu, owsica, ostre zapalenia nosa i gardła (przeziębienie), nudności i wymioty, nieorganiczne zaburzenia snu, pieluszkowe (serwetkowe) zapalenie skóry, zapalenie jamy ustnej i pochodne zmiany, dyspepsja, zapalenie pęcherza moczowego, zakażenia opryszczki wirusem herpes (Herpes simplex), oparzenia słoneczne, kaszel, zapalenie mięśni, bóle grzbietu, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu, inne czynnościowe zaburzenia jelit, wszawica i wszawica łonowa, bóle ucha i wyciek z ucha, ból głowy, liszajec, zapalenie skory wywołane substancjami wprowadzonymi do ustroju, zarzucanie (refluks) żołądkowo-przełykowe, inne zapalenie skóry, zapalenie spojówek, atopowe zapalenie skóry, powierzchniowe urazy obejmujące liczne okolice ciała.

Recepta kontynuowana

Recepty kontynuowane będą mogły dotyczyć produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego zapisanego w Systemie Informacji Medycznej. Farmaceuta będzie mógł wystawić receptę nawet na 360 dni, z ważnością 12 miesięcy od dnia jej wystawienia. Lekarz będzie mógł ustalić limit ilości jednorazowo wydanych produktów. Poza tym wydawanie kolejnych opakowań produktów musiałoby się wiązać z przeprowadzeniem konsultacji farmaceutycznej. Lekarz będzie mógł wybrać, jakie elementy opieki farmaceutycznej musiałyby zostać przeprowadzone w ramach kontynuacji leczenia pacjenta. Recepta kontynuowana będzie refundowana przez NFZ,

a więc odpłatność wybrana przez lekarza na zleceniu podstawowym nie będzie mogła być zmieniona przez farmaceutę. Zespół ds. opieki farmaceutycznej nie utworzył listy leków, które podlegają recepcie kontynuowanej. Przyjmuje się, że receptariusz będzie zawierał produkty lecznicze, na które wystawiono recepty farmaceutyczne od stycznia do października 2020 r., a były to głównie leki stosowane w chorobach układu sercowo-naczyniowego (18,5 proc. wszystkich recept farmaceutycznych), chorobach przewodu pokarmowego i metabolicznych, chorobach dermatologicznych, chorobach układu moczowo-płciowego i chorobach neurologicznych.

SZCZEPIENIA WYKONYWANE W APTECE POWINNY BYĆ REJESTROWANE, A DANE GROMADZONE JAKO CZĘŚĆ DOKUMENTACJI OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Biorąc pod uwagę ocenę stanu zdrowia pacjenta, farmaceuta będzie mógł wydać produkty potrzebne na czas leczenia określony w zleceniu, wydać najmniejsze dostępne opakowanie produktu leczniczego oraz zlecić konsultacje z lekarzem. Będzie miał też możliwość odmowy wydania danego produktu, mógłby on zagrażać życiu bądź zdrowiu pacjenta.

Wyniki badań diagnostycznych i decyzja farmaceuty wraz z uzasadnieniem będą musiały być każdorazowo dokumentowane i przesyłane do systemu informatycznego. Nowością będzie dostępność informacji o receptach kontynuowanych dla wszystkich aptek udzielających tę usługę.

Przekrojowe kwestionariuszowe badanie społeczeństwa

W ramach czynności zawodowych farmaceuci będą zachęcać pacjentów do wypełnienia ankiet kwalifikujących do programów profilaktycznych. W sytuacji, gdy kwestionariusze będą elektroniczne, dane będą automatycznie przesłane do kart badań profilaktycznych przygotowanych przez świadczeniodawców. W przypadku ankiet papierowych to farmaceuta będzie musiał wprowadzić dane do systemu informatycznego. Pacjent po wypełnieniu kwestionariusza będzie automatycznie brał udział w programie profilaktycznym.

Program profilaktyki chorób układu krążenia

Przedstawiono możliwy algorytm, w którym farmaceuta mógłby przeprowadzić profilaktykę chorób układu krążenia (ChUK) w aptekach. Przeprowadzony zostałby wywiad z pacjentem w celu wypełnienia karty badania profilaktycznego. Możliwe będzie zlecenie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów). W aptece farmaceuta mógłby wykonać badanie pomiaru glukozy i ciśnienia tętniczego oraz określić współczynnik masy ciała BMI. Na kolejnej wizycie, opierając się na wynikach badań laboratoryjnych, wywiadzie i ocenie czynników ryzyka, farmaceuta będzie mógł ocenić ryzyko wystąpienia w przyszłości incydentu sercowo-naczyniowego według klasyfikacji SCORE, będzie także przekazywał świadczeniobiorcy wiedzę, mającą na celu zapobieganie chorobom układu krążenia. Pacjenci z podejrzeniem występowania ChUK będą kierowani na badanie lekarskie.

Do realizacji programów profilaktycznych przez farmaceutów potrzebna jest jednak szeroka zmiana legislacyjna, przekraczająca zakres ustawy o zawodzie farmaceuty, ponieważ ona tylko w ograniczonym stopniu mówi o działalności związanej z profilaktyką zdrowia.

Szczepienia w aptekach

28 maja 2021 r. weszła w życie ustawa z 15 kwietnia 2021 r. – akt prawny umożliwiający wykonywanie szczepień w aptekach. Doprecyzowano, że na razie będą mogły to być tylko szczepienia przeciwko COVID-19. Planuje się rozpoczęcie wykonywania szczepień przeciwko grypie. Mogłyby być one realizowane w godzinach otwarcia apteki. Farmaceuci mogliby wykonywać szczepienia jedynie w aptekach ogólnodostępnych, spełniających odpowiednie wymagania lokalowe, techniczne i kadrowe. Ponadto istnieje możliwość świadczenia usług szczepienia w ramach środowiskowej opieki farmaceutycznej, tzn. poza apteką.

Warunkiem koniecznym wykonywania szczepień przez farmaceutów w aptece jest odbycie specjalistycznego szkolenia, dającego określone uprawnienia. Przeprowadzanie szczepień w aptece mogłoby zachodzić według trzech scenariuszy, zależnie od tego, jakie czynności zostały wykonane przed wizytą w aptece oraz od zmian w przepisach prawa:

- Scenariusz podstawowy – to lekarz kwalifikuje pacjenta do szczepienia i wystawia mu receptę. Na jej podstawie wydawana jest szczepionka i przeprowadza się szczepienie w aptece.
- Scenariusz pośredni – na postawie recepty farmaceuta wydaje szczepionkę oraz proponuje przeprowadzenie kwalifikacji i szczepienia w aptece.
- Scenariusz maksymalny – to farmaceuta wykonuje kwalifikacje do szczepienia, wystawia receptę, wydaje szczepionkę oraz wykonuje szczepienie.

W świetle obecnego prawa farmaceuci nie mają możliwości wypisania recepty na szczepionkę przeciwko grypie, z wyjątkiem recept pro auctore i pro familiae. Należałoby rozważyć możliwość wystawiania recept na szczepionkę przez farmaceutę.

Obecnie kwalifikacje do szczepienia przeciwko grypie może wykonać wyłącznie lekarz, jednak w wielu europejskich krajach również farmaceuci mają tę możliwość. Pacjent powinien wyrazić zgodę na przeprowadzenie szczepienia oraz wypełnić kwestionariusz przesiewowy, dotyczący zrealizowanych wcześniej szczepień (ewentualne reakcje anafilaktyczne, alergie, omdlenia) oraz aktualnego stanu zdrowia (choroby przewlekłe, stosowane leki, temperatura ciała, objawy infekcyjne, ogólne samopoczucie). Na jego podstawie farmaceuta powinien ocenić stopień przeciwskazań i określić środków ostrożności podczas podawania szczepionki. W przypadku wystąpienia trwałych przeciwskazań powinien odmówić bądź odroczyć szczepienie. Gdyby farmaceuta miał wątpliwości co do możliwości wykonania szczepienia, konieczny byłby kontakt z lekarzem.

www.stock.adobe.pl

Szczepienia wykonywane w aptece powinny być rejestrowane, a dane gromadzone jako część dokumentacji opieki farmaceutycznej. Informacje te powinny obejmować dane osoby wykonującej szczepienie, osoby szczepionej, datę wykonania szczepienia, nazwę szczepionki (numer serii i data ważności), a także potwierdzenie przeprowadzenia kwalifikacji.

Środowisko farmaceutów czeka z niecierpliwością na włączenie do codziennej praktyki aptekarskiej wymienionych wyżej usług opieki farmaceutycznej. Pierwszą z nich, która ma być wprowadzona, jest przegląd lekowy. Jednak do tego czasu farmaceuci chcący świadczyć usługi opieki farmaceutycznej będą musieli odbyć kursy kwalifikacyjne zakończone egzaminem i uzyskać certyfikat wydawany na określony czas.

afw

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

www.stock.adobe.pl

dr n. farm. KATARZYNA MANIKOWSKA

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE CUKRZYCY I ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej stanowią jedno z ważniejszych wyzwań współczesnego systemu opieki zdrowotnej. W Polsce liczbę chorych na cukrzycę szacuje się na 2,9 mln dorosłych, co stanowi 9,1 proc. populacji naszego kraju. Wzrost zachorowań, który możemy obserwować, zarówno w Polsce, jak i na świecie, w dużej mierze związany jest ze zmianą trybu życia społeczeństwa. Dotyczy to głównie cukrzycy typu 2 (ct2), przy której głównymi czynnikami ryzyka są: nadwaga i otyłość, niezdrowa dieta oraz brak aktywności fizycznej.

Coraz częściej chorobom przewlekłym, takim jak cukrzyca, towarzyszy depresja, która może pogorszyć przebieg i rokowania tej choroby. Co więcej, oba te przewlekłe schorzenia wzajemnie na siebie oddziałują. Można przypuszczać, że pandemia choroby COVID-19 spowoduje wzrost liczby nowych zachorowań na cukrzycę i depresję w przyszłości. Wiele osób zmuszonych zostało do zmiany trybu życia na siedzący, co spowodowało między innymi wzrost BMI, otyłość, tak wśród dorosłych, jak i dzieci. Odosobnienie, ograniczone kontakty z bliskimi, znajomymi spowodowały zdecydowane pogorszenie stanu psychicznego pacjentów, szczególnie z towarzyszącymi chorobami przewlekłymi. To na nich ciąży ryzyko ciężkiego przebiegu choroby COVID-19. Kondycja psychiczna pacjenta wpływa na niemal wszystkie aspekty życia, w tym przestrzeganie właściwej, zgodnej z zaleceniami lekarza farmakoterapii. Dlatego też znalezienie i upowszechnienie odpowiednich narzędzi pomocnych we wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń nastroju u chorych na cukrzycę, a także znalezienie mechanizmów łączących oba te schorzenia wydaje się być bardzo ważne.

Zaburzenia metaboliczne

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, którą charakteryzuje hiperglikemia. Najpowszechniej występuje cukrzyca typu 2 (około 90–93 proc. wszystkich diabetyków). Najczęstszymi objawami hiperglikemii związanej z cukrzycą są: częstsze oddawanie moczu, poliuria, wzmożone pragnienie, brak energii i zmęczenie, osłabienie, apatia, chudnięcie, sucha skóra, zajady wokół ust, a także niewyraźne widzenie. Patogeneza ct2 obejmuje wzajemnie determinujące się: zaburzenie produkcji insuliny oraz obniżenie wrażliwości na ten hormon tkanek obwodowych, takich jak mięśnie szkieletowe, serce, wątroba i tkanka tłuszczowa (insulinooporność obwodowa). Hiperglikemia, która utrzymuje się przez dłuższy czas, może przyczyniać się do powstania retinopatii, nefropatii, obwodowych neuropatii z ryzykiem owrzodzeń, neuropatii wywołujących dolegliwości ze strony układu pokarmowego, moczowego i sercowo-naczyniowego. Połowa populacji chorych na cukrzycę zmaga się z miażdżycą tętnic, która w ostateczności doprowadza do niewydolności serca. Częstość występowania nadciśnienia u ludzi cierpiących na ct2 jest dwukrotnie wyższa niż w przypadku zdrowej populacji. Powikłania cukrzycy obejmują tkanki całego organizmu, w tym ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Stężenia insuliny w mózgu są 10-100 razy wyższe niż poziomy w osoczu, w zależności od obszaru. Insulina wykazuje działanie poprzez wpływ na receptory insulinowe (IR), które są szeroko rozpowszechnione w tej części centralnego układu nerwowego. Działanie insuliny w mózgu, zwłaszcza w podwzgórzu, reguluje aktywność metaboliczną tkanek obwodowych, w tym hamuje wątrobową produkcję glukozy. Może także modulować funkcje poznawcze i nastrój poprzez działanie w hipokampie, uczestniczącym w układzie nagrody, a także zaangażowanym w funkcje poznawcze i związane z pamięcią.

POŁOWA POPULACJI CHORYCH NA CUKRZYCĘ ZMAGA SIĘ Z MIAŻDŻYCĄ TĘTNIC, KTÓRA W OSTATECZNOŚCI DOPROWADZA DO NIEWYDOLNOŚCI SERCA. CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA NADCIŚNIENIA U LUDZI CIERPIĄCYCH NA CT2 JEST DWUKROTNIE WYŻSZA NIŻ W PRZYPADKU ZDROWEJ POPULACJI

Zaburzenia depresyjne

Podstawową, charakterystyczną cechą zaburzeń depresyjnych jest przewlekłe, trwające przynajmniej kilka tygodni obniżenie nastroju, które skutkuje pogorszeniem codziennego funkcjonowania chorego. Pacjent staje się apatyczny, odczuwa głęboki smutek, traci dotychczasowe zainteresowania. Wycofuje się z życia społecznego, unika kontaktów towarzyskich, co wpływa negatywnie na pracę i obowiązki domowe. Pacjent odczuwa brak energii, mobilizacji do działania, występują trudności z koncentracją i skupieniem uwagi. Chory

www.stock.adobe.pl

NAJLEPIEJ POZNANYM ELEMENTEM WIĄŻĄCYM DEPRESJĘ Z CUKRZYCĄ JEST UKŁAD SEROTONINOWY. USTALONO WYRAŹNĄ KORELACJĘ MIĘDZY POLIMORFIZMAMI TRANSPORTERA SEROTONINY (5-HTT) A DEPRESJĄ U OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ

staje się niezdolny do odczuwania przyjemności, ma obniżoną samoocenę, co może prowadzić nawet do myśli samobójczych. Zaburzeniom nastroju mogą towarzyszyć objawy somatyczne, takie jak zmniejszenie łaknienia, zaparcia, bóle pleców, kończyn. Można zauważyć spowolnienie psychoruchowe, problemy ze snem oraz dysfunkcje seksualne. Podłożem tych zmian jest dysregulacja układu immunologicznego oraz zwiększony poziom prozapalnych cytokin. Szczególnie istotny jest wzrost stężeń interleukiny 1 oraz czynnika martwicy nowotworów α (TNFα). Cytokiny wywołują istotny wpływ na przemiany metaboliczne neuroprzekaźników: serotoniny, noradrenaliny i dopaminy. Stymulują też nadmierną produkcję kortyzolu, pośrednio modyfikując wrażliwość receptorów glukokortykoidowych, a także bezpośrednio stymulując oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (PPN). Nadaktywność osi PPN może prowadzić do powstawania zmian w obrębie struktur mózgowych. Skutkiem nadmiernego pobudzenia osi PPN są zaburzenia działania szlaku przemiany tryptofanu w serotoninę oraz melatoninę. Co więcej, nieprawidłowości prowadzą do aktywacji indoloamino-2,3-dioksygenazy (IDO), enzymu przekształcającego tryptofan w kynureninę, która działa toksycznie na układ nerwowy, powodując jego degenerację.

Wzajemne powiązanie cukrzycy z depresją

Cukrzyca i depresja, ze względu na znaczący wzrost przypadków zachorowań pacjentów w ostatnich latach, mogą zostać uznane za choroby cywilizacyjne XXI wieku. U dwóch trzecich pacjentów chorych na cukrzycę depresja pozostaje niezdiagnozowana. Depresja współistniejąca z cukrzycą należy do zagadnień, które dotychczas nie zostały wystarczająco zgłębione. Wskazuje się na kilka czynników ryzyka determinujących współistnienie cukrzycy i depresji. Mogą być to czynniki antropometryczne, takie jak płeć czy wiek, a także status społeczny lub sytuacja ekonomiczna pacjenta. Ponadto leczenie cukrzycy ma charakter przewlekły i znacząco wpływa na pogorszenie jakości życia chorego, co również może prowadzić do zaburzeń depresyjnych. Badania wskazują też na czynniki ryzyka związane z przebiegiem cukrzycy, na przykład hipoglikemia, zaburzenia metaboliczne czy powikłania wynikające z niewyrównania poziomu glukozy. Niezbadanym pozostaje, za pomocą jakiego mechanizmu zmiany zachodzące u pacjentów z zaburzeniami glikemii mogą wywołać objawy depresji, a z drugiej strony – w jaki sposób w przebiegu depresji mogą pojawić się objawy cukrzycy.

Najlepiej poznanym elementem wiążącym depresję z cukrzycą jest układ serotoninowy. Ustalono wyraźną korelację między polimorfizmami transportera serotoniny (5-HTT) a depresją u osób chorych

na cukrzycę. Wspomniany polimorfizm może przyczyniać się do większej podatności na depresję w odpowiedzi na stres związany z bodźcem środowiskowym. Co więcej, cukrzyca zaburza równowagę wolnej frakcji L-tryptofanu (FFT) z innymi obojętnymi aminokwasami, prowadząc ostatecznie do zahamowania syntezy serotoniny (5-HT). System 5-HT działa wielofunkcyjnie: reguluje neurogenezę, aktywność emocjonalną i behawioralną. Utrzymująca się hiperglikemia prowadzi do upośledzenia wymienionych funkcji.

Kolejnym z możliwych mechanizmów korelacji cukrzycy i depresji jest aktywacja osi PPN z udziałem układu glikokortykoidów mózgowych (GK). Przewlekły stres lub długotrwałe podawanie glikokortykoidów zaburza układ PPN, prowadząc do ciągłego wysokiego poziomu GK i insulinooporności. Ten stan może ostatecznie przekształcić się w cukrzycę typu 2 i poprzez uszkodzenie neuronów hipokampu za sprawą zredukowania rozgałęzienia dendrytycznego i atrofii neuronów może dodatkowo zakłócać hamowanie zwrotne GK i prowadzić do objawów depresyjnych. Postsynaptyczne receptory serotoninowe 5-HT1A, 5-HT2A i 5-HT2C są prawdopodobnie regulowane przez mózgowy kortyzol. Potwierdzeniem może być obecność receptorów GK w określonych obszarach mózgu, które odgrywają kluczową rolę w zaburzeniach poznawczych i nastroju.

Istotna jest również zmiana w mechanizmach neurotropowych, w tym supresja czynnika neurotropowego pochodzenia mózgowego (BDNF). Zaangażowane są w to GK modulujące transkrypcję BDNF, jak również uczestniczące w proteolitycznej konwersji pro-BDNF do dojrzałego BDNF. W ten sposób obniżają poziom BDNF.

Przewlekły stres lub długotrwałe podawanie glikokortykoidów prowadzi do insulinooporności. Uważa się także, że hamowanie aktywności kinazy syntazy glikogenu-3 (GSK-3) za pośrednictwem fosforylacji jest upośledzone w cukrzycy, co może mieć wpływ na plastyczność neuronów i neurogenezę, prowadząc do zaburzeń, takich jak depresja. Zaburzenia systemu insulinopodobnego czynnika wzrostu biorą udział w patogenezie chorób neuropsychiatrycznych. Istnieje powiązanie aktywności 5-HT z hamowaniem ekspresji GSK-3. Stwierdzono, że niekontrolowana stymulacja ekspresji GSK-3 w cukrzycy może odzwierciedlać upośledzony efekt regulacyjny systemu 5-HT prowadzący do stanu depresyjnego u pacjentów z cukrzycą. Isulinopodobny czynnik wzrostu-I (IGF-I) działa na komórki nerwowe i glejowe, promując neurogenezę, angiogenezę i neuroplastyczność. Pojawiły się dowody na to, że IGF-I działa antydepresyjnie, przeciwlękowo, usprawnia pamięć, neurogenezę i angiogenezę. Co więcej, leki przeciwdepresyjne stymulują ekspresję IGF-I. W antydepresyjnym działaniu IGF-I pośredniczy receptor IGF-I, powodujący wzrost poziomu serotoniny w hipokampie.

Podsumowanie

W celu prowadzenia skutecznej terapii pacjenta z cukrzycą i objawami depresyjnymi fundamentalne znaczenie ma dokładne poznanie mechanizmów wzajemnego oddziaływania zmian zachodzących w przebiegu cukrzycy i depresji. Umożliwiłoby to również lepszą kontrolę zaburzeń metabolicznych, poprzez zastosowanie odpowiednich leków przeciwdepresyjnych w terapii cukrzycy. Należy pamiętać, że farmakologiczne postępowanie w depresji u pacjentów z cukrzycą wymaga krytycznej oceny współwystępujących chorób, interakcji stosowanych leków oraz ich działań niepożądanych. Wszystkie możliwe komplikacje należy ocenić przed rozpoczęciem leczenia. Niezbędne wydaje się na przykład uwzględnienie przyrostu masy ciała po lekach przeciwdepresyjnych u pacjentów cierpiących na takie zaburzenia jak cukrzyca, gdyż mogłoby to pogorszyć stan pacjenta, wpływając na efektywność terapii przeciwcukrzycowej. Zgłębienie tego tematu może mieć kardynalne znaczenie w praktyce. Stosowanie prawidłowej terapii przeciwdepresyjnej u pacjentów z cukrzycą jest konieczne, ponieważ wystąpienie zaburzeń depresyjnych może obniżać efektywność leczenia diabetyka. Bardzo ważnym elementem terapii jest indywidualne dobranie odpowiedniego leku przeciwdepresyjnego, który poza podstawowym kierunkiem działania zwiększałby skuteczność terapii przeciwcukrzycowej.

afw

dr n. farm.
KATARZYNA MANIKOWSKA
Katedra i Zakład Farmakologii,
Uniwersytet Medyczny im.
K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

OPIEKA DIABETOLOGICZNA W CZASIE PANDEMII

„Zarówno stosowana farmakoterapia, jak i sama depresja mogą wpływać na stężenia glukozy we krwi. Niejednokrotnie obserwujemy zależność, że efektywność leków przeciwdepresyjnych i stopniowa poprawa stanu psychicznego pacjenta wpływają pozytywnie na glikemię" – mówi prof. dr hab. **DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ**, diabetolog, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, prorektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w rozmowie z mgr farm. **Joanną Rutkowską** i mgr farm. **Kamilą Ryszewską**.

„FARMACJA WIELKOPOLSKA": W czasie obecnej epidemii koronawirusa SARS-COV-2 specjaliści z każdej dziedziny medycyny spotykają się z wieloma problemami, takimi jak niedostateczne dofinansowanie czy brak czasu podczas wizyt na kompleksowe zbadanie pacjenta. Przed jakimi nowymi trudnościami stanęli diabetolodzy w obliczu pandemii COVID-19?

DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ: Wszystkie problemy, które pojawiły się w ochronie zdrowia wraz z pandemią, dotknęły także naszej specjalności. Trudnością swoistą dla diabetologów było opracowanie nowych procedur postępowania z chorymi na COVID-19, z nowo rozpoznaną cukrzycą, których było zaskakująco wielu. Pacjenci tacy trafiali do szpitala z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19, a stwierdzana hiperglikemia okazała się czynnikiem rokowniczym i wymagała skutecznej interwencji przeciwhiperglikemicznej. Było to nowe zjawisko, które zaskutkowało znacznie podwyższonym wyczuleniem glikemicznym. Wspomniana wyżej procedura uwzględnia obowiązkowe oznaczenie stężenia glukozy we krwi, niezależnie od tego, czy pacjent wcześniej miał rozpoznane zaburzenia metabolizmu glukozy. Cukrzyca typu 2 jest chorobą, z którą pacjent może żyć wiele lat bez świadomości choroby, dlatego zwiększenie ilości takich badań spowodowało zauważalny wzrost liczby nowych rozpoznań.

Kolejnym problemem, z którym zmuszeni byliśmy się zetknąć, była ograniczona dostępność specjalistów dla pacjentów z chorobą przewlekłą. Na szczęście funkcjonował już wtedy system e-dokumentacji (e-recept, e-zleceń, e-zwolnień) i możliwym stało się przyjmowanie pacjentów z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych.

Ponadto obserwowaliśmy paraliż podstawowej opieki zdrowotnej, który skutkował utrudnionym

aiw

PROF. DR HAB. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ

dostępem do diabetologa na pierwszorazową wizytę. Pacjenci byli więc często diagnozowani z opóźnieniem i nierzadko trafiali do specjalisty przez izbę przyjęć, z pominięciem poradni diabetologicznej.

Pandemia zdecydowanie zrewolucjonizowała dotychczasową opiekę medyczną. Telemedycyna, wcześniej w Polsce niemal nieistniejąca, stała się dominującą formą kontaktu pacjent - lekarz. Jak z perspektywy diabetologa ocenia Pani te zmiany? Czy pacjenci bez bezpośrednich spotkań z lekarzem są mniej zdyscyplinowani, czy może jednak odwrotnie – z obawy i strachu przed nieznaną dotąd chorobą zdecydowali się bardziej zadbać o swoje zdrowie?

To zależy, nie da się jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Na część pacjentów świadomość powiązania niewyrównanej cukrzycy z ciężkim przebiegiem choroby COVID-19 działała mobilizująco. Wzmagali oni samokontrolę glikemii, niejednokrotnie inwestowali w zakup systemów ciągłego monitorowania stężenia glukozy, starając się jak najlepiej zadbać w tym czasie o swoje zdrowie. Do tej grupy zaliczali się głównie chorzy z niemałym bagażem doświadczeń cukrzycowych. W trudniejszej sytuacji znalazły się osoby, u których cukrzycę typu 1 rozpoznano równocześnie z diagnozą COVID-19. W takim przypadku telemedycyna nie była w stanie podołać ich potrzebom w zakresie edukacji na temat samej choroby i jej leczenia. Nie sposób też nie wspomnieć o drugiej grupie pacjentów, demonstrujących postawę całkowicie przeciwną. Sceptycznie podchodzili do kwestii panującego zagrożenia, całkowicie bagatelizując ryzyko, jakie niesie za sobą zakażenie. Nie tylko nie zachowywali należytej ostrożności, ale i zaniedbywali stan swojego zdrowia.

Czy zatem ilość teleporad podczas pandemii dorównywała liczbie wizyt tradycyjnych, odbywających się w poradniach przed pojawieniem się COVID-19?

Dysponujemy danymi statystycznymi, które wskazują, że w ciągu roku pandemii ilość porad u diabetologa pediatry wzrosła o około 25 proc. O taki sam odsetek natomiast zmalała liczba porad u diabetologów internistów. Wskazuje to zatem na znaczący spadek ilości świadczeń udzielanych dorosłym pacjentom.

Czy telekonsultacje powinny na stałe zostać częścią kompleksowej opieki nad diabetykiem? Czy powinno się wrócić do kontaktu bezpośredniego? Jeśli tak, to w jakich przypadkach?

Wprowadzenie telekonsultacji jako stałego elementu opieki medycznej jest już pewne. W kontekście opieki nad chorym na cukrzycę, chorobę przewlekłą, to jest rozwiązanie komplementarne do tradycyjnych wizyt. Oczywiście, pierwsza wizyta u diabetologa nie powinna odbywać się z zastosowaniem telekonsultacji, w tym przypadku konieczne jest spotkanie w formie tradycyjnej. Natomiast kontynuacja poradnictwa jak najbardziej tak, szczególnie jeśli pacjent stosuje w opiece przewlekłej nowe technologie, takie jak systemy ciągłego monitorowania glikemii. Takie rozwiązanie pozwala lekarzowi, będącemu w wirtualnym gabinecie, na nieograniczony dostęp do informacji na temat stężenia glukozy w krwi chorego. Dane te zapisywane są na bieżąco w bezpiecznej przestrzeni on-line dzięki odpowiednim aplikacjom i oprogramowaniom. Po przeprowadzeniu analizy dostępnych wyników diabetolog może, w formie zdalnej, wydać niezbędne zalecenia, zaordynować leczenie, czy też odpowiedzieć na pojawiające się pytania i problemy.

afw

■ **Prof. dr hab. DOROTA ANNA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ** – prorektor ds. organizacji, promocji i rozwoju w kadencji 2020–2024 Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Wydziału Lekarskiego UM w Poznaniu, wieloletni członek zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (prezes od 2017 r.). Jej zainteresowania naukowe obejmują naturalną historię cukrzycy i patomechanizmu przewlekłych powikłań oraz insulinoterapię z wykorzystaniem nowych technologii. Wielokrotnie wyróżniana była przez czasopismo „Puls Medycyny", między innymi za pierwsze w Polsce wszczepienie pacjentowi długoterminowego mikrosensora monitorującego stężenie glukozy.

A jak w tej sytuacji odnalazły się osoby w wieku podeszłym?
Na pewno dla starszych pacjentów było to większe wyzwanie aniżeli dla młodszych. Natomiast wiek i metryka nie definiują, czy pacjent podoła nowej, zupełnie odmiennej rzeczywistości, czy też nie. Wiele starszych osób chorych na cukrzycę, znakomicie radzących sobie z insulinoterapią (ze względu na przewlekłość życia z cukrzycą), niekoniecznie odnajdzie się w świecie nowoczesnych rozwiązań i wirtualnych konsultacji. Jest to grupa, która stając przed wyborem formy wizyty, zdecydowanie preferowała spotkania bezpośrednie, w ich odczuciu, bardziej satysfakcjonujące. Wśród moich pacjentów są także osoby powyżej siedemdziesiątego roku życia, którzy doskonale sobie radzą z systemami ciągłego monitorowania glikemii i widzą przydatność tychże systemów. W dodatku czują się bezpieczniej, ponieważ podgląd na wartości glikemii mają ich najbliżsi oraz lekarz. I dla takiego pacjenta rzeczywiście komunikacja w formie teleporady była wystarczającą dla omówienia strategii leczenia przeciwhiperglikemicznego.

Wspomniała Pani, że ciężkie przechorowanie COVID-19 może wpływać na destabilizację wartości glikemii. Czy często wymagana jest modyfikacja dotychczasowej farmakoterapii przeciwhiperglikemicznej?
W tej zależności wyodrębnić należy kilka obszarów, rozróżniając typ cukrzycy oraz stosowaną farmakoterapię. Zaznaczam także, że modyfikacja leczenia była konieczna jedynie w przypadku ciężkiego przebiegu COVID-19, podczas gdy lekkie przechorowanie niejednokrotnie nie wpływało znacząco na wartości glikemii i tym samym nie wymagało zmian farmakoterapii.

Pierwszą grupę stanowią pacjenci, u których cukrzycę typu 2 wykryto dopiero w momencie hospitalizacji z powodu ciężkiego przebiegu COVID-19. Z racji wysokich wartości glikemii towarzyszących chorobie oraz dodatkowo indukowanych sterydoterapią niejednokrotnie zachodziła konieczność wprowadzenia insulinoterapii jako adekwatnej formy leczenia. Nierzadko wyleczenie z COVID-19 pozwalało na zaprzestanie podawania insuliny i zastosowanie terapii zgodnych z zaleceniami postępowania w cukrzycy typu 2.

Drugą grupą są wieloletni pacjenci z cukrzycą typu 2, którzy zachorowali na COVID-19. W ich przypadku, podczas hospitalizacji, stosowana dotychczas nieinsulinowa terapia przeciwhiperglikemiczna automatycznie zastępowana była insulinoterapią. Jeżeli natomiast ich wcześniejszy stan zdrowia wymagał terapii insuliną, to wówczas intensyfikowano leczenie poprzez zwiększenie dawek oraz zwielokrotnienie wstrzyknięć (model wielokrotnych wstrzyknięć). Analogiczne postępowanie zastosowano u pacjentów z cukrzycą typu 1. Grupa ta dzięki wysokiemu poziomowi świadomości swojej choroby potrafiła często samodzielnie, adekwatnie do potrzeb organizmu, dostosować dawkę insuliny. Niestety, nieobce diabetologom były również przypadki pacjentów trafiających na oddziały z cukrzycową kwasicą ketonową (wynikającą z braku dostatecznej wiedzy bądź zbyt późnej reakcji na zmieniający się stan zdrowia). U chorych, którzy rozwinęli ostre powikłania hiperglikemiczne, konieczne było podawanie insuliny z wykorzystaniem drogi dożylnej (co jest standardową procedurą w terapii ostrych stanów hiperglikemicznych).

WIEK I METRYKA NIE DEFINIUJĄ, CZY PACJENT PODOŁA TEJ NOWEJ, ZUPEŁNIE ODMIENNEJ RZECZYWISTOŚCI. WIELE STARSZYCH OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ, ZNAKOMICIE RADZĄCYCH SOBIE Z INSULINOTERAPIĄ, NIEKONIECZNIE ODNAJDZIE SIĘ W ŚWIECIE NOWOCZESNYCH ROZWIĄZAŃ I WIRTUALNYCH KONSULTACJI

Duże wyzwanie, zarówno dla personelu medycznego, jak i samego pacjenta, stanowiło równoległe rozpoznanie cukrzycy typu 1 oraz hospitalizacja z powodu COVID-19. Trudność ta wynikała z konieczności jednoczesnego wprowadzenia terapii przeciwko obu chorobom. Taka sytuacja nie pozwalała na dostateczną edukację pacjenta tak w aspekcie insulinoterapii, jak i samego zrozumienia problemu cukrzycy. Niezwykle wartościowym narzędziem u takich chorych była możliwość zastosowania nowych technologii monitorowania glikemii.

Pandemia znacznie wpłynęła na życie i zdrowie psychiczne wielu ludzi, szczególnie tych, którzy zmagają się

z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca. Czy może się Pani Profesor odnieść do tego problemu?

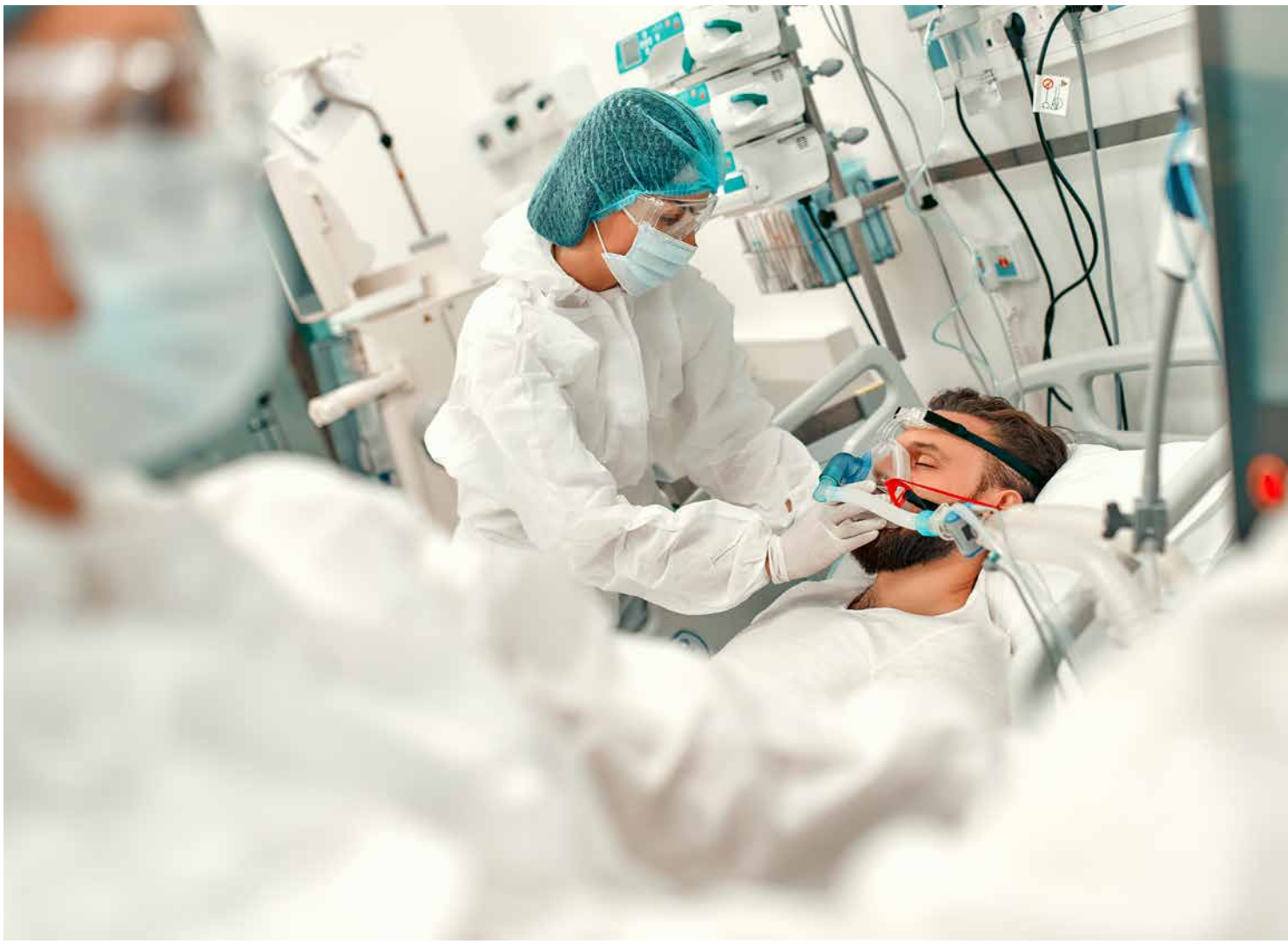
Wyrazem tego wpływu jest między innymi zwiększona liczba przypadków diagnozowanej depresji. Koincydencja depresji i cukrzycy jest zjawiskiem powszechnym, niezależnym od COVID-19. Dotyczy zarówno pacjentów z cukrzycą typu 1, jak i typu 2. Każda towarzysząca cukrzycy choroba utrudnia osiągnięcie wyrównania glikemicznego, w szczególności dotyczy to depresji.

Czy w przypadku zdiagnozowania choroby o podłożu psychicznym (na przykład depresji) i wdrożenia z jej powodu dodatkowej farmakoterapii konieczna jest modyfikacja leczenia cukrzycy?

Jeżeli chodzi o leczenie depresji, to pamiętajmy, że zarówno stosowana farmakoterapia, jak i sama depresja mogą wpływać na stężenia glukozy we krwi. Niejednokrotnie obserwujemy zależność, że skuteczne działanie leków przeciwdepresyjnych i stopniowa poprawa stanu psychicznego pacjenta wpływają pozytywnie na glikemię. Mam takie powiedzenie: „jak życie się uśmiecha i Ty się uśmiechasz do cukrów, to i cukry się do Ciebie uśmiechają". I coś na rzeczy jest.

Serdecznie dziękujemy za rozmowę.

Rozmawiały mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA i mgr farm. KAMILA RYSZEWSKA „Farmacja Wielkopolska"



www.stock.adobe.pl

EUGENIUSZ JAROSIK

CUKRZYCA
A RYZYKO CIĘŻKIEGO PRZEBIEGU COVID-19

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 to czas szczególnie groźny dla osób przewlekle chorych, w tym dla pacjentów z cukrzycą. W latach 2013–2018 zachorowalność na tę chorobę wzrosła wśród osób dorosłych o 13,7 proc. W 2018 r. w Polsce było 2,9 mln dorosłych (1,3 mln mężczyzn i 1,6 mln kobiet), u których zdiagnozowano cukrzycę. Spora część osób ma jednak stan przedcukrzycowy (czyli w badaniu krwi na czczo poziom glukozy 100-125 mg/dl) lub nie wie, że choruje na cukrzycę.

Niekontrolowana glikemia, podwyższony poziom cukru we krwi to czynniki osłabiające układ odpornościowy organizmu, co sprawia, że koronawirus łatwiej się w nim rozprzestrzenia. Większe ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia i zgonu występuje zwłaszcza wtedy, gdy cukrzyca jest źle kontrolowana metabolicznie. Statystyki ostrzegają: wśród osób z ciężkim przebiegiem COVID-19 jest od 12 do 25 proc. osób zmagających się z cukrzycą! W tej grupie zakażonych koronawirusem wzrasta również prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań cukrzycy. Infekcja wirusowa w tej grupie pacjentów może prowadzić do gwałtownego wzrostu stężenia glukozy we krwi, co zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycowej kwasicy ketonowej (CKK). Dotyczy to przede wszystkim chorych na cukrzycę typu 1. Prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu infekcji spowodowanej koronawirusem istotnie wzrasta, jeśli pacjent z cukrzycą ma też inne obciążenia zdrowotne, na przykład cierpi na choroby serca lub płuc.

Istnieją badania wskazujące, że koronawirus SARS-CoV-2 niszczy komórki beta wysp Langernhansa gruczołu trzustkowego, przez co sam może wywołać cukrzycę. Pacjenci, którzy zostali wyleczeni z COVID-19, powinni zatem skontrolować poziom glukozy we krwi, a jeśli jest on nieprawidłowy – skonsultować się z lekarzem i rozpocząć leczenie.

Obecna pandemia uświadamia nam, jak ważna jest profilaktyka cukrzycy i kontakt z lekarzem specjalistą w razie wystąpienia objawów wskazujących na rozwój tej choroby. Stawką jest życie – w grupie pacjentów, którzy zmarli na COVID-19, od 20 do 25 proc. miało cukrzycę. Kontrola cukrzycy, właściwa terapia i monitorowanie jej przez lekarza specjalistę pozwalają zmniejszyć ryzyko ciężkiego przebiegu choroby i powikłań zdrowotnych, spowodowanych infekcją koronawirusem SARS-CoV-2.

Ważna jest też edukacja pacjentów chorujących na cukrzycę w zakresie wpływu leków stosowanych doraźnie, na przykład przeciwbólowych, na wyniki badania poziomu glukozy we krwi. Powinni oni wiedzieć, że na przykład paracetamol może zawyżać wyniki z urządzenia monitorującego poziom glukozy. Duże dawki kwasu acetylosalicylowego oraz ibuprofenu mogą z kolei obniżać stężenie cukru we krwi. Ponadto leki na przeziębienie często zawierają glukozę, co także nie pozostaje bez wpływu na parametry cukrzycowe.

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

Czy leci z nami PILOT?

Większość farmaceutów żyje w szklanej bańce wypełnionej tanią propagandą i pustą narracją o „istotnej roli aptekarza”

www.stock.adobe.pl

Przyglądając się wiadomościom publikowanym przez media branżowe oraz stronę Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA) i konfrontując to z codzienną pracą w aptece, przypomniał mi się dowcip. W lecącym samolocie pełnym ludzi rozlega się głos pilota: „Dzień dobry Państwu, chciałbym Państwa poinformować, że dzisiaj pracuję dla Państwa zdalnie z domu". I tak wygląda dzisiaj rzeczywistość aptekarzy. Siedzą w lecącym nie wiadomo dokąd samolocie, a odpowiadający za ich bezpieczeństwo już dawno są poza nim, bezpieczni i spokojni o swój los.

Mam bowiem nieodparte wrażenie, że jako grupa zawodowa zmarnowaliśmy kolejne miesiące i kolejną szansę. Mieliśmy możliwości walczenia o poprawę pozycji farmaceutów, ale zwyciężyła bierność władz Naczelnej Rady Aptekarskiej (NRA) i brak zainteresowania tym faktem aptekarzy. Owszem, narracja w mediach społecznościowych prowadzona przez NRA jest perfekcyjna. Trzeba przyznać, że uprawiana socjotechnika świetnie się sprawdza. Na mnie jednak sprawia to wrażenie rewelacyjnie działającej propagandy z wnikliwą kontrolą przekazywanych treści. Szczęśliwie dla nas, aptekarzy, wszystkiego w Internecie nawet prezesi NRA kontrolować nie mogą, więc każdy może znaleźć informacje dotyczące problemów i realiów naszej pracy. Szkoda wielka, że większość farmaceutów żyje w szklanej bańce wypełnionej tanią propagandą i pustą narracją o „istotnej roli aptekarza", rozwodzi się nad sztucznie tworzonymi przez moderatorów stron tematami, które znakomicie odwracają uwagę od problemów od lat nękających społeczność aptekarską.

Czy naprawdę nie jesteśmy zainteresowani, czy ktoś tym samolotem zawodu, w którym siedzimy, odpowiedzialnie steruje? I jaki nas los czeka? Żyjemy chwilą, licząc, że wszystko się samo ułoży, zdobędziemy prestiż, zaufanie i świetne wynagrodzenia. Otóż nic się samo nie ułoży i szczęśliwego zakończenia nie będzie. Przykładów do analizy jest aż nadto. Przytoczę więc tylko kilka z nich.

Tak długo czekaliśmy na ustawę o zawodzie farmaceuty (UOZF). Tymczasem wiele przepisów ustawy, która weszła w życie 16 kwietnia 2021 r., budzi nasze

wątpliwości, wiele z nich budzi wręcz zdziwienie szeregowych aptekarzy. Wychodzą kolejne niedociągnięcia i błędy tego aktu prawnego. Kierujący NRA, którzy w tajemnicy przed środowiskiem brali udział w tworzeniu ustawy, milczą. Zastanawiam się, gdzie byli wszyscy przedstawiciele samorządu aptekarskiego w czasie procedowania tej ustawy? Jakie było zaangażowanie i merytoryczne przygotowanie do opiniowania projektu ustawy ze strony prezesa i wiceprezesów NRA? Czy UOZF to efekt nieudolności, celowego zaniechania czy milczącej zgody samorządu w ministerialnej komisji?

OBECNIE APTEKA MUSI UTRZYMAĆ SIĘ WYŁĄCZNIE Z MARŻY, A NA PŁATNĄ OPIEKĘ FARMACEUTYCZNĄ ZAPOTRZEBOWANIA NA RAZIE NIE MA

W świetle licznych analiz tego aktu prawnego, który jest, powiedzmy wprost, chaotycznym i niedopracowanym bublem prawnym, stanowiącym duży problem dla aptekarzy, każdy może sobie sam na te pytania odpowiedzieć. Największe obawy budzą takie kwestie, jak:

- regulacje wprowadzające dodatkowe obciążenia aptekarzy w zakresie obowiązków wynikających z UOZF,
- ustawowa delegacja do rozkręcenia biznesu szkoleniowego, który tylko szkolącym prawdopodobnie przyniesie wymierne zyski,
- „wyjęcie" kierowników aptek szpitalnych spod opiniowania okręgowych rad aptekarskich,
- ogólniki dotyczące działów farmacji,
- Prawo Wykonywania Zawodu (PWZ) „dwóch prędkości" w wyniku wprowadzenia Farmaceutycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (FEW), którego efektem mogą być rzesze „tanich" farmaceutów spoza UE przy i tak trudnym dla nas rynku pracy.,
- przerzucenie całej odpowiedzialności za działalność apteki na kierownika przy jednocześnie „niefarmaceutycznej" w większości strukturze właścicielskiej aptek jest źródłem obaw wielu z nas i już skutkuje aneksami do umów o pracę.

Nie sposób też nie wspomnieć o obowiązku wdrożenia i monitorowania systemu zarządzania jakością dla aptek ogólnodostępnych, systemu, który jeszcze bardziej obciąży i tak już stojące nad przepaścią niezależne apteki.

Władze NIA i kręgi z nią związane mamiły farmaceutów półprawdami o zbawczej wręcz roli tej ustawy. Teraz, zamiast z pokorą nas, aptekarzy, za swe niechlujstwo w przygotowaniu wielu jej zapisów przeprosić, nabrały wody w usta i milczą.

Minęła kolejna fala pandemii. Apteki nie zostały do tej pory objęte żadną tarczą antykryzysową, za to zakończono szybciutko dostawy bezpłatnych środków ochrony osobistej dla ich pracowników! Farmaceuci nie dostali żadnych dodatków za, jak to podkreślała prezes NRA, „stanięcie na wysokości zadania i pierwszej linii frontu walki z zarazą"! Część aptek znajduje się na skraju wydolności finansowej. Ministerstwo Zdrowia ustami swych przedstawicieli informowało w czerwcu, że żadnych prac nad zmianami głodowych marż na leki refundowane nie prowadziło i nie prowadzi. Wydaje się więc, że całkowicie zaniechano działań w zakresie obiecanej „Strategii dla aptek", które mogłyby rozwiązać kwestie finansowe. Chyba że są to działania całkowicie nieskuteczne i lekceważone przez rządzących.

Można odnieść wrażenie, że jedynym dostrzeganym przez władze NRA problemem, wartym uwagi, jest dostęp do szczepień w aptece. Czy naprawdę wierzymy, że to właśnie kompetencja wykonywania szczepień w aptece pozwoli na przywrócenie ich rentowności? Kto będzie rzeczywistym beneficjentem szczepień w aptekach w dłuższej perspektywie? Farmaceuci w nich pracujący, czy podmioty prowadzące apteki, coraz częściej, niestety, niefarmaceutyczne?

Otóż praktycznie nie spotkamy informacji o losach aptekarzy, którzy nabyli już uprawnienia do kwalifikowania i szczepień przeciw SARS-CoV-2. Do łez ubawiły mnie za to dwa artykuły. Jeden, dotyczący nabywania unikatowej kompetencji do

www.stock.adobe.pl

wykonywania szczepień (w stylu propagandy „Trybuny Ludu"), okraszony był zdjęciem, jak mniemam, farmaceuty wpatrującego się wnikliwie w – tu nie mam pewności – igłę, strzykawkę? Drugi, autorstwa jednego z członków NRA, opowiadał o skarbnicy wiedzy, jaką czerpali aptekarze ze szkoleń dotyczących kwalifikacji i szczepień (dwa oddzielne kursy). Tyle narracja NIA. A teraz fakty.

Do Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej zgłaszają się rozżaleni aptekarze, którzy informują, że nikt ich do szczepień nie potrzebuje. A jeśli nawet dostają ofertę, to za groszowe wynagrodzenie. Ja tym faktem zdziwiony nie jestem. Punkty, w których realizowane są szczepienia (przypomnę, jedno wyceniane na ponad 60 zł), do tej pory radziły sobie bez aptekarzy. Dlaczego więc nagle miałyby się dzielić pieniędzmi z farmaceutą? Z drugiej strony – masowe punkty szczepień potrzebują fachowców, sprawnych praktyków, a nie farmaceuty celebrującego wykonanie szczepienia. Tu są potrzebne pielęgniarki szczepiące „w ciemno", z opanowaną do perfekcji mechaniką ruchów i umiejętnością wykonania iniekcji. Do tego potrzeba setek, jeśli nie tysięcy wykonanych wkłuć, a nie nakłuwania, jak szynki peklowanej przed Wielkanocą, trenażera.

Co do szkoleń w zakresie szczepień, to z ciekawością sam w nich uczestniczyłem. I odnoszę wrażenie, że uczestniczyłem w zupełnie innym szkoleniu niż promowane przez NIA. Sam kurs teoretyczny (internetowy), czyli prezentacje, można przejrzeć bez limitu czasowego. Właściwie to od razu można przystąpić do zaliczenia testu. Z ciekawostek, a jest ich wiele, tylko dwie: jeden z prelegentów z tytułem naukowym mylił miligramy z mikroorganizmami, drugi omawiał zasady doboru rurki nosowo-gardłowej, której i tak nie założymy. Na tych zajęciach wspomnianej wyżej rurki nie zaprezentowano. W części praktycznej uczono między innymi pobierania płynu z fiolki do strzykawki (a przypomnę, że ponoć jesteśmy specjalistami od leków), przyłożenia do uda omnipena z adrenaliną oraz obsługi automatycznego defibrylatora znajdującego się w miejscach publicznych, czyli urządzenia posiadającego instrukcję zarówno w formie poleceń głosowych, jak i piktogramów. W trakcie szkoleń pomijane jest natomiast postępowanie po zakłuciu się wykonującego szczepienie i postępowaniu z odpadami niebezpiecznymi. Być może prowadzący przyjęli, że im mniej aptekarz wie o szczegółach, tym lepiej.

Trzeba mieć świadomość, że na szkolenia, w których uczestniczyły tysiące osób, przeznaczono duże publiczne pieniądze. Nie ukrywajmy, pandemia to swoistego rodzaju wojna. Niesie ofiary, ale też pozwala niektórym na zbicie fortuny. Zaznaczam wyraźnie – Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że szkolenia z zakresu szczepień dotyczyły TYLKO i WYŁĄCZNIE szczepień przeciwko SARS-CoV-2. Warto też zauważyć, że NIE DOPUSZCZA się kwalifikowania do szczepienia przez farmaceutów dzieci w wieku 12-16 lat! W tym przypadku kwalifikację przeprowadza wyłącznie lekarz. Ten fakt jest skrzętnie przemilczany. Asądzę,że

www.stock.adobe.pl

w zupełnie innym świetle stawia to sprawę szczepień w aptekach. Uważny obserwator z pewnością zauważył, że nie jesteśmy już na etapie żmudnego pozyskiwania szczepionki, ale raczej poszukiwania chętnych do zaszczepienia się. Minister organizuje loterię, a w masowych punktach szczepień można w nagrodę za „zaszczepienie się" dostać na przykład żel antybakteryjny. Ta sytuacja była do przewidzenia już na początku roku.

Po co zatem był ten cały cyrk? W czyim interesie NIA lobbowała i lobbuje z uporem godnym lepszej sprawy za realizacją szkoleń „ze szczepień" i „szczepieniami w aptekach"? Od miesięcy mydli się oczy aptekarzom, wykorzystując do tego celu między innymi fakt, że w 13 krajach Unii Europejskiej takie szczepienia w aptekach są prowadzone. Otóż UE liczy 27 państw członkowskich. I o tym fakcie nasi „wybrańcy" orędujący za szczepieniami w aptekach zapominają. To zrozumiałe, bo bardzo trudno będzie walczyć z argumentem, że w 50 proc. państw UE szczepień w aptekach NIE MA! W czerwcu NIA ustami swego rzecznika poinformowała o 70 proc. aptek gotowych do szczepień i 9 tysiącach wyszkolonych farmaceutów. Każdy może to skonfrontować z faktami. Przypomnę. Mamy około 12 100 aptek i prawie 18 500 farmaceutów w nich pracujących. Jak wygląda struktura zatrudnienia, pomieszczeń w aptece wie każdy pracujący w nich farmaceuta. Każdy więc może sobie policzyć, pomyśleć i wyciągnąć wnioski.

Zmiany jakie przyniosła ustawa o zawodzie, pandemia, kolejne zmiany w realizacji recept to olbrzymie pole do szkoleń wszelkiego rodzaju, organizowanych nie tylko z nieprzepartej potrzeby podzielenia się doświadczeniem i wiedzą. Szkolenia, nawet jeśli wytworzy się na nie sztucznie zapotrzebowanie, pozwalają na zarobienie niezłego grosza. Mamy więc ofertę szkoleń ze szczepień, a także niezliczone webinary firm edukacyjnych i NIA ze wszystkich możliwych zakresów.

Dlaczego więc NIA nie zajmuje się kluczowymi dla naszej codziennej pracy sprawami? Brakuje działań w zakresie rzeczywistej i konstruktywnej

współpracą z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), poprawy komunikacji z lekarzami niezbędnej dla wdrożenia opieki farmaceutycznej. Brakuje działań w zakresie absurdalnych interpretacji przepisów utrudniającymi wykonywanie zawodu, które grożą konsekwencjami finansowymi za przypadkowe błędy lub odmienną interpretację coraz mniej jednoznacznych przepisów. Wymieniać problemy naszej pracy można długo. Czy władze naszego samorządu potrafią zdefiniować najpilniejsze problemy zawodu i przygotować właściwą strategię do ich rozwiązania? Czy leci z nami pilot?

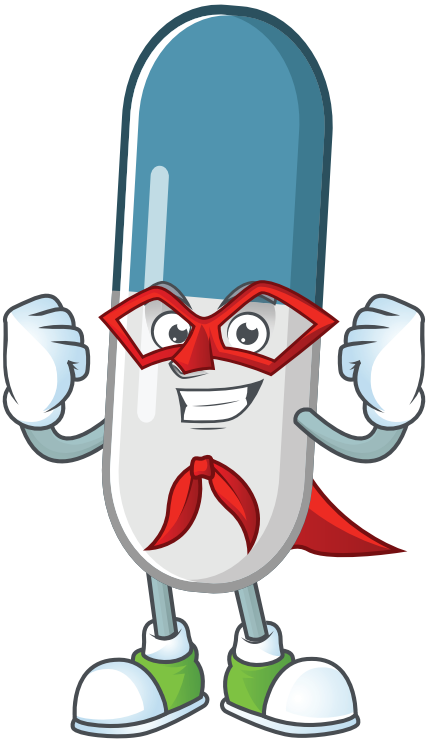
Do głębokiej refleksji skłaniają publikacje Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Otóż według GUS, w aptekach pracuje 26 200 magistrów farmacji; znacznie więcej jest w nich techników farmaceutycznych – prawie 33 000. Obecnie w Polsce działa około 12 100 aptek. Według danych NFZ, statystycznie na aptekę wypada 1,5 magistra farmacji (18 500 farmaceutów). Skąd te różnice? Warto zwrócić uwagę, że dane GUS odwołują się do informacji zawartych kwestionariuszach, które nie są weryfikowane, zaś wyliczenia NFZ oparte są na dokumentacji spływającej z aptek. Czy nikt nie dostrzega faktu, że to tylko połowa farmaceutów z PWZ? Dlaczego coraz większa grupa farmaceutów „rzuca dyplomem"? Dlaczego nikt nie monitoruje losów absolwentów? Dlaczego nikt nie zwraca uwagi na fakt, że przy malejącej liczbie aptek nie rośnie zatrudnienie farmaceutów? „Po farmacji znajdziesz pracę nie tylko w aptece"? To frazes. Oczywiście miejsc wykonywania zawodu jest zdecydowanie więcej, ale są to obszary niszowe pod względem zapotrzebowania na pracę farmaceutów. Coraz częściej młodzi farmaceuci podejmują pracę za granicą lub zmieniają zawód. Czy nikt naprawdę tego nie widzi? Za to z pewnością możemy liczyć na kolejne wypowiedzi prezesów o roli, znaczeniu, prestiżu etc. Wypowiedzi, które formą przypominają raczej nie własny tekst, ale treść skleconą automatycznie przez edytor w komputerze.

Dlaczego to piszę? Wiele aptek i stojących w pierwszym szeregu w walce z nią farmaceutów pandemia pogrążyła finansowo. W 2021 r. apteki nie zostały objęte żadnymi tarczami antykryzysowymi związanymi z pandemią! Niektóre na naszych oczach dogorywają, są bankrutami lub powoli bankrutują. W tej sytuacji zajmowanie się sprawami marginalnymi dla naszego zawodu, jakimi są szczepienia, można traktować jako celowe zaniechanie.

Jednocześnie w związku z wejściem w życie ustawy o zawodzie farmaceuci alarmują o niepokojącej praktyce aneksowania umów o pracę w sposób niekorzystny dla aptekarzy. Nie sposób też nie wspomnieć o wynagrodzeniu. Jeżeli w mieście wojewódzkim magister farmacji zarabia netto 3000–3500 zł, to jest to poważny sygnał, że wykonywanie tego zawodu nie daje dobrych perspektyw ekonomicznych dla absolwentów, a ponadto wiele mówi o sytuacji ekonomicznej aptek. Dramatycznie niekorzystna jest również propozycja nowego systemu wynagrodzeń w aptekach szpitalnych, gdzie po wejściu w życie UOZF zatrudnienie farmaceutów powinno wzrosnąć. I żadnej refleksji ani działań w tej sprawie ze strony NRA nie ma.

Działania sprowadzające się jedynie do oburzenia w mediach, że „nie może tak być", to nie jest poziom działań, których aptekarze oczekują od przedstawiciela najwyższych władz NRA. Ja oczekiwałbym jednak więcej,

W 2021 ROKU APTEKI NIE ZOSTAŁY OBJĘTE ŻADNYMI TARCZAMI ANTYKRYZYSOWYMI ZWIĄZANYMI Z PANDEMIĄ! NIEKTÓRE NA NASZYCH OCZACH DOGORYWAJĄ, SĄ BANKRUTAMI LUB POWOLI BANKRUTUJĄ. W TEJ SYTUACJI ZAJMOWANIE SIĘ SPRAWAMI MARGINALNYMI DLA NASZEGO ZAWODU, JAKIMI SĄ SZCZEPIENIA, MOŻNA TRAKTOWAĆ JAKO CELOWE ZANIECHANIE



www.stock.adobe.pl

a na płatną opiekę farmaceutyczną zapotrzebowania na razie nie ma. A i NFZ raczej pieniędzy na nią nie znajdzie, bo jego kasa jest pusta po pandemii.

Zanim opieka farmaceutyczna stanie się świadczeniem zdrowotnym refundowanym, świadczeniem, z którego będą chcieli korzystać pacjenci, apteki może już nie być. Koszty jej funkcjonowania trzeba wszak ponosić co miesiąc, nie poczekają na wprowadzenie usług dodatkowych, które mają poprawić rentowność apteki do poziomu, który pozwoli jej przetrwać. Niepokoi zatem informacja medialna, że Ministerstwo Zdrowia nie widzi potrzeby zmian marż detalicznych na leki refundowane, bo marże na leki refundowane są dodatnie. Czyżby taki finał miał mieć jeden z punktów podpisanej przez Ministerstwo Zdrowia

ZANIM OPIEKA FARMACEUTYCZNA STANIE SIĘ ŚWIADCZENIEM ZDROWOTNYM REFUNDOWANYM, APTEKI MOŻE JUŻ NIE BYĆ

przynajmniej jakiejś strategii i działań ciągłych i długoterminowych dla poprawy tej sytuacji. Podobnie za kpinę z nas, aptekarzy, uznaję medialne wypowiedzi na temat opieki farmaceutycznej. Nie uważam prezesów i członków NRA za miałkich intelektualnie. Dlatego uznaję, że celowo nie odnotowują w swoich umysłach faktu, iż obecnie apteka musi utrzymać się wyłącznie z marży, i NIA „Strategii dla aptek"? Czy naprawdę jako środowisko ze spokojem przyjmujemy stanowisko Ministerstwa Zdrowia, że marże są dodatnie, a zatem jest z czego utrzymać aptekę? Nikt z NIA nie widzi konieczności odniesienia się do takiego stwierdzenia? Czy leci z nami pilot?

Obecnie w Polsce na jedną aptekę przypada około 2800 osób (średnia europejska to 4300). Rynek jest ograniczony, więc przy ciągłym spadku rentowności malejąca liczba aptek nie dziwi. Fakt ten pociąga za sobą kurczenie się rynku pracy dla farmaceutów. Według przytoczonych statystyk NFZ, zatrudnienie farmaceutów na aptekę nadal maleje. Dlaczego władze NIA nie widzą w tym nic groźnego? Uważają, że są to dane obojętne dla zawodu?! A warto przypomnieć, że to za poprzedniej kadencji NIA (te same władze co obecnie) przywrócono kształcenie techników farmaceutycznych, które ze względu na charakter kompetencji oczekiwanych od absolwentów miało być prowadzone wyłącznie w trybie dziennym. Tymczasem strony szkół medycznych nadal oferują kształcenie na tym kierunku w trybie stacjonarnym i weekendowym. To oczywista porażka, zapisy prawne w tym względzie są, jak widać, martwe, właściciele centrów edukacyjnych zagrali na nosie samorządowi aptekarskiemu, ale nikomu to nie przeszkadza.

A UOZF wprowadza FEW. Dzieje się to w czasach, gdy coraz trudniej znaleźć farmaceucie dobrze płatną pracę w aptece! Obserwujemy dalszy rozwój dużych sieci aptecznych w ramach przejmowania aptek indywidualnych, konsolidację rynku i działania mające na celu optymalizację kosztów. Czy właśnie FEW będzie dla nich źródłem jeszcze tańszego personelu farmaceutycznego? Podsumowując: rynek detaliczny aptek będzie się jeszcze kurczył, pozyskanie najtańszego personelu

techników farmaceutycznych będzie nadal łatwe, a dodatkowo nastąpi napływ „tanich" farmaceutów spoza UE. Jak w tej sytuacji NIA widzi przyszłość polskich farmaceutów? Leci z nami pilot?

W połowie czerwca ostro o swoje płace upomniały się pielęgniarki. Można? Można. Dlaczego więc przez kolejne miesiące pandemii NIA nie walczyła o interesy członków samorządu, uważając, że to właśnie kompetencja szczepień jest najważniejsza dla przyszłości zawodu? Wtedy był na to czas i szanse na sukces. Dzisiaj wypluto naszą grupę zawodową jak zużytą gumę. Czy naprawdę środowisko uwierzyło, że nic więcej nam nie trzeba?

Urzędnicy Ministerstwa Zdrowia i NFZ pokazali ostatnio farmaceutom właściwe miejsce w szeregu. Rzecz dotyczy korespondencji pomiędzy NRA a tymi instytucjami. Zacytuję, gdyż jest to warte uwagi. NRA zapytała: „W jaki sposób osoba realizująca receptę może wyliczyć ilość leku do wydania pacjentowi z uprawnieniem IB na lek w postaci żelu, na przykład Fastum-Ketoprofen, przy zaordynowanej ilości 3 op. a 100 gramów, ze wskazanym dawkowaniem 3x3 cm cienka warstwa?". Odpowiedź była następująca (fragment): „DPLiF informuje, że nie odpowie NRA na tak postawione pytanie. Do wyobrażenia jest niemal nieograniczona liczba wariantów przedmiotowych zapisów determinowana wprost kreatywnością osoby wystawiającej". Piękne, prawda? I co dalej. Ano nic. A przypomnę tylko, że to my, aptekarze, z własnych kieszeni płacimy kary i zwracamy refundację za „źle", według NFZ, zrealizowane recepty. I wydawałoby się, że wybrane do władz NIA osoby powinny bić w dzwony na trwogę. Ale tak się nie dzieje – napisały pismo, że są zaniepokojone, otrzymały odpowiedź i koniec tematu.

Nadal jesteśmy skazani na własną czujność, przypuszczenia i subiektywną decyzję urzędnika. Tu podpowiem zajętym swoimi sprawami, a nie zawodu, przedstawicielom NRA. Może warto pomyśleć o zorganizowanej akcji aptekarzy w stylu „nie realizujemy recept wypisanych w sposób budzący wątpliwości urzędników NFZ"? Wszak już mamy niezależność zawodu, więc może najwyższy czas „postawić się" urzędnikom i decydentom?

Powoli spełnia się moja przepowiednia, że będą próby rozwiązania siłowego sprawy bezpłatnych dyżurów aptek. Otóż dolnośląski WIF informuje apteki o obowiązku pełnienia dyżurów, grożąc aptekarzom odebraniem zezwoleń za niedopełnienie tego obowiązku. A lokalni włodarze kierują pozwy na niedyżurujące apteki do sądów. Podobne sytuacje odnotowano także w innych województwach. To bardzo groźne precedensy. Mam nadzieję, że prawomocne orzeczenia sądów nie będą skutkowały właśnie takim rozwiązaniem problemu dyżurów aptek w ramach „Strategii dla aptek". Stąd też ciągła obawa: czy leci z nami pilot?

Od wielu lat borykamy się z problemem opłat za wykonania leku recepturowego. Projekt zmian Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska (nie tylko ten jeden) przedstawiła NRA już kilka miesięcy temu! Nic nie zapowiada, aby był on przedmiotem prac najwyższych władz samorządu. Ale widocznie wartość naszej pracy, pracy wysoko wykwalifikowanych ekspertów od leków na poziomie poniżej ceny położenia metra kwadratowego posadzki, nie jest problemem istotnym dla naszego zawodu i jego prestiżu. Halo! Czy leci z nami pilot?

Czy można się jednak temu wszystkiemu dziwić? Nie sądzę. Postawione w tytule pytanie wydaje mi się zasadne, patrząc na rozwój sytuacji i losy aptekarzy, który konfrontuję z uśmiechniętymi obliczami najwyższych władz naszego samorządu. Może jednak nie trzeba szukać pilotów. Otóż w pikującym w dół samolocie są piloci. Tylko w odróżnieniu od pasażerów, czyli nas, aptekarzy, jedynie personel posiada spadochrony. I w odpowiedniej chwili z tymi spadochronami ta ekipa pilotów z samolotu się ewakuuje. Wyskoczy i szybując spokojnie będzie patrzeć na zmierzający ku nieuchronnej katastrofie samolot pełny polskich aptekarzy.

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

afw

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

IDEAŁ SIĘGNĄŁ BRUKU

W 1999 r. środowisko aptekarskie ustanowiło Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego, będący – jak czytamy w regulaminie jego przyznawania – najwyższym uznaniem zasług dla chwały, pożytku i rozwoju polskiego aptekarstwa, wyrażonym przez członków samorządu aptekarskiego. Na patrona tego najwyższego samorządowego wyróżnienia wybrano osobę nie tylko zasłużoną dla rozwoju polskiego aptekarstwa, ale i do ostatnich dni zaangażowaną we wszelkie sprawy związane zarówno ze sferą naukową (nauczyciel akademicki), jak i sferą zawodową, praktyczną (pierwszy prezes NIA).

MEDAL IM. PROF. BRONISŁAWA KOSKOWSKIEGO

Wnioski zgodnie z regulaminem kierują do Kapituły Medalu okręgowe rady aptekarskie (ORA), typując kandydatów do tego zaszczytnego wyróżnienia. Za każdym razem członkowie rad okręgowych powinni dołożyć wszelkiej staranności, aby kandydaci byli godnymi następcami patrona medalu i dołączyć uzasadnienie swojego wniosku. I mam nadzieję, że tak się dzieje, a przynajmniej mam całkowitą pewność, że tak było z kandydatami wskazanymi przez Wielkopolską Okręgową Radę Aptekarską (Wlkp. ORA), także w ubiegłym roku. Niestety, w 2020 r. nie przyznawano medalu, co tłumaczono sytuacją pandemiczną. Ale z drugiej strony skoro online odbywały się i odbywają posiedzenia NRA (o wiele liczniejsze), to co stało na przeszkodzie, aby również posiedzenie Kapituły Medalu odbyło się w ten sposób?

W tym roku Wlkp. ORA postanowiła uhonorować dwóch członków samorządu wyróżniających się wieloletnią, systematyczną aktywnością na rzecz swojego środowiska zawodowego. Jednocześnie wszelkie działania poprzedzające zgłoszenie wniosku o przyznania medalu poprzedzone były wnikliwą analizą osoby kandydata (kto, jak nie najbliższe środowisko, najlepiej zna kandydata?) oraz oceną jego działalności, a także zasług dla środowiska nie tylko przecież wielkopolskich farmaceutów. Dziwnym złożeniem losu i oczywiście decyzją Kapituły żaden z dwóch wielkopolskich kandydatów nie znalazł uznania jej członków, przy czym jeden z nich ponownie został przez nich oceniony negatywnie.

Przypadek? Do dziś członkowie Wlkp. ORA nie wiedzą, dlaczego Kapituła Medalu pod przewodnictwem kanclerza, którym jest prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, nie przyznała tego wyróżnienia ani jednemu farmaceucie z Wielkopolski. Działania Kapituły Medalu zdradzają cechy powierzchownego i niesprawiedliwego potraktowania wielkopolskich

kandydatów. Bo czy brak skierowanej do Wlkp. ORA prośby o ewentualne uzupełnienie wniosków oraz niewskazanie przyczyn negatywnego ich rozpatrzenia można uznać za wnikliwą i odpowiedzialnie wykonaną pracę? Czy tak ma wyglądać komunikacja i współpraca z okręgowymi izbami? A przecież zgodnie z regulaminem Kapituła ma prawo wyrażać opinie we wszelkich sprawach związanych z medalem! W latach 2008-2016, kiedy kanclerzem Kapituły był dr Grzegorz Kucharewicz, z dużym poczuciem odpowiedzialności rozpatrywano wnioski okręgowych rad aptekarskich, decydując często o przyznaniu medalu wszystkim kandydatom zgłoszonym przez poszczególne ORA.

Kandydaci Wlkp. ORA są wybitnymi farmaceutami Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu, których działalność na rzecz społeczności aptekarskiej cechuje kreatywność, wytrwałość i zaangażowanie. Odmowa uznania ich działania w formie przyznania Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego jest zarówno dla nich, jak i dla całego naszego wielkopolskiego środowiska dalece krzywdząca. Zastanawia też bezkrytyczne podejście członków Naczelnej Rady Aptekarskiej, którzy bez dyskusji zatwierdzili decyzje Kapituły Medalu.

Postępowanie Kapituły Medalu należałoby skomentować, parafrazując słowa Cypriana Kamila Norwida „ideał sięgnął bruku". Bo jak inaczej nazwać działania kapituły deprecjonujące osiągnięcia kandydatów z Wielkopolski bez uzasadnienia wynikającego z regulaminu? Może należy zastanowić się nad zmianą regulaminu Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego?

afw

dr n. farm.
STEFAN PIECHOCKI
Kustosz Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Narodowe Archiwum Cyfrowe

BRONISŁAW KOSKOWSKI (1863–1946) pochodził z rodziny aptekarskiej. W 1886 r. ukończył studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Warszawskim. Na Wystawie Higienicznej w Warszawie przedstawił w 1896 r. swoje opracowanie dotyczące warunków higienicznych oraz sposobu odżywiania się ludności małomiasteczkowej, dostrzeżone przez Bolesława Prusa, który w recenzji napisał o nim: „to niepospolity myśliciel, który w małym środowisku znalazł sobie wdzięczne pole do działania". Był między innymi dyrektorem Szkoły Farmaceutycznej we Lwowie oraz redaktorem „Czasopisma Towarzystwa Aptekarskiego". Założył też fabrykę chemiczną „Tlen", a w Warszawie kierował firmą farmaceutyczną „Karpiński". Podczas zjazdu aptekarzy w Łodzi w 1912 r. znalazł się w komisji odpowiedzialnej za reformę studiów farmaceutycznych w Królestwie Polskim, będąc inicjatorem zmian w ich przebiegu. Na Uniwersytecie Warszawskim prowadził wykłady z propedeutyki farmaceutycznej, tam też został profesorem w Zakładzie Farmacji Stosowanej, a następnie dziekanem pierwszego w Polsce Wydziału Farmaceutycznego. W 1925 r. zorganizował komitet budowy gmachu Wydziału Farmaceutycznego UW. Był autorem wielu podręczników, wśród których najważniejsze to: „Podręcznik do oceny dobroci leków", „Nauka o przyrządzaniu leków i ich postaciach" oraz „Receptura czyli prawidła przyrządzania leków". Bronisław Koskowski został uhonorowany przez Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu w Nancy doktoratem honoris causa. Polska Akademia Umiejętności zaliczyła go do składu komisji historii medycyny i nauk matematyczno-przyrodniczych, a towarzystwa farmaceutyczne w Paryżu i Pradze mianowały go członkiem honorowym. Był honorowym prezesem Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz prezesem Naczelnej Izby Aptekarskiej.

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

ZAPEWNIENIE JAKOŚCI TRANSPORTU LEKÓW

www.stock.adobe.com

Organizacja transportu

Przed podjęciem działań związanych z transportem produktów leczniczych, zgodnie z zapisami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej należy wykonać stosowne przygotowania. Należą do nich między innymi przeprowadzenie analiz ryzyka całego procesu transportu i ocena ryzyka konkretnych tras. Badanie ryzyk powinno odpowiedzieć na pytanie, czy występują one na poziomie akceptowalnym, czy też należy podjąć dodatkowe działania zabezpieczające, aby je zminimalizować. Przykładem takich działań może być wyposażenie przewoźnika w dodatkowe wkłady chłodzące lodówki mobilnej w przypadku stwierdzenia w drodze analizy ryzyka, że czas realizacji trasy jest ponadstandardowy.

Kolejną niezbędną czynnością przygotowawczą jest kwalifikacja pojazdów i pozostałego sprzętu używanego do transportu. W tym celu najpierw należy określić minimalne wymagania, jakie muszą zostać spełnione, na przykład wyposażenie skrzyni ładunkowej pojazdu w agregat chłodniczy, czas utrzymania temperatury w transportowych opakowaniach termoizolacyjnych itp. Następnie, przed dopuszczeniem danego pojazdu i sprzętu do użytkowania, trzeba dokonać stosownych testów i kontroli, aby sprawdzić i udokumentować fakt spełnienia założonych wcześniej wymogów.

Transport leków może być świadczony zarówno zasobami własnymi właściciela towaru (wytwórcy, podmiotu odpowiedzialnego, hurtowni farmaceutycznej), jak i przez stronę trzecią, którą są wyspecjalizowane w tym zakresie przedsiębiorstwa. Jeśli czynność jest zlecana na zewnątrz, również sam usługodawca podlega ocenie i kwalifikacji, a działalność może odbywać się tylko na podstawie pisemnej umowy, przy czym odpowiedzialnym za jej finalną jakość zawsze pozostaje zleceniodawca.

Transport to bardzo szczególny etap dystrybucji produktów leczniczych. Z jednej strony stanowi on połączenie wszystkich ogniw łańcucha dostaw – od wytworzenia gotowego produktu aż po dostarczenie go do apteki. Z drugiej strony – jest tym elementem dystrybucji, w którym szczególnie łatwo o narażenie produktu na niekorzystne zdarzenia, takie jak uszkodzenia, kradzież lub sfałszowanie oraz niezapewnienie należytych warunków temperaturowych. Z tego też powodu transportowi leków poświecono odrębny, dedykowany rozdział w Dobrej Praktyce Dystrybucyjnej.

Niezależnie od formy realizacji transportu – czy to usługa zewnętrzna, czy też działanie własnymi zasobami – zawsze przebiega on na podstawie dedykowanych pisemnych procedur. Personel obsługujący proces transportu podlega oczywiście regularnym szkoleniom z zakresu tych procedur, a jego wiedza jest cyklicznie weryfikowana.

Realizacja transportu

Gdy wszystkie czynności przygotowawcze do świadczenia transportu produktów leczniczych zostały spełnione, można przystąpić do jego realizacji. Dobra Praktyka Dystrybucyjna i tu narzuca wiele wymogów koniecznych do spełnienia.

Przeznaczony do dostawy towar musi zostać należycie zabezpieczony na czas transportu, poprzez jego zapakowanie do dedykowanych pojemników transportowych, zapewniających ochronę przewożonym lekom przy zachowaniu obojętności względem zawartości. Pojemniki, podobnie jak każdy inny sprzęt, podlegają ocenie i kwalifikacji. Po zapakowaniu do nich leków, pojemniki muszą zostać oznakowane (na przykład etykietą), na której znajdą się informacje pozwalające na zidentyfikowanie zawartości paczki, jej pochodzenia i przeznaczenia.

Najistotniejszą kwestią do spełnienia podczas transportu, z punktu widzenia zapewnienia jakości, pozostaje oczywiście zapewnienie odpowiednich warunków temperaturowych – w dopuszczalnych granicach dla danego typu przewożonych produktów. W związku z tym pojazd świadczący usługi transportu leków należy wyposażyć w urządzenia chłodnicze i grzewcze, a jego skrzynia ładowna powinna być obudowana izotermą. Pod tym względem jednym z trudniejszych w realizacji jest transport leków wymagających utrzymania tzw. zimnego łańcucha. Realizacja

dostaw produktów lodówkowych wymaga użycia dedykowanych izolowanych pojemników, chłodzonych pasywnie wkładami chłodniczymi, albo aktywnych elektrycznych lodówek transportowych. W przypadku stosowania wymienionych powyżej wkładów chłodzących należy dodatkowo opracować system i procedurę zapewniające ich należytą rotację i czas chłodzenia.

Podobnie jak w przypadku magazynowania leków, utrzymanie temperatury to jedno, a jej pomiar to drugie. Również w transporcie należy zapewnić system monitorowania temperatury, którego czujniki powinny zostać rozmieszczone w skrzyni ładownej pojazdu w oparciu o badanie rozkładu temperatury (tzw. mapowanie). System powinien pozwolić na wygenerowanie zapisów, na przykład wydruku za dany okres, w celu okazania go zainteresowanej stronie na żądanie. Istotne jest także, aby system monitoringu temperatury w transporcie posiadał funkcje alarmowe, pozwalające informować użytkownika o wystąpieniu przekroczenia założonego progu.

W realizacji transportu leków warto też pamiętać, że prawo wymaga doręczenia produktów leczniczych na adres wskazany w dokumentacji wysyłkowej (faktura, dokument wydania magazynowego, list przewozowy itp.), wyłącznie z miejsca objętego zezwoleniem do pomieszczeń odbiorcy i pod jego nadzór. Niemożliwe jest zatem przekierowanie dostawy lub rozładowanie jej w innych miejscach niż określone w zezwoleniu na prowadzenie apteki czy hurtowni farmaceutycznej. Przeładunek dopuszczalny jest wyłącznie w komorach przeładunkowych, stanowiących element systemu transportu hurtowni. Komory muszą spełniać wszystkie wymogi analogicznie dla magazynu samej hurtowni oraz być wpisane do zezwolenia na prowadzenie danej hurtowni. Warto również zauważyć, że w komorze przeładunkowej nie może dochodzić do ingerencji w zamknięte opakowania transportowe, więc zasadnicze czynności w niej prowadzone sprowadzają się odbierania, sortowania i nadawania na kolejny etap transportu całych pojemników, kontenerów, kartonów zbiorczych i palet.

Nadzorowanie transportu

Dobra Praktyka Dystrybucyjna wskazuje również na niezbędne działania jakościowe wykonywane okresowo i dotyczące już zrealizowanych transportów. Należą do nich: prowadzenie analiz, dokumentowanie zdarzeń, kontrolowanie i nadzorowanie. Wahania temperatury obserwowane podczas transportu podlegają badaniom, a w przypadku stwierdzenia odchyleń od wartości granicznych uruchamiane są dedykowane procedury postępowania. Zdarzenia takie podlegają raportowaniu do nadawcy i odbiorcy transportowanych produktów.

Poszczególne elementy systemu transportu leków muszą podlegać regularnemu nadzorowi. Kontroluje się stan i czystość przestrzeni ładownych pojazdów, urządzeń i pojemników używanych do transportu. Sprawdzane jest działanie kluczowego sprzętu, na przykład lodówek transportowych i systemów monitorujących temperaturę. Nadzorowi podlega również personel świadczący usługi transportu: weryfikuje się wiedzę i aktualność szkoleń kierowców, przewoźników, spedytorów i pozostałych osób zaangażowanych w przewozie leków.

Całościowo ujęty proces przygotowania i świadczenia transportu podlega cyklicznym audytom. Badana jest zgodność takich jego elementów, jak kwalifikacja infrastruktury, zarządzanie sprzętem zapewniającym utrzymanie warunków czy właściwe dokumentowanie wykonania transportów. Jeśli usługa przewozu produktów leczniczych podlega zleceniu do niezależnego podmiotu, prowadzone są regularne audyty zewnętrzne zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej właściwymi dla usług zlecanych.

Całość czynności nadzorczych stanowi część katalogu kompetencji farmaceutów pracujących w hurtowniach farmaceutycznych i należy do ich kluczowych zadań w ramach utrzymania systemu jakości hurtowej dystrybucji leków.

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.

www.stock.adobe.com

ŁUKASZ ŚWIDERSKI

NOWA PROCEDURA
zmiany kierownika apteki (II)

Ustawa o zawodzie farmaceuty, która weszła w życie 16 kwietnia 2021 r., wprowadziła nową procedurę zmiany kierownika apteki. W poprzednim wydaniu „Farmacji Wielkopolskiej" (nr 14) przedstawione zostały wymagania, jakie musi spełniać kandydat na to stanowisko, a także dwa tryby procedury zmiany kierownika aptek.

I. Odmienności w zakresie procedury zmiany kierownika apteki szpitalnej/zakładowej

Tytułem krótkiego wyjaśnienia należy wskazać, że zgodnie z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne (art. 87 ust. 2a i 4 b):
1) aptekę szpitalną tworzy się w:

a. zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą, w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne;
b. jednostce organizacyjnej publicznej służby krwi;

2) aptekę zakładową tworzy się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Sprawiedliwości w celu zaopatrywania gabinetów, pracowni, izb chorych lub oddziałów terapeutycznych, a także innych zakładów leczniczych, w których wykonuje się stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, utworzonych w tych podmiotach.

W obu rodzajach ww. aptek powinien być ustanowiony kierownik apteki (art. 93 ust. 1 Prawa farmaceutycznego).

Procedura zmiany kierownika apteki szpitalnej

Zgodnie z art. 93 ust. 2 Prawa farmaceutycznego do kierownika apteki szpitalnej (w zakresie jego zmiany) stosuje się odpowiednio przepisy art. 88 ust. 2b-2f Prawa farmaceutycznego. Ustawodawca nie wskazał natomiast stosowania w procedurze zmiany kierownika apteki szpitalnej art. 88 ust. 2g Prawa farmaceutycznego, dotyczącego udziału okręgowych rad aptekarskich w tym procesie (w zakresie udziału właściwych okręgowych rad aptekarskich w tej procedurze odsyłam do pierwszej części artykułu („Farmacja Wielkopolska", nr 14).

Z powyższego wynika, iż sama procedura zmiany kierownika apteki szpitalnej odbywa się analogicznie, z tą różnicą, że w ramach procedury prowadzonej przez Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (WIF) organ ten nie ma obowiązku ani możliwości zwrócenia się do właściwej okręgowej rady aptekarskiej z wnioskiem o ustalenie spełnienia przez kandydata wymagań koniecznych do bycia kierownikiem apteki (to jest wymagań wskazanych w art. 93 ust. 3 Prawa farmaceutycznego). Warunkami/wymaganiami tymi są:

1) posiadanie co najmniej dwuletniego doświadczenia w wykonywaniu zawodu w aptece szpitalnej lub zakładowej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy;
2) posiadanie tytuł 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 obowiązku członka samorządu zawodu farmaceuty.

O ile w odniesieniu do warunków wskazanych w pkt 1 i 2 możliwe będzie ewentualne wykazanie tych okoliczności dokumentami, o tyle w odniesieniu do warunków wskazanych w pkt 3–5 właściwa okręgowa rada aptekarska jest praktycznie jedynym podmiotem, który może takie okoliczności stwierdzić. Nie wiadomo, na podstawie jakich dowodów/dokumentów wnioskodawca miałby wykazać spełnienie przez kierownika warunków wskazanych w pkt 3–5 (w szczególności w zakresie dawania rękojmi należytego pełnienia funkcji kierownika apteki). Na razie trudno stwierdzić, jak WIF będzie sobie „radził" z tą niewątpliwą „usterką" legislacyjną.

„Procedura" zmiany kierownika apteki zakładowej

Prawo farmaceutyczne w art. 93 ust. 3 wskazuje warunki, jakie musi spełniać farmaceuta mający zostać kierownikiem apteki zakładowej. W odniesieniu do kierownika apteki zakładowej brak jednak w Prawie farmaceutycznym przepisu analogicznego do art. 93 ust. 2 Prawa farmaceutycznego, czyli przepisu, który nakazywałby stosowanie do procedury zmiany kierownika apteki zakładowej przepisów dotyczących procedury zmiany kierownika apteki ogólnodostępnej (tak jak w odniesieniu do kierownika apteki szpitalnej). Brak również w Prawie farmaceutycznym przepisów, które samodzielnie regulowałyby taką procedurę (dotyczy to także wydanych na podstawie Prawa farmaceutycznego przepisów wykonawczych). Oznacza to, że na gruncie Prawa farmaceutycznego i jego aktów wykonawczych brak jakichkolwiek uregulowań dotyczących procedury zmiany kierownika apteki zakładowej, co przekłada się na całkowite „odformalizowanie" tej procedury, która teoretycznie może dokonywać się poza jakimkolwiek nadzorem WIF/Wojskowej Inspekcji Farmaceutycznej.

www.stock.adobe.com

II. „Procedura" zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej

Prawo farmaceutyczne w art. 93 ust. 4 wskazuje, że kierownikiem działu farmacji szpitalnej może być farmaceuta, który posiada co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy oraz spełnia warunki, o których mowa w ust. 3 pkt 3-5 tego artykułu, czyli:

1) daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej;
2) wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego;
3) wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty.

Brak jednak jakichkolwiek przepisów, które wskazywałyby (jak to jest w przypadku kierownika apteki ogólnodostępnej/szpitalnej) procedurę zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej. Prawo farmaceutyczne wskazuje wymagania, jakie musi spełniać kandydat na kierownika działu farmacji szpitalnej, jednak brak jakiejkolwiek procedury, która regulowałaby zmianę takiego kierownika (na przykład konieczność składania wniosku/zawiadomienia, prawo sprzeciwu, konieczność uzyskania zgody/zatwierdzenia, itp.). Oznacza to, że również w odniesieniu do kierowania działu farmacji szpitalnej jego zmiana została całkowicie „odformalizowana" i teoretycznie może dokonywać się poza jakimkolwiek nadzorem WIF.

III. Aspekt czasowy zastrzeżonych terminów i ewentualne problemy dla funkcjonowania aptek

Ewentualne problemy dla aptek w związku z ustalonymi w procedurze zmiany kierownika apteki terminami będą dotyczyć w pierwszej kolejności trybu „normalnego" (odsyłam do pierwszej części artykułu w „Farmacji Wielkopolskiej", nr 14). Dla przypomnienia wskażę jedynie, że określony w złożonym do WIF wniosku kandydat na kierownika apteki może

objąć tę funkcję z upływem 30 dni od dnia wniesienia tego wniosku.

W odniesieniu do zmiany kierownika apteki ogólnodostępnej właściwa okręgowa rada aptekarska ma 14 dni (od dnia otrzymania stosownego wniosku WIF) na wyrażenie opinii co do spełniania przez kandydata warunków wskazanych w art. 88 ust. 2 Prawa farmaceutycznego.

Zgodnie z art. 57 ust. 5 pkt 2 Kodeksu postępowania administracyjnego pismo w toku postępowania administracyjnego (w odniesieniu do złożenia wniosku o zmianę kierownika apteki) uważa się za złożone, jeżeli pismo (wniosek o zmianę kierownika apteki) zostało nadane w polskiej placówce

www.stock.adobe.pl

pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (do końca 2025 r. jest nim Poczta Polska S.A.). Właśnie od tego dnia (dnia złożenia pisma w placówce pocztowej) wnioskodawca (podmiot prowadzący aptekę) powinien liczyć1 ustawowy termin 30 dni, w którym WIF może złożyć sprzeciw. Z kolei w odniesieniu do samego sprzeciwu WIF, który jest decyzją administracyjną, zastosowanie znajdą przepisy art. 44 Kodeksu postępowania administracyjnego. Zgodnie z tymi przepisami pismo (zawierające decyzję/sprzeciw WIF) uważa się za doręczone z upływem 14 dni od dnia pozostawienia pierwszego awizo (zawiadomienia o pozostawieniu pisma wraz z informacją o możliwości jego odbioru w terminie siedmiu dni).

Powyższe przepisy, w połączeniu z możliwością „milczącego załatwienia sprawy" i koniecznością wniesienia przez WIF sprzeciwu w terminie 30 dnia od dnia złożenia wniosku (o ile WIF chce „zablokować" kandydaturę danego farmaceuty na kierownika apteki) mogą powodować wiele sytuacji „problematycznych", w szczególności:

1) WIF wyda decyzję zawierającą sprzeciw w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o zmianę kierownika apteki, jednak sprzeciw ten przed upływem tego terminu nie dotrze do wnioskodawcy i kandydat na kierownika apteki obejmie funkcję kierownika apteki od 31 dnia po złożeniu wniosku;
2) WIF wyda decyzję zawierającą sprzeciw w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o zmianę kierownika apteki, ale sprzeciw ten nie zostanie odebrany przez wnioskodawcę przed upływem ww. terminu (wnioskodawca wciąż będzie miał jednak czas na odbiór awizowanej przesyłki), a kandydat na kierownika apteki obejmie funkcję kierownika apteki od 31 dnia po złożeniu wniosku;
3) właściwa okręgowa rada aptekarska wydaje opinię (tylko co do kandydata na kierownika apteki ogólnodostępnej) w zastrzeżonym dla niej terminie 14 dni od otrzymania wniosku WIF, jednak opinia ta wpływa do WIF/jest wydawana (z uwagi na terminy doręczenia przesyłek pocztowych) już po upływie trzydziestodniowego okresu na złożenie sprzeciwu;
4) WIF nie wnosi sprzeciwu w terminie 30 dni, ponieważ nie otrzymał jeszcze od właściwej okręgowej rady aptekarskiej (tylko co do kandydata na kierownika apteki ogólnodostępnej) opinii (rada ma 14 dni na wydanie opinii), co do zasady WIF powinien na taką opinię poczekać;
5) wniosek do WIF (z uwagi na „problemy" po stronie poczty) trafia do wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego pod koniec/już po upływie trzydziestodniowego terminu na wniesienie sprzeciwu, a kandydat na kierownika apteki obejmie funkcję kierownika apteki od 31 dnia po złożeniu wniosku.

Jak z powyższego widać, w wielu sytuacjach faktycznych może zdarzyć się, że objęcia przez kandydata funkcji kierownika apteki w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku (w przypadku

nieotrzymania w tym terminie sprzeciwu WIF) będzie/może być kwestionowane przez WIF. Dopiero praktyka (zwłaszcza praktyka stosowana przez WIF) pokaże, w jaki sposób WIF będzie „podchodził" do kwestii liczenia ww. trzydziestodniowego terminu oraz do sytuacji prawnej apteki i samego kierownika w przypadku wniesienia/odebrania sprzeciwu w jednej z sytuacji wskazanych powyżej.

IV. Potencjalne ryzyka i sytuacje „niebezpieczne"

Pokrótce omówione zostały już potencjalne ryzyka i sytuacje „niebezpieczne" związane z nową procedurą zmiany kierownika apteki (w częściach dotyczących poszczególnych zagadnień). Tytułem podkreślenia należy wskazać, że dotyczy to następujących kwestii:

1) Brak udziału organów samorządu zawodowego farmaceutów w procedurze zmiany kierownika apteki szpitalnej, przy konieczności wykazania/uzyskania w ramach tej procedury informacji/danych/opinii, którymi dysponuje/może wydać tylko i wyłącznie właściwa okręgowa rada aptekarska.
2) Brak procedury zmiany kierownika apteki zakładowej, przy równoczesnym wskazaniu warunków, jakie musi spełniać farmaceuta, który taką funkcję ma pełnić.
3) Brak procedury zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej, przy równoczesnym wskazaniu warunków, jakie musi spełniać farmaceuta, który taką funkcję ma pełnić.
4) „Milczące" załatwienie sprawy, wynikające z upływu trzydziestodniowego terminu od złożenia wniosku w przedmiocie zmiany kierownika apteki ogólnodostępnej/szpitalnej w kontekście ogólnych zasad procedury administracyjnej, które dotyczą składania pism, liczenia terminów oraz doręczania pism w toku procedury.

V. Podsumowanie i próba oceny dokonanych zmian

Szczegółowa analiza nowych przepisów dotyczących szeroko pojętej procedury zmiany kierownika apteki/działu farmacji szpitalnej skłania do wniosku, że nowelizacja w tym obszarze została dokonana w sposób niedbały i bezrefleksyjny. Sama redakcja omawianych przepisów, w szczególności w zakresie kwestii, które zostały pominięte/nieuregulowane (brak procedury zmiany kierownika działu farmacji szpitalnej/zakładowej, brak udziału organów samorządu w procedurze zmiany kierownika apteki szpitalnej) oraz w zakresie ewidentnych pomyłek redakcyjnych, czego przykładem jest art. 88 ust. 2e Prawa farmaceutycznego: „(...) osoba ubiegająca się o funkcję kierownika apteki przestaje pełnić tę funkcję z dniem następującym po dniu, w którym decyzja, od której wniesiono sprzeciw, stała się ostateczna" (przecież WIF wnosi sprzeciw co do wniosku, a nie co do decyzji, którą WIF wydaje w przedmiocie wniesienia sprzeciwu), budzi poważne zastrzeżenie oraz zasadniczo utrudnia interpretacje tych przepisów.

Nie sposób oprzeć się wrażeniu, że na etapie tworzenia projektu nowelizacji, po ustaleniu generalnej koncepcji procedury zmiany kierownika apteki, zabrakło pogłębionej analizy skutków przyjętych rozwiązań. Nikt (na poziomie prac nad nowelizacją) chyba nie zadał sobie trudu, aby „roboczo odtworzyć/przejść" nową proponowaną procedurę w celu wykrycia ewentualnych niespójności i problemów, z jakimi będą borykać się podmioty prowadzące apteki, kandydaci na kierowników aptek oraz WIF. Zabrakło solidnej, kompetentnej i merytorycznej pracy legislacyjnej.

Efektem powyżej wskazanych „nieprawidłowości" jest obowiązujący stan prawny, który zamiast usprawniać dotychczasowe procesy/procedury w zakresie zmiany kierownika apteki, wprowadził wiele niewiadomych i ewentualnych „pułapek". Dopiero praktyka orzecznicza WIF oraz sądów administracyjnych (a to, że rozstrzygnięcia WIF będą kwestionowane przez podmioty prowadzące apteki jest pewne) pokaże, jak należy rozumieć i stosować znowelizowane przepisy. Szkoda tylko, że po raz kolejny nie udało się stworzyć takich rozwiązań, które byłyby jasne i jednoznaczne, obarczając tym samym strony i organy administracji koniecznością stosowania wykładni celowościowej (czyli wykładni, która musi odpowiedzieć na pytanie: „co ustawodawca miał na myśli?").

afw

ŁUKASZ ŚWIDERSKI
Radca prawny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, partner w „Świderski i Świderski Radcowie Prawni" Spółka partnerska.

afw

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

Każdy kata swego ma...

www.stock.adobe.com

Przymusowa izolacja, brak kontaktów z bliskimi, praca zdalna, obawa przed zakażeniem koronawirusem to główne przyczyny nasilających się w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy stanów depresyjnych. Szacuje się, że w Polsce nawet 1,5 mln osób zmaga się z depresją, a w okresie pandemii COVID-19 ich liczba mogła się podwoić. Niemal połowa Polaków deklaruje, że zauważyło oznaki depresji u kogoś ze swojego otoczenia

Obniżenie nastroju dotyka nas przynajmniej dwukrotnie w czasie naszego życia. Przychodzi smutek, lęk, którego podłoża nie da się wytłumaczyć. Ale jeżeli zdarza się to po raz trzeci i czwarty – należy szukać pomocy. Ponad połowa Polaków deklaruje, że zauważyło oznaki depresji u kogoś ze swojego otoczenia. Wciąż jednak nie potrafimy o niej rozmawiać. Na ogół uważamy, że jest to choroba wstydliwa.

Osoby wrażliwe, karmiące się intelektualnie muzyką, literaturą, poezją, wszelkimi doznaniami o naturze artyzmu są szczególnie wrażliwe na depresję. To taka dziwna konstrukcja przekazu neuronalnego, gromadzenia pamięci. Dodać do tego trzeba szczególną rolę wzgórza, które dla zapotrzebowania mózgowia, bo ono tym kieruje, przepuszcza informacje niedostępne dla zdecydowanej większości. Tak należy tłumaczyć podatność artystów wszelkiej kategorii na depresję i używki (narkotyki, hazard, alkohol itp.)

Depresja, obniżenie nastroju, lęk o nieznanej etiologii, liczne doznania somatyczne, dodające dalszej niepewności psychice, powinny skłaniać do konsultacji z psychiatrą. Tabletki przepisane przez specjalistę, poprawiające nastrój

i tabletki pozwalające spać zmieniają farmakologicznie naszą egzystencję. Nabieramy pewności siebie, wychodzimy „spod kołdry", dzień staje się prostszy, relacje z ludźmi nie wprowadzają w dyskomfort. Ale nasza skóra staje się grubsza, nieprzenikliwa. Świat nas mniej inspiruje. Życie wspomagane dzięki nowym technologiom psychiatrycznym daje nam możliwość trwania i realizowania naszego życia.

Jan Grzela nie skorzystał z możliwości reperowania swej egzystencji. Poeta, lokalna gwiazda, lecz bynajmniej nie celebryta, napisał: „Każdy kata swego ma/ ja go mam też/ w ciągu dnia śmieje się/ poniża mnie/ Potem mówi: napij się/ jesteś kimś/ jesteś gość/ teraz ty rządzisz ...NAPIJ SIĘ/ w chocholi taniec wkręca mnie/ miałeś dom, rodzinę, sztos/ teraz masz jeno mnie/ ostał ci się kapsel, korek, ale nie martw się/ JA jestem z tobą/jestem z nim/ z twym Ja". Jasiu żyje! Tworzy swoje obrazy, pisze wiersze, ale przede wszystkim znalazł kobietę – ŻYJE.

Alkohol – media i popularne przekazy naukowe nazywają go używką. Farmaceuta, zwłaszcza ten, który specjalizował się w dziedzinie farmakologii, farmacji klinicznej, toksykologii doskonale wie, że C_2H_5OH jest narkotykiem. Spełnia wszelkie kryteria kwalifikujące go do substancji o działaniu zmieniającym fizjologicznie i psychicznie organizm ludzki. Alkohol pity przewlekle opóźnia przekaźnictwo neuronalne, spowalnia metabolizm wątrobowy, a przede wszystkim degraduje człowieka.

W okresie pandemii COVID-19 na całym świecie odnotowano znaczny wzrost ilości spożytego alkoholu. Aż 43 proc. uczestników badania Global Drug Survey podało, że w czasie pandemii częściej pije alkohol, a 36 proc. konsumuje go więcej. Okazuje się, że problemy z alkoholem dotyczą nie tylko osób niestabilnych psychicznie lub takich, które piją od lat. Lęk przed utratą pracy, zarobków, samotność, nuda i brak normalnego rytmu dnia pracy to okoliczności poszerzające krąg osób uzależnionych od alkoholu, a dodatkowo zmagających się z depresją. Depresja może być bowiem zarówno przyczyną problemów z alkoholizmem, jak i rozwinąć się dopiero jako powikłanie choroby alkoholowej.

STUDIA NAD DZIEJAMI FARMACJI

„DAWNE SUROWCE LECZNICZE" pod redakcją Wojciecha Ślusarczyka oraz Gabrieli Frischke otwierają nową serię wydawniczą pt. „Studia nad dziejami farmacji" (wydawnictwo naukowe Episteme). Książka jest współtworzona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów: farmaceutów, historyków, filologów, muzealników. Powstała z inicjatywy środowiska związanego z Fundacją Naukową „Bydgoska Szkoła Historii Nauk Medycznych" oraz Sekcją Historii Farmacji Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Naukowego. Traktuje o motywie surowców leczniczych, zarówno w aspekcie farmaceutycznym, jak i kulturowym.

Treść poszczególnych rozdziałów jest niezwykle różnorodna. Dotyka ona wielorakich kwestii związanych z farmacją i ziołolecznictwem, głównie w ujęciu historycznym. Godne uwagi są opisy zastosowań takich surowców, jak żywica ladanowa (ladanum) czy przyprawy korzenne. Bogate w cenne wiadomości są także rozdziały poświęcone chininie czy bylicy piołun. Dla miłośników literatury i sztuki interesującymi okazać się mogą rozdziały zawierające opracowanie dzieła Hipokratesa „O chorobach kobiecych", omówienie roli surowców leczniczych w powieści Wacława Gąsiorowskiego „Pigularz", jak również część ukazująca mak jako inspirację dla twórców nurtu art nouveau. W książce znaleźć też można niezwykle wnikliwe analizy porównawcze surowców farmaceutycznych i postaci leków zamieszczonych w wydaniach I oraz II Farmakopei Polskiej. Nie zabrakło również treści z zakresu ekonomii (ceny surowców farmakognostycznych na przestrzeni lat) oraz opisu wpływu sytuacji polityczno-gospodarczej na rynek chemiczno-farmaceutyczny (deficyt spirytusu i cukru w latach 1918/1920–1950, produkcja katgutu w czasach PRL). Zainteresowani tematyką kosmetologii natomiast mogą odnaleźć wiele nowych informacji dotyczących surowców leczniczych stosowanych w tradycji hinduskiej. W ostatnim rozdziale pochylono się nad tematem wina jako metafory ludzkiego umysłu oraz obyczajów.

„Dawne surowce lecznicze" to z pewnością pozycja dla miłośników historii farmacji, zainspirowanych tradycjami przeszłości, nieustannie pogłębiających swoją wiedzę.

mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA

MARCIN JÓZEFIAK

ELEKTRONICZNY LISTONOSZ

E-doręczenia – rewolucja w komunikacji obywateli z urzędami

Ustawa o doręczeniach elektronicznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 2320), która weszła w życie 1 lipca 2021 r., otwiera nowy rozdział w polskiej procedurze administracyjnej i cywilnej. W dużym skrócie – kończy się czas korespondencji urzędowej w formie papierowej. Wymiana pism z urzędami i sądami odbywać się będzie elektronicznie. Tak więc kiedy urząd lub sąd wyśle do nas pismo przy użyciu usługi rejestrowanego doręczenia elektronicznego, to szybciej będzie ono uznane za doręczone – w rezultacie szybciej zacznie biec ewentualny termin na przykład do zaskarżenia niekorzystnej decyzji.

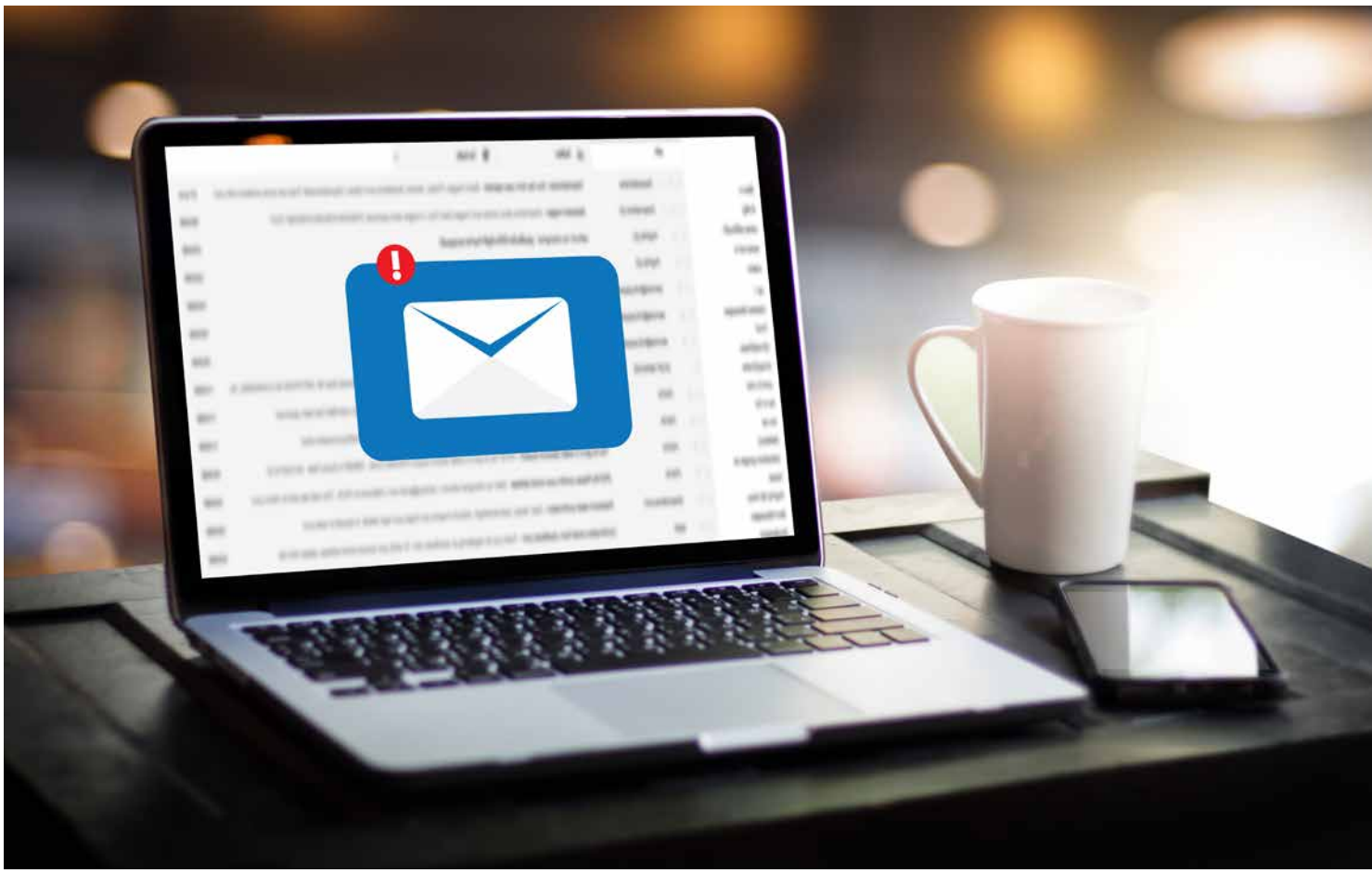
Adres do doręczeń elektronicznych będą musieli posiadać zarówno wszyscy farmaceuci będący przedsiębiorcami, jak i firmy przez nich prowadzone (na przykład spółki). Ustawa przewiduje okresy przejściowe, a tylko podmioty (przedsiębiorcy i spółki) rozpoczynające działalność po 1 lipca 2021 r. otrzymają automatycznie adres do doręczeń elektronicznych – podmioty już działające przed tą datą nie będą musiały od razu dysponować takim adresem.

Najważniejsze jest, aby zapamiętać, że każdy podmiot powinien posiadać taki adres 30 września 2026 r. Istnieją pewne wyjątki, ale dotyczą one innych podmiotów niż te, które tylko i wyłącznie prowadzą apteki lub hurtownie farmaceutyczne. Z kolei podmioty dokonujące zmian w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) lub w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) będą miały wydłużone terminy do uzyskania adresu do doręczeń elektronicznych. Docelowo adres do doręczeń elektronicznych ma zastąpić EPUAP.

Bazę adresów elektronicznych, w której gromadzone są adresy do doręczeń elektronicznych, prowadzi minister właściwy ds. informatyzacji. On też zapewnia jej utrzymanie i rozwój. Do zadań ministra ds. informatyzacji należy także utworzenie adresu do doręczeń powiązanego z publiczną usługą rejestrowanego doręczenia elektronicznego.

Jakie korzyści wynikają z posiadanie takiego adresu do doręczeń elektronicznych przed 30 września 2026 r.? Najważniejsza to możliwość szybszego uzyskania decyzji administracyjnych i pism urzędowych – innymi słowy, zamiast czekać na listowne wezwanie organu, dostaniemy je praktycznie od razu. W tej samej formie możemy też wypełnić zobowiązanie i otrzymać decyzję administracyjną. Dzięki temu szybciej uzyskamy pozwolenie na prowadzenie apteki czy też aneks do kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto będziemy mogli szybciej składać wnioski w postępowaniach podatkowych, w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych czy też KRS. Oczywiście nie od razu wszystkie te postępowania będą prowadzone elektronicznie.

A jakie są zagrożenia związane z posiadaniem adresu do doręczeń elektronicznych? Przede wszystkim konieczne będzie ciągłe nadzorowania korespondencji, która na ten adres przychodzi. Niestety, domniemanie doręczenia oznacza, że trudno będzie udowodnić, że nie mogliśmy się



www.stock.adobe.com

zapoznać z pismem doręczonym w ten sposób. Dla farmaceuty prowadzącego przedsiębiorstwo obsługiwanie kolejnego adresu poczty elektronicznej może stanowić dodatkowe obciążenie. W takiej sytuacji na pewno warto powiązać adres do doręczeń elektronicznych z innym, który będzie mógł być obsługiwany przez więcej osób. W ten sposób możliwe będzie chociażby spokojne spędzenie urlopu.

Ustawa wprowadza także możliwość świadczenia usługi hybrydowej – organ wysyła do nas pismo elektronicznie, ale ponieważ nie mamy adresu do doręczeń elektronicznych, więc tzw. operator wyznaczony (obecnie Poczta Polska S.A.) doręcza pismo drogą tradycyjną.

Każdy powinien zastanowić się, czy warto już w pierwszym możliwym terminie uzyskać adres do doręczeń elektronicznych. W dobie elektronizacji praktycznie każdej usługi należy przede wszystkim sprawdzić, jak ten adres wpłynie na funkcjonowanie przedsiębiorstwa. Kompatybilność rozwiązań technologicznych ma ułatwić, a nie utrudnić prowadzenie działalności gospodarczej, na przykład rozliczanie refundacji, aktualizację zezwolenia na prowadzenie apteki czy też zmianę formy opodatkowania. Trzeba też pamiętać o ewentualnych kontrolach oraz czynnościach kontrolnych, które mogą prowadzić uprawnione organy. Właściwe wykorzystanie adresu do doręczeń elektronicznych w powiązaniu z odpowiednią bazą danych pozwoli na szybkie zakończenie takiej kontroli czy czynności. Ponadto, biorąc pod uwagę RODO, należy podjąć decyzję, czy i w jakim zakresie uprawnione organy będą miały dostęp do określonej bazy danych, tak aby nie narażać danych wrażliwych.

Podsumowując – od 1 lipca 2021 r. trzeba przynajmniej zacząć planować wykorzystanie adresu do doręczeń elektronicznych w firmie, tak aby móc ją jak najszybciej przygotować do działania przed 30 września 2026 r.

afw

MARCIN JÓZEFIAK
Radca prawny.

afw

EUGENIUSZ JAROSIK
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej".

Homo patiens '21

Viktor E. Frankl: „Żyj tak, jakbyś żył po raz drugi i za pierwszym razem postąpił równie niewłaściwie, jak zamierzasz postąpić teraz!"

Pandemia COVID-19 dotknęła wielu obszarów naszej codzienności, naznaczając swoimi skutkami nie tylko świat materialny (osłabienie gospodarki, upadek firm, destabilizacja finansów publicznych i systemu ochrony zdrowia, naruszenie podstaw bytu wielu rodzin etc.), ale i sferę psychiczną – zarówno w wymiarze ogólnospołecznym, jak i indywidualnym. To głęboka, ponadczasowa i nadal aktualna lekcja dla nas wszystkich.

Niemal w każdej grupie wiekowej, nie wyłączając młodzieży szkolnej, zwiększa się odsetek osób skarżących się na zespoły lękowe i depresyjne. Permanentny stres związany z pandemią powoduje, że jesteśmy bardziej wrażliwi na problemy, z jakimi stykamy się w codziennym życiu. Lęk wywołują w nas nawet drobne niepowodzenia, boimy się szczepień i następstw choroby, z troską myślimy o tym, jak będzie wyglądał świat po pandemii. Do tego dochodzi izolacja, ograniczenie kontaktów z rodziną i znajomymi, które przecież zmniejszają napięcie psychiczne. Lęk jest wszechobecny. Doświadczamy „małej apokalipsy".

Ludzie doświadczeni walką z COVID-19 – gdy starcie z pustoszącym organizm wirusem SARS-CoV-2 mają już za sobą, często nie wiedzą, jak wrócić do swoich społecznych ról, do pracy, do normalnego życia. Cierpią, podobnie jak żołnierze wracający z wojny, na paraliżujący zespół stresu, potęgowany przez dolegliwości utrzymujące się przez tygodnie, a nawet miesiące po wyzdrowieniu. Z przeprowadzonych badań naukowych wynika, że około 80 proc. ozdrowieńców ma chociaż jeden objaw tzw. long covid. Aż połowa może odczuwać objawy mgły mózgowej – mają problemy z koncentracją i pamięcią świeżą, cierpią na zaburzenia poznawcze, czują się wyobcowani, trapią ich lęki, są ciągle zmęczeni.

Dr n. med. Bożena Adamkiewicz z Wysokospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Łodzi, konsultant ds. neurologii w województwie łódzkim, w wywiadzie dla portalu medonet.pl przywołuje badania mózgów autopsyjnych osób, które zmarły po zakażeniu SARS-CoV-2, a za życia skarżyły się na mgłę pocovidową. Okazało się, że w badanych mózgach materiału RNA czy białek wirusa wcale nie było tak dużo. Istniała wręcz wyraźna dysproporcja między stężeniem koronawirusa a nasileniem zaburzeń. Co ciekawe, w badaniu płynów mózgowo-rdzeniowych tych pacjentów stwierdzano wysoki poziom cytokin, co wskazywałoby na tło autoimmunologiczne, a więc sytuację, gdy organizm zaczyna produkować przeciwciała przeciwko własnym strukturom. „Ponadto w innym badaniu w materiałach autopsyjnych mózgów pacjentów zmarłych

www.stock.adobe.com

z powodu COVID-19 stwierdzano małe i duże zawały, z których wiele było krwotocznych. Wykazano też aktywację mikrogleju z obecnością guzków mikrogleju z towarzyszącą neuronofagią. Zmiany te najbardziej widoczne były w obrębie pnia mózgu. Badacze zaobserwowali również rzadką akumulację limfocytów T w obszarach okołonaczyniowych lub w tkance mózgowej" – relacjonuje dr n. med. Bożena Adamkiewicz.

Niezapomnianym doświadczeniem są rozmowy z ludźmi, którzy nawet kilkadziesiąt dni spędzili na oddziale covidowym w szpitalu jednoimiennym. Zmagając się z pocovidową traumą, z trudem wracają do przeszłości naznaczonej uczuciem osamotnienia w chwili próby, niepewnością i przerażającą bezradnością towarzyszącą każdemu oddechowi. Kiedy wszystkie myśli skoncentrowane są na przetrwaniu, pojawia się pytanie fundamentalne – o sens tego wszystkiego, z czym musi zmierzyć się człowiek balansujący na granicy życia i śmierci.

Wszystkim ozdrowieńcom dotkniętym mgłą covidową i depresją polecam przemyślenia Viktora E. Frankla, austriackiego psychiatry i psychoterapeuty pochodzenia żydowskiego, więźnia obozów koncentracyjnych (Theresienstadt, Auschwitz i Dachau). Twórca logoterapii, metody psychoterapeutycznej ukierunkowanej na rozważania nad sensem, między innymi w książkach „Człowiek w poszukiwaniu sensu" i „Człowiek cierpiący" wyjaśnił swoje główne myśli na temat sensu życia i odporności nawet w obliczu wielkich przeciwności. Frankl powołał się na własne bolesne doświadczenia straty, głodu czy lęku przed śmiercią, które jednak pozwoliły na zaistnienie w jego życiu nadziei, przyjaźni i poczucia celu w obozowej rzeczywistości. Autor „Woli sensu" przekonał się, że każdy kryzys niesie ze sobą również szansę i że zawsze można powiedzieć życiu tak". Opierając się na maksymie: „Żyj tak, jakbyś żył po raz drugi i za pierwszym razem postąpił równie niewłaściwie, jak zamierzasz postąpić teraz!", Frankl ujawnił swoje podstawowe przekonanie, że bycie człowiekiem oznacza możliwość do bycia innym w każdej sytuacji.

Czas pokaże, czy osobiste, niekiedy dramatyczne doświadczenia z okresu pandemii pozwolą nam zmienić hierarchię wartości i odnaleźć zagubiony sens życia, prostą, lecz niekiedy niedocenianą prawdę, że każdego dnia trzeba próbować żyć pełnią życia – nie tylko istnieć, ale i żyć prawdziwie.

Eugeniusz Jaworz

mgr farm. AGNIESZKA FILIPEK

BRYTYJSKIE APTEKI W CZASACH ZARAZY

W jaki sposób farmaceuci w Wielkiej Brytanii wdrażają wytyczne dobrej praktyki, aby w związku z pandemią COVID-19 zapewnić bezpieczeństwo pacjentom i personelowi apteki?

Wielka Brytania wciąż nie może zatrzymać kolejnej fali koronawirusa. Za zachorowania w czerwcu i lipcu 2021 r. (nawet ponad 50 000 zidentyfikowanych zakażeń dziennie) odpowiada przede wszystkim bardzo zakaźny wariant Delta. Liczba zakażonych rośnie, mimo że w Wielkiej Brytanii w pełni zaszczepionych jest prawie 50 proc. obywateli (pierwszą dawkę otrzymało ponad 67 proc.). Szczepionki chronią jednak skutecznie przed ciężkim przebiegiem choroby i znacząco zmniejszają ryzyko zgonu.

Istotna rola w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego w czasach obecnej pandemii przypada aptekom i farmaceutom. Apteki brytyjskie, podobnie jak polskie, są otwarte, aby zapewnić niezbędne doradztwo pacjentom i dostawy leków lokalnym społecznościom. Jest to ważne przede wszystkim ze względu na ograniczony dostęp do wielu placówek ochrony zdrowia: przychodni i szpitali. Ta nadzwyczajna sytuacja wywiera ogromną presję na cały personel apteczny.

Zachowanie dystansu społecznego

W każdej aptece wdrożono specjalną procedurę operacyjną SOP, która określa zasady świadczenia usług w czasie pandemii. Zgodnie z wytycznymi rządu, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się koronawirusa, konieczne jest zachowanie dystansu społecznego. Zespoły farmaceutyczne same decydują, w jaki sposób skutecznie egzekwować te zalecenia. Zachowanie dystansowania społecznego w szczególny sposób ma chronić osoby w wieku 70 lat lub starsze, a także, niezależnie od wieku, pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca czy choroby serca.

Nie ma ścisłych wytycznych, w jaki sposób należy dbać o dystans społeczny w aptekach. Na ogół stosuje się różnego rodzaju bariery (niektóre apteki oddzieliły pacjentów barierkami ustawionymi co 2 metry) i oznaczenia taśmą, a także umieszcza się osłony ze szkła akrylowego (apteki otrzymały wsparcie finansowe w wysokości 300 funtów, aby dostosować się do wymogów). Ponadto ogranicza się liczbę osób, które mogą jednocześnie przebywać w lokalu apteki.

Kolejną procedurą jest zmniejszenie interakcji między personelem a pacjentem. Niezależnie

www.stock.adobe.com

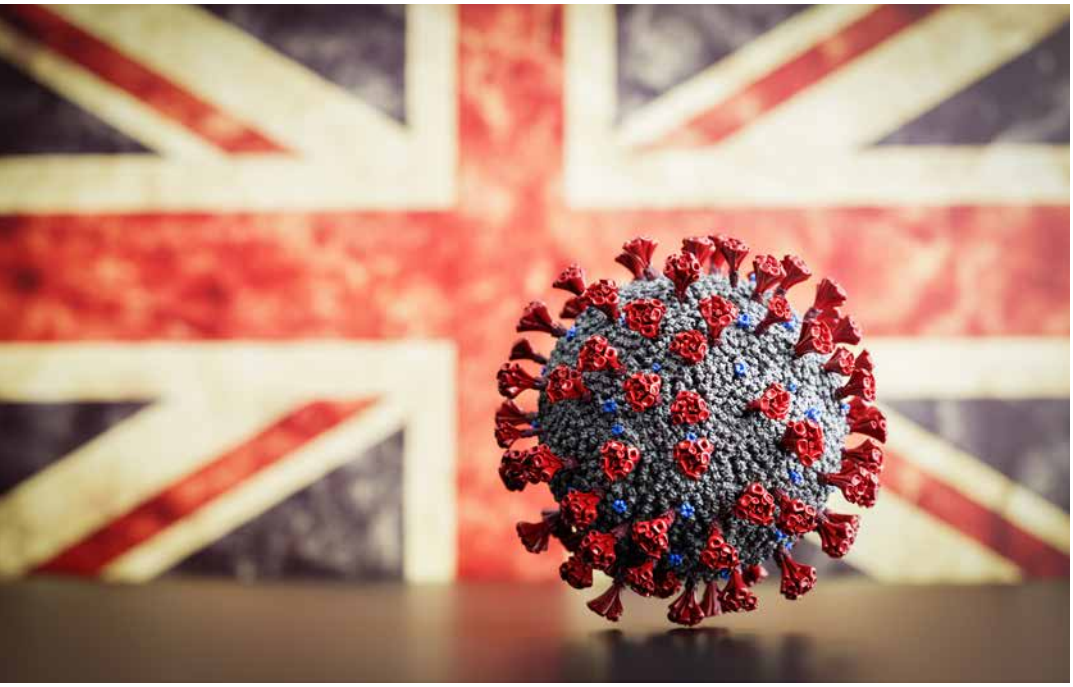
od środków ostrożności podjętych w celu ochrony personelu apteki, występują pewne interakcje z pacjentami, na przykład podczas wręczania im leków lub dokonywania płatności za recepty. Chcąc ograniczyć te kontakty, zachęca się pacjentów do płatności zbliżeniowych, jeśli to możliwe, lub umieszczania pieniędzy w koszykach. Ponadto apteka może wdrożyć usługę zakupów polegającą na tym, że pacjenci dzwonią, aby poprosić o leki, a następnie je odbierają, ograniczając czas spędzony w lokalu.

Ochrona personelu apteki i pacjentów przed zakażeniem

Apteki powinny mieć plan awaryjny na wypadek, jeśli farmaceuta nie jest w stanie pracować z powodu zakażenia koronawirusem. Można się na przykład umówić z sąsiednią apteką w sprawie kierowania do niej pacjentów w sytuacji kryzysowej. General Pharmaceutical Council (GPhC) opracowała zasady dotyczące dostaw leków w określonych okolicznościach: „Jeśli w danej aptece nie można zapewnić bezpieczeństwa w związku z obecną pandemią, należy w interesie pacjenta dostarczyć mu leki z innej apteki". Jeśli stały personel apteki nie jest w stanie pracować z powodu choroby lub nałożonej kwarantanny, właściwe może być przeszkolenie personelu pracującego w innym dziale apteki w zakresie wydawania leków (na przykład z działu optycznego). Ewentualnie należy skontaktować się z byłymi pracownikami, aby dowiedzieć się, czy byliby skłonni podjąć pracę w aptece. Wskazane może być też skorzystanie z pomocy studentów farmacji, którzy już zdobyli doświadczenie zawodowe w aptece.

Komunikowanie się z pacjentami

Zgodnie z wytycznymi rządowymi, w pierwszej kolejności należy udostępnić społeczeństwu podstawowe funkcje apteki, przede wszystkim wydawanie leków. Umieszczenie plakatów, banerów lub znaków w widocznym miejscu ma na celu informowanie pacjentów o usługach, które może świadczyć apteka w czasie pandemii. Ponadto mogą one zawierać również informacje na temat najnowszych zaleceń rządu dotyczących pandemii, porady dla pacjentów, jak najlepiej



www.stock.adobe.com

zarządzać swoim zdrowiem podczas izolacji, a także z kim powinni się kontaktować, jeśli są zaniepokojeni objawami wskazującymi na zakażenie SARS-CoV-2. Nie wszyscy pacjenci rozumieją sytuację, w jakiej działa personel fachowy apteki. Zdarzają się naganne zachowania będące wynikiem paniki lub zniecierpliwienia oczekiwaniem w kolejce na wydanie leku. W związku z tym apteki ostrzegają, że pacjenci zachowujący się niewłaściwie nie będą obsługiwani. Specjalne plakaty apelują do pacjentów o wyrozumiałość, cierpliwość i uprzejmość.

Chociaż recepty elektroniczne są szeroko dostępne w całej Anglii, w obiegu nadal pozostają recepty papierowe. Zaleca się, aby apteki rozważyły sposób odbioru tych recept, by ograniczyć kontakt fizyczny z pacjentem. Ponadto wysyłanie wniosków o recepty do przychodni możliwe jest za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Dostosowanie godzin otwarcia i usług aptecznych

Aby apteki mogły sprostać wymaganiom w czasie obecnego kryzysu, zagwarantowano im elastyczność w zakresie godzin otwarcia. Apteki mają zapewnić pacjentom dostęp do leków, ale ważne jest też, by personel apteczny mógł pracować bezpiecznie i nie odczuwał presji związanej z pandemią COVID-19.

Angielskie apteki organizują dostawy leków dla potrzebujących pacjentów w ramach programu NHS Medicine Delivery Service. Lokalne apteki, które dostarczają leki w ramach tej usługi, mogą domagać się 6 funtów za każdą zorganizowaną dostawę. W związku z pandemią zawieszono świadczenie niektórych zakontraktowanych usług, na przykład tzw. przeglądu lekowego. Apteki, które świadczą usługę nadzorowanego spożycia metadonu, mogą wycofać nadzorowane stosowanie opioidowej terapii zastępczej, aby zmniejszyć ryzyko rozprzestrzeniania się COVID-19. W każdej sprawie decyzję powinien podejmować farmaceuta i to on decyduje, którym pacjentom nadal będą dostarczane leki. Zgodnie z zaleceniami Primary Care Support England, szczególną uwagę należy poświęcić pacjentom korzystającym z takich usług, jak nadzorowana konsumpcja czy monitorowane systemy dawkowania. W takim przypadku można na przykład rozważyć podawanie dawek dziennych zamiast spożycia pod nadzorem.

Zapewnienie odpowiednich zapasów

Dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej kluczowe jest zapewnienie dostaw leków ratujących zdrowie i życie. Brytyjskie apteki mogą liczyć w tym zakresie również na wsparcie General Pharmaceutical Council (GPhC). Czasem konieczne są działania niestandardowe, na przykład dzielenie dużych opakowań paracetamolu czy innych leków. Jeśli brakuje jakiegoś produktu leczniczego na receptę, niezbędny jest szybki kontakt z lekarzem w celu zmiany leku lub z inną lokalną apteką, która może dostarczyć produkt pacjentowi. Apteki współpracują także z lekarzami rodzinnymi, informując ich o niedoborach produktów leczniczych.

Środki higieny i kontrolowanie zakażeń

W brytyjskich aptekach wdrożono wiele procedur mających zapewnić bezpieczeństwo

sanitarne zarówno personelowi, jak i pacjentom. NHS dostarcza do aptek maski, rękawiczki i specjalne tuniki ochronne (co ciekawe, w niektórych aptekach zlokalizowanych w marketach farmaceuci nie noszą maseczek i rękawiczek, by nie odstraszać potencjalnych klientów). W czasie pandemii szczególną uwagę zwraca się na czyszczenie przedmiotów i miejsc zwiększonego ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa (blaty, klamki, długopisy etc.). Generalnie wszyscy pracownicy aptek mają obowiązek przestrzegania zasad sanitarnych, opracowanych przez Królewskie Towarzystwo Farmaceutyczne Wielkiej Brytanii (RPS).

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 to trudny test dla aptek na całym świecie. Dzięki zaangażowaniu i dobrej organizacji pracy brytyjskim aptekarzom udało się zagwarantować swoim pacjentom dostęp do leków i bezpieczne warunki dystrybucji produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

afw

mgr farm.
AGNIESZKA FILIPEK
W 2005 roku ukończyła Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej w Poznaniu. Przez 12 lat pracowała w aptece w Dorset (Wielka Brytania). Obecnie wykonuje zawód farmaceuty w Polsce.

„APTEKA NADWORNA" W POZNANIU

Z dużym zainteresowaniem przeczytałem książkę dr Hanny Cytryńskiej „Poznańskie apteki – wnętrza, historia, wyposażenie" (Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska, Poznań 2016). W drugiej połowie XIX wieku apteki bywały kolebką firm farmaceutycznych. Tak też pośrednio, jak się domyślam, jest w przypadku „Apteki Nadwornej" w Poznaniu. Pierwotnie mieściła się w kamienicy na Rynku 87. W 1844 r. aptekarz Ludwik Daehne przeniósł ją na Aleje Wilhelmowskie 24 (obecnie Aleje Karola Marcinkowskiego). W 1862 r. aptekę kupił aptekarz dr Gustaw Mankiewicz (1832–1905), który pracował w niej do 1893 r., kiedy sprzedał ją Alfredowi Wachsmannowi.

W „Aptece Nadwornej" (Hof-Apotheke) pracował kilkakrotnie bratanek Gustawa Mankiewicza aptekarz Oskar Troplowitz z Gliwic (1863-1918), ostatni raz w 1889 r. W 1890 r. Oskar Troplowitz kupił laboratorium aptekarskie Fabrik Dermotherapeutischer Präparate Paula C. Beiersdorfa w Hamburgu (1836–1896), który opracował produkcję plastrów. W 1882 r. aptekarz Beiersdorf otrzymał patent na plastry gutaperkowe. Data ta jest uważana za początek firmy Beiersdorf (późniejszy producent kremu NIVEA). W krótkim czasie Troplowitz przekształcił laboratorium apteczne w globalne przedsiębiorstwo z główną marką NIVEA. Bez wsparcia finansowego jego wuja dr. Gustawa Mankiewicza zakup laboratorium w Hamburgu nie byłby możliwy. Interesująca byłaby odpowiedź na pytanie, dlaczego aptekarz Daehne przeniósł swoją aptekę z Rynku 87 na Aleje Wilhelmowskie 24? Czy obroty w kamienicy położonej na Rynku były zbyt małe?

W 1880 r. Paul Beiersdorf przybył do Hamburga, gdzie kupił aptekę „Mühlen" (już nie istnieje), zlokalizowaną za kościołem Sankt Michaelis w dzielnicy Neustadt, w której aż do dzisiaj znajduje się „Pelikan-Apotheke" (zlokalizowana przy centralnym placu dzielnicy Neustadt – Großneumarkt), wciąż emanująca atmosferą starej, historycznej apteki (miałem okazję kilkakrotnie kierować nią w czasie wakacji). Wraz z pojawieniem się w Hamburgu Troplowitza w 1890 r. w historii hamburskiej farmacji dostrzegam związek z Polską. Dzięki Oskarowi Troplowitzowi istnienie dzisiejszej NIVEA Polska Sp. z o.o. w Poznaniu jest częścią złożonej historii firmy Beiersdorf.

dr KLAUS KOCH
Hamburg

mgr farm. LAURA OLSZTYŃSKA

FILTRY PRZECIWSŁONECZNE w praktyce apteki

Kosmetyki, których stosowanie ma na celu ochronę skóry przed działaniem światła słonecznego, są szczególnie poszukiwane na początku lata. Coraz bardziej wymagający i świadomi klienci szukają coraz lepszych i profesjonalnych preparatów. Stąd ich wizyty w aptece. To właśnie od farmaceuty oczekują najbardziej profesjonalnego doradztwa w zakresie doboru najwłaściwszego kosmetyku, który spełni ich oczekiwania, zwłaszcza gdy jednocześnie stosują leki lub poszukują bezpiecznego kosmetyku dla dziecka czy kobiety w ciąży.

Aby zrozumieć dlaczego, kiedy oraz który filtr przeciwsłoneczny wybrać, należy przypomnieć, że promieniowanie słoneczne docierające do Ziemi składa się z promieniowania widzialnego (VIS), ultrafioletowego (UV), a także podczerwieni (IR). Promieniowanie ultrafioletowe dzieli się na: UVA, UVB, UVC.

Promieniowanie UVA stanowi 95 proc. promieniowania ultrafioletowego docierającego do Ziemi. Ze względu na swój rodnikowy mechanizm działania powoduje fotostarzenie, nowotwory skóry, a także reakcje fototoksyczne i fotoalergiczne, zwłaszcza w kontekście zażywanych leków, suplementów oraz stosowanych kosmetyków. Co ciekawe, są badania, z których wynika, że wolne rodniki mogą być przyczyną wielu chorób, w tym cywilizacyjnych. Przykładami takich chorób są: miażdżyca, cukrzyca, nowotwory, choroby układu krążenia, a także choroby układu nerwowego, takie jak choroba Alzheimera czy stwardnienie rozsiane[1]. Promieniowanie UVA na ogół nie wywołuje rumienia, jednak w większych dawkach, zwłaszcza z promieniowaniem UVB, może powodować poparzenia słoneczne. UVA penetruje aż do skóry właściwej, podczas gdy UVB jedynie do naskórka. Należy zaznaczyć, że na promieniowanie UVA jesteśmy narażeni cały rok. Ma ono zdolność przenikania przez chmury (jest obecne nawet w pochmurny dzień), przez szyby, a także przez cienkie ubrania. Promieniowanie UVA jest bardzo zdradliwe, ponieważ często nie widzimy skutków jego działania od razu, tylko dopiero po latach.

Promieniowanie UVB stanowi 5 proc. promieniowania UV docierającego do Ziemi. Głównie odpowiedzialne jest za powstawanie rumienia/poparzeń, ale może przyczyniać się również do rozwoju chorób nowotworowych oraz starzenia skóry. Promieniowanie UVB jest zatrzymywane przez chmury i szyby. Jego największe nasilenie obserwujemy w słoneczne dni w okresie letnim. To właśnie ono powoduje syntezę witaminy D w naszej skórze, co jest jego niewątpliwą zaletą.

Promieniowanie UVC praktycznie nie dociera do Ziemi, gdyż jest prawie całkowicie pochłaniane przez warstwę ozonową. Stosowane jest do sterylizacji powierzchni. U ludzi powoduje poparzenia oraz zapalenia spojówek.

Skoro już znamy negatywne skutki promieniowania UVA i UVB, to jaki produkt wybrać, aby nas skutecznie chronił? Z pomocą przychodzą oznaczenia produktów. Z pewnością każdy z nas spotkał się ze skrótem SPF.

www.stock.adobe.com

Współczynnik SPF (*Sun Protection Factor*) odnosi się do promieniowania UVB i informuje nas, na jaką ochronę przed UVB możemy liczyć. Im wyższa liczba SPF, tym lepsza ochrona. Ze względu na skuteczność wyróżniamy SPF o ochronie niskiej (SPF 6-10), średniej (SPF 15-25), wysokiej (SPF 30-50) oraz bardzo wysokiej (SPF 50+). Dla zobrazowania SPF 30 blokuje 97 proc. promieni UV, natomiast SPF 50+ 98 proc. promieni UV. Wydawać by się mogło, że jest to niewielka różnica. W przypadku SPF 30 przenika 3,33 proc. promieni UV, natomiast w przypadku SPF 50+ 1,66 proc. Wynika z tego, że SPF 50+ jest dwa razy bardziej skuteczny[2].

NAJLEPSZYM KREMEM PRZECIWZMARSZCZKOWYM JEST KREM Z FILTREM. FILTRY NIE TYLKO CHRONIĄ PRZED STARZENIEM, ALE TAKŻE POZWALAJĄ SKÓRZE NA REGENERACJĘ, CO W KONSEKWENCJI POWODUJE COFANIE SIĘ EFEKTÓW STARZENIA

Znając oznaczenia stosowane w kontekście promieniowaniu UVB, należy także przedstawić te informujące nas o ochronie przeciwko UVA. Wiedząc jak negatywny wpływ na nasz organizm ma promieniowania UVA, nie ma miejsca na sytuację, w której filtr chroni tylko przed UVB. Brak rumienia powoduje złudne poczucie bezpieczeństwa, natomiast w tym samym czasie pochłaniane są dawki promieniowania UVA. Dlatego tak ważne jest wybranie filtra, który chroni zarówno przed UVA, jak i UVB. Producenci w celu określenia ochrony anty-UVA stosują oznaczenia:

- UVA w kółku – jest to oznaczenie zgodne z zaleceniami Unii Europejskiej, według którego ochrona UVA stanowi co najmniej 1/3 ochrony UVB (czyli wartości SPF),
- PPD (*Persistant Pigmentation Darkening*) – określa, ile razy zmniejszy się dawka promieniowania UVA absorbowana przez skórę po jego użyciu, na przykład PPD=7 oznacza, że przy użyciu danego filtra, do skóry wniknie 7 razy mniej promieniowania; maksymalna wartość PPD wynosi 30,
- IPD (*Immediate Pigmentation Darkening*) oznacza procent ochrony przed UVA, na przykład IPD=30 oznacza 30 proc. ochrony przeciw UVA; maksymalna wartość obecnie wynosi 90 proc.,
- PA (*Protection Grade of UVA*) + aż do ++++ – oznaczenia stosowane w krajach azjatyckich, ale coraz modniejsze u nas. Im większa liczba plusów, tym lepsza ochrona przeciw UVA. Plusy można przyrównać do wartości PPD w następujący sposób.
  +=2-4 PPD
  ++=4-8 PPD
  +++=8-16 PPD
  ++++=16+ PPD

Zawsze najlepszym wyborem będzie stosowanie filtrów z jak najwyższą ochroną. Jeśli tylko jest taka możliwość, powinno wybierać się SPF 50/50+ z dobrą ochroną anty-UVA.

Kolejnym ważnym krokiem w wyborze filtru jest podjęcie decyzji na temat jego składu. Wyróżniamy filtry fizyczne (mineralne), chemiczne oraz mieszane.

Filtry fizyczne – ich działanie polega na odbijaniu i rozpraszaniu promieniowania UV. Do tej grupy należą tlenek cynku oraz dwutlenek tytanu. Filtry te często bielą i mają ciężką, tłustą konsystencję. Są stosunkowo fotostabilne, natomiast mało odporne na ścieranie, stąd wymagana jest ich częsta reaplikacja. Świetnie nadają się dla dzieci, alergików oraz dla osób z wrażliwą skórą. Dostępne są także filtry fizyczne w formie nanocząsteczek. Jest to stosunkowo nowa technologia, która powstała, aby ograniczyć bielenie, a także poprawić reologię produktu. Rozpoznamy je poprzez dopisek „nano" w składzie produktu. Wkrótce po wprowadzeniu tego typu technologii w filtrach pojawiło się wiele obaw odnośnie ich stosowania. Zaczęto pytać, czy są na pewno bezpieczne, czy nie przenikają i czy nie wywołują ogólnoustrojowego działania. Na razie nie wykazano szkodliwości filtrów fizycznych w formie nanocząsteczek aplikowanych zewnętrznie na skórę, natomiast pojawiają się doniesienia o szkodliwości filtrów „nano" w postaci aerozolów, które mogą mieć działanie rakotwórcze[3].

Filtry chemiczne – wnikają w głąb naszej skóry. Ich działanie polega na absorbowaniu promieniowania UV i jego zamianie w ciepło. Niewątpliwą zaletą filtrów chemicznych jest świetna reologia i wchłanianie produktu, lekkość na skórze, a także brak efektu bielenia. Filtry chemiczne zapewniają jednocześnie dużą ochronę. Ich wadą jest natomiast mała fotostabilność i to głównie z tego względu trzeba je reaplikować. Filtry chemiczne mogą także spowodować podrażnienia, szczypanie skóry lub wywołać reakcję alergiczną.

Filtry mieszane – są to filtry zawierające filtry fizyczne i chemiczne. Połączenie to pozwala na stworzenie bardzo dobrego spektrum ochrony, przy jednocześnie dobrej reologii produktu.

Aby uzyskać jak najlepszą ochronę, warto szukać produktów, które w swym składzie zawierają wiele różnych filtrów. Gwarantuje to bardzo dobrą oraz szeroką ochronę przeciwko UV.

Czy filtry chemiczne przenikają do krwioobiegu, wywołując zmiany hormonalne?

Tak, faktycznie niektóre filtry chemiczne mogą przenikać do krwioobiegu. Używanie filtrów chemicznych jest bezpieczne, co potwierdza ich dopuszczenie do użytku. Niemniej jednak fakt przenikania filtrów chemicznych należy wziąć pod uwagę i zachować szczególną ostrożność, zwłaszcza w grupach wyjątkowo wrażliwych (dzieci, kobiety w ciąży). Zdecydowanie gorszy wpływ na nasz organizm ma promieniowanie UV niż potencjalne działania filtrów chemicznych.

Co z witaminą D?

Skoro pod wpływem UVB produkowana jest witamina D, pojawia się pytanie, co się dzieje, jeśli ograniczamy wnikanie promieniowania UVB w naszą skórę poprzez stosowanie filtra. Przede wszystkim należy podkreślić, że żaden filtr nie blokuje promieniowania UV w 100 proc. (nie jest blokerem). Niewystarczająca ilość aplikowanego filtru,

www.stock.adobe.com

Filtry chemiczne[4]:

chroniące w zakresie UVA	chroniące w zakresie UVB	chroniące w zakresie UVA oraz UVB
• Benzofenony: Oxybenzone, Sulisobenzone, Dioxybenzone • Avobenzone (Parsol 1798) • Meradimate • Bisdisulizoledisodium • Diethylaminohydroxybenzoylhexyl benzoate • Ecamsule • Methylanthranilate	• Padimate O • Octinoxate, Cinoxate • Salicylany: Octisalate, Homosalate, Trolaminesalicy-ate • Octocrylene • Ensulizole • Ethylhexyl triazole	• Ecamsule (Mexoryl SX) • Silatriazole (Mexoryl XL) • Bemotrizinol (Tinosorb S) • Bisoctrizole (Tinosorb M)

niedostatecznie częsta reaplikacja (co 2 h), a także fakt, że na ogół nie smarujemy całego ciała, powoduje, że do naszej skóry dociera pewna ilość promieniowania, co w rezultacie nie powoduje niedoborów witaminy D[5].

Czy są sytuacje, kiedy farmaceuta powinien zalecić filtry?

W praktyce farmaceuty rekomendacja filtrów jest czasem obowiązkowa! Bardzo ważnym problemem, niestety rzadko poruszanym, jest fototoksyczność, a także reakcje fotoalergiczne powodowane przez leki. Należy rozróżnić te dwa pojęcia. Do zjawiska fototoksyczności dochodzi, kiedy pod wpływem promieniowania UV oraz czynnika (w tym przypadku leku) powstają wolne rodniki. Uszkadzają one komórki skóry, co objawia się powstawaniem zaczerwienia, oparzeń, pęcherzy. Objawy skórne ograniczają się zazwyczaj do miejsca wystawionego na działanie promieni słonecznych i pojawiają się stosunkowo szybko po ekspozycji, często pozostawiając po sobie przebarwienia. Reakcja fotoalergiczna natomiast prowadzi do powstania alergenu pod wpływem promieniowania UV, co może objawiać się pieczeniem, swędzeniem, a także wysypką, nawet w miejscach niepoddanych działaniu promieniowania. Reakcja ta często

www.stock.adobe.com

POPARZENIA SŁONECZNE W DZIECIŃSTWIE MOGĄ PREDYSPONOWAĆ DO POWSTAWANIA CZERNIAKA W ŻYCIU DOROSŁYM. DLATEGO TAK NIEZWYKLE WAŻNA JEST FOTOPROTEKCJA U DZIECI

może występować z opóźnieniem. Należy pamiętać, że zwykle to właśnie promieniowanie UVA jest przyczyną tego typu zdarzeń, w związku z czym zasadne jest stosowanie filtra, zwłaszcza z wysoką ochroną anty-UVA przez cały rok.

Do leków, które w trakcie ekspozycji na działanie promieniowania UVA i UVB wywołują powyższe reakcje, należą między innymi:

- leki moczopędne: furosemid, amiodaron, chinidyna, tiazydy
- antybiotyki: tetracykliny, ciprofloksacyna, sulfonamidy
- przeciwgrzybicze: gryzeofulwina, ketokonazol
- niesteroidowe leki przeciwzapalne: ibuprofen, ketoprofen, naproksen, piroksykam, zwłaszcza stosowane miejscowo[6]
- neurologiczne/psychiatryczne: lorazepam, diazepan, haloperidol, amitryptylina, karbamazepina[7].

W dobie rozwiniętego samoleczenia należy także wspomnieć o ziołach zwiększających fotowrażliwość naszej skóry, takich jak dziurawiec, bergamotka, nagietek, arcydzięgiel, skrzyp polny, rumianek i arnika. Bergamotka jest częstym składnikiem perfum, dlatego nie zaleca się perfumowania ciała w słoneczne dni bez użycia filtra. Bardzo ważne jest także stosowanie fotoprotekcji po zakończonej kuracji lekami. Należy wziąć pod uwagę czas eliminacji leku z ustroju.

Kolejnym wskazaniem do używania kremu z filtrem jako elementu terapii jest trądzik różowaty. Promieniowanie słoneczne, rozszerzając naczynia krwionośne, zaostrza przebieg choroby. Który filtr wybrać dla osoby zmagającej się z tym schorzeniem? W tej sytuacji lepszym rozwiązaniem byłby filtr fizyczny. Filtry chemiczne działają na zasadzie absorpcji promieniowania i zamianie go w ciepło. Mogłoby to prowadzić do zaostrzenia choroby. Z tego samego względu u osób z trądzikiem różowatym przeciwwskazana jest sauna czy spożywanie ostrych przypraw. Filtry chemiczne mogą także dodatkowo podrażnić skórę. Dokładnie z tych samych względów zasadniejsze jest używanie filtrów fizycznych w przypadku cery naczyniowej. Należy pamiętać, że nieprawidłowo pielęgnowana cera naczyniowa może w przyszłości stać się cerą z trądzikiem różowatym.

Filtr do twarzy

Wybór filtru do ciała jest zdecydowanie mniej problematyczny. Wystarczy z reguły, żeby taki filtr nie podrażnił, czy nie wywołał reakcji alergicznej. W takim wypadku zalecane są filtry fizyczne, gdyż mają mniejszy potencjał drażniący. Dla osób nieco bardziej wybrednych ważne jest także, aby nie bielił i się nie kleił – w takim wypadku bardziej zasadne może się okazać stosowanie filtrów chemicznych. Problemy pojawiają się przy cerach problematycznych, trądzikowych, naczyniowych, tłustych, mieszanych, skłonnych do zapychania. Dobór odpowiedniego kremu z filtrem do twarzy jest procesem

żmudnym, opartym często na metodzie prób i błędów. Są jednak pewne sposoby, pozwalające ten proces skrócić.

Jak dobrać odpowiedni filtr w ciąży, podczas laktacji, dla dzieci?

Należy zaznaczyć, że jeszcze ważniejsze niż stosowanie kremów przeciwsłonecznych jest odpowiedzialne zachowanie. Kobiety w ciąży, a także dzieci powinny unikać ekspozycji słonecznych między godziną 10.00 z 16.00, nosić okrycia głowy, a także osłaniać ciało lekkimi ubraniami. Okazuje się, że poparzenia słoneczne w dzieciństwie mogą predysponować do powstawania czerniaka w życiu dorosłym. Dlatego tak ważna jest fotoprotekcja u dzieci. W przypadku kobiet w ciąży i dzieci zdecydowanie bezpieczniejszym wyborem będą filtry fizyczne. Na rynku dostępne są preparaty, które można stosować już od pierwszego dnia życia. Kobietom karmiącym także należy zalecać stosowanie filtrów fizycznych, przede wszystkim dlatego, że filtry chemiczne mogą przenikać do mleka matki. W kwestii filtrów chemicznych zalecana jest ostrożność i wstrzymanie się ze zbyt wczesnym ich wprowadzeniem u dzieci, jednak na rynku dostępne są preparaty z filtrami chemicznymi dla niemowląt już od pierwszego dnia życia. Zawsze należy sprawdzić informacje zamieszczone na opakowaniu (na przykład rodzaj filtra chemicznego, a także jego stężenie).

Jak dobrać odpowiedni filtr dla alergików i dla osób po zabiegach kosmetologicznych?

Ze względu na możliwość wywołania podrażnień, pieczenia, a także reakcji alergicznej przez filtry chemiczne, zdecydowanie lepszym wyborem mogą się okazać filtry fizyczne, które są w zasadzie dedykowane skórom alergicznym, atopowym czy z łuszczycą. Po zabiegach medycyny estetycznej skóra jest bardzo często naruszona, zwłaszcza jeśli poddana była zabiegom złuszczania. Bardzo ważne jest stosowanie po takim zabiegu filtrów z wysoką ochroną UVA, ponieważ to właśnie promieniowanie UVA jest głównym sprawcą przebarwień. Czasem zdarza się, że osoby, które korzystały z peelingów kwasowych, notabene często w celu eliminacji przebarwień, później nie stosują fotoprotekcji. Jest to działanie nielogiczne.

Jaki filtr wybrać dla cery problematycznej?

Bardzo dużym problemem jest dobór filtru dla cery problematycznej, trądzikowej, tłustej, mieszanej. Zdecydowanie lepszym wyborem w tym wypadku może okazać się stosowanie filtru chemicznego. Przy tego typu cerach formulacja kosmetyku ma ogromne znaczenie. Filtry fizyczne odznaczają się ciężkością, a także komedogennością. Może powodować to powstawanie nowych wyprysków, co tylko pogorszy przebieg trądziku. Bardzo ważne jest, aby nie mylić „zapychania" filtra z jego niedokładnym zmyciem. Zdarza się, że osoby rezygnują z konkretnego produktu, dlatego że powoduje on wysyp niedoskonałości. Okazuje się jednak, że nie zawsze sam produkt jest przyczyną tego stanu, lecz jego niedokładne zmycie. Do zmycia filtrów powinniśmy się nieco bardziej przyłożyć, zwłaszcza mając skórę skłonną do wyprysków. Najlepszym sposobem jest dwuetapowe oczyszczanie twarzy, które przy filtrach wodoodpornych jest właściwie obowiązkowe. Można w tym celu umyć dwa razy twarz produktem przeznaczonym do mycia twarzy (żel, pianka, emulsja) lub użyć masełka do demakijażu, płynu micelarnego czy olejku do demakijażu, a następnie zastosować żel, piankę lub emulsję. Które z wymienionych produktów do każdego z tych dwóch etapów zostaną zastosowane, jest kwestią indywidualną, uwzględniającą preferencje formulacji, a także typ skóry. Czasem może zdarzyć się, że znalezienie filtra SPF 50 dla cery problematycznej okaże się niemożliwe. W takim wypadku można rozważyć użycie filtra SPF 30. Faktycznie posiada on niższą ochronę, natomiast zazwyczaj cechuje się też lżejszą konsystencją. W przypadku filtrów złota zasada brzmi, że lepszy SPF 30 na twarzy niż SPF 50 w szufladzie. Natomiast rynek produktów przeciwsłonecznych jest naprawdę bardzo duży i z pewnością każdy znajdzie coś dla siebie. Co najważniejsze – nie można, zwłaszcza przy cerze problematycznej, rezygnować z ochrony, ponieważ może to doprowadzić do powstania przebarwień w miejscu zmian skórnych.

Regeneracja skóry

Tak. Najlepszym kremem przeciwzmarszczkowym jest krem z filtrem. Filtry nie tylko chronią przed starzeniem, ale także pozwalają skórze na regenerację, co w konsekwencji powoduje cofanie się efektów starzenia[8].

W którym etapie rutyny pielęgnacyjnej taki filtr nałożyć? Zawsze na koniec porannej pielęgnacji. Filtr ma deklarowaną ochronę, kiedy reaplikujemy go co 2 h. Wiemy jednak, że jest to czasem niemożliwe, zwłaszcza w przypadku osób, które na co dzień się malują. Ciężko jest ponownie zaaplikować krem z filtrem na makijaż, tak żeby go nie zepsuć. Pocieszający w tej sytuacji jest fakt, że po 2 h od nałożenia filtra cała ochrona nie znika – ona się po prostu zmniejsza. Na rynku dostępne są pudry z ochroną przeciwsłoneczną, które z pewnością ułatwiają reaplikację, natomiast każdy powinien znaleźć swój własny złoty środek. Są jednak sytuacje, kiedy nie ma miejsca na kompromis – na przykład planowany wyjazd nad jezioro czy nad morze, gdzie będziemy narażeni na długotrwałe działanie promieni słonecznych, a także czas po zabiegach kosmetologicznych. W takich przypadkach ochrona jest obowiązkowa.

ABY UZYSKAĆ JAK NAJLEPSZĄ OCHRONĘ, WARTO SZUKAĆ PRODUKTÓW, KTÓRE W SWYM SKŁADZIE ZAWIERAJĄ WIELE RÓŻNYCH FILTRÓW. GWARANTUJE TO BARDZO DOBRĄ I SZEROKĄ OCHRONĘ PRZECIWKO PROMIENIOWANIU UV

Jaką ilość filtru nałożyć na ciało? Co jest ważne przy aplikacji?

Złotym standardem jest stosowanie 2 mg produktu na 1 cm² skóry. Daje nam to około 2-3 ml produktu na twarz i szyję, 6 ml na ręce, 12 ml na nogi i 12 ml na tułów. Oczywiście wszystko zależy od gęstości produktu, a także powierzchni ciała. Są to jedynie wartości orientacyjne. Bardzo ważne jest, żeby nie pomijać żadnego miejsca narażonego na promieniowanie, w tym uszu. Aby uzyskać deklarowaną ochronę, należy reaplikować produkt co 2 h, a także po każdym wyjściu z wody. W przypadku korzystania z kąpieli wodnych warto zaopatrzyć się w produkt wodoodporny. Wodoodporność nie oznacza, że wartość SPF po kontakcie z wodą się nie zmienia. Oczywiście się zmienia, jednak nie może być niższa niż 50 proc. wartości początkowej w przypadku czterdziestominutowej kąpieli wodnej.

Na sam koniec warto wspomnieć o cenie. Kupowanie filtra do twarzy za 300 zł i oszczędne nakładanie preparatu mija się z celem. Dużo lepiej jest kupić kosmetyk tańszy, ale nakładać jego odpowiednią ilość, dającą deklarowaną ochronę.

Stosowanie filtrów jest bardzo ważne zarówno w kontekście powstawania oparzeń słonecznych, jak i przyjmowanych leków lub towarzyszących chorób. Dobór odpowiedniego kremu z filtrem jest często zadaniem trudnym. Zdarza się, że bardzo ciężko przekonać pacjentów do stosowania kremów z filtrem. Powodów jest wiele, między innymi moda na opaloną skórę, brak pieniędzy, czas, jaki należy poświęcić na aplikację kosmetyku, uczucie klejenia, bielenie kosmetyku lub po prostu ignorancja. Dlatego tak istotna jest rola farmaceuty, który przedstawi ogólne zasady bezpiecznego wyjazdu w słoneczne dni, uświadomi pacjentom, dlaczego jest to ważne, a także pomoże dobrać kosmetyk odpowiadający ich potrzebom.

afw

mgr farm.
LAURA OLSZTYŃSKA
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, członek Wlkp. OIA.

PIŚMIENNICTWO:
1. Kalisz O, Wolski T, Gerkowicz M, Smorawski M. *Reaktywne formy tlenu (RTF) oraz ich rola w patogenezie niektórych chorób*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska sectio DD Medicina Veterinaria 2007; 62(1): 87–99.
2. Osterwalder U, Herzog B. *The long way towards the ideal sunscreen—where we stand and what still needs to be done*. Photochem Photobiol Sci 2010; 9(4): 470.
3. McSweeney PC. *The safety of nanoparticles in sunscreens: An update for general practice*. Aust Fam Physician 2016; 45(6): 397–399.
4. Latha MS, Martis J, Shobha V, Sham Shinde R, Bangera S, Krishnankutty B, et al. *Sunscreening agents: a review*. J Clin Aesthet Dermatol 2013; 6(1): 16–26.
5. Passeron T, Bouillon R, Callender V, Cestari T, Diepgen TL, Green AC, et al. *Sunscreen photoprotection and vitamin D status*. Br J Dermatol 2019; 181(5): 916–931.
6. Zuba E, Koronowska S, Osmola-Mańkowska A, Jenerowicz D. *Drug-Induced Photosensitivity. Acta dermatovenerologica Croatica*: ADC 2016; 24: 55–64.
7. Neumann-Podczaska A, Kropińska S, Trzmiel T, Pawlaczyk M. *Stosowanie leków fototoksycznych i fotoalergicznych a fotoprotekcja u osób starszych*. Farmacja Współczesna 2017; (10): 203–210.
8. Randhawa M, Wang S, Leyden JJ, Cula GO, Pagnoni A, Southall MD. *Daily Use of a Facial Broad Spectrum Sunscreen Over One-Year Significantly Improves Clinical Evaluation of Photoaging*. Dermatol Surg 2016; 42(12): 1354–1361.

afw

mgr farm. **WOJCIECH ZIÓŁKOWSKI**
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Pacjent pandemiczny

Na przestrzeni 10 lat bardzo zmieniła się specyfika pracy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Po lawinie spraw związanych z zakazem reklamy aptek, odwróconym łańcuchem dystrybucji i nieobecnością farmaceuty w godzinach funkcjonowania apteki nadszedł czas na PACJENTA PANDEMICZNEGO.

Coraz częściej OROZ musi reagować na skargi pacjentów, którzy zawiadamiają o swoich problemach Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, Głównego Inspektora Farmaceutycznego, Ministerstwo Zdrowia, Państwową Inspekcję Handlową i inne instytucje. Często są to skargi bezzasadne, nierzadko wynikają one z braku empatii do nas – farmaceutów. Dlaczego się tak dzieje? Myślę, że główną przyczyną jest poczucie niepewności, strachu i braku kontroli nad otaczającym światem i swoim życiem. Wszystko wokół stało się wirtualne. Zdalne nauczanie, praca zdalna, a na końcu telemedycyna wywołują w nas poczucie bezsilności.

Przez ostatni rok nie zniknęły inne choroby, a problemy zdrowotne są tymi, które wzbudzają w nas największy niepokój. Ponadto strach związany z pandemią, który towarzyszy nam już od przeszło roku, powoduje coraz częstsze problemy psychiczne w społeczeństwie. Częściej spotykamy sfrustrowanego pacjenta, któremu wystarczy zaledwie mała iskra, żeby doszło do wybuchu emocji i w tym momencie pojawia się farmaceuta, którego problemem jest to, że jest! Jest jedyną napotkaną osobą, która uczestniczy w procesie leczenia takiego pacjenta. Jest tym, na którym można wyładować swoje złe emocje.

Tutaj przychodzi moment, w którym zaczyna się praca moja i moich zastępców. Musimy być delikatni w kontakcie z takimi pacjentami, którym się wydaje, że mają rację. Jednocześnie musimy konsekwentnie bronić naszych kolegów farmaceutów przed niesprawiedliwymi atakami.

dr HANNA CYTRYŃSKA

FARMACEUTYCZNY IMPERATYW OGNIA

„Umiejętność posługiwania się ogniem stanowiła jeden z najważniejszych czynników decydujących o dalszym rozwoju ewolucyjnym form ludzkich”[1].

Egzemplifikacją *spiritus movens* było ognisko, wokół którego gromadziły się plemienne wspólnoty. Przykładem obrazującym egzystencję człowieka w neolicie jest osada Skara Brae na archipelagu Orkadów. W kompleksie składającym się z ośmiu jednostek mieszkalnych połączonych tunelami wyróżniają się duże izby z centralnie zlokalizowanym paleniskiem. Formuła trwania życia wokół płonącego ogniska przetrwała tysiące lat w światowych kulturach nomadycznych.

Filozof przyrody Heraklit z Efezu (ok. 540–480 p.n.e.) w swojej teorii o pochodzeniu świata uznał ogień za pramaterią (*arché*) wszystkiego. Stworzył doktrynę bezwzględnej i wiecznej labilności rzeczy, uznając trwałość za złudzenie zmysłów[2]. Obserwując proces wyładowań atmosferycznych, ludzie wykorzystali zmienność dynamiki ognia do wytopu metali i produkcji narzędzi. Poddając obróbce cieplnej minerały oraz rośliny lecznicze, nauczyli się wspomagać chory organizm człowieka, chociaż nie zawsze z pozytywnym skutkiem. Długotrwałe gotowanie w celu uzyskania gęstego napoju (*decoctum*) było procesem zalecanym przez Hipokratesa (460–377 p.n.e.). Stosując zasadę *primum non nocere*, ordynował kuracje termiczne z okładów ziołowych, kąpiele słoneczne (*helioterapia*) oraz przypalanie gorącym żelazem[3]. Popularnym sposobem leczenia skrofuł były nakadzania olibanum i sproszkowanym korzeniem lulka, stosowane w medycynie ludowej do XIX wieku. Na katar rekomendowano pacjentom inhalacje z rumianku, tymianku i mięty pieprzowej. Do celów leczniczych wykorzystywano gotowaną kawę, dym tytoniowy i nalewki z maku lekarskiego. Holistyczne traktowanie człowieka spowodowało włączenie obrobionej termicznie żywności do remediów leczniczych. Zalecano duszenie i pieczenie mięs w temperaturze powyżej 70°C. Ze względu na obecność w wodzie bakterii chorobotwórczych propagowano picie przegotowanej wody, wina oraz napojów sfermentowanych. Dla celów higienicznych palono śmieci, zużytą odzież, a nawet stare domostwa[4]. Obserwacja przemian zachodzących w przyrodzie pod wpływem ognia zapoczątkowała badania nad oczyszczaniem i wyizolowaniem związków

GRA NIEWARTA ŚWIECZKI

Przysłowie *Le jeu ne vaut pas la chandelle* odnosi się do gry w karty i określa percepcję świecy jako miernika wartości. Jeżeli wygrana była mniejsza niż cena świecy spalonej w czasie gry, to wygrywający nie zyskiwał, a tracił

www.stock.adobe.com

składowych rozpuszczonych w cieczy. Skraplanie się pary wrzących mieszanin doprowadziło do odkrycia destylacji, którą opisał Dioskurides (ok. 40–90) w rozdziale II pięciotomowego dzieła „De Materia Medica". Powidełka (*electuaria*) wytwarzane podczas smażenia ordynował Klaudiusz Galen (131-201), prekursor farmacji stosowanej. Średniowieczni alchemicy, poszukujący kamienia filozoficznego (*lapis philosophorum*) opisanego jako substancja posiadająca właściwości przemiany metali nieszlachetnych w złoto, przyczynili się do rozpowszechnienia badań w obszarze chemii ogólnej i farmaceutycznej. Hiszpański alchemik Geber wykorzystywał ogień jako transmutacyjną pramaterię sublimacji. Podczas ogrzewania saletry potasowej i kwasu siarkowego otrzymał stężony kwas azotowy, który połączony z solnym nazwał wodą królewską (*aqua regia*). Zgodnie z doktryną Paracelsusa (1493–1541), „istotę leczniczą (*quinta essentia*) należy wydobyć z surowców roślinnych poprzez odpowiednią przeróbkę (analizę) chemiczną"[5]. Eksperymenty alchemiczne przeniosły się do laboratoriów aptecznych. W 1669 r. Hennig Brand z Hamburga, poszukując kamienia filozoficznego, odkrył biały fosfor. Substancję otrzymaną po skrystalizowaniu moczu i wyprażeniu w wysokiej temperaturze bez dostępu powietrza nazwał *das kalte Feuer* (zimny ogień). Później nadano jej miano *phōsphóros* (niosący światło).

Światło

Dużym problemem rozwijających się cywilizacji był brak autonomicznego źródła światła. Palenisko służyło do ogrzewania i gotowania posiłków, natomiast światło emitowane wokół było wartością pośrednią. Początkowo ciemność rozświetlano smolnymi łuczywami i kamiennymi lampkami spalającymi tłuszcz zwierzęcy. Kaganki oliwne w formie przykrytego pojemnika z otworem wlewowym pojawiły się w VI wieku p.n.e. na terenie starożytnej Grecji. Płaskie pojemniki lampek z ceramiki lub brązu

www.stock.adobe.com

PARACELSUS (1493–1541)

były zdobione motywami roślinnymi i zwierzęcymi. Chińskie latarnie (*deng*), znane w kulturze europejskiej jako lampiony, świeciły dzięki olejowym kagankom wmontowanym wewnątrz papierowych kloszy[6]. W miarę rozwoju cywilizacji człowiek potrzebował mobilnych źródeł światła. Podczas marszu zaczęto używać pochodni produkowanych z drzewców owiniętych na jednym końcu lnianymi lub bawełnianymi włóknami nasączonymi smołą. Gazowe źródła światła pojawiły się w przestrzeni publicznej na początku XIX wieku. Służyły przede wszystkim do oświetlania ulic, zakładów przemysłowych i kamienic zlokalizowanych w centrach dużych miast[7]. Produkowano również przenośne lampy zaopatrzone w szczelny pojemnik lub gumowe przyłącze wpinane w stacjonarne źródło gazu.

Świeca atrybutem aptekarza

Na terenie Europy aptekarze byli wiodącymi producentami świec i wosków do pieczęci. W miastach funkcjonowały zakłady rzemieślnicze *chandlerów*, które konkurowały z aptekami o rynek zbytu[8]. Aptekarze oferowali świece o zróżnicowanej gramaturze z podziałem na liturgiczne, świeckie i robocze. Największym rynkiem zbytu były świątynie, które wymagały dodatkowych źródeł światła podczas sprawowania liturgii. W kalendarzu świąt chrześcijańskich zapalona świeca stanowiła również symbol obrządku religijnego. Zróżnicowana formuła celebracji oraz potrzeba mobilności wpływały na design i rozmiar świec paschalnych, adwentowych, wotywnych i gromnic. W judaizmie świece pełniły prymarną funkcję podczas Święta Świateł (*Chanuka*). Codziennie przez osiem dni zapalano w chanukiji po jednej świecy symbolizującej poświęcenie. Dwie płonące świece symbolizowały rytualne powitanie szabatu w piątkowy wieczór. W trakcie ceremonii uroczystego pogrzebu króla Kazimierza Wielkiego w 1370 r. zapalone gromnice stanowiły atrybut władzy monarszej. „Za wozami postępowało 40 zbrojnych rycerzy na koniach pokrytych purpurowym suknem. Dalej niesiono chorągwie 11 księstw (które trzeba rozumieć jako ziemie) oraz dwunastą Królestwa Polskiego, wszystkie opatrzone znakami herbowymi. Za chorągwiami jechał na najlepszym okrytym purpurą koniu królewskim rycerz w złoconych szatach monarszych, wyobrażający zmarłego króla. Z kolei niesiono sześć zapalonych świec, każda z nich wielkiej wagi (pół kamienia wosku, tj. około 7 kg). Niosący je szli parami, jak w procesji”[9].

www.stock.adobe.com

Pierwszy zegar ogniowy składał się z zapalonej świecy i wertykalnej skali wyznaczającej graficznie czas pracy, modlitwy, nauki i wypoczynku. Stosowano również dynamiczne metody odmierzania czasu, będące prototypem współczesnego budzika. W świece wbijano kołki, które spadały na metalową podstawkę po upaleniu oznaczonej partii. Druga wersja zegara zamiast kołków miała oplot ze sznurów zakończonych dzwoneczkami. Kiedy płomień przepalał sznur, dzwoneczek spadał, wybijając godzinę.

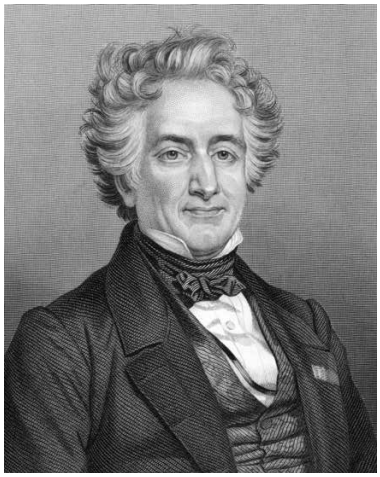
W 1564 r. poznańscy aptekarze uzyskali przywilej produkcji świec nadany przez króla Zygmunta II Augusta. W laboratoriach aptecznych pojawiły się piecyki do topienia wosku, tygielki, prasy i kamienne płyty. Archetypową formułą kształtowania świec było rolowanie knota w woskowym plastrze. Stosowano również metodę maczania sznurków w płynnym wosku (*maczanki*) lub polewania knotów zawieszonych na obrotowym kole[10]. Knoty wyrabiano z materiałowych ścinków, suszonych liści (*firletki*) i moczono w zalewie octowej z dodatkiem rafinowanej saletry. Jeżeli wosk topił się szybciej, do obcinania upalonych fragmentów używano objaśniaczy świec, czyli nożyczek z pojemnikiem. Niezbędnym narzędziem do gaszenia płomienia było gasidło, składające się z metalowego stożka osadzonego na drewnianej rączce. Zróżnicowanie gramatur i kształtów skutkowało pojawieniem się na rynku sprzętów do osadzania świec, zwanych lichtarzami. W salonach wieszano żyrandole (*korony*), a do ścian mocowano kinkiety. Sypialnie oraz gabinety wyposażano w mobilne świeczniki stojące. W renesansowych zamkach popularnością cieszyły się drewniane kandelabry (*meluzyny*), przedstawiające nagie popiersia kobiet – syren udekorowane porożem jeleni. W Polsce legendę o Meluzynie przetłumaczył i spopularyzował Marcin Siennik (I połowa wieku XVI wieku-1588), autor zielnika „Herbarz, to jest ziół tutecznych, postronnych i zamorskich opisanie". W publikacji Stanisława Tomkowicza (1850–1933) „Zabudowania Wawelu i ich dzieje" znajduje się opis żyrandola królowej Anny Jagiellonki (1523-1596): „Wreszcie z czasów ostatniego Jagiellona, jak się zdaje, był wspomniany od 1583, a słynny żyrandol w kształcie syreny, od którego izbę na drugim piętrze, gdzie królowa Anna jadała, nazywano przez długie lata «izbą pod panną» albo «pod Meluzyną»"[11]. Świeca stanowiła nie tylko wartość materialną, była również symbolem trwałości i stabilności związku kobiety z mężczyzną. Taki przekaz sugeruje obraz Jana van Eycka (1390–1441) „Portret małżonków Arnolfinich", na którym pomimo wpadającego przez okno dziennego światła, w mosiężnym żyrandolu umieszczonym w środkowej partii dzieła pali się świeca.

Według nowych prądów odrodzenia, człowiek zasiedlający miasta zaczął indywidualnie kształtować swoje życie[12]. Potrzebował do tego światła umożliwiającego rozszerzenie aktywności edukacyjnej. Aby wydłużyć czas spalania świecy, aptekarze utwardzali wosk substancjami chemicznymi. W celu zróżnicowania oferty barwili swoje wyroby grynszpanem na zielono, a cynobrem na czerwono. Dużą popularnością cieszyły się świece czarne wyrabiane według przepisu Samuela Elsnera: „Weź wosku żółtego 32 funty, glejty ołowiowej 8 funtów, którą gotuj przez 3 godziny, tzn. do rozpuszczenia glejty, potem dodaj sadzy 2 funty zmieszaj i porozlewaj do metalowych pojemniczków"[13]. W metalowych formach odlewano świece zapachowe z bawełnianymi knotami nasączonymi olejkami eterycznymi. W XVII wieku modne były formy kuliste, stożkowe oraz skręcane, nawiązujące do stylistyki baroku. Ponieważ udział aptekarzy w rynku produkcji świec był ogromny, zaproponowano zmianę atrybutu aptekarskiego na płonącą świecę. Wizualizacja tego pomysłu została przedstawiona na drzeworycie „Lament różnego rodzaju ludzi nad umarłymi kredytami"[14].

W XIX wieku Michel Chevreul (1786–1889) i Joseph Gay-Lussac (1778–1850) opublikowali metodę wyrobu świec stearynowych z łoju zwierzęcego. Wraz z rozwojem destylacji ropy naftowej pochodzącej z łupków węglowych rozpoczęła się produkcja świec parafinowych według patentu uzyskanego przez aptekarzy Jana Zeha i Ignacego Łukasiewicza. Rewolucja przemysłowa wydłużyła aktywność

www.stock.adobe.com

JOSEPH GAY-LUSSAC (1778–1850)



www.stock.adobe.com

MICHEL CHEVREUL (1786–1889)

www.stock.adobe.com

zawodową człowieka i spowodowała konieczność oświetlania hal produkcyjnych. W 1853 r. polski aptekarz Ignacy Łukasiewicz wynalazł bezpieczne źródło światła uzyskiwane podczas spalania nafty. Lampy produkowane według jego koncepcji stały się najpopularniejszymi urządzeniami oświetlania wnętrz do czasu wynalezienia żarówki[15].

Rozpalanie ognia

Najstarszą metodą pozyskiwania ognia było niecenie, czyli pocieranie o siebie dwóch kawałków drewna. Krzesanie polegało na uderzaniu dwoma krzemieniami w celu uzyskania iskry mającej zatlić hubkę[16]. W starożytnym Egipcie posługiwano się soczewkami skupiającymi promienie słoneczne. Przez tysiąclecia priorytetowym zadaniem człowieka było podtrzymywanie żaru ogniska, a tym samym utrzymywanie ciągłości istnienia ogniowej pramaterii. W XVI wieku pojawiły się „machiny do niecenia ognia", wyposażone w specjalny zamek systemu kołowego, później skałkowego. Na wsiach obowiązkiem kowala było podtrzymywanie ognia dla potrzeb okolicznych mieszkańców. Wynalezienie zapalniczki w XIX wieku stanowiło istotny przełom w nieceniu. Prototypem była stołowa lampa Döbereinera, skonstruowana w 1823 r. W cynowym pojemniku z kwasem siarkowym wytwarzał się wodór, który ulegał zapłonowi po przekręceniu zaworu wyzwalającego iskrę. W 1903 r. Carl Welsbach (1858-1929) wynalazł i opatentował spiek sproszkowanego żelaza i ceru, wytwarzający iskry w procesie pocierania. Użycie nowego krzesiwa pozwoliło chemikowi na skonstruowanie zapalniczki benzynowej. Pierwszym modelem autorskim firmy Ronson, wyprodukowanym w 1910 r., była zapalniczka Pist-O-Liter, kształtem odwzorowująca pistolet. Najbardziej rozpoznawalną marką jest firma Zippo, udzielająca na zapalniczki dożywotniej gwarancji niezawodności. Po wprowadzeniu na rynek skroplonego butanu zaczęto wytwarzać jednorazowe zapalniczki używane współcześnie.

Zapałki pocierane aptekarza Johna Walkera

Zapałki w formie „ognistych patyków" znane były już w starożytnych Chinach. W Europie pierwsze były maczanki, produkowane od 1805 r. przez Thenardu i Chancela. Główki oblepione masą z soli Bertholleta, siarki, cukru i gumy arabskiej wkładano do pojemniczka ze stężonym kwasem siarkowym. Zapłon następował podczas wyjęcia i generował duże niebezpieczeństwo podpalenia użytkownika. W 1826 r. angielski aptekarz John Walker wynalazł zapałki wytwarzające ogień przez pocieranie. Główkę nasączoną chloranem potasu, siarczkiem antymonu i krochmalem pocierano o draskę posypaną sproszkowanym szkłem. Pomimo trudności podczas zapalania formuła pocierania zaproponowana przez aptekarza Johna Walkera utrwaliła się wśród użytkowników i jest eksploatowana do dzisiaj. Zapałki (tzw. Lucyfery) wynaleziono w 1830 r. i produkowano na masową skalę pomimo protestów robotników pracujących w oparach fosforu. W 1855 r. Johan Edvard Lundström opracował nową formułę chemiczną zapałek z draską zawierającą czerwony fosfor. W latach 1921-1931 na poznańskim Chwaliszewie nieopodal apteki Walkowskiego zapałki produkował Zakład Braci Stabrowskich. Fabryka była wyposażona w najnowocześniejszy park maszynowy i zatrudniała około 900 osób. Właściciele posiadali własny patent na wyrób patyczków zapałczanych, pozwalający na znaczne obniżenie kosztów produkcji. Po dwóch latach w fabryce wybuchł pożar. „Dziś rano o godzinie 6.21 zaalarmowano Straż Pożarną aparatem nr 48 i przywołano ją na ulicę Wenecjańską do fabryki zapałek Braci Stabrowskich. Straż wyruszyła natychmiast w wzmocnionym komplecie i wszczęła energiczne wysiłki nad ugaszeniem płomieni, które rozszerzały się z gwałtowną szybkością... Budynek fabryczny około 50 metrów długi, 5-piętrowy, uległ zniszczeniu, a pastwą płomieni padły całe urządzenia maszynowe i techniczne" („Kurier Poznański", 26 kwietnia 1923)[17].

Człowiek wpisany w erę ognia powoli uniezależniał się od bezpośredniego kontaktu z żywiołem. W 1879 r. światło zaczęły generować żarówki wynalezione przez Thomasa Edisona (1847-1931). Źródłem energii stały się elektrownie atomowe dostarczające prąd powstały w wyniku rozszczepiania jąder atomu. Kaloryfery wyparły z salonów piece węglowe, a innowacyjne trendy w budownictwie wprowadziły do kuchni płyty indukcyjne. Współczesny człowiek nauczył się równoważnie funkcjonować w świetle dziennym i sztucznym, używając regulatory natężenia światła dostosowujące jasność według upodobań. Nowoczesne oświetlenie halogenowe emituje światło o zróżnicowanej temperaturze barwy, a żarówki ledowe wbudowane w oprawy smartfonów zastępują tradycyjne latarki. Lekarze nie ordynują wypalania ran gorącym żelazem, tylko korzystają z laserów. W aptekach brak gotowanego *decoctum*, a leki najnowszych generacji powstają w wyniku całkowitej syntezy. Farmakologia wykorzystuje nośniki genetyczne (*messengery RNA*) do przekazywania informacji pomiędzy jądrem a rybosomem. Może warto zadać sobie pytanie: czy człowiek XXI wieku, „szukając czegoś ze świecą", eksploruje już kwantową przestrzeń wieloświatów?

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] R. Rembieliński B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, Warszawa 1972, s. 48.
[2] *Mała encyklopedia powszechna PWN*, Warszawa 1959, s. 325.
3 R. Rembieliński B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, s. 67.
4 B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1977, s. 92.
5 R. Rembieliński B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, s. 110.
6 W. Olszewski, *Chiny – zarys kultury*, Poznań 2003, s. 123.
7 Fragmenty oświetleniowej instalacji gazowej zachowały się w secesyjnej kamienicy przy ul. Jana Matejki 60 w Poznaniu.
8 Z. Bela, *O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji*, Kraków 2013, s.178.
9 J. Wyrozumski, *Kazimierz Wielki*, Wrocław 1982, s. 219.
10 Z. Bela, *O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji*, Kraków 2013, s. 177.
11 J.W. Hołubiec, *Polskie lampy i świeczniki*, Wrocław – Warszawa – Kraków 1990, s.35
12 H. Samsonowicz, *Życie miasta średniowiecznego*, Poznań 2017, s.159.
13 Z. Bela, *O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji*, s. 182.
14 *Ibidem* s. 182.
15 Historia lampy naftowej aptekarza Ignacego Łukasiewicza według oddzielnego opracowania.
16 J.W. Hołubiec, *Polskie lampy i świeczniki*, Wrocław – Warszawa - Kraków 1990, s. 15-16.
17 http://ewa-rembikowska.szkolanawigatorow.pl/stabrowski-w-rekach-kreugera, dostęp 2 czerwca 2021 r., h 12.

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

SYNDROM BI

Surowce medycyny chińskiej stosowane w leczeniu bólu

W medycynie chińskiej chorobę definiuje się jako zbiór faktów czyli objawów subiektywnych i obiektywnych oraz stwierdzonych czynników etiologicznych, takich jak drobnoustroje, czynniki fizyczne czy stres. Ból, objaw odczuwany subiektywnie, jest najważniejszym sygnałem organizmu o toczącym się procesie patologicznym.

Ostry ból zmusza do podjęcia natychmiastowych działań w celu jego złagodzenia, na przykład w przypadku oparzenia, zranienia czy ostrej kolki. Gdy dla bólu nie można znaleźć prostej przyczyny, a szczególnie gdy trwa długo, podejmowane są działania diagnostyczne w poszukiwaniu przyczyny. Specyficzną sytuacją są tzw. bóle reumatyczne, odczuwane w mięśniach, ścięgnach, stawach i kościach. W przeciwieństwie do urazów trudno jest wskazać ich przyczynę. W tradycyjnej medycynie chińskiej (TCM) takie bóle noszą nazwę syndromu Bi lub syndromu bolesnego zablokowaniai. Za jego przyczynę uznaje się wpływ patogenów: wiatru, zimna, wilgotności i gorąca. Patogen to drugie ważne pojęcie, które również należy traktować jako zbiór faktów, zawierający czynniki etiologiczne wraz z charakterystycznymi objawami. Dlatego nie można mówić o jakimś hipotetycznym, jednym czynniku, ale zawsze o grupie możliwych do obiektywnego zweryfikowania faktów, czyli zbiorze przyczyn i specyficznych objawów.

Syndrom Bi jest definiowany przede wszystkim jako skutek działania patogenu o nazwie wiatr wraz z kolejnymi patogenami: wilgotność, zimno i gorąco. Mówiąc w dużym uproszczeniu, jest to ból współistniejący z innymi objawami zawartymi w zbiorach objawów typowych dla obrzęku i drętwienia (patogen wilgotności), nietolerancji jakiejkolwiek postaci zimna (patogen zimna) lub stanu zapalnego z uczuciem gorąca (patogen gorąca). Jeśli dominuje ten ostatni, mamy do czynienia z reumatoidalnym zapaleniem stawów, natomiast dominacja objawów zimna wskazuje na postać przewlekłą ze zmianami zwyrodnieniowymi. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na zróżnicowane podejście do leczenia każdej odmiany syndromu Bi, które zostało potwierdzone empirycznie. Przedstawiono je w tabeli nr 1. Wielowiekowe doświadczenie oraz współczesne badania potwierdzają słuszność indywidualnego podejścia do każdego przypadku bólu. Jeśli przyjmiemy, że działanie przeciwbólowe odpowiada „uśmierzaniu wiatru", działanie przeciwzapalne

www.stock.adobe.com

„ochładzaniu gorąca", a działanie miejscowo rozgrzewające, rubefaciens, „ogrzewającym zimno", to dobór leków staje się logiczny. Substancji leczniczej o dominującym działaniu przeciwzapalnym nie powinno się stosować, gdy brakuje oznak stanu zapalnego, a maści rozgrzewających nie należy aplikować na bolesne i „piekące" miejsca z zaczerwienieniem. Choć są to rzeczy oczywiste, nie zawsze bierzemy je pod uwagę, proponując lek przeciwbólowy (na przykład naproksen vs. meloksykam).

TCM wskazuje, że syndrom Bi jest syndromem zewnętrznym, powstałym wskutek czynników pochodzących, atakujących z zewnątrz i co bardzo ważne, rozwijającym się w zewnętrznych warstwach organizmu, do których zaliczono nie tylko skórę, ale i powięź, ścięgna, stawy i kości. Tak więc przewlekłe narażenie na zimno, wilgoć lub nadmierne gorąco w miejscu pracy bądź długiego pobytu i przebyte zakażenia bakteryjne, na przykład gronkowcem, są tym, co TCM nazywa „atakiem patogenów zewnętrznych". Leczenie niefarmakologiczne, aplikowane „na zewnątrz", jak fizjoterapia, kąpiele czy masaże, też jest w tej sytuacji uzasadnione. Prawidłowe leczenie polega na usunięciu patogenu i jednoczesnym wzmocnieniu struktur organizmu. Obieg czynnościowy odpowiadający za kości w TCM to obieg nerek, ścięgnami zarządza obieg wątroby, a mięśniami obieg śledziony.

W praktyce poszukiwanie najodpowiedniejszej kompozycji ziół polega na zebraniu informacji o aktualnym stanie pacjenta. Często syndrom jest mieszany, a współistnienie zimna i gorąca jako patogenu dość częste i nie wykluczające się. Objawy należy uporządkować w taki sposób, aby określić, które patogeny dominują, jakie jest ich umiejscowienie w obiegach i jaki jest stan ogólny oraz czy występują inne choroby. Dla przykładu posłużymy się często spotykaną prośbą o pomoc w przewlekłym, tępym bólu z obrzękiem kostek i kolan oraz bólu lędźwiowo-krzyżowym u pacjentki nietolerującej zimna, która narzeka również na sztywność stawów i trudność w zrobieniu pierwszego kroku przy wstawaniu. Będzie to syndrom Bi wiatru, zimna i wilgotności przy osłabieniu

Tabela nr 1. Odmiany syndromu Bi – objawy i leczenie

Syndrom Bi	Objawy dominujące	Przykładowe surowce
spowodowany głównie przez wiatr	ból promieniujący, przemieszcza się, wędruje z jednego stawu na drugi, zmienia położenie w kończynach; często towarzyszą parestezje, awersja do wiatru, przeciągu	*Sinomeni caulis FP* *Harpagophyti radix FP*
spowodowany przez zimno i wiatr	ból jest silny i stały z uczuciem ściskania i sztywności, zimnych kończyn; występuje awersja do zimna, pogorszenie pod jego wpływem, w czasie zimnej pogody	*Acanthopanacis gracilistyli cortex FP* *Angelicae pubescentis radix FP*
spowodowany przez wilgotność i wiatr	ból jest stały, przewlekły, stawy są obrzęknięte, sztywne, ciężkie; wilgotna pogoda pogarsza objawy	*Stephaniae tetrandae radix FP*
spowodowany przez gorąco i wiatr	bolesny obrzęk stawów z uczuciem gorąca, pieczenia, może wystąpić gorączka, ulgę przynoszą zimne okłady	*Salicis Cortex FP*

obiegu nerek. W języku naszej medycyny to przewlekłe reumatoidalne zapalenie stawów z prawdopodobną osteoporozą. Można zaproponować następującą kompozycję ziół:

Rp.:
Acanthopanacis gracilistyli cortex
Angelicae pubescentis radix
Sinomeni caulis
Są to zioła skierowane na grupę objawów wiodących plus surowce działające bardziej ogólnie, wzmacniające i wpływające na gospodarkę mineralami:
Drynariae rhizoma
Atractylodis macrocephalae rhizoma
Dioscoreae oppositifoliae rhizoma
Ilość każdego składnika należy dobrać indywidualnie tak, aby mieściła się w dawkach zalecanych.

Acanthopanacis gracilistyli cortex FP
Kora korzenia eleuterokoka smukłego, *Wu Jia Pi*, jest surowcem o charakterze ciepłym, smaku gorzkim i ostrym, wpływającym na funkcje obiegu nerek i wątroby. Badania potwierdziły jego działanie przeciwzapalne, przeciwreumatyczne i przeciwbólowe oraz wzmacniające odporność. Dawkowanie 4,5-9,0 g na dobę [PPRC].

Angelicae pubescentis radix FP
Korzeń dzięgla omszonego, korzeń dzięgla *duhuo, Du Huo*, to surowiec o charakterze ciepłym, smaku ostrym i gorzkim, wpływającym wyraźnie na obieg nerek i pęcherza moczowego. Szczególnie przydatnym w bólach nóg i okolic lędźwiowo-krzyżowych z zaburzeniem

www.stock.adobe.com

www.stock.adobe.com

czucia. Liczne badania potwierdzają jego działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, uspokajające, rozkurczowe i nasercowe. Wyciągi z dzięgla rozszerzają naczynia wieńcowe, mięśniówke jelit, działają bakteriobójczo na *S. aureus, E. Coli*, a nawet hamują wzrost prątków gruźlicy. Dawkowanie 3,0-9,0 g na dobę [PPRC].

Sinomeni caulis FP

Łodyga skromnia, łodyga sinomenii ostrej, *Qing Feng Teng*, jest surowcem o charakterze neutralnym, lekko ciepłym, smaku gorzkim i ostrym. Wpływa na funkcje obiegu wątroby i śledziony. W badaniach potwierdzono działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, uspokajające, moczopędne i obniżające ciśnienie tętnicze. Efekt przeciwreumatyczny wiąże się z wpływem na poziom immunoglobulin.

Drynariae rhizoma FP

Kłącze drynarii, *Gu Sui Bu*, zwane w Chinach „naprawiający strzaskane kości", to zioło o charakterze ciepłym i smaku gorzkim, wpływające na obieg nerek i wątroby. Efekt farmakologiczny polega na zwiększaniu wchłaniania zwrotnego wapnia w kościach. Surowiec stosowany w zapobieganiu i leczeniu hipercholesterolemii. Doświadczeniach na zwierzętach potwierdziły skuteczność w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów i złamań kości. Dawkowanie 3,0-9,0 g na dobę [PPRC].

Stephaniae tetrandae radix FP

Korzeń stefanii, *Feng Fang Ji*, jest surowcem o charakterze zimnym, smaku gorzkim i ostrym, wpływającym na funkcje obiegu pęcherza moczowego, płuc, śledziony i nerek. Działa moczopędnie, przeciwobrzękowo i przeciwbólowo.

Atractylodis macrocephalae rhizoma i Dioscoreae oppositifoliae rhizoma

Ich rola polega na wzmocnieniu obiegu nerek, poprawie wchłaniania wapnia i działaniu ogólnie wzmacniającym. Kora wierzby *Salicis cortex FP* jest surowcem ochładzającym i być może stąd bierze się niska skuteczność w leczeniu przewlekłego syndromu Bi zimna salicylanami i ich pochodnymi. Korzeń hakorośli, *Harpagophyti radix FP*, określa się jako neutralny i stanowi dobry dodatek do kuracji przewlekłych bólów jako proszek w kapsułkach.

Kompozycje powinno się stosować przez kilka, najwyżej kilkanaście dni aż do uzyskania poprawy, następnie należy modyfikować jej skład zawsze w oparciu o aktualny zbiór objawów. W prawidłowo prowadzonej terapii nie stosuje się jednej kompozycji długoterminowo.

W kolejnym artykule zostaną przedstawione surowce zalecane w migrenach, bólach głowy i zatok oraz przeziębieniach wraz z podejściem do tych problemów medycyny chińskiej.

afw

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

afw

mgr farm.
ZBIGNIEW SKOTNICKI
Kierownik apteki w Myszkowie.

afw

mgr inż. **DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI**
Dziennikarz, popularyzator nauki.

Warto włączyć rozum

„Muszą być ludzie, którzy mają odwagę mówić swobodnie"
Giordano Bruno

Minęła już połowa kolejnego roku z COVID-19, a wirus wciąż nie odpuszcza. Jak informuje news.com.au, około 70 proc. nowych zakażeń w Izraelu jest związanych z wariantem Delta, a z danych ministerstwa zdrowia wynika, że w ostatnim miesiącu najwięcej nowych przypadków zachorowań odnotowano u młodych ludzi w wieku od 10 do 19 lat. Dodatkowy niepokój budzi fakt, że jedna trzecia nowych zakażeń została odnotowana wśród zaszczepionej populacji Izraela.

Może jednak lepiej na chwilę opuścić strefę zagrożenia współczesnego świata i powędrować w przyjemniejsze zakątki, zagłębiając się na przykład w świat wspaniałej baśni Hansa Christiana Andersena „Nowe szaty cesarza". Baśń opublikowana została w roku 1837, a ciągle skłania do refleksji. W każdych czasach potrzebny jest ktoś, kto wreszcie zawoła, że „cesarz jest nagi".

No tak, ale to przecież baśniowy, nierealny świat, a my mamy w Polsce zgoła inny krajobraz. Z jednej strony są osoby, które najchętniej wprowadziłyby wręcz jakobiński terror przymusowych szczepień (szczepionkami, z których dla jednej datę zakończenia badań przewiduje się 31 stycznia 2023 r., a badania innej mają zakończyć się 27 października 2022 r.), a z drugiej zwolennicy teorii nanochipów w szczepionkach. Aż strach pomyśleć, jak wyglądałby nasz kraj, gdyby któraś z tych skrajnych i radykalnych grup miała szanse na realizację swoich planów, powstałych z nagromadzonych lęków i fobii. Dobrze więc, że są racjonalnie myślące osoby, aczkolwiek pewną trudność sprawia manewrowanie pośród wciąż zmieniających się stanowisk. Ale jak nie zmieniać opinii, skoro mamy pandemię stulecia i wciąż jest więcej pytań niż odpowiedzi.

„Nie ma żadnych konkretnych dowodów sugerujących, że noszenie masek w całej populacji przynosi jakiekolwiek potencjalne korzyści. W rzeczywistości istnieją pewne dowody sugerujące coś wręcz przeciwnego w niewłaściwym stosowaniu maski lub jej nieprawidłowym dopasowaniu" – powiedział w marcu 2020 r. na briefingu dla mediów w Genewie dr Mike Ryan, dyrektor wykonawczy programu WHO ds. sytuacji kryzysowych w służbie zdrowia.

Maseczki nie zabezpieczają przed wirusem, nie zabezpieczają przed zachorowaniem. Nie wiem, po co ludzie je noszą – obwieścił były minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski 26 lutego 2020 r. w porannej audycji RMF FM.

„Maski jednorazowe powinny być wyrzucane po kilkunastu minutach noszenia. Problem polega na tym, że ludzie chodzą w nich przez 8–10 godzin. Takie maski stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia" – ostrzegał dr Paweł Grzesiowski w wywiadzie dla portalu medexpress.pl.

Czy media nie powinny nadawać takiego komunikatu kilka razy dziennie, aby uświadomić społeczeństwu, iż maseczka „wielokrotnego użytku", wyjmowana kilkanaście razy dziennie z kieszeni spodni lub z torebki, to potężny rezerwuar chorobotwórczych drobnoustrojów? Czemu tego nie robią? Grupa rodziców z Gainesville na Florydzie przekazała

maseczki do analizy w laboratorium Centrum Badań i Edukacji Spektrometrii Masowej Uniwersytetu Florydy, ponieważ byli zaniepokojeni potencjalnymi zanieczyszczeniami na maskach, które ich dzieci musiały nosić przez cały dzień w szkole, zdejmując je i zakładając, kładąc na różnych powierzchniach. W wyniku analizy wykryto na maskach 11 niebezpiecznych patogenów: *Streptococcus pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria meningitidis*, *Acanthamoeba polyphaga*, *Acinetobacter baumanni*, *Escherichia coli*, *Borrelia burgdorferi*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Legionella pneumophila*, *Streptococcus pyogenes serotyp M3*, *Staphylococcus aureus*. Połowa masek była skażona jednym lub kilkoma szczepami bakterii wywołujących zapalenie płuc. Na co trzeciej stwierdzono obecność bakterii wywołujących zapalenie opon mózgowych oraz innych niebezpiecznych dla zdrowia, opornych na antybiotyki patogenów.

Może warto pochylić się nad tym bogactwem drobnoustrojów i w naszym malutkim kraju, kierując się troską o zdrowie dzieci, jak to uczyniła Amanda Donoho, która powiedziała: „Musimy wiedzieć, co nakładamy na twarze naszych dzieci każdego dnia. Maski zapewniają ciepłe i wilgotne środowisko dla rozwoju bakterii". Mam nadzieję, że w kraju nad Wisłą znajdą się środki, aby zbadać poziom zanieczyszczenia maseczek „wielokrotnego użytku" i dostarczyć wiarygodnych dowodów naukowych w zgodzie z *Evidence Based Medicine* (medycyna oparta na faktach).

Optymizmem napawa opinia dr. Pawła Grzesiowskiego: „Może okazać się, że wiele osób przechorowało koronawirusa bezobjawowo i ta grupa z przeciwciałami swoistymi będzie większa. To dawałoby nadzieję na to, że kolejne fale wirusa nie będą tak agresywne jak pierwsza".

Krzysztof Szczawiński, matematyk, analityk i twórca modelu budowania odporności zbiorowej na koronawirusa, podkreśla w wywiadzie opublikowanym w czasopiśmie „Najwyższy Czas!": „W Polsce spadek liczby zakażeń zaczął się od kwietnia. Wtedy mieliśmy odporność zbiorową. Podczas kiedy w Niemczech procent zaszczepienia był wyższy w tym samym momencie, a w kwietniu mieli jeszcze wzrosty zakażeń. Ten sam klimat, ta sama sezonowość. Jaka była różnica? Taka, że w Polsce więcej osób przechorowało, więc więcej zdobyło naturalną odporność. Z tego powodu w Polsce już ta odporność nastała, podczas gdy efekt szczepień był zdecydowanie mniejszy. W Polsce mamy odporność zbiorową w ogromnej mierze dzięki przechorowaniu, dlatego jest szeroka". Krzysztof Szczawiński wskazuje, że skoro odporność, którą nabyliśmy, wystarczyła, żeby zahamować falę zakażeń na wiosnę, a sezonowość jesienna jest raczej słabsza od wiosennej, to znacznego rozwoju epidemicznego już nie należy się spodziewać.

Jest więc nadzieja, że kolejna covidowa fala rozbije się w naszym kraju o nabytą odporność setek tysięcy ozdrowieńców, a w kolejnym roku leki antywirusowe zakończą żywot groźnego przybysza z Wuhan. Nie warto zatem na progu wakacji słuchać wyłącznie propagandzistów strachu i heroldów lęku. Warto włączyć rozum i logiczne myślenie, odsiać manipulacje i demagogie. Być optymistą dla siebie i innych.

www.stock.adobe.com

dr n. farm. JAN MAJEWSKI

FARMACEUTA Z DUSZĄ ARTYSTY

Prof. dr hab. Wojciech Roeske (1916-2001)

Archiwum Jana Majewskiego

PROF. DR HAB. WOJCIECH ROESKE – PORUCZNIK MARYNARZ

25 kwietnia minęło 20 lat, kiedy odszedł elegancki, pełen uroku i pomysłów Wielkopolanin z urodzenia, a krakowianin z wyboru – farmaceuta, marynarz, wykładowca i wychowawca wielu pokoleń studentów farmacji.

Wojciech Roeske urodził się 9 lutego 1916 r. w Trzemesznie. W 1936 r. ukończył gimnazjum staroklasyczne w tym mieście, a następnie rozpoczął studia na Oddziale Farmaceutycznym Wydziału Matematyczno–Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego. Studia farmaceutyczne ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim. W 1949 r. uzyskał na tej uczelni stopień naukowy doktora w dziedzinie leku roślinnego. W tym samym roku rozpoczął służbę w Korpusie Sanitarnym Wojska Polskiego. Po uzyskaniu stopnia porucznika został skierowany do Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie, gdzie pracował w aptece Szpitala Marynarki Wojennej.

Był wybitnym historykiem farmacji, pierwszym w Polsce doktorem habilitowanym w tej dyscyplinie, kierownikiem Zakładu Historii Farmacji Akademii Medycznej w Krakowie (1965–1986) i wieloletnim dyrektorem krakowskiego Muzeum Farmacji. Był między innymi członkiem Deutsche Geselllschaft fùr Geschite der Parmazie we Frankfurcie nad Menem, European Association of History of Medical Sciences, Académie Internationale d'Histoire de la Pharmacie w Rotterdamie i Internationale Coucil of Museums w Paryżu. Za osiągnięcia w dziedzinie historiografii farmaceutycznej American Institute of the History of Pharmacy (Wisconsin) nadał mu medal Georga Urdanga. Był pierwszym Europejczykiem, który otrzymał to wyróżnienie.

Prof. Wojciech Roeske pozostawił bogaty dorobek naukowy z dziedziny historii farmacji i muzeologii farmaceutycznej. Jest autorem prawie 300 publikacji, w tym 8 książek, 17 broszur, 140 haseł encyklopedycznych i wielu artykułów ogłoszonych w czasopismach polskich i zagranicznych. W 1973 r. opublikował „Bibliografię polskiej historiografii farmaceutycznej 1816–1971", a w 1991 r. książkę „Polskie apteki". W 1997 r. ukazała się interesująca monografia „Fenomen jednorożca w Polsce".

Prof. Wojciech Roeske był człowiekiem niezwykłym – bardzo pracowitym, kreatywnym, całym sercem oddanym farmacji. Rozmawialiśmy wielokrotnie, spotykając się na konferencjach i sympozjach (między innymi: „Farmacja w sztuce i literaturze" w Muzeum Farmacji w Krakowie w 1994 r., VIII Sympozjum Historii Farmacji PTFarm w Poznaniu w 1999 r.). W 1994 r. prof. Wojciech Roeske wziął udział w obchodach Święta Aptekarzy w Pałacu Działyńskich w Poznaniu, wygłaszając wykład „Tradycje świętych Kosmy i Damiana w medycynie i farmacji". Tuż przed wykładem prof. Roeske, który lubił muzykować, zagrał kilka utworów na fortepianie. Po wykładzie przekazał organizatorem ikonę świętych Kosmy i Damiana.

Miał poczucie humoru. Podczas jednego ze spotkań w stolicy Wielkopolski opowiedział mi, jak w latach 50. stał się wilkiem morskim na wysuniętej strażnicy morskiej - dokładnie w aptece Marynarki Wojennej w Oliwie. W tym czasie po Krakowie chodził w galowym mundurze oficera marynarki. Pytany, co marynarz robi w grodzie Kraka, bez wahania odpowiadał, „łamiąc tajemnicę wojskową", że pełni służbę na okręcie podwodnym zacumowanym na Wiśle przy Smoczej Jamie. I był tam ekspertem w roli marynarza i aptekarza. A w czasie objazdu po Wielkopolsce w 1999 r. (między innymi Trzemeszno, Rogalin) przy kawie w Rogalinku wykrzyknął z uśmiechem, widząc obraz pelikana: „O, mój ptak! Kiedyś tak mnie przezywano!".

Profesor miał duszę artysty - rysował, rzeźbił, pisał drobne utwory literackie. Ale całe swoje życie poświęcił swojej wielkiej miłości – FARMACJI, o której mawiał: *Pharmacia soror medicinae non ancilla* (Farmacja siostrą medycyny, a nie służebnicą).

aw

dr n. farm.
JAN MAJEWSKI
Honorowy przewodniczący
Ogólnopolskiej Sekcji Historii
Farmacji PTFarm.

Archiwum Jana Majewskiego

OD PRAWEJ: PROF. WOJCIECH ROESKE Z ŻONĄ I DR. N. FARM. JANEM MAJEWSKIM W RESTAURACJI W ROGALINKU

Archiwum Jana Majewskiego

OBCHODY ŚWIĘTA APTEKARZY W PAŁACU DZIAŁYŃSKICH W POZNANIU

dr n. farm. STANISŁAW PIC

POZNAŃSKIE TROPY OSCARA TROPLOWITZA

Twórca międzynarodowego koncernu Beiersdorf doświadczenie zawodowe zdobywał w „Aptece Nadwornej" w stolicy Wielkopolski

OSCAR TROPLOWITZ

W 1881 r. przyjechał do Poznania szesnastoletni Oscar Troplowitz, aby zdobyć praktykę aptekarską. Trafił pod opiekę swego wuja, aptekarza dr. Gustawa Mankiewicza. Wuj okazał się być nie tylko doskonałym nauczycielem zawodu aptekarskiego, lecz także wspaniałym mentorem.

Ze względu na skąpe informacje dotyczące tego aptekarza warto przypomnieć niektóre fakty związane z jego osobą. Gustaw Mankiewicz, urodzony w 1832 r. w Lesznie, swoje pierwsze kroki jako aptekarz stawiał w Berlinie. W końcu 1860 r. przybył do Poznania i w 1861 r. podjął pracę jako zarządca apteki „Pod Złotym Lwem" [5,10]. Z apteką tą związany był tylko przez rok, uzyskując w tym czasie tytuł doktora filozofii na uniwersytecie w Berlinie. W lutym 1862 r. administrował już „Apteką Nadworną" (Hof-Apotheke), należącą do spadkobierców Rudolfa Daehnego. Pod koniec tegoż roku odkupił od nich aptekę wraz z nieistniejącą obecnie kamienicą nr 24 przy Wilhelmstrasse 24 (obecnie Aleje Karola Marcinkowskiego) [1,5]. Właścicielem aptek pozostawał do września 1893 r., kiedy odsprzedał ją Alfredowi Wachsmannowi [5]. Do sprzedaży apteki Mankiewicz pozostawał w Poznaniu. Pochlebnie pisał o nim Leonard Kostrzeński: „Doktor Mankiewicz, mimo swego semickiego pochodzenia, władał biegle językiem polskim i był nobliwym kolegą" [5]. Działalność aptekarska dr. Mankiewicza była w Poznaniu dobrze oceniana. Posiadał tytuł dostawcy dworu. W 1884 r. mianowano go asesorem farmacji i rewizorem apteki, a w 1902 r. otrzymał tytuł radcy medycynalnego [5,10]. Małżeństwo Mankiewiczów posiadało czwórkę dzieci. Gustaw Mankiewicz, przeżywszy 73 lata, zmarł 17 października 1905 r.

Zbiory biblioteki UAM

WILCHELMSTRASSE W POZNANIU Z BUDYNKIEM NR 24

w Charlottenburgu pod Berlinem i tam został pochowany [3].

Siostra Gustawa Mankiewicza, Agnieszka, wyszła za mąż za Louisa Troplowitza i tak doszło do spowinowacenia obu rodzin. Troplowitzów i Mankiewiczów łączyła więź kulturowa i religijna – członkowie obu rodzin byli wyznania mojżeszowego [2,6,10]. W 1863 r. Agnieszka urodziła syna Oscara. Wkrótce Troplowitzowie przenieśli się do Wrocławia, gdzie Oscar ukończył wysoko notowane Gimnazjum Marii Magdaleny. Zamierzał studiować historię sztuki, ale pod wpływem ojca, a zapewne także wuja, aptekarza Mankiewicza, zmienił swoje plany. W 1881 r. trafił do poznańskiej „Apteki Nadwornej" (Hof-Apotheke), należącej do Gustawa Mankiewicza, w której przez trzy lata (1881–1884) zgłębiał tajniki zawodu aptekarskiego.

Kolejny etap w życiu Oscara to powrót w 1884 r. do Wrocławia na studia farmaceutyczne, których jednak nie ukończył. Z Wrocławia trafił na Uniwersytet Ruprechta i Karola w Heidelbergu, gdzie w 1888 r. otrzymał, podobnie jak wcześniej jego wuj Gustaw na Uniwersytecie Fryderyka Wilhelma w Berlinie, tytuł doktora filozofii. Z Heidelbergu ponownie na krótko wrócił do Poznania i pracował w „Aptece Nadwornej".

W 1890 r. podjął, zapewne po rozmowach z wujem aptekarzem, decyzję o zakupie za kwotę 70 tys. marek niewielkiego laboratorium Paula Beiersdorfa – Fabrik Dermotherapeutischer Präparate [10]. Niewątpliwie część tej kwoty stanowił posag przyszłej żony – Gertrudy Mankiewicz, córki Gustawa (ślub odbył się w Poznaniu w 1891 r.). Troplowitz szybko zmienił siedzibę laboratorium, które znacznie rozbudował. Wyposażył je w nowoczesne maszyny i urządzenia, pozwalające na produkcję przemysłową. Zachował jednak dotychczasową nazwę firmy.

Troplowitz współpracował z wysokiej klasy fachowcami. Wspomnieć trzeba zwłaszcza wybitnego niemieckiego

CHORĄGIEWKA REKLAMOWA HOF-APOTHEKE

dermatologa dr. Paula Gersona Unnę oraz pochodzącego z Pińska chemika dr. Isaaca Lifschütza, który w 1902 r. opatentował doskonały emulgator – euceryt [10]. Dzięki temu emulgatorowi produkowany od 1911 r. w fabrykach Troplowitza krem Nivea podbił rynki na całym świecie. W trzy lata po wprowadzeniu go do produkcji dostępny był już w 34 krajach [8].

Wsłuchując się w sugestie znajomych lekarzy, Troplowitz wprowadził na światowe rynki wiele nowości. Jego firma zaczęła produkować pastę do zębów, która miała zastąpić uciążliwy w użyciu proszek do mycia zębów, a także miedzy innymi szminki do ust w wysuwanych oprawkach, plastry lecznicze ze środkami antyseptycznymi, całkowicie nową generację mydeł kosmetycznych i leczniczych oraz płynów do opalania [6,10].

Rozwijająca się stale firma Troplowitza nie szczędziła

Zbiory biblioteki UAM

„APTEKA NADWORNA" (HOF-APOTHEKE) PRZY WILCHELMSTRASSE

RODZINA MANKIEWICZÓW

nakładów na reklamę, stosując wręcz agresywny marketing. Równocześnie rozpoczęto otwieranie filii koncernu w wielu krajach Europie. Powodem było nie tylko rosnące zapotrzebowaniu na produkty firmy Beiersdorf, ale również, w późniejszym okresie, sytuacja społeczno-polityczna w Niemczech – zagrożenie wywołane narastającymi nastrojami antysemickimi i poparciem, jakim cieszyli się narodowi socjaliści.

W 1929 r. Beiersdorf pojawił się również w Poznaniu, gdzie, co wymaga podkreślenia, twórca koncernu Oscar Troplowitz rozpoczynał swoją karierę zawodową. Poznańska działalność filii rozpoczęła się na Zawadach. Firma działała pod nazwą Pebeco Polskie Wyroby Beiersdorfa Spółka Akcyjna Poznań Zawady [9]. Po dwóch latach, 1 lutego 1931 r., rozpoczęto produkcję w nowej siedzibie firmy przy ul. Chlebowej [7]. Firma zmieniła wówczas nazwę, ograniczając ją tylko do Pebeco (skrót od nazwy Paul Beiersdorf and Co) [6,10]. Fakt założenia filii Pebeco w Poznaniu żartobliwie skwitował prof. Wiesiołowski [10]: „Posag Gertrudy Mankiewiczówny wrócił do Poznania". Jak podaje Teodor Kikta [4], „Pebeco była nowoczesną firmą produkującą głównie pełny asortyment doskonałych przylepców kauczukowych, plastrów smarowanych ABC (z *Arniką*, *Belladonną* i *Capsicum*) oraz opatrunki ochronne (tzw. Hanza plastry). Beiersdorf produkował też eucerynę".

Oscar Troplowitz czasów tych nie dożył. Zmarł nagle na ulicy, idąc do swej ukochanej fabryki, 27 kwietnia 1918 r. Miał zaledwie 55 lat. Żona Gertruda przeżyła go o 2 lata. Dzieło jego życia, koncern Beiersdorf AG, nadal istnieje i cieszy się doskonałą renomą.

Trafnie scharakteryzował Troplowitza katowiczanin Wojciech Mszyca, kolekcjoner pamiątek po firmie Beiersdorf: „Troplowitz, wielki człowiek. Pomost pomiędzy wschodem i zachodem. Urodził się w Gliwicach, wychował we Wrocławiu. Potem związał się z Poznaniem, gdzie poznał swoją żonę. W Berlinie praktykował jako farmaceuta. Tytuł doktora filozofii i magistra sztuk wyzwolonych zdobył w Heidelbergu. Na stałe osiadł i robił interesy w Hamburgu. Wspaniale połączył te miasta. To ani Żyd, ani Polak czy Niemiec. To Europejczyk całą gębą" [8].

afw

dr n. farm.
STANISŁAW PIC
Kustosz Muzeum Farmacji
Wielkopolskiej Okręgowej Izby
Aptekarskiej w Poznaniu
w latach 1999–2017.

PIŚMIENNICTWO:
[1] Cytryńska Hanna, *Poznańskie apteki, wnętrza, historia, wyposażenie*, wyd. Nowa Baśń, Poznań 2016, str. 56
[2] Fichtl Franz, *Kronika Miasta Poznania*, 2006, 3, str.180, *Nazwiska żydowskich mieszkańców Poznania w latach 1825-1919*
[3] *Kartoteka mieszkańców Poznania, lata 1870-1932*, archiwum miasta Poznania, internet
[4] Kikta Teodor, *Przemysł farmaceutyczny w Polsce (1832-1939)*, Warszawa 1972, PZWL, str. 162, 167, 285
[5] Kostrzeński Leonard, *Materiały do historii aptek wielkopolskich* (reprint), Poznań 1996, wyd. Kontekst, str.36, 44, 45
[6] Kucharski Sławój, Kucharski Marcin, *Pamiętnik XV Sympozjum Historii Farmacji*, Stargard 2006, str. 149-152
[7] Rezler Marek, *Kalendarium poznańskie*, wyd. Halszka, Poznań 2003, str. 107
[8] Todur Wojciech, „Gazeta Wyborcza" (Katowice), e-wydanie z 17.03.2021 r., *Mój sąsiad Oscar Troplowitz. Katowickie tropy kremu Nivea*
[9] „Wiadomości Farmaceutyczne", t. 58, 1931, 10, str. 128
[10] Wiesiołowski Jacek, *Kronika Miasta Poznania*, 2009, 1, str. 167-171, *Oscar i Gertruda, czyli twórca kremu Nivea i posag panny Mankiewiczówny*

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