Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 3/4 (16/17) lipiec–grudzień 2021 • ISSN 2545-2290

Lekcje Z PANDEMII

Rozmowa z dr. hab. Piotrem Rzymskim

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:

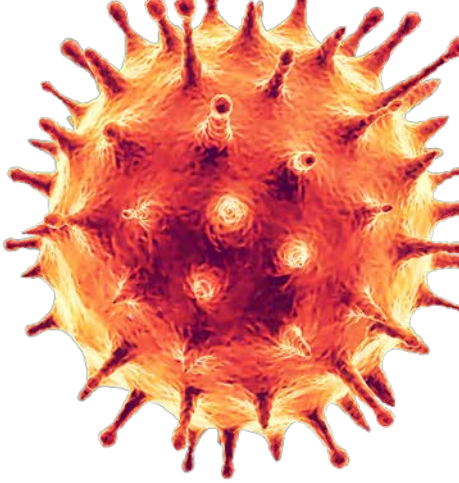
BEATA RACZAK
DYREKTOR ODDZIAŁU W POZNANIU

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



Burzliwy koniec lata

Czy jesień będzie dla farmaceutów pełna melancholii, czy bogata w owoce?

Mimo że sierpień to pełnia lata i większość z nas korzysta z jego uroków, w tym roku dla farmaceutów był to czas wyjątkowo burzliwy. Na ten klimat złożyło się kilka wydarzeń: strajk zawodów medycznych, decyzja Naczelnej Izby Aptekarskiej o odstąpieniu od udziału w proteście zawodów medycznych, dyskusja środowiska nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu opieki farmaceutycznej oraz intensywne działania NIA na rzecz umożliwienia szczepień przeciwko grypie w aptekach.

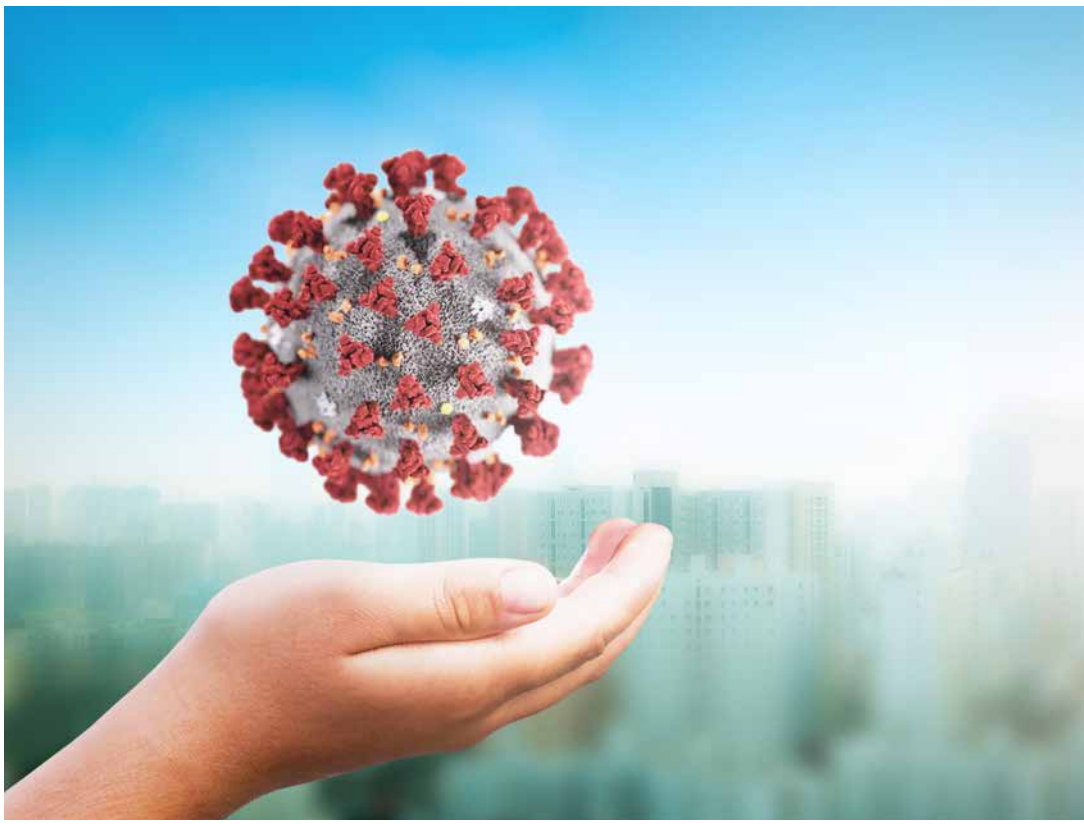
Bardzo silne emocje wzbudził projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu opieki farmaceutycznej. W burzliwej dyskusji ścierały się poglądy na temat kryteriów włączania farmaceutów uczestniczących w pilotażu. Zapisy projektu ograniczające możliwość udziału w pilotażu wyłącznie dla absolwentów komercyjnych studiów podyplomowych z zakresu opieki farmaceutycznej z Poznania lub farmaceutów, który wykażą się doświadczeniem w świadczeniu opieki farmaceutycznej poza granicami Polski, spowodowały protest nie tylko Naczelnej Izby Aptekarskiej, ale także Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Konwentu Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych. Dodatkowo wątpliwości natury etycznej wzbudził fakt, że pilotaż miałby być prowadzony przez podmiot, który prowadzi takie studia oraz niejasne kryteria wyboru koordynatora pilotażu. Uwagi zgłoszone przez NIA do projektu dotyczyły wniosku o prowadzenie pilotażu w sposób cyfrowy, przyznania farmaceutom uprawnienia do wglądu do Indywidualnego Konta Pacjenta na potrzeby realizacji projektu oraz określenia zasad współpracy farmaceuta – lekarz.

Od wielu miesięcy przedstawiciele Naczelnej Izby Aptekarskiej brali udział wraz z innymi zawodami medycznymi w rozmowach dotyczących wynagrodzeń w ochronie zdrowia w ramach Komisji Trójstronnej, które dotyczyły wynagrodzeń dla farmaceutów szpitalnych. Braliśmy udział w pracach komitetu strajkowego i przygotowaniach do protestu, który został zaplanowany na 11 września 2021 r. Pismem z 13 sierpnia 2021 r. prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej prosiła o zaangażowanie osobiste farmaceutów szpitalnych w to wydarzenie. Farmaceuci szpitalni przygotowali się do udziału w proteście, przygotowując hasła na transparenty oraz propozycję pięciu najważniejszych postulatów środowiska.

Przygotowane hasła dotyczyły urealnienia minimalnego wynagrodzenia dla farmaceutów szpitalnych, właściwego do poziomu wykształcenia i posiadanych kwalifikacji pozycjonowania w tzw. siatce płac. Dodatkowo żądaliśmy egzekwowania od zarządów szpitali spełnienia minimalnych norm zatrudnienia określonych przez ustawę o zawodzie farmaceuty oraz wprowadzenia mechanizmu finansowania podnoszenia kwalifikacji zawodowych farmaceutów i uruchomienia celowych programów wsparcia finansowego przeznaczonych na unowocześnienie infrastruktury aptek szpitalnych.

Do udziału w strajku zgłosiło się do NIA ponad 70 farmaceutów z całej Polski. 3 września 2021 r. prezes NRA Elżbieta Piotrowska-Rutkowska zwołała nadzwyczajne posiedzenie NRA w sprawie udziału farmaceutów szpitalnych pod patronatem NIA w strajku, na którym podjęto decyzję o wycofaniu się z Komitetu Strajkowego Zawodów Medycznych ze względu na toczące się rozmowy z Ministerstwem Zdrowia. Ta decyzja spotkała się oburzeniem nie tylko Komitetu Strajkowego, ale także farmaceutów szpitalnych, którzy poczuli się zdradzeni przez swój samorząd zawodowy. Od udziału w proteście odstąpił również Ogólnopolski Związek Zawodowy Farmaceutów Szpitalnych pod przewodnictwem mgr. farm. Piotra Steciwko. W dniu 10 września 2021 r. odbyła się telekonferencja prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej i wiceprezesów NRA z farmaceutami szpitalnymi, podczas której wyjaśniono, że decyzja odstąpienia od strajku wynika z charakteru i zakresu toczących się rozmów w Ministerstwie Zdrowia w zakresie farmacji szpitalnej. To spotkanie trochę ostudziło emocje.

Z początkiem jesieni ukazało się zarządzenie Ministra Zdrowia z 6 października 2021 r. w sprawie powołania zespołu do spraw wypracowania rozwiązań w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych wraz z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutów. To pierwszy owoc rozmów



www.stock.adobe.pl

samorządu z Ministerstwem Zdrowia w sprawie farmacji szpitalnej. Celem zespołu będzie stworzenie modelu usług farmacji klinicznej oraz określenie narzędzi do wykonywani aktywności farmaceuty szpitalnego. Oczekiwanym efektem pracy będą wnioski i rekomendacje w formie raportu, który powinien być przedstawiony po 11 miesiącach pracy zespołu Ministrowi Zdrowia. W zespole będzie pracowało dwóch przedstawicieli NIA.

Czas pokaże, czy efekt tych prac zmieni farmację szpitalną w Polsce i da początek świadczenia usług farmacji klinicznej? Na takie owoce liczymy. Cały czas uczestniczymy (NIA) w pracach Komisji Trójstronnej w sprawie nowej regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia, a naszym celem jako środowiska jest pozycjonowanie farmaceutów szpitalnych zgodnie z posiadanym wykształceniem i kwalifikacjami uzyskanymi w szkoleniu podyplomowym.

Końcówka lata i początek jesieni obfitowały w wydarzenia nie tylko na poziomie ogólnokrajowym, ale także w Wielkopolskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej. Owocem zaangażowania w aktywność charytatywną drużyny piłki nożnej halowej Wlkp. OIA oraz jej lidera dra hab. Tomasza Zaprutko był II Charytatywny Turniej Piłki Nożnej Halowej w Dopiewie. Udział siedmiu drużyn i zebrana kwota 18 000 zł na rzecz dzieci z Domu Dziecka w Szamotułach – oto dowód na to, że pandemia nie zniszczyła w nas ani pasji sportowych, ani ducha rywalizacji, ani potrzeby czynienia dobra dla innych.

Determinacja środowiska farmaceutów szpitalnych oraz mgr farm. Anny Łohynowicz, przewodniczącej sekcji farmacji szpitalnej Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, pozwoliły na zorganizowanie 24-25 września IV Wielkopolskich Warsztatów Farmacji Szpitalnej. Warsztaty na stałe goszczą w kalendarzu wydarzeń dla farmaceutów szpitalnych, organizowanych przy współudziale i pod patronatem Wlkp. OIA.

Swoje spotkania w realu odnowiła też sekcja hurtowników Wlkp. OIA. Osoby odpowiedzialne w hurtowniach nie zawiesiły swojej aktywności i spotykały się w najtrudniejszym czasie

pandemii z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość. Wielkie wyrazy uznania za nieprzerwaną i wieloletnią aktywność dla mgr. farm. Matusza Szamałka, który nie ustaje w swoich działaniach na rzecz integracji osób odpowiedzialnych oraz wsparcia edukacyjnego, dedykowanego właśnie farmaceutom pełniącym tę odpowiedzialną funkcję w hurtowniach.

Początek jesieni to również Święto Aptekarzy. Na wniosek członków Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w tym roku obchodzone było w zmienionej formule. 25 września zaprosiliśmy farmaceutów z rodzinami do poznańskiego Muzeum Farmacji, gdzie można było nie tylko zobaczyć stałą ekspozycję (oprowadzał kustosz dr Stefan Piechocki) oraz pijawki lekarskie, ale także wykonać proszek z użyciem moździerza lub maść. To wydarzenie pomogli nam zrealizować studenci z Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji. Z wielką przyjemnością obserwowałam rodziców, którzy tłumaczyli swoim pociechom arkana sztuki aptekarskiej. Mam nadzieję, że ta forma obchodów zyska popularność wśród młodych farmaceutów z dziećmi. Tydzień później odbyły się dwa wydarzenia: tradycyjna msza św. w Farze, z homilią ks. dr. Adama Sikory dla farmaceutów, a następnie spotkanie towarzyskie w Muzeum Farmacji.

W październiku toczyły się prace legislacyjne w Sejmie i Senacie, których efektem ma być uprawnienie farmaceutów do wykonywania szczepień przeciwko grypie w aptekach. Jest nadzieja, że farmaceuci, którzy uzyskali uprawnienie do wykonywania szczepień przeciwko COVID–19 i faktycznie je wykonują, będą mogli poszerzyć zakres wykonywanych przez siebie świadczeń zdrowotnych o tę możliwość. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez farmaceutów w aptece to realizacja ustawowych uprawnień, jakie przynosi nam ustawa o zawodzie. Czekamy na uprawnienie ustawowe do wystawiania recepty kontynuowanej, które będzie możliwe już w styczniu 2022 r., choć z tą usługą wiąże się bardzo dużo pytań i wątpliwości.

Wieloletni brak rozwiązań w obszarze dyżurów aptek czy strat z powodu sześciokrotnych w roku zmian na listach refundacyjnych, brak zmian w zakresie taksy laborum oraz wiele innych problemów aptekarstwa, które męczą nas od wielu, wielu lat napawa jednak środowisko nutką melancholii…

Czas pandemii zmusza nas nie tylko do nadzwyczajnej ostrożności, szczepień i ograniczenia kontaktów. Jako czas nadzwyczajny skłania nas także do refleksji: co jest dla człowieka wartością szczególną, o czym mówią kolejne liczby w analizach statystycznych dotyczących pandemii, czy można przewidzieć, jak zmieni się zdrowie naszej populacji po pandemii? Te tematy oprócz aktualnych spraw naszego zawodu polecam uwadze Czytelników, zapraszając do lektury „Farmacji Wielkopolskiej" jesienią roku 2021.

NIOSĘ BABCI TRZECIĄ DAWKĘ, ALE MOGĘ SIĘ PODZIELIĆ...

spis treści

www.stock.adobe.com

afw

Mirosław Baryga

Bartosz Jankowski

12 Lekcje z pandemii | Rozmowa z dr. hab. **PIOTREM RZYMSKIM** z Zakładu Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

24 W zgodzie z procedurą

28 Technik czy farmaceuta?

35 Szczepienia w aptekach

37 Poczta

38 Farmaceuci kliniczni w szpitalu Son Espases

43 Co można sprzedać na podstawie zapotrzebowania?

48 Pandemia fake newsów

50 Rewolucja MDR

52 Dyplomatorium 2021

55 Pierwsza

56 Amicus studentium

61 Podróż w czasie

64 Dyplomatorium 1970

67 Bałam się „Tygrysa”

68 Złotodajne drzewa w leczeniu cukrzycy

64

Archiwum W. Baer-Dubowskiej

72

Archiwum J. Nalewaj-Nowak

96

Archiwum Pelikan-Apotheke

99

Natalia Piotrowska

72 Warzywa i owoce – na szczęście!
75 Bóle głowy a migrena
78 XXIX Święto Aptekarzy
80 Genealogia osoby
83 Przyjaciel farmaceutów
84 Wnętrza aptekarskiego imperium
89 Kolebka przemysłu farmaceutycznego
91 Nie tylko spłowiałe lato
92 Covid straszny, covid zły...
94 W hołdzie bohaterom
96 Pelikan-Apotheke w Hamburgu
99 Gramy dla dzieci

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: Bartosz Jankowski; Eugeniusz Jarosik (koncepcja) i Wiesław Wiszowaty

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty

Autorzy
dr Hanna Cytryńska, mgr farm. Alina Górecka, Eugeniusz Jarosik, Marcin Józefiak, prof. dr hab. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak, dr Klaus Koch, Anna Kopras-Fijołek, mgr. inż. Dariusz Łukaszyński, dr n. farm. Jan Majewski, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwara, dr n. farm. Stefan Piechocki, dr n. farm. Katarzyna Regulska, mgr farm. Joanna Rutkowska, mgr farm. Kamila Ryszewska, ks. dr Adam Sikora, mgr farm. Zbigniew Skotnicki, mgr farm. Mateusz Szamałek, Łukasz Świderski.

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.

STUDENT W SYMULOWANEJ APTECE

Z dużym zainteresowaniem przeczytałam w ostatnim numerze „Farmacji Wielkopolskiej" („Student w symulowanej aptece", nr 15) rozmowę redaktora naczelnego Eugeniusz Jarosika z dr n. farm. Magdaleną Cerbin-Koczorowską, prof. UMP dr. n. med. Łukaszem Gąsiorowskim oraz dr n. farm. Magdaleną Waszyk-Nowaczyk o metodach symulacyjnych w nauczaniu farmacji. Jako tegoroczna absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu uważam, że tego rodzaju praktyki edukacyjne są niezwykle cenne oraz skuteczne. Przeprowadzenie rozmowy w relacji pacjent – farmaceuta w warunkach symulujących prawdziwą aptekę jest świetną weryfikacją posiadanej wiedzy teoretycznej. Niejednokrotnie zauważyłam, że pomimo nawet najdokładniejszego wyuczenia się informacji na temat farmakoterapii, przekazanie ich drugiej osobie bywa często kłopotliwe. Farmaceuci przyzwyczajeni do naukowej terminologii niejednokrotnie zapominają, że przeciętny pacjent odwiedzający aptekę niekoniecznie zrozumie, czym jest polipragmazja, kserostomia czy tachykardia. Śmiem zaryzykować stwierdzenie, że umiejętność komunikacji z pacjentem (dostosowanie języka wypowiedzi) jest równie ważna jak posiadana wiedza. Czy można zatem szlifować ją w lepszy sposób niż poprzez formę zajęć symulowanych?

Miałam ogromną przyjemność uczestniczyć w wielu zajęciach obligatoryjnych oraz fakultatywnych prowadzonych przez dr n. farm. Magdalenę Waszyk-Nowaczyk (niestety, w czasie pandemii COVID-19 odbywały się one jedynie za pośrednictwem platformy MS Teams). Bardzo żałuję, że obostrzenia obowiązujące w trakcie mojej edukacji nie pozwoliły na osobistą wizytę w Centrum Symulacji Medycznej, jednak pomimo tych trudności, każde zajęcia utrzymane były w konwencji praktycznych ćwiczeń. Postać symulowanej rozmowy z pacjentem przybrało także zaliczenie z opieki farmaceutycznej, podczas którego losowo otrzymywaliśmy do rozwiązania problemy towarzyszące najczęściej występującym schorzeniom: cukrzycy, astmie, nadciśnieniu tętniczemu czy bólach kostno-stawowych. Naszym zadaniem było rozwiązywanie problemów lekowych, profesjonalne doradztwo czy edukowanie w zakresie obsługi sprzętów medycznych (na przykład glukometrów, ciśnieniomierzy, inhalatorów). Z własnej perspektywy mogę powiedzieć, że to właśnie taka forma była niezwykle interesująca i sprzyjała efektywnej nauce.

mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA

SPRZECIW

W związku z nowym projektem uchwały Rady Powiatu Gostyńskiego w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu gostyńskiego w 2022 roku wyrażam stanowczy sprzeciw do załącznika nr 2 uchwały. Po pierwsze, brakuje magistrów farmacji, jedynych osób do samodzielnej pracy w aptece. Po drugie, dyżury są niedochodowe, co przyznaje resort zdrowia. Aptekom nikt nie płaci za dyżury, co uniemożliwia poszukiwanie kolejnych farmaceutów, których brakuje. Przemęczenie farmaceutów zagraża zdrowiu i życiu pacjentów i ich samych -wzrasta ryzyko pomyłki.

mgr farm. MAGDALENA WALEŃSKA
Apteka ROMFARM

WSPÓŁWYSTĘPOWANIE CUKRZYCY I ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Temat depresji poruszany w artykule dr n. farm. Katarzyny Manikowskiej „Współwystępowanie cukrzycy i zaburzeń depresyjnych" („Farmacja Wielkopolska", nr 15) uważam za współcześnie niezwykle istotny. Skalę tego problemu bezlitośnie spotęgowała obecna pandemia COVID-19. Konieczność rygorystycznej izolacji ograniczającej w znacznym stopniu kontakty międzyludzkie oraz nieustanny strach o zdrowie swoje i najbliższych ma negatywny wpływ na stan psychiczny społeczeństwa, w tym również dzieci i młodzieży. Uważam, że to właśnie tej grupie winno się poświęcić szczególną uwagę. Ze względu na zamknięcie szkół i przejście w tryb całkowicie zdalnej nauki dzieci zostały na wiele godzin zamknięte w czterech ścianach przed monitorem komputera. Co więcej, ograniczona została również ich aktywność sportowa i kulturalna. Destrukcyjny wpływ tego stanu rzeczy został potwierdzony badaniami przeprowadzonymi przez naukowców z University of Michigan. Z ich raportu wynika, że wśród obserwowanej grupy dzieci aż u 46 proc. zauważono pogorszenie się stanu psychicznego, nierzadko wraz z towarzyszącym lękiem czy bezsennością.

Uważam, że kluczową rolę w pomocy dzieciom borykającym się z problemami psychicznymi odgrywa ich baczna obserwacja oraz jak najszybsza reakcja na pojawiające się u nich niepokojące objawy. Do symptomów, które powinny wzbudzić zwiększoną czujność, należą: częsty smutek, zobojętnienie, apatia, nasilona płaczliwość, poczucie zniechęcenia czy wycofanie się z życia towarzyskiego. Zauważywszy takie objawy u dziecka należy niezwłocznie z nim porozmawiać i ustalić, czy nagła zmiana nastroju ma charakter chwilowy i jest spowodowana na przykład rówieśniczą sprzeczką, czy może utrzymuje się chronicznie, utrudniając codzienne funkcjonowanie. W tym drugim przypadku konieczna jest konsultacja z lekarzem specjalizującym się w psychiatrii dziecięcej, lekarzem pierwszego kontaktu bądź też psychologiem. Jako magister farmacji uważam, że również w praktyce aptecznej powinniśmy być szczególnie wrażliwi na tę kwestię. W sytuacji gdy zwracają się do nas sami młodzi pacjenci, czy też ich opiekunowie, informując nas o pojawiających się problemach, zobowiązani jesteśmy poinformować ich o tym gdzie szukać pomocy i że zawsze warto po nią sięgnąć. Naszą powinnością jest również łamanie tabu i obalanie mitów na temat chorób psychicznych, które są powszechnie bagatelizowane. Tylko powszechna edukacja może pomóc społeczeństwu zrozumieć istotę tego typu schorzeń i skłonić osoby będące w potrzebie do podjęcia odpowiedniego leczenia, które czasami może wręcz uratować życie.

mgr farm. KAMILA RYSZEWSKA

Bartosz Jankowski

LEKCJE z pandemii

„Wirus SARS-CoV-2 cyrkulował, a my nie mieliśmy świadomości o jego istnieniu. Jestem przekonany, że w Europie był już w pierwszej połowie roku 2019. Z czasem, rozwijając się na skutek losowych mutacji, adaptował się coraz lepiej i w końcu rozwinął się tak dobrze, że mógł wywoływać zakażenia istotne klinicznie. Wówczas usłyszeliśmy o nim, ponieważ do szpitali zaczęli trafiać ludzie, którzy się dusili" – mówi dr hab. **PIOTR RZYMSKI** z Zakładu Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w rozmowie z **Eugeniuszem Jarosikiem** i dr. n. farm. **Stefanem Piechockim**.

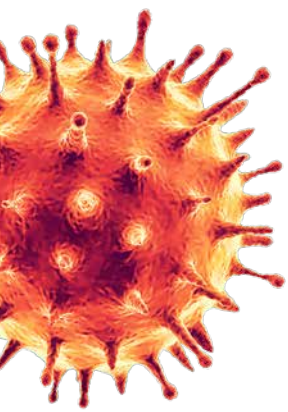
„FARMACJA WIELKOPOLSKA": Natura z całą swą pierwotną siłą brutalnie wdarła się w nasze życie osobiste i społeczno-gospodarcze, by je radykalnie przeorać w ciągu zaledwie kilkunastu tygodni. Czy to oznacza koniec iluzji, że jesteśmy w stanie zapanować nad żywiołami, że dostatecznie kontrolujemy świat przyrody, by nie zachwiała się nasza wiara w możliwości współczesnej nauki, a zwłaszcza medycyny i zdolność rządów do zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa, nie tyko zdrowotnego?

PIOTR RZYMSKI: To nie natura wdarła się w naszą rzeczywistość, ale to my zanadto wdarliśmy się w przyrodę, zmieniając ją w konsekwencji rozwoju gospodarczego i globalizacji. Oba procesy zresztą dalej postępują. Niesie to za sobą ogromne zagrożenia zarówno o charakterze zdrowotnym, jak i środowiskowym. Te zagrożenia zostały już zdecydowanie wcześniej, jeszcze przed pandemią, dobrze określone, ale były i wciąż są ignorowane. Wiedzieliśmy, że niektóre grupy patogenów i wirusów, w tym właśnie koronawirusy, charakteryzuje wysoki potencjał pandemiczny. Chociażby dlatego, że mieliśmy doświadczenia z niektórymi bardziej patogennymi

dla człowieka koronawirusami: SARS-CoV-1 czy MERS-CoV. Natomiast nie wyciągnęliśmy z tych doświadczeń żadnych wniosków. SARS-CoV pojawił się pod koniec roku 2002, a najwięcej przypadków zakażenia odnotowano w 2003 r. Wzrosło wtenczas zainteresowanie koronawirusami, zaczęto też mówić o potencjalnym tworzeniu szczepionek przeciwko nim, ale ten temat przycichł, tak jak przycichł SARS-CoV. W 2012 r. pojawiły się pierwsze przypadki zakażeń wirusem MERS-CoV. Jest to zresztą wirus wciąż aktywny, słabo transmitujący się pomiędzy ludźmi, ale charakteryzujący się wysoką patogennością i letalnością. Jego występowanie ograniczone jest zasadniczo do Półwyspu Arabskiego, co nie mobilizowało wystarczająco, by podjąć jakieś większe działania zaradcze.

Mogliśmy się jednak spodziewać, że pojawi się kolejny koronawirus, który w wyniku transmisji drogą zwierzę – człowiek ponownie będzie powodować mniejsze bądź większe problemy o charakterze epidemicznym.

Zwłaszcza że prowadzone od dłuższego czasu badania alfa- i beta-koronawirusów wskazywały, że możliwe jest na drodze naturalnych rekombinacji i zmian, głównie w budowie białka kolca, adaptowanie się kolejnych szczepów do nowego gospodarza, jakim jest człowiek. Głównym rezerwuarem tych potencjalnie patogennych koronawirusów są dzikie zwierzęta, zwłaszcza nietoperze. Było więc wskazane, abyśmy wcześniej podjęli pewne działania zaradcze, mające na celu zmniejszenie kontaktu z nimi i ich odławianie. W krajach azjatyckich sprawy miały się zupełnie inaczej. W zasadzie nie podejmowano żadnych istotnych działań zmierzających do ograniczenia handlu dzikimi zwierzętami, chociaż natura już wcześniej nas upominała. Spójrzmy na pierwotny rezerwuar wirusa ebola, wirusa różyczki czy też w jaki sposób doszło do transmisji wirusa, który się zaadaptował do organizmu człowieka i stał się wirusem HIV. Transmisje tych wirusów na człowieka to rezultat kontaktu ze zwierzętami dzikimi. Zresztą, około 75 proc. nowych patogenów człowieka, które pojawiły się w przeciągu ostatnich dekadach, ma swoje źródło pośród zwierząt. Wiedząc to wszystko, trzeba było wprowadzić działania profilaktyczne, ale i też opracować – przy udziale interdyscyplinarnego zespołu – strategie zarządzania potencjalnymi scenariuszami pandemicznymi. Opracować sposoby działania w zależności od właściwości patogenu, włącznie z efektywną polityką informacyjną. W przeciwnym razie działamy po omacku. Problem polega na tym, że jesteśmy zbyt krótkowzroczni, nie chcemy finansować działań profilaktycznych, bo ich nie doceniamy. Niech przemówi magia pieniądza: koszt zapobiegania pandemiom jest nawet 100 razy niższy niż koszt reagowania na nie. To jak z zasadami BHP w budynkach użyteczności publicznej. Czasami wydają się niepotrzebne, ale gdy dzieje się coś złego, to dzięki nim można uratować komuś życie.



Ponad 100 lat temu świat zmagał się z pandemią grypy hiszpanki, wywołanej przez groźną odmianę podtypu H1N1 wirusa A grypy. Zachorowało na nią około 500 mln ludzi – jedna trzecia ówczesnej światowej populacji. Dwie pandemie, dwie jakże różne rzeczywistości...

Nasze społeczeństwo jest wirtualne, cyfrowe, zupełnie inaczej się nim zarządza. Mamy zupełnie inny poziom globalizacji. Oczywiście znajdziemy pewne podobieństwa: wirus wywołujący chorobę zakaźną, która szerzy się drogą kropelkową na linii człowiek – człowiek, przeciążenie systemu opieki zdrowotnej itd. Podobieństw będzie dużo, ale świat, w którym to się dzieje, faktycznie się znacznie zmienił. Proszę zobaczyć, jaka jest szybkość przesyłu informacji – dane opublikowane przed sekundą już są na ekranie mojego komputera. A z drugiej strony można wykorzystać media społecznościowe do stworzenia kompletnej dezinformacji. Można użyć Internetu, by wytworzyć jakieś wrażenie, na przykład że jeden preparat szczepionkowy jest gorszy, a drugi lepszy, bądź że właśnie rozpoczęto program depopulacji ludzkości. Użytkownicy mediów społecznościowych online żyją w balonikach rzeczywistości, stworzonych przez algorytmy, które pokazują im tylko to, co przewidziały za interesujące dla nich. W ten sposób antyszczepionkowcy, denialiści zmian klimatycznych, czy zwolennicy różnych teorii spiskowych będą utwierdzani w swoich przekonaniach. Nie zobaczą innych baloników, nie ocenią bardziej obiektywnie rzeczywistości, nie zauważą, że zostali zmanipulowani. A najgorsze w tym jest to, że za takie działania platformy społecznościowe nie biorą żadnej odpowiedzialności, zarabiając jednocześnie miliardy dolarów. To oni rządzą światem, a nie zdemonizowany przemysł farmaceutyczny.

Wirus SARS-CoV-2 jest siódmym poznanym wirusem z rodziny koronawirusów zakażającym człowieka. Okazał się wysoce zakaźny i bardzo szybko został zidentyfikowany w najodleglejszych zakątkach świata. Mutacja indyjska, wirus Delta, jest jeszcze bardziej zakaźna od poprzednich wariantów wirusa SARS-CoV-2. Ta zdolność do tworzenia coraz groźniejszych mutacji sprawia, że koronawirus w odczuciu społecznym jest zwiastunem bezwyjściowości naszego cywilizacyjnego położenia, budząc przerażenie i poczucie obezwładniającej bezradności. Czy jesteśmy skazani na to, by nauczyć się żyć z tym wirusem? Czego uczy nas obecna pandemia? Czy przygotowuje nas na kolejną, jeszcze groźniejszą?

Być może tak. Gdyby problemy, które nas spotkają w XXI wieku, rozpatrywać w perspektywie edukacji, to globalne zmiany klimatyczne, zmuszające współczesne społeczeństwa do podjęcia konkretnych działań, byłyby nauczaniem na poziomie wyższym, a obecna pandemia to nauczanie na poziomie szkoły podstawowej. I chociaż COVID-19 jawi nam się bardzo dramatycznie, to jednak wiemy, że w edukacji trzeba przejść przez pewne szczeble, by się na przyszłościowe wyzwania w odpowiedni sposób przygotować. Kiedy nadchodzi kryzys, najważniejsze stają się plany i scenariusze. W niektórych państwach, na przykład w Nowej Zelandii, początkowy okres epidemii koronawirusa wykorzystano na stworzenie określonych scenariuszy zarządzania pandemią w zależności od tego, w jaki sposób rozwijać się będzie sytuacja epidemiczna. Dzięki temu społeczeństwo wiedziało, co je czeka. Natomiast najgorsze, co można zrobić i my to, niestety, w Polsce praktykowaliśmy i wciąż praktykujemy, to zmiany nagłe, zaskakujące, mające mniejszy lub większy wpływ na nasze życie, powodujące niepotrzebny stres i brak zaufania do instytucji państwowych. Wystarczy przypomnieć nieoczekiwane decyzje o zamykaniu cmentarzy, ludzi różnych branż żyjących w wielomiesięcznej niepewności decyzji podejmowanych przez rząd czy zamieszanie związane z terminem podania drugiej dawki szczepionek mRNA. Nieoczekiwane zmiany, wprowadzane bez odpowiedniego uzasadnienia, zwyczajnie przekładają się na spadek ufności zarówno do zaleceń sanitarnych, do szczepień, ale też do wiązania pandemii na przykład z określoną grupą polityczną. W konsekwencji rodzą się postawy buntu wobec nakazów i zakazów z argumentacją: „sprzeciwiam się tym wszystkim zaleceniom, które powstały dla dobra zdrowia publicznego, bo przeciwstawiam się jakiejś grupie politycznej". Stopniowo rośnie jednak zaufanie do naukowców i lekarzy wypowiadających się w mediach na temat COVID-19. Czasami mam wrażenie, że wyręczamy instytucje państwowe. Minister ogłasza możliwość podawania trzeciej dawki szczepionki wszystkim od 50. roku

aiw

Dr hab. Piotr Rzymski

■ Biolog medyczny i środowiskowy, popularyzator nauki. W 2009 r. ukończył studia ochrony środowiska na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. W 2013 r. obronił pracę doktorską „Ocena toksyczności metali ciężkich i ich bioremediacji w komórkach Microcystis aeruginosa HUB 5-3". W 2017 r. habilitował się na podstawie pracy zatytułowanej „Bioakumulacja metali w tkankach układu reprodukcyjnego oraz wybrane czynniki mające potencjalnie na nią wpływ". Jest zatrudniony na stanowisku adiunkta w Zakładzie Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ambasador międzynarodowej sieci naukowej Universal Scientific Education and Research Network (USERN) w Polsce. Otrzymał nominację w plebiscycie Osobowość Roku 2019 w kategorii nauka. Kapituła doceniła badania nad wpływem środowiska na zdrowie człowieka i współprowadzenie bloga popularnonaukowego.

Bartosz Jankowski

życia, ale nie ma jasnych komunikatów, czemu ma ona służyć. Zakłopotani ludzie pytają: czy to oznacza, że szczepionki przestały już działać, że co pół roku trzeba będzie stosować dawki przypominające? My na te pytania odpowiadamy, tłumaczymy we własnym wolnym czasie, pro publico bono. A przecież można byłoby stworzyć transparentną politykę informacyjną i dotrzeć dzięki niej do znaczne większej rzeszy ludzi.

Do opisywania pandemii koronawirusa stworzyliśmy specyficzny język. Wirus przedstawiany jest jako skrytobójca. Jednym daruje życie, innym je zabiera, jeszcze innym – „umarłym za życia", tym udręczonym, osaczonym, zrezygnowanym – życie przywraca. Albo przynajmniej daje święty spokój w domowym zaciszu. W mediach, zwłaszcza społecznościowych, sensacyjne doniesienia i fake newsy wypierają rzetelną informację. Używamy retoryki wojennej. Codzienne komunikaty Ministerstwa Zdrowia przypominają meldunki z frontu. Są bohaterowie i ofiary. Ale czy kreowanie tego napięcia jest naprawdę potrzebne? Czy podawane każdego dnia informacje o zgonach z powodu COVID i chorób współistniejących nie nakręcają niepotrzebnie spirali lęku, nie sieją paniki? A przecież codziennie Polacy umierają z powodu zawałów, udarów czy chorób nowotworowych...

Podawanie tych liczb jest niejako nieuchronne, bo mamy dynamicznie rozwijającą się sytuację epidemiczną. Podstawą komunikacji ze społeczeństwem jest rzetelna informacja, mająca na celu wzrost świadomości zdrowotnej i zaangażowania obywateli w walce z pandemią. W mojej opinii obecnie, gdy ponad połowa Polaków jest zaszczepiona, trzeba informować nie o ilości wykrytych zakażeń, ale o liczbie pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. Należy pokazywać – każdego dnia – ile z tych pacjentów stanowią osoby niezaszczepione, jaka jest częstość hospitalizacji i zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. niezaszczepionych w porównaniu do 100 tys. zaszczepionych. Gdybyśmy tak informowali już przez całe lato, dzień w dzień, to gwarantuję, że w wielu regionach mielibyśmy lepszą wyszczepialność i większy spokój. Ale latem była laba, zmarnowany okres. Trzeba jednak do tego powrócić. Nie chodzi o to, by siać panikę, starczy nam już lęków. Jeżeli dane pokazują, że częstość hospitalizacji wśród osób zaszczepionych jest znacznie niższa niż wśród niezaszczepionych, to ci pierwsi czują się spokojniejsi, a ci drudzy być może postanowią się jednak zaszczepić.

Apokaliptyczne lęki, depresje, poczucie osamotnienia i bezradności to jednak poważny problem społeczny. Doświadczamy „małej apokalipsy". Martwimy się o zdrowie, życie, ale drżymy także o styl życia, który przyjdzie nam zmienić, a jeszcze nie wiemy, jak i na co. Swoisty kod kulturowy sprawia, że wydarzenia ostatniego roku wiele osób postrzega w kategoriach końca czasów, przełomu cywilizacyjnego.

Z badań przeprowadzonych w kilkudziesięciu krajach wynika, że pod względem poziomu stresu związanego z pandemią Polska plasowała się w pierwszej piątce. Oznacza to, że jako społeczeństwo jesteśmy bardzo podatni na niekorzystne wpływy długotrwałej sytuacji stresowej. Czasem jednak zapominamy, że w ogóle mamy pandemię. Zdarza nam się lekceważyć zalecenia sanitarne. Były okresy, kiedy następowało duże rozluźnienie w zachowaniach społecznych. Ignorowano wymogi dotyczące noszenia maseczek w pomieszczeniach zamkniętych. Oczywiście, sprzyjały temu słowa wpływowych politycznie osób w Polsce o pandemii, która miała się rzekomo ku końcowi. Obecnie sporym zagrożeniem są osoby niezaszczepione, które za nic nie chcą się zaszczepić, a nawet uważają, że nie ma żadnej pandemii koronawirusa. Mogą one ściągnąć zagrożenie nie tylko na siebie, ale także na osoby bardziej wrażliwe, z obniżoną odpornością. Co gorsza, z badań wiemy, że to właśnie niezaszczepieni stwarzają dogodne warunki do ewolucji SARS-CoV-2. W ich organizmie wirus ma więcej czasu na zakażanie komórek i namnażanie się, a co za tym idzie na mutowanie. Niektóre z tych mutacji okazują się dla niego korzystne, a nam utrudniają panowanie nad sytuacją.

DOBRĄ ALTERNATYWĄ DLA WSPÓŁCZESNEJ PRODUKCJI MIĘSA BYŁOBY PRODUKOWANIE GO POZAUSTROJOWO, Z KOMÓREK POBRANYCH BIOPSYJNIE OD ZWIERZĄT, A NASTĘPNIE ODPOWIEDNIO HODOWANYCH, RÓŻNICOWANYCH I STRUKTURYZOWANYCH W TKANKI

Wiele osób nie chce się szczepić nie dlatego, że są antyszczepionkowcami, ale dlatego, że nie chcą uczestniczyć w eksperymencie medycznym (szczepionki przeciw SARS-CoV-2 dopuszczono warunkowo do stosowania w krajach Unii Europejskiej), a ponadto obezwładnia ich zalew sprzecznych informacji na temat skuteczności szczepionek i działań niepożądanych. Czy realny jest podział społeczeństwa na dwa zwaśnione plemiona: zaszczepionych i tych, którzy się nie zaszczepili. Tych ostatnich już dotykają różnorakie ograniczenia. W jaki sposób rozmawiać ze sceptykami?

Jeśli kogoś, kto nie chce się zaszczepić, nazwę na przykład płaskoziemcem lub potencjalnym mordercą, to gram na emocjach i nie tworzę żadnej płaszczyzny do porozumienia. Podobnie, ciężko mi porozumieć się z osobami, którzy wyzywają mnie od doktora Mengele. Wręcz przeciwnie – etykietowanie nasila konflikt i prowadzi do stygmatyzacji pewnych grup społecznych. Poważny problem pojawia się wtedy, gdy z powodów pandemicznych jeden polityk w Sejmie zaczyna publicznie grozić innemu, że będzie wisiał. To podpala społeczeństwo i sprzyja niebezpiecznym zdarzeniom i atakom. Ze skrajnymi przeciwnikami wszelkich szczepień mostu nie zbudujemy, ale jest spora grupa osób niezaszczepionych, która się waha, ma wątpliwości, czy szczepionki nie powstały za szybko, nie do końca rozumie mechanizmy ich działania. Nie jesteśmy przecież narodem wysoce uświadomionym wakcynologicznie, trudno więc oczekiwać, że wszyscy nagle zrozumieją niekiedy dość skomplikowane kwestie. Pewne przekonania biorą się niekoniecznie z niewiedzy, ale też z zalewu informacji i zagubienia w tym informacyjnym chaosie. Autoryzacja szczepionek rzeczywiście została przyspieszona. Hasło „autoryzacja warunkowa" wymaga wyjaśnienia. Nie do końca wiemy, jak trwała jest odporność po wakcynacji. O tym trzeba rozmawiać, tłumacząc przy okazji, czym są szczepionki mRNA i jaki jest mechanizm działania tych innowacyjnych rozwiązań. Przewrotnie powiem, że zaszczepienie przeciw COVID-19 ponad połowy polskiej populacji uważam za sukces. Owszem, im więcej tym lepiej, ale to naprawdę jest niezły wynik, biorąc pod uwagę niedostatki w edukacji, podatność na manipulację, obserwowane przed pandemią spadające ogólne zaufanie do szczepień, do czego przyczyniały się dochodzące coraz częściej do głosu zorganizowane grupy

antyszczepionkowców, czy wreszcie brak większych doświadczeń – na poziomie narodowym – z programami szczepień osób dorosłych. Wszak szczepienia przeciw grypie nie cieszą się w Polsce taką popularnością, jak na przykład w Wielkiej Brytanii.

Warto też upowszechniać wiedzę o potrzebie budowania własnej odporności poprzez odpowiedni styl życia, zdrową dietę, aktywność fizyczną i umiejętność radzenia sobie ze stresem. Należy kształtować świadomość, że to my sami jesteśmy odpowiedzialni za swój organizm, za to, jak on zareaguje na kontakt z patogenem.

To jest ważny wątek. Obecna sytuacja powinna wyzwalać w nas energię do zmiany stylu życia. Badania wskazują, że jest w społeczeństwie grupa osób, które w obliczu zagrożenia epidemicznego, choroby wirusowej, w odpowiedzi na którą ogromną rolę odgrywa układ immunologiczny, postanowiły zmienić coś w swoim życiu na lepsze: postawiły na lepsze odżywianie, większą aktywność fizyczną. Większość Polaków zareagowała jednak zupełnie inaczej. Badania, które prowadziliśmy, wykazały, że osoby źle odżywiające się na ogół nie zmieniły niezdrowej diety, osoby z problemami z wagą tyły, a osoby z niedowagą traciły na masie ciała. Okazało się, że trudna sytuacja epidemiczna wzmacnia wcześniej występujące problemy.

Alkoholicy spożywali więcej alkoholu, palacze palili więcej papierosów...

Pandemia to wielki wzmacniacz wcześniej istniejących problemów, również na poziomie indywidualnym. Sam doświadczyłem stresu i tego, jak trudno jest przemienić go na pozytywne działanie. Wróciłem do papierosów, które rzuciłem po otrzymaniu drugiej dawki szczepionki - śmiałem się, że to taki jej skutek uboczny. To jest lekcja, którą należy wyciągnąć z czasów pandemii: możemy zadbać o poprawę stanu zdrowia populacji, podejmując na przykład działania systemowe, zwiększając wydatki na rozwój opieki medycznej itd., ale istotne jest również szerzenie świadomości, że po części los człowieka spoczywa w jego rękach, że są pewne czynniki modyfikowalne w życiu człowieka, związane z dietą, aktywnością fizyczną... Namawiam moich studentów, aby brali udział w różnych inicjatywach społecznych, żeby istniały grupy, które pomogą bardziej wrażliwym przejść trudny okres pandemii. Radzenie sobie w przyszłości z kryzysem to jest też łagodzenie społecznego lęku. Jeżeli czujemy, że nie panujemy nad sytuacją, to stres jest najwyższy, lecz gdy mamy poczucie nawet złudnej kontroli, to stres będzie się zmniejszał. Stres połączony z izolacją rodzi skutki, które będą ciągnąć się przez wiele lat. By to udowodnić, nie trzeba odwoływać się do wyników badań na zwierzętach, prowadzonych przed pandemią. Wystarczy się rozejrzeć wokół siebie.

Biolodzy z University of Liverpool opublikowali wyniki badań sugerujące, że przyczyną odporności 10 proc. Europejczyków na wirus HIV są epidemie, które przetoczyły się przez nasz kontynent w ubiegłych wiekach. Te uodpornione osoby posiadają wariant genu (CCR5), który uniemożliwia przeniknięcie wirusa HIV do ich systemu odpornościowego. Mutacja ta stanowi również ochronę przed innymi śmiertelnymi chorobami wirusowymi. Jesteśmy potomkami tych, którym się poszczęściło, którzy przetrwali wielkie epidemie dziesiątkujące ludność Europy w minionych wiekach.

Warto dodać, że wspomniany wariant genu CCR5, który posiada około 100 mln Europejczyków, faktycznie zabezpiecza przed zakażeniem HIV, ale jedynie przed podtypem HIV_1 i tylko wtedy, gdy jesteśmy szczęśliwymi posiadaczami obu jego kopii. Zgadza się jednak, że człowiek w swojej historii poddawany był różnym presjom selekcyjnym – przez większość czasu najważniejszym czynnikiem pod tym względem był głód, ale również choroby. Dla wielu patogennych bakterii takim czynnikiem są antybiotyki, stąd z czasem wyewoluowały i zaczęły się upowszechniać na niebezpieczną skalę szczepy antybiotykooporne. Jeżeli moglibyśmy się cofać w czasie, pokolenie po pokoleniu, to uświadomilibyśmy sobie, że jesteśmy potomkami tylko tych, którzy mieli przystosowania, by przetrwać w danym czasie i warunkach i zdołali się rozmnożyć. Chciałbym jednak, byśmy nie stosowali darwinizmu społecznego, którego na marginesie brzydził się również Karol Darwin. Jeżeli możemy pomóc bardziej podatnym na zagrożenia, to zróbmy to. Z COVID-19 moglibyśmy poradzić sobie, puszczając wirusa na żywioł, umieraliby słabsi, głównie schorowaniu i starsi, bez względu na poglądy czy przynależność polityczną. My za to podajemy szczepionki, ratując życie. Paradoksem jest to, że niektórzy nazywają nas za to mordercami.

Czy czeka nas sanitarna segregacja? Czy pojawi się społeczność wykluczonych, niezaszczepionych przeciwko COVID-19?

Nie segregujmy, tylko współpracujmy. Co prawda powoli zaczynamy już myśleć, jak kształtować życie społeczne i zawodowe w oparciu o status zaszczepienia, ale można mieć wątpliwości, czy to kształtowanie jest obecnie uzasadnione. Poza tym, chodzi o to, by było bezpiecznie, prawda? Można zorganizować wydarzenie, na które wejdą tylko zaszczepieni, ozdrowieńcy lub osoby, które wykonają test antygenowy tuż przed wydarzeniem i wynik będzie negatywny. Z takim właśnie podejściem trasę koncertową w USA rozpoczęli Rolling Stonesi. Kto jak kto, ale oni akurat doskonale wiedzą, jak przetrwać - za rok obchodzić będą 60-lecie istnienia. W Polsce natomiast zadbajmy o edukację. Internetowe kanały komunikacji nie wystarczą. Najczęściej przecież nie chcą się szczepić osoby starsze, które nie mieszkają w dużych miastach, nie korzystają z Internetu. W mojej opinii potrzebne byłyby naprawdę nieduże środki finansowe na współpracę z samorządami, lekarzami, na obwoźną edukację, budowanie więzi porozumienia. Żyjemy w czasach kapitalizowania się na polaryzacji społecznej, więc mnie zupełnie nie dziwi, że podpala się nas przeciwko sobie.

PANDEMIA TO WIELKI WZMACNIACZ WCZEŚNIEJ ISTNIEJĄCYCH PROBLEMÓW, RÓWNIEŻ NA POZIOMIE INDYWIDUALNYM. SAM DOŚWIADCZYŁEM STRESU I TEGO, JAK TRUDNO JEST PRZEMIENIĆ GO NA POZYTYWNE DZIAŁANIE

Koronawirus może zainfekować nie tylko nasze płuca, ale i głowy, czyli społeczną świadomość i resztki społecznej racjonalności. Na przykład włoski filozof Giorgio Agamben ogłosił, że wirusa nie ma albo że jest on w istocie zupełnie niegroźny i służy tylko za pretekst do wprowadzenia jeszcze głębszego stanu wyjątkowego przez zachodnie rządy, które tylko udają, że są za wolnością. Na początku lat 80. ten argument zastosował Michel Foucault, w dużej mierze mistrz Agambena, przeciw istnieniu wirusa HIV. Tak samo jak Agamben twierdził, że AIDS jako choroba odwirusowa została wymyślona, żeby być narzędziem walki z mniejszością homoseksualną. Po czym sam na AIDS zmarł. Część młodych anarchizujących wyznawców Agambena rzuciła wyzwanie rzeczywistości i łamie wszystkie pandemiczne zakazy.

Istnienie HIV kwestionował również prof. Peter Duesberg, który miał bezpośredni wpływ na antynaukowe decyzje administracji Thabo Mbeki, byłego prezydenta RPA. Jak oszacowano, miały one wpływ na setki tysięcy zakażeń i zgonów, którym można było zapobiec. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń pandemicznych, także tych związanych z dezinformacją, należałyby się zastanowić się, jaka powinna być odpowiedzialność osób, które w przestrzeni publicznej wypowiadają informacje sprzeczne z dowodami naukowymi. Często robią to intencjonalnie, a nie z niewiedzy. Wobec niektórych grup zawodowych, na przykład w środowisku lekarskim, łatwiej jest wyciągnąć konsekwencje, natomiast trudniej to zrobić w środowisku stricte naukowym. Demokracja gwarantuje wolność słowa, ale nie wolność od odpowiedzialności za te słowa, na przykład za rozpowszechnianie informacji, że szczepionki są produkowane w celu depopulacji czy spowodowania bezpłodności u młodych osób. Takich ataków dezinformacyjnych w przestrzeni medialnej, a zwłaszcza w przestrzeni mediów społecznościowych, jest ogrom. A one nie chcą z tym, niestety, nic zrobić, ponieważ są to materiały kontrowersyjne, charakteryzujące się dużą popularnością, co powoduje, że użytkownicy mediów społecznościowych spędzają więcej czasu w sieci, korzystając z tych platform. Czy nam taka wolność odpowiada?

W wielu krajach Europy coraz większym poparciem cieszą się ruchy sprzeciwu wobec nadmiernych i nie zawsze uzasadnionych obostrzeń. Pojawiają się zarzuty, że władza wykorzystuje ten biopolityczny skarb, jakim jest pandemia, i podkręca obostrzenia, ograniczające swobody obywatelskie i rujnujące gospodarkę.

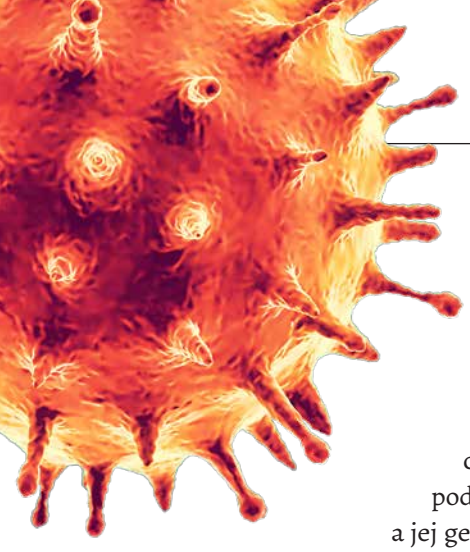
Czas pandemii umożliwił wprowadzenie narzędzi kontroli doraźnej, między innymi do rozwiązywania sytuacji konfliktowych czy niekorzystnych dla władzy. Przetestowano różne narzędzia i metody. Okazało się, że można bardzo ograniczyć nasze

prawa i swobody, co jest oczywiście niebezpieczne. Ale niebezpieczne są także błędne decyzje polityków lub zaniechania. Na skutek lekceważenia sytuacji pandemicznej doprowadza się do wzrostu liczby zakażeń, a działania podejmuje się dopiero wtedy, gdy określony wariant wirusa staje się „medialny".

Toczy się spór o pochodzenie wirusa SARS-CoV-2. W analizach sekwencji materiału genetycznego SARS-CoV-2, wykonanych przez zespół dr. Kristiana Andersena, stwierdzono, że wirus ten nie został wygenerowany sztucznie w laboratorium. Tymczasem prof. Angus Dalgleish z uniwersytetu w Londynie i wirusolog dr Birger Sørensen twierdzą, że koronawirus SARS-CoV-2 został sztucznie zmodyfikowany w laboratorium. Zmiany mają być efektem procedur typu gain-of-function, które mają w celach badawczych zwiększać zakaźność i zjadliwość wirusów. Badacze mieli trudności z opublikowaniem swych ustaleń, borykali się z cenzurą w mediach społecznościowych. Czy możemy mówić o kryzysie zaufania do wiedzy naukowej?

Wcześniejsze doświadczenia z koronawirusami SARS-CoV i MERS-CoV wskazywały na to, że SARS--CoV-2 ma pochodzenie naturalne. Z prowadzonych przed pandemią COVID badań ß-koronawirusów występujących u nietoperzy wynika, że w rezultacie rozmaitych mutacji, powstających losowo, może dochodzić do zmian, które czynią dany szczep lepiej zaadaptowanym do nowego gospodarza, w tym do człowieka. Prowadzone były również badania molekularne, które wskazywały na dosyć wysoki stopień podobieństwa SARS-CoV-2 do niektórych znalezionych wcześniej ß-koronawirusów wyizolowanych z nietoperzy. Początkowo założono dwa możliwe scenariusze. Pierwszy zakładał, że doszło do bezpośredniej transmisji na drodze nietoperz-człowiek. Drugi przewidywał udział ogniwa pośredniego – pangolinów (łuskowców). Badacze, którzy skupili się tylko na budowie domeny wiążącej receptor (RBD), odgrywającej istotną rolę u wszystkich koronawirusów we wnikaniu do komórki, wykazali bardzo wysoki stopień podobieństwa koronawirusów związanych z pangolinami do SARS-CoV-2. To po części wskazywało, jak mogło dojść do transmisji, w wyniku pewnych późniejszych adaptacji, na drodze łuskowiec (pangolin) - człowiek. Kiedy jednak przeprowadzono analizę całych genomów koronawirusów łuskowców i SARS-CoV-2, okazało się, że podobieństwo wahało się, w zależności od badań, od 85 do 92 proc. To za mało, by pokazywać palcem na łuskowce. Nie zidentyfikowaliśmy gatunku zwierzęcia, które stało za transmisją na człowieka, lecz to nie znaczy, że ten wirus wyciekł z laboratorium. Prawdopodobieństwo, że mogło dojść do wycieku laboratoryjnego na skutek konstrukcji tego patogenu od podstaw, jest mało realne i skrajnie nieprawdopodobne. Mogło natomiast dojść do wycieku wersji wirusa już zmodyfikowanego w laboratorium na drodze badań gain-of-function, które polegają na nadawaniu patogenom nowych właściwości, na przykład zdolności do infekowania ludzkich komórek. Te badania mogą wzbogacić naszą wiedzę na temat możliwości ewolucyjnych i adaptacyjnych wirusów, ale niewątpliwie są obarczone ryzykiem wyprodukowania patogenów bardziej niebezpiecznych, które w razie wycieku z laboratorium stanowiłyby ogromne zagrożenie dla człowieka. Niemniej jednak główny dowód na to, że SARS-CoV-2 jest rezultatem badań gain-of-function, na który powołują się zwolennicy takiego scenariusza, na

afw



przykład senator Rand Paul, prowadzi do publikacji badań nad konstrukcją chimery koronawirusów SHC014 i MA15 w laboratorium w Wuhan. Postanowiłem to sprawdzić przy pomocy analizy BLAST. Na poziomie całego genomu otrzymana chimera podobna jest do SARS-CoV-2 w 82 proc., a jej gen białka kolca jest podobny do tego u SARS-CoV-2 jedynie w 79 proc. Dla laika może to wydawać się dużo, ale to są jednak tak ogromne różnice, że nie sposób sugerować, iż SARS-CoV-2 pochodzi od takiej chimery.

Ustalenie źródła pandemii ma ogromne znaczenie dla nauki, medycyny i globalnego bezpieczeństwa. Błędem było zamknięcie dyskusji nad pochodzeniem koronawirusa SARS-CoV-2 na skutek eksperymentów i modyfikacji. Na pewno istotnym problemem jest nieudostępnianie przez Chiny danych z początkowego okresu rozprzestrzeniania się koronawirusa.

Problemem jest brak transparentności ze strony Chin, które pewne działania spowalniały. Wiemy, że pierwsze próby sekwencjonowania genomu koronawirusa zidentyfikowanego u chorych w Wuhan przeprowadzono już 27 grudnia 2019 r. Wkrótce po opublikowaniu w Chinach w pierwszych dniach stycznia 2020 r. informacji na temat nowego wirusa na długie tygodnie zablokowano dostęp do bazy internetowej. Chiny ewidentnie grały na zwłokę. Nie współpracowały ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO). Przedstawicielom tej organizacji odmówiono dostępu do Instytutu Wirusologii w Wuhan, w którym prowadzono badania finansowane między innymi przez instytucje amerykańskie i Unię Europejską. Nie wiemy, czy w Wuhan prowadzono zakazane w USA badania gain-of-function. Jest wiele wątpliwości, które być może nigdy nie zostaną wyjaśnione. Należałoby też sprawdzić inne tropy. Na przykład pod koniec 2019 r. wirus SARS-CoV-2 zdiagnozowano u pacjenta we Francji. Badania przeprowadzone na próbkach ścieków z okolic Barcelony, pobranych w marcu 2019 r., wykazały występowanie materiału genetycznego SARS-CoV-2.

W próbkach pobranych we Włoszech między wrześniem 2019 r. a lutym 2020 r. podczas badań przesiewowych w kierunku raka płuc odkryto przeciwciała przeciwko SARS-CoV-2. Na podstawie analizy filogenetycznej tego wirusa genetyk Peter Forster stwierdził, że SARS-CoV-2 musiał się skutecznie rozprzestrzeniać wśród ludzi od połowy września do grudnia 2019 r.

Nowy patogen po transmisji do nowego gospodarza na ogół nie jest od razu wysoce patogenny. W początkowym okresie wirus był bardzo słabo zaadaptowany do nowego gospodarza, dlatego był niezauważalny. Ledwo co dawał radę się namnażać w ludzkich komórkach tak, by transmitować się na drodze człowiek – człowiek, nie mówiąc już o powodowaniu jakichkolwiek symptomów klinicznych. Wirus SARS-CoV-2 cyrkulował, a my nie mieliśmy świadomości o jego istnieniu. Jestem przekonany, że w Europie był już w pierwszej połowie roku 2019. Z czasem, rozwijając się na skutek losowych mutacji, adaptował się coraz lepiej i w końcu rozwinął się tak dobrze, że mógł wywoływać zakażenia istotne klinicznie. Wówczas usłyszeliśmy o nim, ponieważ do szpitali zaczęli trafiać ludzie, którzy się dusili. To pewna przeciwwaga dla hipotezy wycieku laboratoryjnego, lecz nie jest bardzo medialna. To dziwne, bo przecież nie mówimy o tym na podstawie domysłów, tylko wyników opublikowanych badań. Być może po prostu lepiej sprzedaje się to, co sensacyjne?

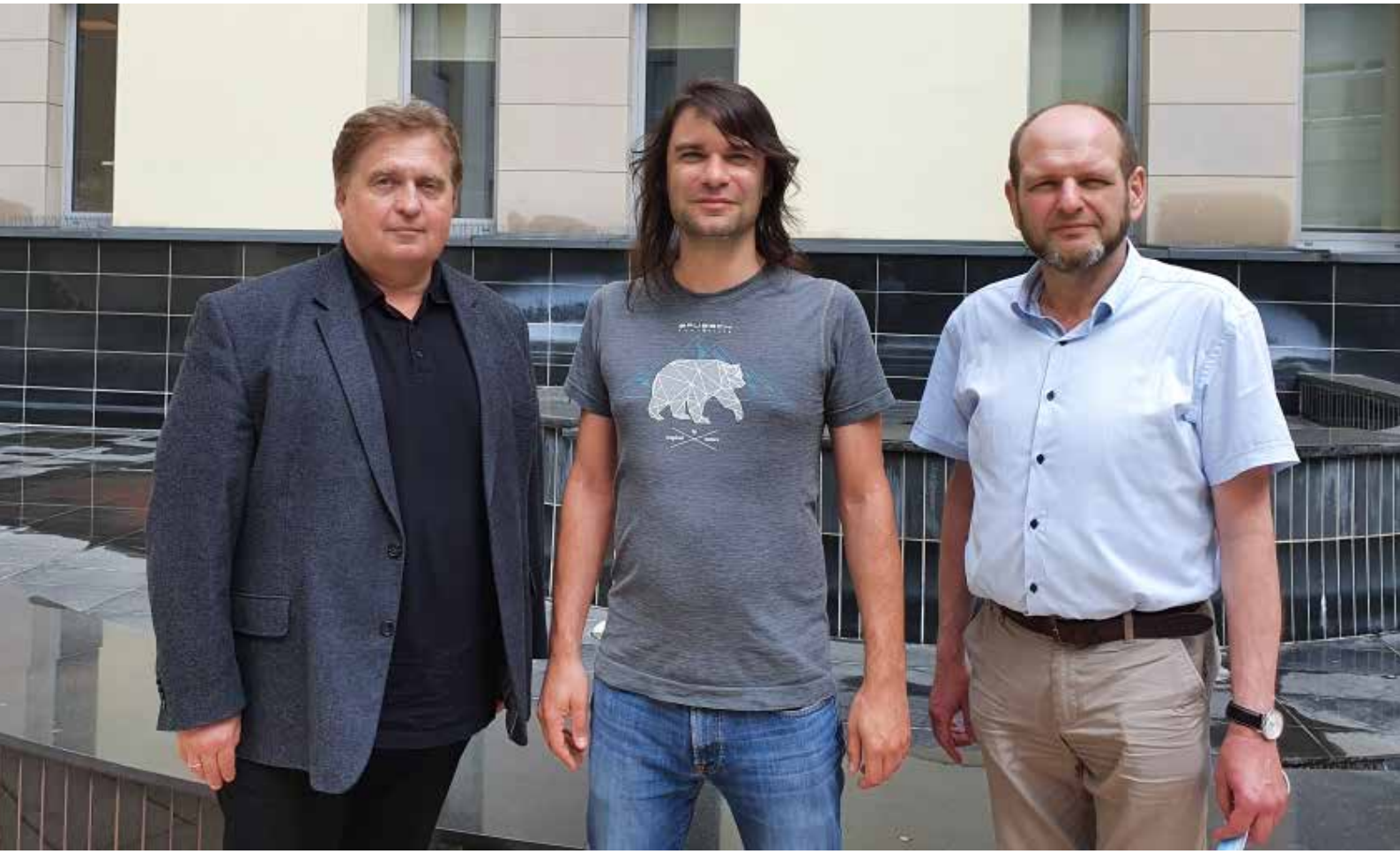
Epidemie zmieniają życie jednostek, a nawet bieg historii. Coraz częściej zadajemy sobie pytanie, jaki będzie świat po pandemii koronawirusa. Czy będzie to jedna z wielkich epidemii, które miały wpływ na przebieg dziejów, jak ta w starożytnych Atenach, której ofiarą padł Perykles, czy choroba pustosząca Cesarstwo Rzymskie za dynastii Antoninów? Zaraza Galena z okresu panowania Marka Aureliusza poważnie nadwątliła Imperium Rzymskie, rujnując jego zasoby demograficzne, gospodarcze i militarne. Czy pandemia COVID 19 jest katalizatorem upadku Zachodu na arenie międzynarodowej? Co nas czeka na płaszczyźnie społecznej (wirtualizacja relacji), gospodarczej (widmo globalnego kryzysu) i zdrowotnej (long COVID)?

Wirusy towarzyszą nam od zarania dziejów, ale to nie znaczy, że powinniśmy je lekceważyć. Nasz świat jest ciągle zmieniany przez człowieka. Postępuje globalizacja, urbanizacja, rośnie liczba ludności. Wkraczamy na tereny nowe, wcześniej nie zajmowane przez człowieka, co wpływa na nasz kontakt z dzikimi zwierzętami. Wycinamy cenne dla równowagi klimatycznej lasy, by uprawiać ziemię

i produkować paszę dla zwierząt hodowanych w warunkach przemysłowych. Pewnych przemian cywilizacyjnych nie powstrzymamy. Dalszy rozwój społeczno-gospodarczy powinniśmy jednak ukierunkować tak, aby minimalizować ryzyko niepokojących zdarzeń. Jeśli wiemy, że do transmisji potencjalnie niebezpiecznych nowych wersji patogenów dochodzi zarówno w kontakcie ze zwierzętami dzikimi, jak i hodowlanymi, to należy zacząć działać tak, aby to ryzyko zmniejszyć. W przypadku zwierząt dzikich konieczne jest zdecydowane ograniczenie handlu. W kontekście hodowli zwierząt także trzeba wprowadzić pewne zmiany, związane z bezpieczeństwem sanitarnym w miejscach hodowli, ponieważ często są one miejscem rozwoju różnych chorób. Powinniśmy też szukać innych metod produkcji mięsa. Dobrą alternatywą dla współczesnej produkcji mięsa byłoby produkowanie go pozaustrojowo, z komórek pobranych biopsyjnie od zwierząt, a następnie odpowiednio hodowanych, różnicowanych i strukturyzowanych w tkanki. Do tego procesu wykorzystuje się metody inżynierii tkankowej. Dzięki takim metodom nie ma konieczności tworzenia wielkich hodowli przemysłowych, nie potrzeba wielkoobszarowych upraw rolnych oraz ogromnych nakładów związanych z nawozami, wodą i pestycydami. Produkcja jest przewidywalna, wynosi 3 tygodnie i produkt jest gotowy. Jednocześnie minimalizujemy ryzyko epidemiczne. Musimy szykować się na większe kryzysy niż obecny, związany z pandemią. Spójrzmy na modele klimatyczne. To nie jest perspektywa, która napawa optymizmem, ale powinna ona być energią wyzwalającą do podjęcia określonych działań.

Serdecznie dziękujemy za rozmowę.

Rozmawiali EUGENIUSZ JAROSIK i STEFAN PIECHOCKI
„Farmacja Wielkopolska"
Współpraca: ANNA JAROSIK



REDAKTOR NACZELNY „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ" EUGENIUSZ JAROSIK, DR HAB. PIOTR RZYMSKI I DR. N. FARM. STEFAN PIECHOCKI afw

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

W ZGODZIE Z PROCEDURĄ

Usystematyzowanie sposobu wykonywania czynności i przebiegu procesów w formie spisanych procedur to zwykle pierwszy etap w tworzeniu systemu zapewnienia jakości.

Gdy w kwietniu 2021 r. weszła w życie ustawa o zawodzie farmaceuty, środowisko aptekarskie w naszym kraju nie kryło zadowolenia, że ten z dawna wyczekiwany akt prawny stał się w końcu faktem. Jak to zwykle bywa w ważnych momentach, pozytywne odczucie miejscami mieszało się z obawą o to, co w praktyce przyniosą zmiany. Tematem rodzącym liczne zapytania była zmiana art. 88 ustawy Prawo farmaceutyczne, wprowadzona właśnie przez ustawę o zawodzie farmaceuty. Zmiana ta przyniosła liczne nowości w obowiązkach kierownika apteki, w tym konieczność wdrożenia procedur.

Z perspektywy kilku miesięcy, które upłynęły od wejścia w życie wspomnianej ustawy, temat procedur w aptece nie budzi już takich emocji. Jedną z przyczyn uspokojenia nastrojów środowiska była z pewnością publikacja gotowych do wykorzystania wzorów dokumentów procedur, przygotowywanych zarówno przez izby aptekarskie, jak i prezentowanych komercyjnie przez podmioty specjalizujące się w szkoleniach i wsparciu aptekarzy. Jednak procedury to nie tylko sama dokumentacja, a ich wdrożenie to nie tylko kwestia wpisania nazwy placówki do wzorców i ich wydruk.

Papier czy proces?

Czym więc jest procedura, jeśli nie tylko „papierem", który trzeba napisać, podpisać i schować do segregatora, wyciąganego nie częściej niż podczas urzędowej kontroli? Najlepiej i najprościej na to pytanie odpowiada…. słownik języka polskiego, definiując procedurę jako „określone reguły postępowania w jakiejś sprawie". W tej definicji nie ma słowa o dokumencie i dokumentowaniu. Procedura to sposób postępowania, a więc wykonanie danych czynności w ustalony sposób. Procedura to tak naprawdę działanie.

Czy zatem przed wejściem w życie ustawy o zawodzie farmaceuty nie było w aptekach procedur? Odpowiedź na to pytanie brzmi: oczywiście, że były, zawsze, w zasadzie od samego początku, bo taka jest immamentna cech aptekarstwa i całej farmacji – postępowanie według ustalonych reguł. Określone zasady podczas sporządzania leków recepturowych, taksacja recept, obsługa

www.stock.adobe.pl

pacjenta to wszystko są niezmienne od wielu lat, niekwestionowane zasady wykonywania czynności fachowych w aptece.

A „procedury", o których teraz tak głośno dyskutujemy, to nic innego jak wtórna sprawa spisania naszych czynności w formie dokumentu. Można zapytać: „po co?", ale przecież wszyscy wiemy, jak bardzo potrzebujemy skodyfikowania zasad postępowania, nawet jeśli są one oczywiste. Czym bowiem jest prawo, jeśli nie właśnie spisaniem powszechnie akceptowanych zasad postępowania?

PROCES POWOŁYWANIA DO ŻYCIA PROCEDUR JEST SWOISTĄ INWENTARYZACJĄ ZASAD POSTĘPOWANIA PRZY DANEJ CZYNNOŚCI, W RAMACH KTÓREJ WSPÓLNIE USTALA SIĘ OKREŚLONY PORZĄDEK REGUŁ

Tworzenie procedur

Nawet jeśli uznamy, że pewne zasady postępowania istnieją „od zawsze", w praktyce procedury mają jednak swój cykl życia. Stworzenie procedury lub całego ich systemu polega właśnie na spisaniu tych zasad i jest swoistym punktem wyjścia. W tym miejscu pojawiają się gotowe do wykorzystania wzorce. To cenne, że można z nich skorzystać, jednak warto zwrócić uwagę, że procedury powinny zostać zindywidualizowane, uwzględniające specyfikę danej jednostki, placówki, przedsiębiorstwa. Wynika to z prostego faktu, że w każdym miejscu przebieg procesów i sposób podejmowania działań jest nieco odmienny, bazujący na lokalnych uwarunkowaniach i preferencjach personelu itp. Zatem wzorce procedur jak najbardziej niech nam służą, ale nie jako gotowiec, na którym

wystarczy wyłącznie przystawić pieczątkę, lecz jako swoisty przewodnik sposobu stworzenia własnych procedur. Wzorzec może posłużyć jako lista kontrolna punktów i czynności do opisania w procedurze, a także jako gotowy układ graficzny dokumentu procedury. Jednak dokładna treść musi zostać skonfrontowana z realiami miejsca i procesu, których owa procedura dotyczy.

Tworzenie procedur nie może odbyć się bez wewnętrznej dyskusji, konsultacji z personelem, który realizuje codziennie opisywane procedurą czynności. To ci ludzie najlepiej wiedzą, co, jak i w jakiej kolejności należy wykonać. Proces powoływania do życia procedur jest więc swoistą inwentaryzacją zasad postępowania przy danej czynności, w ramach której wspólnie ustala się porządek reguł.

Wdrożenie dokumentów i zasad

Nowo utworzona procedura, czyli właściwie mówiąc, nowo spisane w formie dokumentu zasady, muszą wejść w życie również z uwzględnieniem określonych reguł postępowania. Należą do nich zatwierdzenie dokumentu przez odpowiednio umocowaną osobę – kierownika, a następnie należyte skomunikowanie faktu pojawienia się nowej procedury.

Taka komunikacja to nie tylko poinformowanie o fakcie, ale również – a może przede wszystkim – przeszkolenie personelu, którego dana procedura dotyczy, z zasad w niej określonych i spisanych. Szkolenie powinno odbyć się w określonych ramach czasowych, najlepiej w trakcie tzw. vacatio legis, czyli okresie pomiędzy zatwierdzeniem finalnej treści procedury a określoną datą jej obowiązywania – tak aby już z pierwszym dniem po wejściu w życie jej użytkownicy posiadali stosowną wiedzę. Szkolenie powinno zostać udokumentowane na przykład listą obecności. Jeśli zasadne, można przeprowadzić również udokumentowane sprawdzenie przyswojenia nowych informacji, chociażby w formie krótkiej ankiety wewnętrznej czy testu.

Analogiczne postępowanie powinno być uruchamiane każdorazowo przy zmianach zasad opisanych w procedurach i odpowiadających im zmianach

www.stock.adobe.pl

w treści tych dokumentów – czyli zatwierdzenie, skomunikowanie i przeszkolenie. Tym samym warto zauważyć, iż dokumenty procedur powinny być wersjonowane i że należy wdrożyć zasady usuwania i archiwizowania nieaktualnej dokumentacji.

Do używania czy do schowania?

Wdrożenie procedury to zawsze mały sukces z perspektywy zarządzania jakością, jednak to wcale nie koniec pracy. Procedur nie spisujemy bowiem „dla zasady" ani wyłącznie w celu zabezpieczenia się przed potencjalnym pytaniami o nie podczas urzędowej kontroli – ich celem nie jest trafienie do szafy. Procedury w postaci spisanych zasad i reguł postępowania są żywe i w przedsiębiorstwie z celowym i rzetelnie wprowadzonym systemem jakości przydają się w co najmniej kilku sytuacjach.

Przede wszystkim stanowią odnośnik do właściwego codziennego postępowania i w związku z tym powinny służyć nam zawsze wówczas, gdy rodzą się pytania dotyczące podjęcia prawidłowych decyzji i działań. Są też podręcznikiem wdrożenia dla nowych pracowników, według którego można – a nawet należy – przeprowadzić formalne szkolenie, a ponadto stanowią skrypt dla początkujących w naszym zespole.

Procedury stanową również odnośnik pożądanych reguł podczas prowadzenia audytu wewnętrznego, a ten – jak wiemy – stał się wraz z wejściem w życie ustawy o zawodzie farmaceuty jednym z corocznych obowiązków kierownika apteki. Sztuka audytowania polega właśnie na porównaniu stanu faktycznego z zasadami wyartykułowanymi nie tylko w aktach prawnych, ale i w wewnętrznej dokumentacji placówki, a więc z zapisami procedur.

Co dalej, czyli cykl życia procedury

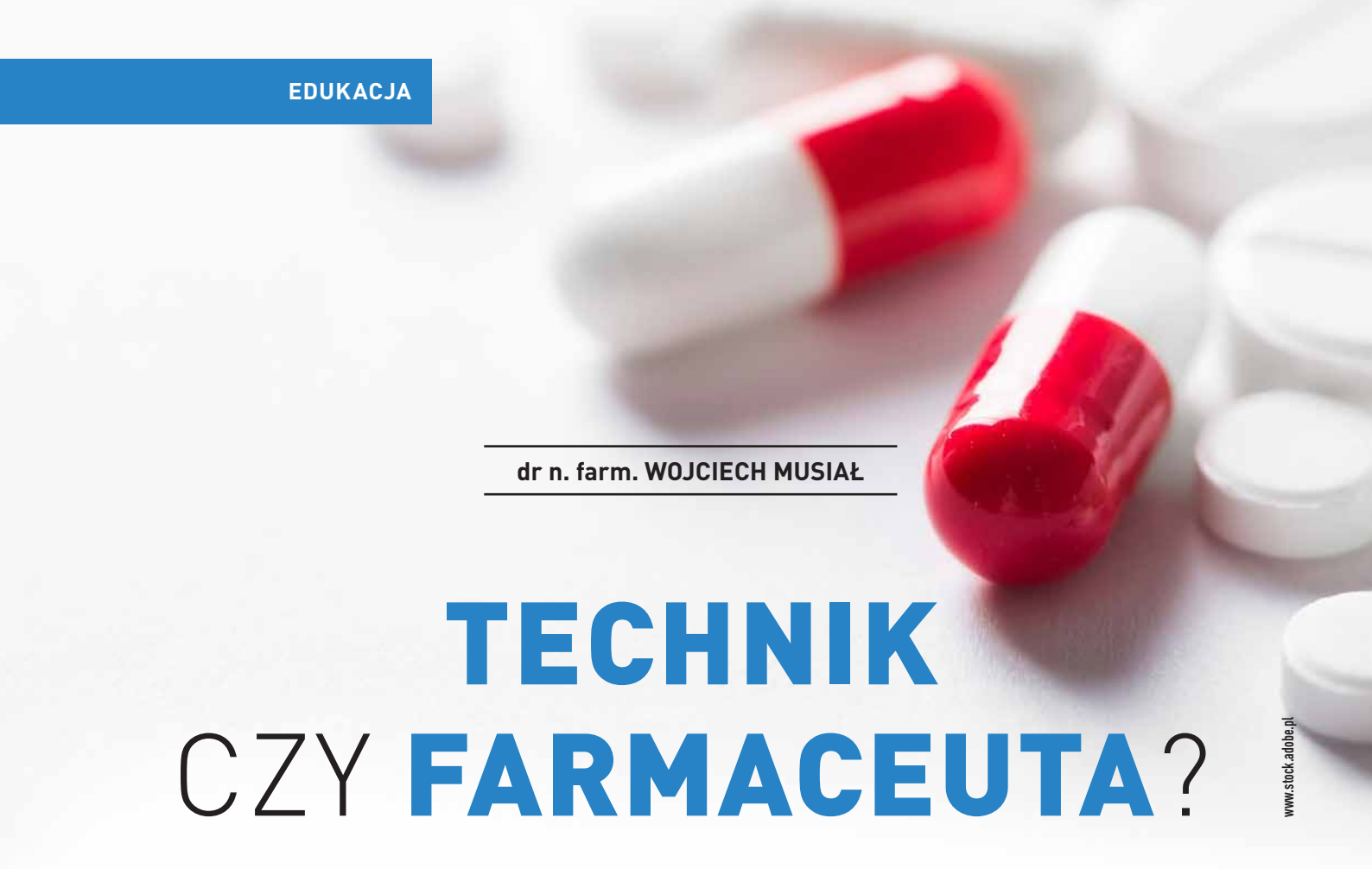
Opracowana przez nas, a następnie wdrożona i używana dokumentacja podlega naturalnemu cyklowi swojego życia, zatem i na nią raz po raz przychodzi kres. Krótko mówiąc, spisane przez nas reguły w postaci procedur nigdy nie będą wieczne ani niezmienne. Wraz ze zmieniającym się otoczeniem, zwłaszcza prawnym – a to, jak wiemy, w farmacji nie należy do rzadkości – procedury się dezaktualizują. Utrata aktualności zapisów może wynikać także z wewnętrznych zmian organizacyjnych. Czasem zauważamy też, że nasze postępowanie w danej czynności czy procesie uległo naturalnym modyfikacjom i nie jest już należycie odwzorowane w posiadanej dokumentacji. W związku z powyższym w prawidłowo skonstruowanym systemie zapewnienia jakości ustala się regułę rządzącą cyklicznym przeglądem procedur. Jeśli wynik przeglądu wskaże na konieczność aktualizacji, kolejna – nowa – wersja naszego dokumentu podlega takiemu samemu cyklowi, tj. od wdrożenia, przez szkolenia, aż po zastosowanie i kolejny przegląd. Warto przy tym wspomnieć, że wcześniejsze wersje podlegają archiwizacji, tak by zachować ciągłość naszego systemu jakości.

Pierwszy krok do Dobrej Praktyki

Usystematyzowanie sposobu wykonywania czynności i przebiegu procesów w formie spisanych procedur to zwykle pierwszy etap w tworzeniu systemu zapewnienia jakości. W farmacji funkcjonuje kilka takich systemów, wyspecjalizowanych na poszczególnych etapach cyklu życia leku: od badań klinicznych przez produkcję aż po dystrybucję hurtową – to tzw. dobre praktyki, znane pod skrótowcami „GxP" (od angielskiego określenia „Good {...} Practice"). Wspomniana we wstępie nowelizacja art. 88 ustawy Prawo farmaceutyczne wnosi pewne aspekty znane z wyżej wymienionych dobrych praktyk do etapu dystrybucji detalicznej. Poza omawianymi w tekście procedurami są to też takie zadania kierownika apteki, jak: zatwierdzanie struktury organizacyjnej i opisów stanowisk, szkolenia personelu, dokumentowanie obrotu, weryfikowanie uprawnień dostawców i odbiorców czy wreszcie prowadzenie regularnych kontroli wewnętrznych. Niewątpliwie to pierwszy krok do wdrożenia Dobrej Praktyki Aptecznej.

afw

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.



dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

TECHNIK CZY FARMACEUTA?

Toczy się spór o model funkcjonowania polskiej apteki

„Farmaceuci mają przed sobą świetlaną przyszłość". Klasyczny syndrom wyparcia faktów i zamknięcia się w urojonej rzeczywistości? Zaklinanie rzeczywistości na zasadzie, że kłamstwo powtórzone wielokrotnie staje się prawdą? Czy może zwykła prowokacja?

W tle hurraoptymizmu zarządu Naczelnej Izby Aptekarskiej przemykają w medialnej ciszy bardzo niepokojące zdarzenia, których upublicznienie pozwala zastanowić się, jaka w rzeczywistości nas, aptekarzy, przyszłość czeka. Oto przykład. W lipcu tego roku Izba Gospodarcza Właścicieli Punktów Aptecznych i Aptek wystąpiła z propozycją, by co najmniej połowę czasu pracy w aptece mógł być w niej obecny **tylko** technik z piętnastoletnim stażem pracy. Ma to być propozycja rozwiązania PROBLEMU

braku farmaceutów w aptekach. To wszystko, rzecz jasna, dla dobra klientów (bo raczej nie pacjentów) aptek. Dla mnie takie działanie jest kolejną niebezpieczną ofensywą, która wpisuje się w postępujący proces eliminacji farmaceutów z aptek.

Wszelkie próby rozdzielenia ról technika farmaceutycznego i magistra farmacji kończą się zwykle awanturami i zarzutami pod adresem magistrów farmacji o dyskredytowanie techników i uprzedzenia względem nich. Wrzask, jaki przy tym jest czyniony, na przykład o toksycznych relacjach magister-technik, skutecznie uniemożliwia rzeczową dyskusję – dyskusję nad kwalifikacjami techników, rolą, jaką pełnią i umiejscowieniu ich w przyszłości w aptece. Proszę zauważyć, że przez ostatnie co najmniej 20 lat poważni inwestorzy detalicznego rynku aptecznego zrobili bardzo wiele, aby sprowadzić rolę apteki do sklepu. Trzeba tu zauważyć wielki wkład funduszy inwestycyjnych, które zarządzają sieciami aptek i prowadzą skuteczną politykę maksymalizacji zysku.

Otóż co dla właściciela liczy się u sprzedawcy najbardziej? Nie wiedza „poboczna" z zakresu farmakologii, interakcji czy budowy leków, bo tej nie sprzeda, ale sprawna i efektywna sprzedaż. A ta zależy od umiejętności szybkiej obsługi programu aptecznego, znajomości rozkładu produktów na półkach oraz umiejętności rozmowy z klientem, pozwalającej na wciśnięcie dodatkowych produktów (sprzedaż komplementarna).

Od początku XXI wieku zaczął się boom na technika farmaceutyczne, które zaczęły powstawać jak grzyby po deszczu jako prywatne, komercyjne przedsięwzięcia edukacyjne. W 2014 r. zapadła decyzja o zaprzestaniu kształcenia techników farmaceutycznych. Był to niewątpliwy sukces NIA pod prezesurą Grzegorza Kucharewicza.

> Nie istnieje żaden rzetelny system weryfikowania kwalifikacji kadry prowadzącej zajęcia ani wiedzy i umiejętności nabytych przez słuchacza technikum

Starcie z lobby edukacyjnym sprawiło, że obecne władze NIA wycofały się ze stanowiska popierającego zakończenie działalności podmiotów edukacyjnych w zakresie technik farmaceutyczny, ustępując całkowicie pola w tym zakresie interesariuszom taniej siły roboczej w polskich aptekach. Przywrócono kształcenie w zawodzie technik farmaceutyczny, które ma teoretycznie zmienioną podstawę programową i nie może odbywać się zaocznie, a jedynie w trybie dziennym. A jak wygląda rzeczywistość po tej zmianie?

Nadal chociażby można się kształcić w systemie sobotnio-niedzielnym z zahaczeniem o poniedziałek i piątek, czasem czwartek. Jest to, jak się okazuje, dozwolona interpretacja kształcenia „dziennego" od poniedziałku do piątku. Kształcenie odbywało się i nadal trwa na poziomie szkoły policealnej - nie pomaturalnej. Podstawy programowe zawarte są w przepisach dotyczących kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego. Nie jest więc wymagane posiadanie matury.

Instytucją, która ma pieczę nad kształceniem na tego typu kierunkach, jest kuratorium oświaty i Centralna Komisja Egzaminacyjna (CKE). Tak więc kształcenie techników farmaceutycznych podlega ogólnym przepisom dotyczącym kształcenia na poziomie szkół zawodowych czy średnich (dokładnie branżowych). Konsekwencje tego są daleko idące. Wymienię najważniejsze.

Instytucją, która ma pieczę nad kształceniem na tego typu kierunkach, jest kuratorium oświaty i Centralna Komisja Egzaminacyjna (CKE). Tak więc kształcenie techników farmaceutycznych podlega ogólnym przepisom dotyczącym kształcenia na poziomie szkół zawodowych czy średnich (dokładnie branżowych). Konsekwencje tego są daleko idące. Wymienię najważniejsze:

1. Nie istnieje nadzór merytoryczny wydziałów farmaceutycznych uniwersytetów medycznych nad kształceniem

techników w zakresie przekazywanych treści.
2. Program nauczania nie podlega weryfikacji z poziomu wiedzy akademickiej.
3. Dobór kadry dydaktycznej jest w gestii i kompetencjach organu prowadzącego kształcenie. Nie istnieje żadne kryterium doboru kadry dydaktycznej w odróżnieniu od kształcenia akademickiego.
4. Zaliczenie przedmiotów odbywa się na zasadzie analogicznej jak w przypadku szkół średnich, czyli na podstawie oceny wewnątrzszkolnej.
5. Potwierdzenie kompetencji technika po zakończeniu kształcenia odbywa się w ramach organizowanego przez CKE „Egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie technik farmaceutyczny".
6. Placówka prowadząca kształcenie dostaje dofinansowanie do każdego słuchacza. Dodatkowo bardzo często słuchacze opłacają miesięczne kilkusetzłotowe czesne.

Jakie skutki niosą za sobą podane wyżej fakty? Otóż brak nadzoru akademickiego nad treścią i sposobem kształcenia powoduje nie tylko całkowity brak możliwości weryfikacji treści realizowanych w ramach programu kształcenia, ale uniemożliwia jakąkolwiek kontrolę nad przygotowaniem merytorycznym osób prowadzących w technikach zajęcia. Nikt nie kontroluje, czy szkoły posiadają właściwe wyposażenie sprzętowe oraz pracownie do zrealizowania podstawy programowej. Ta podstawa została uregulowana rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.u.2019 poz. 991). Podstawy programowe zawodów branży opieki zdrowotnej stanowią załącznik nr 20 tego rozporządzenia.

W pracach nad podstawami programowymi nie uczestniczyły uniwersytety medyczne. Konsekwencją są liczne absurdy, które można znaleźć w omawianych dokumentach. Dla przykładu: w niektórych obszarach zakres materiału nie jest możliwy do zrealizowania na etapie kształcenia w technikach. I nie chodzi tu tylko o oczywisty brak wiedzy umożliwiający skuteczne przeprowadzenie zajęć. Placówki kształcące nie były zobligowane do posiadania niezbędnego wyposażenia, by takie zajęcia przeprowadzić! I tak chociażby analiza instrumentalna, w tym analiza GC-MS, NMR czy LC w ramach analizy leków, nie wymaga zajęć praktycznych z wykorzystaniem sprzętu, a pracownia receptury powinna posiadać aparaturę do sporządzania preparatów do żywienia pozajelitowego, dojelitowego, cytostatyków czy radiofarmaceutyków (sic!). Warto też wspomnieć o obowiązku posiadania fantomów BLS (podstawowa wierność) niemowlęcia, dziecka oraz osoby dorosłej, defibrylatora AED, refraktometru czy urządzenia do badania szybkości uwalniania.

Brak rzeczywistej kontroli wyposażenia, jakim dysponują ośrodki prowadzące kształcenie i przeprowadzające egzamin zawodowy, jest konsekwencją prostego faktu. Otóż kontrole w tym zakresie, przeprowadzane między innymi przez okręgowe komisje egzaminacyjne (placówki egzaminujące), miały charakter formalny i jednorazowy, a nie ciągły. Akceptacja ośrodków „kształcących" i „egzaminujących" odbywa się często tylko na drodze deklaratywnej, co polega na potwierdzeniu posiadania wymaganego wyposażenia. Niebagatelny znaczenie ma też fakt, że ten proceder pozwalał na ograniczenie do minimum kosztów kształcenia, gdyż ośrodek nie musiał kupować potrzebnego – zarówno do kształcenia, jak i przeprowadzenia

> Wszelkie próby rozdzielenia ról technika farmaceutycznego i magistra farmacji kończą się zwykle awanturami i zarzutami pod adresem magistrów farmacji o dyskredytowanie techników i uprzedzenia względem nich

egzaminu - kosztownego wyposażenia. Egzamin nie weryfikuje umiejętności praktycznych użycia właściwie żadnych sprzętów oprócz podstawowych utensyliów aptecznych, takich jak moździerz, zlewka, bagietka czy waga.

Wyjęcie kształcenia techników spod kontroli uniwersyteckiej skutkuje również brakiem wpływu i kontroli nad jakością przygotowania merytorycznego osób prowadzących zajęcia. Przypomnę, że kontrola wydziałów uniwersytetów medycznych przez chociażby Państwową Komisję Akredytacyjną dotyczy między innymi kompetencji wykładowców prowadzących zajęcia ze studentami. W ramach uniwersytetów medycznych funkcjonują również zespoły do spraw zapewnienia jakości kształcenia na poziomie wydziałowym i uczelnianym, mające pieczę nie tylko nad merytorycznym przygotowaniem wykładowców, ale również ich umiejętnościami dydaktycznymi, warunkami kształcenia i wyposażeniem pracowni. W przypadku techników o doborze kadry decydował organ prowadzący szkołę. Tym samym przedmioty zawodowe mogły być prowadzone przez nauczycieli szkół średnich. Jakie kompetencje w zakresie farmakologii, analizy leków czy farmakognozji posiada nauczyciel biologii czy chemii, każdy może odpowiedzieć sobie sam. Często zdarza się, że figurujący jako wykładowca magister, bez jakiegokolwiek przygotowania i doświadczenia dydaktycznego, prowadzi zajęcia, odczytując z tablicy poszczególne slajdy. Dzieje się tak z prostego powodu: nie istnieje żaden rzetelny system weryfikowania kadry prowadzącej zajęcia ani wiedzy i umiejętności nabytych przez słuchacza technikum. Za zaliczenie przedmiotu odpowiada jednoosobowo nauczyciel prowadzący przedmiot. Trudno odnaleźć (w odróżnieniu od egzaminów na poziomie akademickim) kryteria oceniania wewnątrzszkolnego.

www.stock.adobe.pl

Po zakończeniu dwuipółletniego kształcenia słuchacz przystępuje do „egzaminu

www.stock.adobe.pl

potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie technik farmaceutyczny". Nie ma on nic wspólnego z jakimkolwiek egzaminem, do którego przystępuje student farmacji w swoim kilkuletnim boju na kierunku farmacja. Egzamin dla technikum sygnowany jest logo CKE, analogicznie jak egzamin ósmoklasisty czy maturalny. Od 2007 r. wprowadzono egzaminy zewnętrzne pod szyldem CKE. Tego samego dnia ten sam test rozwiązywali słuchacze w całej Polsce. Egzamin składał się z części pisemnej (50 pytań testowych zamkniętych jednokrotnego wyboru; później tylko 40) oraz praktycznej. Ta odbywała się teoretycznie. Forma egzaminu przyjęta przez CKE miała z góry przewidywany schemat, co skutkowało tym, że niezwykle często proces kształcenia odbywał się, i trwa to do dzisiaj, pod kątem zdania egzaminu, a nie praktycznej nauki zawodu. Opanowanie zwrotów, formułek, sposobu zapisu, przewidywalność schematu oceny (klucza oceny) jest gwarancją sukcesu, czyli zdania egzaminu.

Trudno uznać, że forma testu zawierającego 40 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru umożliwia ocenę wiedzy fachowej z takich przedmiotów zawodowych, jak farmakologia, farmakognozja, technologia postaci leku i analiza leku łącznie. Można wśród nich znaleźć pytania nie tylko bez poprawnej odpowiedzi, ale i takie, w których odpowiedzi uznane za prawidłowe stoją w sprzeczności z Prawem farmaceutycznym czy wiedzą akademicką.

Część praktyczna egzaminu w latach 2007 – 2014 miała formę opisowego zadania praktycznego. W tej części słuchacz na egzaminie opisywał na kartce papieru proces wykonania mikstury, czopków czy proszków! Kuriozalny układ punktowania poszczególnych elementów sprawiał, że osoba niepotrafiąca wykonać poprawnie obliczeń była w stanie zdać egzamin. Schemat egzaminu przez lata pozostawał praktycznie bez zmian, a część ośrodków „kształcących", wykorzystując ten fakt, nie prowadziła zajęć praktycznych (pracownia receptury, analizy, farmakognozji), a jedynie w sposób wirtualny szkoliła słuchaczy z poprawnego przygotowania schematu opisu

zadania egzaminacyjnego. Mimo to zdawalność egzaminu w przedstawionej powyżej formie wynosiła i tak jedynie 50-60% w skali kraju, co już pozwala wnioskować o niskim poziomie kształcenia techników farmaceutycznych.

Zmiana formy praktyczno-teoretycznej na praktyczną dokonana została w 2014 r. Wtedy też ograniczono liczbę pytań testowych z 50 do 40. Zaowocowała ona znacznym zwiększeniem zdawalności egzaminu. I to nie z powodu nagłego podwyższenia poziomu kształcenia. W całym kraju test rozpoczyna się w tym samym dniu i o tej samej godzinie. Termin egzaminu praktycznego jest wyznaczany dla danej szkoły indywidualnie przez OKE właściwą dla miejsca działania danej szkoły. W tej części egzaminu realizowane było zawsze jedno zadanie egzaminacyjne. Drobne różnice pomiędzy jego wersjami nie wnosiły żadnych istotnych merytorycznie zmian dla przebiegu wykonania praktycznego zadania. Na przykład do wykonania w danej sesji była zawsze maść, a zmiany, w zależności od wersji zadania, polegały na przykład na użyciu zamiast wazeliny euceryny, odważeniu w miejsce kwasu salicylowego kwasu bornego lub odważeniu innej ilości tego samego składnika.

Co istotne, w czasie całej sesji egzaminacyjnej nie wprowadzano żadnych modyfikacji do treści zadań. Fakt ten jest niezwykle istotny, gdyż już po pierwszym dniu egzaminu na forach internetowych pojawiały się informacje dotyczące treści zadań egzaminacyjnych, a wkrótce po nich kompletne rozwiązania. Dochodziło więc do sytuacji absurdalnych, w których zdający uczniowie (całe grupy!) bezmyślnie wykonywali polecenia i czynności (w wielu przypadkach nieistotne lub zbędne), opisane na forach/stronach internetowych. Do takich bezmyślnych działań przy wykonaniu leku recepturowego przez całe grupy zdających zaliczyć można chociażby wielokrotne zmienianie rękawic ochronnych w czasie pracy przez osobę zdającą egzamin (pięć i więcej par, których używa się w czasie wykonania prostej niejałowej zawiesiny), czy opisywanie zlewek kolorowymi flamastrami. Warto też zauważyć, że nigdy wykonanie zadania nie wymagało użycia sprzętu drogiego czy specjalistycznego, który w recepturze aptecznej jest wymagany. Zadanie było skonstruowane tak, że do jego wykonania wystarczały podstawowe utensylia (zlewka, klisza, waga, parownica etc.). W istocie egzamin praktyczny sprowadzał się więc wyłącznie do weryfikowania umiejętności (nie wiedzy!) technika z zakresu wykonania prostej postaci leku recepturowego, takiego jak mieszanka, zawiesina czy maść. Dodatkowo bez konieczności weryfikowania niezgodności czy przekroczenia dopuszczalnych dawek lub stężeń substancji czynnych i ich korekty!

> Nie można lekceważyć działań potężnego lobby, dążącego do tego, by nas, farmaceutów, z aptek usunąć i oddać je technikom farmaceutycznym

To jeszcze nie koniec absurdów egzaminu praktycznego. Klucz oceny części praktycznej egzaminu skonstruowany jest niejasno i zawiera co najmniej „dziwne" pozycje. Jak bowiem ocenić fakt przyznawania punktów zdającemu za założenie kitla w sytuacji, gdy na egzaminie musi takowy założyć? Albo jak rozumieć sformułowanie: „w mieszance wyczuwalny jest zapach waleriany", za które przyznaje się punkty? Jak ocenić fakt „rozpuszczenia substancji w wodzie", gdy z odważonej porcji słuchacz połowę rozsypał, a ocenie podlega wyłącznie fakt rozpuszczenia, a nie rozpuszczenia określonej ilości. Jak interpretować „zachowanie porządku w czasie pracy"? Takie pytania można mnożyć. Dotyczą one również zagadnień dużo poważniejszych. Otóż w sytuacji odważenia dziesięciokrotnie większej bądź mniejszej niż wymagana ilości substancji czynnej, zdający, mimo uzyskania stężenia czy dawki toksycznej lub poniżej terapeutycznej, nie zostawał dyskwalifikowany na egzaminie, a jedynie nie dostawał punktów za odważenie „prawidłowej" (ściśle określona wartość) ilości składnika. Sama ocena ważenia nigdy nie dotyczyła wszystkich, a tylko wybranych składników leku, w wyniku czego osoba, która źle lub

wcale nie odważyła składnika, nie ponosiła za to praktycznie żadnych konsekwencji. To tylko niektóre przykłady.

Szczegółowa analiza przebiegu dotychczasowego kształcenia techników udowadnia, że NIE są oni przygotowani merytorycznie do pracy w aptece. Chyba że za wzór apteki przyjmiemy sieciowy model sklepu z lekami nastawionego nie na bezpieczeństwo pacjenta, ale na maksymalizację zysku. A ten właśnie mamy obecnie w Polsce. Taki model kształcenia w zawodzie technik farmaceutyczny to silny argument w dyskusji, jaka jest jego rola w modelu apteki w Polsce. Czy zwycięży lobby finansistów i będziemy świadkami dalszej macdoladyzacji i ubiedronkowienia aptek?

Warto zwrócić uwagę na beneficjentów takiego modelu, jakimi są właściciele szkół kształcących techników. Dotacje i czesne płyną od każdego zarejestrowanego „ucznia", a strumień pieniędzy nie jest zależny od stopnia wykształcenia słuchacza. Obie więc strony, z nielicznymi wyjątkami, ucząca i nauczana, zainteresowane były głównie zdawalnością egzaminu. Otrzymanie papierka potwierdzającego „kwalifikacje zawodowe" otwierało i nadal otwiera drzwi do pracy w aptece. A ponieważ, jak wspomniałem, nie ma on nic wspólnego z rzetelną weryfikacją wiedzy, poziom nauczania w technikach leciał przez lata na głowę. Właściciele placówek nie byli zainteresowani podnoszeniem poziomu kształcenia, ale ułatwianiem kształcenia. Większość szkół przeszła więc na system weekendowy, a zajęcia odbywały się w soboty i niedziele oraz czasami w piątki. Warto zauważyć, że „upakowanie" programu kształcenia z tygodnia (poniedziałek-piątek) do trzech najczęściej dni skutkowało grafikami rzędu 12 godzin kształcenia dziennie. Co urąga zdrowemu rozsądkowi nie tylko jeśli chodzi o wydolność fizyczną, ale i możliwość przyswajania skutecznego wiedzy przez 12 godzin non stop. Obowiązek pięćdziesięcioprocentowej frekwencji w zajęciach uzależniony jest wymogami dofinansowania ze środków publicznych. Warto skonfrontować obowiązek „odrabiania" opuszczonych zajęć ćwiczeniowych na studiach z możliwością nieuczestniczenia praktycznie w 50% zajęć w technikum. Nie twierdzę, że tak się działo – czymś bulwersującym dla mnie jest jednak sam fakt stworzenia takiej możliwości słuchaczowi!

Nie jestem naiwny. Zdaję sobie sprawę, jak pisałem wyżej, że obecnie apteka jest sklepem utrzymującym się wyłącznie z marży i w interesie zarówno jej właściciela, jak i po części pracownika jest maksymalizowanie sprzedaży. Wiem też, obserwując działania NIA, że daleko jej do dbania o losy szeregowych aptekarzy. Jednak uwidocznienie diametralnych różnic w wykształceniu technika i magistra farmacji może pomóc we wzbudzeniu refleksji wśród rządzących co do znaczenia i roli apteki w systemie ochrony zdrowia, co w konsekwencji powinno prowadzić do odrzucenia propozycje możliwości działania apteki bez farmaceuty. Wydaje mi się to szczególnie istotne, gdyż za naszymi plecami toczy się walka, która wpłynie na losy aptekarzy.

Nie można lekceważyć działań potężnego lobby, dążącego do tego, by nas, farmaceutów, z aptek usunąć i oddać je technikom farmaceutycznym. Ma ono poparcie parlamentarzystów niemających pojęcia o roli apteki i farmaceuty w opiece zdrowotnej. To parlamentarzyści mówią, że kompetencje techników nie odbiegają zbytnio od kompetencji farmaceutów (vide poseł Jacek Protasiewicz) i że w aptekach są klienci, a nie pacjenci, uznając za bezzasadne finansowanie opieki farmaceutycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (vide senator Adam Szejnfeld). I to ci ludzie zdecydują, być może już niedługo, o zrównaniu naszego zawodu z technikiem farmaceutycznym. Nasza rola już jest zrównana w aptekach. Tam jesteśmy anonimowi, a osoba postronna nie widzi różnicy w „sprzedawcy" pomiędzy technikiem a magistrem.

Czy niezależne apteki doczekają urealnienia marż na leki refundowane, wdrożenia specjalistycznych, refundowanych serwisów opieki farmaceutycznej, które pozwolą na wzmocnienie apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego? Apteki jako miejsca, w których na warunkach komercyjnych farmaceuta jako specjalista będzie mógł się realizować zawodowo?

AW

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

www.stock.adobe.pl

mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA
mgr farm. KAMILA RYSZEWSKA

SZCZEPIENIA W APTEKACH

Jak poznańscy farmaceuci walczą z COVID-19

W miesiącach wakacyjnych poznańskie apteki szczepiły około 50 osób tygodniowo, początkowo jedynie preparatem marki Johnson&Johnson, a wraz z upływem czasu również szczepionką Comirnaty firmy Pfizer/BioNTech.

Organizacja pracy

Pomieszczenia, w których wykonywane są szczepienia, często zostaje wygospodarowane kosztem gabinetu kierownika apteki. Niejednokrotnie wymaga to niemałej reorganizacji. Mówiąc o ergonomii samych szczepień – wszystko trzeba przetestować. „Zastanawialiśmy się, co się stanie, gdy pacjent zemdleje, jak posadzić do szczepienia osobę leworęczną. Robiliśmy odpowiednie symulacje, żeby być przygotowanym na różne sytuacje. Niewątpliwie był to pewien wysiłek dla personelu, by dostosować grafik pracy czy wydzielić odpowiednie miejsce. Na początku pracowaliśmy w zespołach dwuosobowych, ale szybko stwierdziliśmy, że świetnie sobie radzimy w pojedynkę" – mówi kierownik jednej z poznańskich aptek.

Pacjenci

Spektrum osób szczepionych w aptekach jest naprawdę szerokie. Często są to osoby bezdomne, które dopiero przy okazji standardowej wizyty dowiadują się, że apteka wykonuje szczepienia i wówczas korzystają z takiej okazji. Ponadto spory odsetek osób stanowią obywatele Ukrainy, którym zazwyczaj zależy na jednodawkowej szczepionce firmy Johnson&Johnson. Są dla nich dostępne specjalnie przygotowane rosyjskojęzyczne formularze. Zdarzają się również pacjenci z licznymi chorobami współtowarzyszącymi i ludzie starsi. „Mieliśmy pacjentkę, która przyszła zaszczepić się z synem cierpiącym na dziecięce porażenie mózgowe. Kobieta świadomie wybrała aptekę, by przede wszystkim nie czekać w długich kolejkach. Najstarsza pacjentka, jaką szczepiliśmy, miała 93 lata" – wspomina farmaceuta pracujący w jednej z poznańskich aptek. Jest to zatem dowód na to, że dzięki szczepieniom w aptekach możliwe jest dotarcie do tych pacjentów, którzy teoretycznie już dawno powinni być zaszczepieni. Do aptek trafiają także pacjenci onkologiczni, w trakcie remisji, którym lekarz zalecił szczepienia przed kolejnym powrotem do szpitala. Szczepienie przez farmaceutów jedynie pięknych, młodych i zdrowych ludzi, jadących na wakacje, celem uzyskania paszportu COVID-owego to mit.

Problemy

Początkowo farmaceuci borykali się z problemami czysto technicznymi, związanymi z samym wykonaniem iniekcji. „Pierwsza pacjentka, którą szczepiłem, poinformowała, że wystąpiła u niej bolesność w miejscu wkłucia. Zastanawiałem się wówczas, czy zrobiłem coś źle. Następnego dnia dowiedziałem się, że pacjentka już czuje się dobrze; po prostu miała szczególną wrażliwość" – opowiada o swoich doświadczeniach farmaceuta. Farmaceutom, tak jak i innym pracownikom ochrony zdrowia, przyszło się mierzyć z ruchem antyszczepionkowców. Zdarzają się incydenty, podczas których sceptycy szczepień zapisują się na wolny termin, a następnie na 15 minut przed szczepieniem zrezygnują. Taki sabotaż niejednokrotnie generuje określone straty (dawki szczepionki

Kamila Ryszewska

muszą zostać zutylizowane). Wyróżnić można ponadto pojedyncze incydenty, kiedy pacjenci nakłaniali farmaceutów do wystawiania fałszywych zaświadczeń o odbytym szczepieniu. „Kiedyś pacjent zaproponował mi, żebym podał mu samą sól fizjologiczną. Zapytałem: pan dzwoni po policję czy ja mam to zrobić? Jeśli ma pan ochotę się zaszczepić, to seria XE389 czeka. Zaszczepił się ostatecznie" – mówi kierownik jednej z aptek.

Szansa dla farmaceutów

Duża część aptekarzy była bardzo zaskoczona pozytywnym odbiorem szczepień w aptekach ze strony pacjentów. Stanowi to ogromną szansę na zwiększenie prestiżu zawodu i zmianę tego, jak jesteśmy postrzegani przez ludzi. Farmaceuta to nie zwykły „sprzedawca leków", ale wysoko wykwalifikowany specjalista. Trzeba pochylić się nad tą kwestią, nie ma innej drogi. Pociąg ruszył. Pociąg, który w miejscu stał 35 lat. Nie wolno go zatrzymywać.

Dlaczego warto zaszczepić się w aptece?

Ogromnym atutem, docenianym przez pacjentów, jest niezwłoczne wystawianie certyfikatów. W czasie kiedy pacjent znajduje się na obserwacji po iniekcji, pracownicy apteki wypełniają stosowną dokumentację elektroniczną. W innych punktach szczepień zwykle formalności te dokonywane są pod koniec dnia, po zakończeniu całego cyklu szczepień.

Apteki podchodzą do każdego pacjenta bardziej indywidualnie. Zarówno taki stosunek do pacjenta, jak i większa ilość czasu poświęcana osobie, która przyszła się zaszczepić, pozwala na bardziej szczegółowe przeprowadzenie wywiadu. Zdarza się, że pacjenci nie przechodzą kwalifikacji, na przykład jeśli nie potrafią powiedzieć, jakie leki przyjmują. Kwalifikacja w aptekach może być niejednokrotnie bardziej wnikliwa niż w niektórych punktach szczepień.

afw

mgr farm.
JOANNA RUTKOWSKA
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

afw

mgr farm.
KAMILA RYSZEWSKA
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

DYŻURY APTEK W POWIECIE CHODZIESKIM

W odpowiedzi na pismo Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w sprawie dyżurów aptek na terenie powiatu chodzieskiego informujemy, że forma pełnienia dyżurów przez apteki w Chodzieży narzucona przez Starostwo Powiatowe w Chodzieży jest niemożliwa do wykonania ze względu na bardzo trudną sytuację kadrową na rynku aptecznym w obecnym czasie. Ponadto wielokrotnie informowaliśmy – my, farmaceuci z Chodzieży – również o tym, że dyżury uchwalone przez Starostwo Powiatowe nie są adekwatne do potrzeb ludności i stanowią dla farmaceutów ogromne obciążenie, bo przecież odpowiedzialność i całkowity koszt prowadzenia dyżurów spoczywa właśnie na aptekach. Z naszej praktyki wynika jednoznacznie, że dyżury nie mają sensu. Uważamy, że godziny czynności aptek w Chodzieży są wystarczające. W razie zagrożenia życia pacjent otrzymuje pomoc w szpitalu. Sytuację pogarsza fakt, że jesteśmy w trakcie trwania pandemii, która może mieć znaczący wpływ na zmniejszenie obsady apteki, a przez to doprowadzić nawet do jej zamknięcia. Nie rozumiemy, dlaczego Starostwo Powiatowe w Chodzieży w tak trudnym dla wszystkich aptek okresie, zamiast nas wspierać i z nami współpracować, to jeszcze obciąża aptekarzy dodatkowymi obowiązkami. To my, farmaceuci, odpowiadamy za zdrowie i życie ludzkie. Nie możemy pracować w takim wymiarze godzin, jaki narzuca na nas projekt uchwały Rady Powiatu Chodzieskiego, ponieważ nasze błędy wynikające z przemęczenia mogą mieć tragiczne w skutkach konsekwencje. Chcielibyśmy, żeby nasza pełna poświęcenia praca została przez Starostwo Powiatowe w Chodzieży w końcu zauważona...

Mamy nadzieję, że Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska podziela naszą opinię i doprowadzi do zmiany przepisów dotyczących dyżurów aptek, które nie przystają do rzeczywistości.

APTEKARZE Z CHODZIEŻY

dr n. farm. KATARZYNA REGULSKA

FARMACEUCI KLINICZNI W SZPITALU SON ESPASES

Pozycja farmaceutów klinicznych w hiszpańskim systemie ochrony zdrowia jest dobrze zdefiniowana, a ich praca jest doceniana i przynosi widoczne korzyści.

Archiwum K. Regulskiej

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII W SZPITALU SON ESPASES

Hospital Universitari Son Espases posiada w Hiszpanii IV (najwyższy) stopień referencyjności, co świadczy o jego wysokim wyspecjalizowaniu. Liczy ponad 750 łóżek i 26 sal operacyjnych, a każdego roku zespół 5 tys. specjalistów udziela tam świadczeń dla ponad 32 tys. pacjentów hospitalizowanych, 550 tys. pacjentów ambulatoryjnych, przeprowadza 24 tys. interwencji chirurgicznych oraz pomaga w 15 tys. przypadkach nagłych. Szpital Son Espases uzyskał również od Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), amerykańskiej organizacji non-profit, szósty (w siedmiostopniowej skali) poziom akredytacji w optymalnym wykorzystaniu technologii informacyjnych. Nowy budynek szpitala, zlokalizowany na przedmieściach Palmy, został oddany do użytku w 2010 r.

W zakresie farmakoterapii stosowanej apteka szpitalna jest strategicznym punktem szpitala. Działa ona codziennie przez 24 godziny. Zespół pracowników apteki szpitalnej liczy 80 osób, w tym 25 farmaceutów klinicznych. Apteka podzielona jest na działy: logistyki i dystrybucji leków, recepturę

afw

klasyczną, recepturę jałową do sporządzania leków dożylnych i mieszanin żywieniowych, farmację onkologiczną, dział opieki nad pacjentem ambulatoryjnym, dział opieki nad pacjentem POZ, dział farmacji klinicznej (w szczególności opieki nad pacjentem pediatrycznym, pacjentem po transplantacji nerki oraz pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii) oraz dział badań klinicznych.

Receptariusz szpitalny w szpitalu Son Espases ustalony został przez niezależny, zewnętrzny Komitet Terapeutyczny i aktualnie pozostaje wspólny dla wszystkich podmiotów działających w okręgu administracyjnym Wysp Balearskich. Obejmuje on prawie 2000 leków, które przechowywane są i zarządzane przez dział logistyki aptecznej. Dział ten wyposażony jest w najnowsze dostępne technologie dystrybucji leków, które istotnie ułatwiają i ekonomizują gospodarkę lekową w szpitalu, służąc farmaceutom, lekarzom, pielęgniarkom oraz zarządzającym. Leki wydawane są dla pacjentów w systemie unit-dose (apteka posiada dwa roboty tego typu) oraz w ramach systemu szaf dystrybucyjnych, co w opinii tamtejszych farmaceutów i lekarzy wyraźnie poprawiło bezpieczeństwo farmakoterapii. Oprócz tego, w razie pilnej potrzeby, leki transportowane są na oddziały pocztą pneumatyczną. Jednocześnie warto podkreślić, że apteka szpitalna w szpitalu Son Espases zajmuje się dystrybucją wyłącznie leków, nie prowadzi natomiast dystrybucji sprzętu jałowego ani wyrobów medycznych.

W dziale receptury klasycznej rocznie przygotowywanych jest 30 tys. leków recepturowych (maści, kremów, roztworów, syropów). Leki te sporządzane są przez fachowy personel techniczny w systemie seryjnym pod nadzorem farmaceuty. Każda formulacja opracowana jest na podstawie danych literatury fachowej i posiada certyfikat zgodności wydawany prze lokalne władze, będące odpowiednikiem wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego, po przeprowadzeniu analizy jakości serii próbnej. Ponadto w dziale receptury jałowej przygotowywane są leki do podania dożylnego, takie jak: antybiotyki, mieszaniny żywieniowe, przeciwciała monoklonalne, wszystkie infuzje z chlorkiem potasu, leki przeciwbólowe w infuzorach i wszystkie inne leki, których stopień ryzyka został określony na poziomie wskazującym konieczność sporządzenia ich przez farmaceutę w kontrolowanych warunkach apteki szpitalnej. Co istotne, stopień ryzyka dla każdego leku sporządzanego lub odtwarzanego w szpitalu określają farmaceuci na podstawie wytycznych narodowego przewodnika receptury aptecznej.

Z kolei leki onkologiczne sporządzane są w dziale farmacji onkologicznej przez personel techniczny nadzorowany przez farmaceutów klinicznych. Wszystkie leki przygotowywane są metodą grawimetryczną z użyciem systemów zamkniętych typu CSTD. W dziale farmacji onkologicznej farmaceuci odpowiedzialni są również za walidację zlecenia lekarskiego zarówno w odniesieniu do chemioterapii,

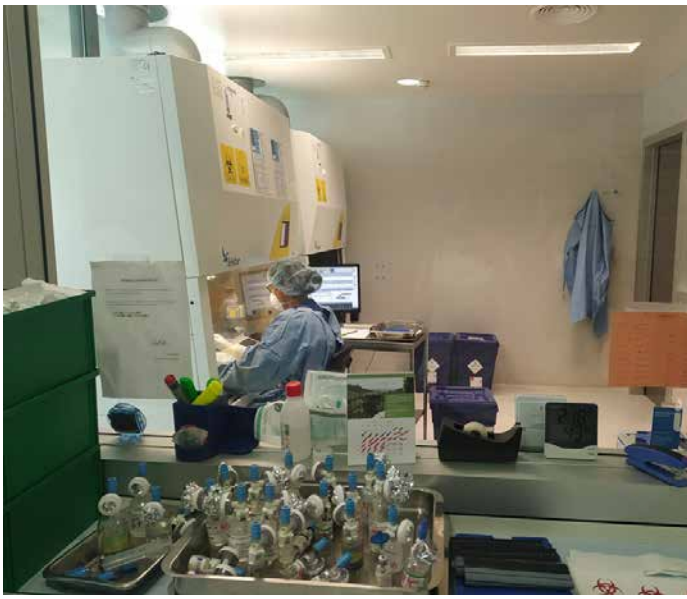
jak i terapii wspomagającej oraz terapii chorób współistniejących. Farmaceuci ponadto udzielają konsultacji farmaceutycznych pacjentom stosującym doustne leki onkologiczne w sposób analogiczny, jak czynią to farmaceuci działu opieki ambulatoryjnej, który opisano poniżej.

Farmaceuci kliniczni działu opieki nad pacjentem ambulatoryjnym świadczą usługi związane z opieką farmaceutyczną w aptecznych pokojach konsultacyjnych. Opiekują się oni ponad 5 tys. pacjentów ambulatoryjnych, leczonych na takie choroby, jak: idiopatyczne włóknienie płuc, stwardnienie rozsiane, zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem HCV, migrena i hipercholesterolemia. Są uprawnieni do wglądu do historii choroby pacjenta, w której odnotowują swoje uwagi. Pierwsza wizyta pacjenta w pokoju konsultacyjnym u farmaceuty obejmuje udzielenie takich świadczeń, jak: przeprowadzenie wywiadu lekowego, przekazanie dokładnej informacji o leku, sposobie dawkowania, wpływie pokarmu na działanie leku, działaniach niepożądanych oraz interakcjach z innymi jednocześnie stosowanym lekami, a także o postępowaniu w razie pominięcia dawki, wymiotów, biegunki czy przedawkowania. Każdy pacjent otrzymuje również czytelną informację w formie ulotki farmaceutycznej na temat swojej terapii. Konsultacja farmaceutyczna jest tym samym obowiązkowym elementem wizyty pacjenta w ośrodku. Dodatkowo obowiązkiem farmaceutów klinicznych jest przeprowadzenie szkolenia z metodyki stosowania leków w postaciach, które mogą być problematyczne dla pacjenta. Farmaceuci posiadają w tym celu zestawy treningowe do demonstracji sposobu przyjmowania leków. Oprócz tego, podczas kolejnych wizyt farmaceuci w czasie konsultacji dokonują ogólnej oceny farmakoterapii pacjenta, analizują interakcje oraz skuteczność leczenia. Mają ponadto możliwość zlecania badań diagnostycznych wymaganych do prowadzenia prawidłowej farmakoterapii (w praktyce są to wszystkie badania wymagane przez ChPL).

W zakresie opieki ambulatoryjnej bardzo interesującym rozwiązaniem wprowadzonym do hiszpańskich szpitali w dobie COVID-19 jest teleporada farmaceutyczna, z której korzystają pacjenci pozostający w opiece domowej. W ramach teleporady pacjenci mogą uzyskać informacje o dostępności i refundacji leków, a także na temat sposobu przyjmowania, przechowywania, działań niepożądanych i interakcji. Pacjenci mogą również skonsultować z farmaceutą drobne dolegliwości oraz uzyskać poradę dotyczącą szczepień przeciwko COVID-19. Co więcej, w przypadku problemów z dostępnością leków w sprzedaży aptecznej farmaceuci w ramach teleporady i opieki ambulatoryjnej organizują odbiór tych preparatów w szpitalu lub wybranej aptece ogólnodostępnej. Świadczenia teleporady farmaceutycznej realizowane są przede wszystkim przez farmaceutów klinicznych POZ, którzy zatrudnieni są przez szpital.

Archiwum K. Regulskiej

APTEKA SZPITALNA – AUTOMATYCZNY SYSTEM MAGAZYNOWANIA I KONTROLI LEKÓW



DZIAŁ FARMACJI ONKOLOGICZNEJ – BOKS ASEPTYCZNY

Farmaceuci kliniczni w szpitalu Son Espases zaangażowani są też w bezpośrednią pracę z pacjentami hospitalizowanymi oraz personelem lekarskim i pielęgniarskim, głównie na oddziałach nefrologii, onkologii klinicznej oraz intensywnej terapii. Na Oddziale Nefrologii sprawują nadzór nad prawidłowością terapii immunosupresyjnej u pacjentów po przeszczepie nerki. W tym zakresie farmaceuci oceniają zgodność terapii z zaaprobowanymi schematami dawkowania, a także prowadzą analizę poziomu terapeutycznego leków immunosupresyjnych, takich jak takrolimus i mykofenolan mofetylu. Ustalają dawki leków immunosupresyjnych w oparciu o wyniki badań farmakogenetycznych aktywności cytochromu CYP2C9 i CYP2D6 oraz wyniki poziomu leku we krwi. Praca farmaceutów z pacjentami natomiast polega na edukacji dotyczącej przyjmowania leków immunosupresyjnych i na przeprowadzaniu wywiadu farmaceutycznego celem ustalenia optymalnej listy leków stosowanych w chorobach współistniejących. Zasadą jest, że każdy pacjent planowany do wypisu odbywa konsultację farmaceutyczną, w czasie której omawiana jest aktualna farmakoterapia. Pacjenci opuszczający szpital każdorazowo otrzymują listę leków w formie tabeli z podziałem na grupy terapeutyczne oraz pory dawkowania.

Z kolei obowiązkiem farmaceutów klinicznych pracujących na Oddziale Intensywnej Terapii jest indywidualizacja antybiotykoterapii w ramach terapii monitorowanej stężeniami. Farmaceuci kliniczni samodzielnie prowadzą antybiotykoterapię monitorowaną dla wankomycyny, aminoglikozydów oraz worykonazolu. Dzięki ogólnoszpitalnemu systemowi elektronicznej ordynacji lekarskiej mają możliwość codziennej identyfikacji pacjentów, którzy otrzymują ww. leki oraz wystawienia zlecenia badania pomiaru ich stężenia we krwi zgodnie z wystandaryzowanymi wytycznymi farmakoterapii monitorowanej. Po uzyskaniu wyniku badania samodzielnie dostosowują dawkę leku w szpitalnym systemie komputerowym, a odpowiednią informację o podjętych działaniach odnotowują w elektronicznej karcie historii choroby pacjenta. Farmaceuci kliniczni Oddziału Intensywnej Terapii uczestniczą także w codziennych spotkaniach interdyscyplinarnego zespołu ds. antybiotykoterapii, podczas których omawiane są przypadki pacjentów z całego szpitala, będących w trakcie terapii takimi antybiotykami, jak: karbapenemy, nowe cefalosporyny oraz leki przeciwgrzybicze inne niż flukonazol. Zespół ten wydaje rekomendacje dotyczące konieczności kontynuacji terapii wymienionymi lekami w drugim oraz w dziesiątym dniu terapii. Rolą farmaceutów klinicznych w ramach prac zespołu jest przygotowanie opisu przypadków do dyskusji i przedstawienie własnych uwag. Ponadto farmaceuci kliniczni dedykowani do pracy na Oddziale Intensywnej Terapii nadzorują proces sporządzania leków dożylnych oraz konsultują możliwość podaży leków pacjentom żywionym

DZIAŁ FARMACJI ONKOLOGICZNEJ – MAGAZYN LEKÓW

POMIESZCZENIE DO SPORZĄDZANIA LEKÓW DOŻYLNYCH W DZIALE RECEPTURY JAŁOWEJ

dojelitowo przez zgłębnik lub przetokę odżywczą. W tym zakresie opracowują i na bieżąco aktualizują wytyczne, które dostępne są dla wszystkich pracowników szpitala w formie aplikacji mobilnej. Rekomendacje te obejmują dobór rozpuszczalnika, rozcieńczalnika, zestawu do przetoczeń, trwałość, wrażliwość na światło, szybkość wlewu, niezgodności farmaceutyczne oraz kompatybilność z innymi substancjami leczniczymi.

BŁĘDY LEKOWE STANOWIĄ 20-60% WSZYSTKICH DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH U PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH I SĄ POWAŻNYM OBCIĄŻENIEM FINANSOWYM DLA SYSTEMÓW ZDROWOTNYCH NA CAŁYM ŚWIECIE

Kolejnym bardzo ważnym obszarem działalności farmaceutów klinicznych w Hiszpanii jest nadzór nad ogólną farmakoterapią pacjentów hospitalizowanych. Zadaniem farmaceuty klinicznego w tym zakresie jest weryfikacja elektronicznej ordynacji lekarskiej na wszystkich oddziałach dla wszystkich pacjentów. Farmaceuci kliniczni codziennie przeglądają listy leków zleconych pacjentom oraz zatwierdzają je lub dokonują korekty. Co do zasady podanie leku pacjentowi przez personel pielęgniarski możliwe jest dopiero po zaakceptowaniu zlecenia lekarskiego przez farmaceutę klinicznego. Taki podwójny system nadzoru nad farmakoterapią stanowi element maksymalizacji bezpieczeństwa pacjenta, w kontekście redukcji ryzyka popełnienia błędów lekowych. Warto wspomnieć, że błędy lekowe według EMA stanowią 20-60% wszystkich działań niepożądanych u pacjentów hospitalizowanych i są poważnym obciążeniem finansowym dla systemów zdrowotnych na całym świecie. Dlatego farmaceuci kliniczni w Hiszpanii koncentrują się na ocenie kart zleceń lekarskich pod kątem możliwości wystąpienia takich błędów, jak: zdublowanie farmakoterapii, niewłaściwa dawka, interakcje, alergie lub zbędna terapia. Szczególną uwagę zwracają na dostosowanie dawki leku do funkcji nerek i wątroby oraz na ryzyko wystąpienia nadwrażliwości na lek lub jego substancje pomocnicze. Swoje uwagi odnotowują w elektronicznej dokumentacji pacjenta, a także przeprowadzają konsultacje z lekarzami.

Pozycja farmaceutów klinicznych w hiszpańskim systemie ochrony zdrowia jest dobrze zdefiniowana i wyraźnie osadzona w realiach. Godnym podkreślenia jest przy tym fakt, że praca farmaceuty klinicznego w Hiszpanii jest uznana za bardzo prestiżową i traktuje się ją na równi z pracą lekarza specjalisty. Pełne zrozumienie wśród decydentów, objawiające się odpowiednim systemem szkolenia podyplomowego oraz zadowalającym poziomem zatrudnienia farmaceutów w podmiotach leczniczych, przekłada się na wysoką jakość świadczonych usług. W tym miejscu należy jednocześnie zaznaczyć, że warunkiem podjęcia pracy w szpitalu jest uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji klinicznej, przyznawanego farmaceutom po zrealizowaniu program czteroletniej rezydentury pod nadzorem farmaceutów-praktyków. Pozwala to na zdobycie wiedzy i umiejętności oraz na wybór dziedziny farmacji klinicznej, w której przyszły specjalista podejmie pracę. Wąskie wyspecjalizowanie farmaceutów klinicznych do pracy na określonym oddziale szpitalnym daje widoczne korzyści praktyczne. Jest to kierunek, w którym powinna podążać polska farmacja kliniczna.

afw

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

■W ramach Międzynarodowego Programu Staży Zawodowych dla polskich farmaceutów, zorganizowanego przez Naczelną Izbę Aptekarską i Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, dr n. farm. Katarzyna Regulska, pracująca na co dzień w aptece szpitalnej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, od 30 maja 2021 r. do 27 czerwca 2021 r. obserwowała pracę farmaceutów klinicznych Szpitala Uniwersyteckiego Son Espases w Palmie.

ŁUKASZ ŚWIDERSKI

CO MOŻNA SPRZEDAĆ NA PODSTAWIE ZAPOTRZEBOWANIA?

Polemika ze stanowiskiem reprezentowanym przez organy inspekcji farmaceutycznej

Czy apteka ogólnodostępna może sprzedawać produkty lecznicze niewskazane w wykazach, o których mowa w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego?

Skąd to pytanie?

W mojej praktyce spotkałem się już kilkakrotnie ze stanowiskiem organów inspekcji farmaceutycznej (dalej: WIF), zgodnie z którym apteka ogólnodostępna może sprzedawać podmiotom prowadzącym działalność leczniczą (oczywiście na podstawie zapotrzebowania) tylko i wyłącznie produkty lecznicze wskazane w wykazach, o których mowa w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego.

Stanowisko to jest o tyle „niebezpieczne" dla podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne, gdyż zdaniem WIF, sprzedaż taka stanowić może podstawę do cofnięcia zezwolenia na prowadzenia apteki ogólnodostępnej. Aby nie być gołosłownym, poniżej cytuję fragment zawiadomienia WIF o wszczęciu postępowania w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej:

„Uzyskane przez organ wojewódzki informacje w toku kontroli planowej apteki ogólnodostępnej należącej do przedsiębiorcy (...) dotyczące sprzedaży do podmiotów wykonujących działalność leczniczą produktów leczniczych, które nie są ujęte w wykazach, o których mowa w art. 68 ust. 7 ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (...), mogą stanowić podstawę do uznania, że Przedsiębiorca przestał spełniać warunki określone przepisami prawa, wymagane do wykonywania działalności gospodarczej określonej w przedmiotowym zezwoleniu (utrata rękojmi należytego prowadzenia apteki) oraz że doszło do naruszenia przepisu 86a ustawy Prawo farmaceutyczne, tj. prowadzenia przez zezwoleniobiorcę tzw. odwróconego łańcucha dystrybucji".

W AKTUALNIE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISACH PRAWA BRAK PODSTAW DO PRZYJĘCIA, IŻ APTEKI OGÓLNODOSTĘPNE NIE MOGĄ REALIZOWAĆ ZAPOTRZEBOWAŃ NA PRODUKTY LECZNICZE NIEOBJĘTE WYKAZAMI WSKAZANYMI W ART. 68 UST. 7 PRAWA FARMACEUTYCZNEGO

www.stock.adobe.pl

Z powyższego jednoznacznie wynika, że zdaniem WIF, sprzedaż do podmiotów prowadzących działalność leczniczą produktów leczniczych innych niż wskazane w wykazach określonych w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego jest przesłanką uzasadniającą wszczęcie postępowania w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

Czy WIF ma rację?

Czy wyżej wskazane stanowisko WIF jest słuszne i znajduje oparcie w obowiązujących przepisach prawa? Moim zdaniem nie i nie wynika to z rozbieżnej (mojej i WIF) interpretacji przepisów prawa, tylko z braku jakichkolwiek przepisów, które uzasadniałyby wyżej wskazane stanowisko WIF. Nie mamy zatem tutaj do czynienia z dwoma konkurencyjnymi sposobami rozumienia przepisów prawa, tylko ze „stosowaniem" wobec podmiotów prowadzących apteki przepisów, które nie są do nich skierowane lub których „nie ma".

Dlaczego WIF nie ma racji

Wynika to z przepisów Prawa farmaceutycznego, które w przedmiotowej sprawie są „dosyć" (jak na tę ustawę) jednoznaczne i w żadnym miejscu nie wskazują wprost lub pośrednio na jakiekolwiek ograniczenia w zakresie produktów leczniczych, które mogą być sprzedawane przez aptekę ogólnodostępną na podstawie zapotrzebowania wystawionego przez podmiot prowadzący działalność leczniczą. Po prostu brak przepisów, które ustanawiałyby takie ograniczenie.

„Przyjrzeć" się natomiast należy art. 68 ust. 1, 4 i 7 Prawa farmaceutycznego, a także rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie, wydanemu na podstawie art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego, czyli przepisom, na które powołuje się WIF. Dodatkowo należy przeanalizować art. 96 Prawa farmaceutycznego oraz wydane na

jego podstawie rozporządzenie, które szczegółowo regulują kwestię realizacji zapotrzebowań.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 obrót detaliczny produktami leczniczymi prowadzony jest w aptekach ogólnodostępnych. Jest to ogólna norma wskazująca, że z wyjątkami wskazanymi w Prawie farmaceutycznym sprzedaż/dystrybucja produktów do pacjentów odbywa się za pośrednictwem aptek ogólnodostępnych, mówiąc prościej – produkt leczniczy może trafiać do pacjenta tylko za pośrednictwem apteki ogólnodostępnej. Pozostałe ustępy art. 68 Prawa farmaceutycznego wskazują właśnie wyjątki od powyższej reguły (ust. 2 i 2a dotyczy produktów leczniczych weterynaryjnych, ust. 3 – 3m wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych).

I właśnie w tym miejscu przechodzimy do bardzo istotnego art. 68 ust. 4 Prawa farmaceutycznego. Zgodnie z tym przepisem **nie uznaje się za obrót detaliczny** (czyli obrót ten nie musi być realizowany przez apteki ogólnodostępne – wyjątek od reguły wskazanej w art. 68 ust. 1) bezpośredniego zastosowania u pacjenta produktów leczniczych oraz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, których potrzeba zastosowania wynika z rodzaju udzielanego świadczenia zdrowotnego. Przepis ten wskazuje, że określone w nim produkty lecznicze mogą być przekazywane/podawane pacjentom poza aptecznym obrotem detalicznym w ramach bezpośredniego stosowania w ramach udzielania świadczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Mówiąc prościej, podawanie tych produktów leczniczych pacjentom nie stanowi obrotu detalicznego i nie musi być realizowane przez apteki ogólnodostępne.

Jest to przepis skierowany do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a nie do podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne.

Uszczegółowieniem tego przepisu jest rozporządzenie wydane na podstawie art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego. Zgodnie z tym przepisem minister zdrowia określa w drodze rozporządzenia:

1) wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, uwzględniając rodzaj udzielanego świadczenia;
2) wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

W żadnym miejscu przedmiotowe rozporządzenie nie wskazuje, że dotyczy ono aptek/podmiotów prowadzących apteki. Wręcz przeciwnie, analiza jego treści wskazuje, że skierowane jest bezpośrednio do podmiotów wykonujących działalność leczniczą/personelu medycznego. I tak na przykład § 2 i 3 tego rozporządzenia wskazuje, jakie produkty lecznicze wchodzące w skład zestawów przeciwwstrząsowych mogą być podawane przez lekarza, a jakie przez pielęgniarkę.

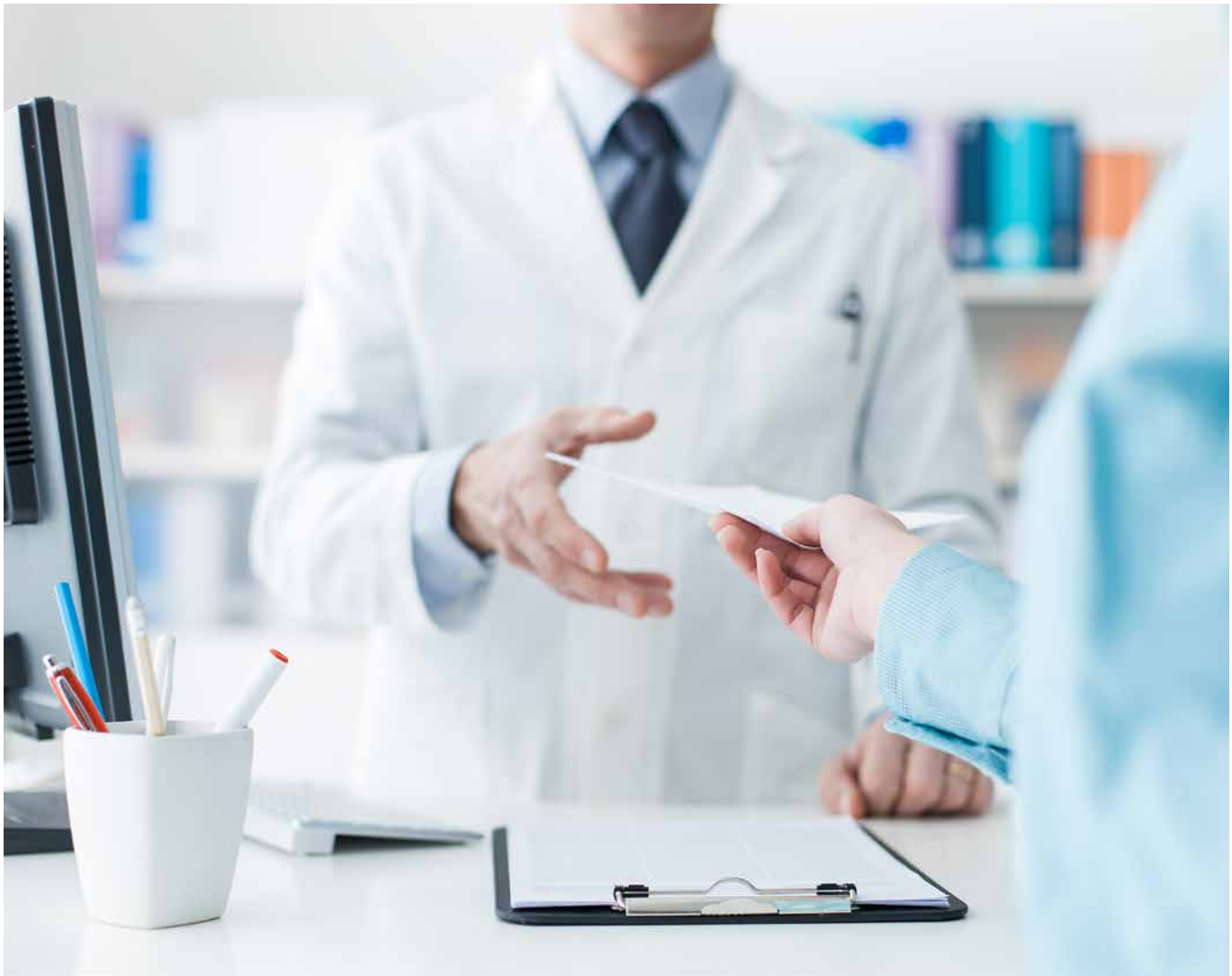
Moim zdaniem, wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, dotyczy produktów leczniczych, jakie podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą przekazywać doraźnie, w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, swoim pacjentom. Jest to jeden z wyjątków od ogólnej zasady zastrzegającej obrót detaliczny produktami leczniczymi dla aptek.

PODCZAS WYDAWANIA PRODUKTÓW LECZNICZYCH NA PODSTAWIE ZAPOTRZEBOWAŃ FARMACEUTA NIE JEST ZOBOWIĄZANY DO SPRAWDZENIA, CZY OBEJMUJĄ ONE TYLKO PRODUKTY OBJĘTE WYKAZAMI WSKAZANYMI W ART. 68 UST. 7 USTAWY PRAWO FARMACEUTYCZNE

W żadnym zakresie wykaz ten nie dotyczy aptek, w szczególności nie wskazuje zamkniętego zakresu produktów leczniczych, jakie apteki mogą sprzedawać podmiotom prowadzącym działalność leczniczą.

Artykuł 96 Prawa farmaceutycznego

Zgodnie z art. 96 ust. 1 Prawa farmaceutycznego (zdanie pierwsze) produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane z apteki ogólnodostępnej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego w ramach jego uprawnień



www.stock.adobe.pl

zawodowych **na podstawie recepty, bez recepty, na podstawie zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą**, zwanego dalej „zapotrzebowaniem".

Dalsze przepisy zawarte w art. 96 Prawa farmaceutycznego wskazują, co powinno się znajdować w zapotrzebowaniu, jak powinno wyglądać samo zapotrzebowanie. Ani w art. 96 Prawa farmaceutycznego, ani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 października 2018 r. w sprawie zapotrzebowań oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (rozporządzenie wydane na podstawie art. 96 ust. 6 Prawa farmaceutycznego) nie wskazano, nawet pośrednio, aby apteka mogła realizować zapotrzebowania wystawione przez podmiot prowadzący działalność leczniczą tylko i wyłącznie w odniesieniu do produktów leczniczych wskazanych w wykazach, o których mowa w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego. Gdyby intencją ustawodawcy było wprowadzenie takiego ograniczenia, wskazałby to wprost w art. 96 Prawa farmaceutycznego lub we wskazanym powyżej rozporządzeniu. W takim przypadku powinien się znaleźć w ww. przepisach zapis w rodzaju: „zapotrzebowanie może obejmować/dotyczyć tylko produktów leczniczych wskazanych w wykazach, o których mowa w art. 68 ust. 7" lub jakiś podobny zapis.

Nie bez znaczenia jest również analiza art. 96 ust. 5 Prawa farmaceutycznego w zakresie przesłanek, w jakich farmaceuta może odmówić wydania produktu leczniczego, w tym na podstawie zapotrzebowania. Zgodnie z tym przepisem (cytuję

tylko część odnoszącą się do zapotrzebowani) farmaceuta może odmówić wydania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli powziął uzasadnione podejrzenie, że zapotrzebowanie, które ma być podstawą wydania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, nie jest autentyczna. W tym przepisie również brak jest jakiegokolwiek odniesienia do wykazów wskazanych w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego. Istotne jest też to, że przepis ten zawiera zamknięty katalog przesłanek odmowy realizacji zapotrzebowania. Poza ww. ściśle określonymi przypadkiem farmaceuta **musi** zrealizować zapotrzebowanie – tylko te przesłanki umożliwiają farmaceucie odmowę jego realizacji.

Również w tym miejscu ustawodawca nie wspomina w jakikolwiek sposób o ograniczeniu zakresu produktów leczniczych, jakie mogą być sprzedawane na podstawie zapotrzebowań. Wskazanie w zapotrzebowaniu produktów leczniczych spoza wykazów wskazanego w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego nie stanowi przesłanki upoważniającej farmaceutę do odmowy jego realizacji.

Z kolei ww. rozporządzenie dotyczące realizacji zapotrzebowania w § 2 wskazuje, jakie czynności sprawdzające musi podjąć farmaceuta przed jego zrealizowaniem. Są to:

1) sprawdzenie prawidłowości wystawienia zapotrzebowania, w tym jego zgodności z wzorem określonym w załączniku nr 1 do tego rozporządzenia,
2) sprawdzenie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, czy zapotrzebowanie wystawił podmiot wykonujący działalność leczniczą;
3) ocenę autentyczności zapotrzebowania;
4) sprawdzenie terminu ważności zapotrzebowania.

Ponownie brak jakiegokolwiek odniesienia do wykazów wskazanych w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego.

Z powyższego jednoznacznie wynika, że podczas wydawania produktów leczniczych na podstawie zapotrzebowań farmaceuta nie jest zobowiązany do sprawdzenia, czy obejmują one tylko produkty lecznicze objęte wykazami wskazanymi w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę powyżej omówione argumenty, uważam, że w aktualnie obowiązujących przepisach prawa brak podstaw do przyjęcia, iż apteki ogólnodostępne nie mogą realizować zapotrzebowań na produkty lecznicze nieobjęte wykazami wskazanymi w art. 68 ust. 7 Prawa farmaceutycznego, a co za tym idzie – działania takie nie mogą być traktowane jako podstawa do wszczynania przez WIF postępowań w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Prezentowane przez WIF stanowisko przeciwne stanowi nadinterpretację przepisów i kreuje zakazy, które nie znajdują potwierdzenia w obowiązujących przepisach.

PREZENTOWANE PRZEZ WIF STANOWISKO STANOWI NADINTERPRETACJĘ PRZEPISÓW I KREUJE ZAKAZY, KTÓRE NIE ZNAJDUJĄ POTWIERDZENIA W OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISACH

Zastrzeżenia – polemika

Pogląd zaprezentowany w niniejszym artykule stanowi efekt pogłębionej analizy przedmiotowego zagadnienia. Pogląd ten **nie jest zgodny** ze stanowiskiem WIF i nie można wykluczyć, że w ramach indywidulanych postępowań będzie kwestionowany przez WIF i sądy administracyjne rozpatrujące ewentualne skargi na decyzje Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Moją intencją była polemika ze stanowiskiem WIF. Zachęcam wszystkich czytelników do zgłaszania uwag krytycznych do niniejszego artykułu. Prośbę tę kieruję w szczególności do samego Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego oraz radców prawnych współpracujących z WIF.

afw

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

afw

EUGENIUSZ JAROSIK
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej".

Pandemia fake newsów

Dezinformacja nie zniknie z naszej rzeczywistości. Ale można się jej skutecznie przeciwstawić

Docieranie do jak najszerszego grona odbiorców w mediach społecznościowych to podstawa sukcesu, stąd tak ogromna i ciągle rosnąca popularność tej formy komunikacji, wykorzystywanej między innymi w działaniach marketingowych. Ale jest też ciemna strona media społecznościowe - są one głównym źródłem nieprawdziwych informacji rozprzestrzenianych w sieci. Co więcej, najczęściej to sami użytkownicy rozpowszechniają fake newsy. Drugim kanałem infekowania ekosystemu cyfrowego nieprawdziwymi informacjami są portale internetowe – wynika z badań przeprowadzonych przez Związek Pracodawców Branży Internetowej (IAB). Czy to cena za clickbaity, adwertoriale czy content marketing oraz odprysk ogólnego zjawiska uznawania za prawdziwe jedynie przekazów zgodnych z przekonaniami czytającego?

Portale społecznościowe zarabiają krocie na zaangażowaniu użytkowników. Dążąc do zwiększenia tejże aktywności, podpowiadają im, co może ich zainteresować. Platforma komunikacyjna wyposażona jest w inteligentny algorytm, który uczy się potrzeb użytkowników i z czasem coraz lepiej się do nich przystosowuje. Algorytm wybiera więc materiały, na które ludzie najchętniej reagują, przede wszystkim te, które wzbudzające silne emocje. Analiza wiarygodności kanałów informacyjnych wykazała, że algorytmy promują również treści wprowadzające w błąd.

W czasach obecnej pandemii social media i portale internetowe stały się główną arenę ścierania się różnych, często bardzo kontrowersyjnych poglądów dotyczących na przykład pochodzenia koronawirusa, sposobów leczenia osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 czy skuteczności szczepionek przeciw COVID-19. Czy media społecznościowe zostały użyte w prowadzeniu walki konkurencyjnej pomiędzy producentami szczepionek Vaxzevria (AstraZeneca) i Sputnik V (Gam-COVID--Vac), preparatem opracowanym przez Centrum Epidemiologii i Mikrobiologii im. Nikołaja Gamelei?

Rosyjskie Stowarzyszenie Organizacji Badań Klinicznych odniosło się krytycznie wobec Gam-COVID-Vac. Europejska Agencja Leków do tej pory nie dopuściła tego produktu na rynek unijny, wskazując, że procedura przedłuża się z powodu niedostarczenia przez Rosjan wymaganych dokumentów. Tymczasem rosyjska szczepionka – tworzona na bazie adenowirusa, do którego wstawiany jest fragment genomu koronawirusa SARS-CoV-2, w wyniku czego nieszkodliwy wirus dostarcza do organizmu białka antygenu SARS-CoV-2 i wywołuje odpowiedź immunologiczną - została pozytywnie zaopiniowana przez instytucje regulatorowe w wielu krajach świata, między innymi w Afryce i Ameryce Południowej. Z tego powodu uznana została za bezpieczną i skuteczną, chociaż w Rosji

www.stock.adobe.com

nie cieszy się zaufaniem (według sondaży tylko połowa rosyjskiej populacji przyjęłaby szczepionkę dobrowolnie). Głównym atutem Sputnika V jest jednak cena, wynosząca 5 USD za dawkę (z danych o cenach szczepionek przeciw COVID-19, jakie na Twitterze opublikowała Eva De Bleeker, belgijska sekretarz stanu ds. budżetu, wynika, że preparat Johnson&Johnson kosztuje 8,50 USD, Sanofi/GSK – 7,56 euro, za produkt opracowany przez BioNTech/Pfizer trzeba zapłacić 12 euro, a za szczepionkę Moderny – 18 USD). Szczepionka oksfordzkiej firmy AstraZeneca jest najtańsza (1,78 euro za dawkę).

Rosjanie postanowili uczynić ze swojej szczepionki produkt eksportowy. Ze względu na poziom cenowy bezpośrednim konkurentem Sputnika V stał się preparat Vaxzevria. W tej sytuacji konflikt był nieunikniony (nie można, rzecz jasna, wykluczyć działań także innych producentów, zabiegających o swoje interesy). W mediach społecznościowych i na portalach internetowych fakty mieszały się z fake newsami, tworząc chaos informacyjny. Czy właśnie z tego powodu sieć zalana została falą informacji o zdarzeniach zatorowych po zaszczepieniu produktem brytyjskiej firmy AstraZeneca? Do jakiego poziomu wyolbrzymiono ten problem w wypadku szczepionki Vaxzevria? Dlaczego opinia publiczna nie została poinformowana o obserwacjach związanych ze stosowaniem szczepionek Pfizera i Moderny w Stanach Zjednoczonych, gdzie również stwierdzono trombocytopenię po podaniu tych preparatów? Te doniesienia opublikowane na łamach jednego z czasopism naukowych nie przebiły się do świadomości społecznej. A mechanizm „obróbki" psychologicznej jest znany: jeśli jakaś informacja o zagrożeniu powtarzana jest odpowiednio długo i jednocześnie towarzyszy temu pewien impakt emocjonalny, pojawia się uczucie lęku i niechęci do szczepienia się takim preparatem.

Ważnym i aktywnym uczestnikiem debaty toczącej się w cyberprzestrzeni są ruchy antyszczepionkowe. Ich ofiarami są osoby, które czują się osamotnione i zagrożone z powodu braku rzetelnej informacji na temat szczepień, działań niepożądanych i faktycznej ochrony po zaszczepieniu przed ciężkim przebiegiem COVID-19. Wirtualna przestrzeń nie ma granic, narażona jest na hybrydowe ataki anonimowych graczy i praktycznie pozostaje poza czyjąkolwiek kontrolą.

Dezinformacja nie zniknie z naszej rzeczywistości. Ale można się jej skutecznie przeciwstawić. A kluczowe w walce z fake newsami jest wspieranie wysokiej jakości dziennikarstwa i pluralistycznych mediów informacyjnych, a także edukacja, rozwijanie umiejętności krytycznego myślenia i kompetencji cyfrowych, w szczególności przez młodych ludzi.

Eugeniusz Janowski

MARCIN JÓZEFIAK

REWOLUCJA MDR

Politycy zajęci codziennymi sprawami często zapominają o tym, że sami mają terminy narzucone przez innych do wdrożenia odpowiednich regulacji. I tak właśnie jest z przepisami dotyczącymi wyrobów medycznych

Jestem prawnikiem i pierwsze, co przychodzi mi na myśl, kiedy słyszę o MDR, to schematy podatkowe. Mandatury Disclosure Rules (MDR) – to obowiązek przekazywania przez określone podmioty (spółki, członków zarządu, przedsiębiorców, adwokatów, radców prawnych, doradców podatkowych, księgowych itp.) schematów podatkowych do Krajowej Administracji Skarbowej. Innymi słowy, jeżeli na przykład prawnik razem z księgowym wpadną na pomysł, w jaki sposób można całkowicie legalnie płacić mniejsze podatki i skutkiem takiego konceptu będzie zmniejszenie wpłat z tytułów podatków i opłat, to taki „pomysł" trzeba zgłosić. Oczywiście liczy się między innymi skala „pomysłu" – warto zatem pamiętać kwoty 5 mln zł, 2,5 mln euro i 5 mln euro – są to jedne z progów, które powodują powstanie obowiązku MDR.

Życzę każdemu, aby miał możliwość spełnienia tych progów, które – jak widać – z uwagi na skalę projektów dotyczą de facto średnich i dużych przedsiębiorców. Trzeba jednak pamiętać, że chociażby realizując projekt unijny o wartości na przykład 10 mln zł i zakładając do tego spółkę celową, również możemy być objęci MDR.

MDR to także rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2017/745 z 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 a także uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG. I to znaczenie MDR (Medical Device Regulation) jest dla farmaceutów najważniejsze.

Już po samej dacie rozporządzenia widać, że Polska – tak samo jak pozostałe kraje członkowskie Unii Europejskiej – miała cztery lata na dostosowanie prawa. Tymczasem do dnia napisania niniejszego tekstu stosownej nowelizacji ustawy o wyrobach medycznych nie uchwalono. Oznacza to, iż w Polsce od 26 maja 2021 r. bezpośrednio obowiązuje ww. rozporządzenie Unii Europejskiej, ale stosuje się ono tylko do wyrobów medycznych wyprodukowanych po 26 maja 2021 r.

Najważniejsze zmiany, które wprowadza ww. rozporządzenie, to nowe reguły klasyfikacji wyrobów medycznych (klasa I, IIa, IIb i III), wymóg tzw. oceny zgodności dla każdego wyrobu medycznego, zmiana definicji podmiotów uczestniczących w łańcuchu dostaw wyrobu medycznego, system zarządzania jakością dla producenta, kod identyfikacyjny wyrobu (UDI) i baza EUDAMED. W związku z wejściem w życie rozporządzenia warto zapamiętać niektóre ważne terminy (za portalem wyrobmedyczny.info):

- **Od 26 maja 2021 r.** nośnik **kodu UDI** jest obowiązkowo umieszczany na etykiecie oraz na wszystkich wyższych poziomach opakowania w przypadku wyrobów **klasy III** i wyrobów do **implantacji**.

www.stock.adobe.com

- **Od 26 maja 2023 r.** nośnik **kodu UDI** jest obowiązkowo umieszczany na etykiecie oraz na wszystkich wyższych poziomach opakowania w przypadku wyrobów **klasy IIa** i **klasy IIb**.
- **Do 26 maja 2024 r.** mogą być **wprowadzane do obrotu lub używania wyroby medyczne klasy I**, których deklaracja zgodności została sporządzona przed 26 maja 2021 r., a procedura oceny zgodności zgodnie z rozporządzeniem MDR wymaga udziału jednostki, pod warunkiem, że od 26 maja 2021 r. pozostają one zgodne z dotychczasową dyrektywą 93/42/EWG oraz nie przewidziano istotnych zmian w ich projekcie i zastosowaniu.
- **Do 26 maja 2024 r.** mogą być **wprowadzane do obrotu lub używania wyroby medyczne**, posiadające **certyfikaty** wydane przez jednostki notyfikowane po 25 maja 2017 r., jeżeli od 26 maja 2021 r. pozostają zgodne z dotychczasową dyrektywą 93/42/EWG oraz brak jest istotnych zmian w projekcie i przewidzianym zastosowaniu. Co do zasady certyfikaty wydane przez jednostki notyfikowane przed 25 maja 2017 r. pozostają ważne do końca okresu wskazanego w certyfikacie.
- **Do 26 maja 2025 r.** mogą być w dalszym ciągu **udostępniane na rynku lub wprowadzane do używania wyroby**, które zostały zgodnie z prawem wprowadzone do obrotu na podstawie dyrektywy 93/42/EWG przed 26 maja 2021 r. oraz wyroby, które zostały wprowadzone do obrotu od 26 maja 2021 r. zgodnie z powyższymi zasadami.
- **Od 26 maja 2025 r.** nośnik **kodu UDI** jest obowiązkowo umieszczany na etykiecie oraz na wszystkich wyższych poziomach opakowania w przypadku wyrobów **klasy I**.

Podsumowując – zarówno schemat podatkowy (MDR), jak i rozporządzenie Unii Europejskiej w sprawie wyrobów medycznych (MDR) są ważne dla farmaceuty. Wspomniane rozporządzenie ma istotny wpływ na jego pracę, gdyż powinien on pamiętać, że wyrób medyczny wyprodukowany po 26 maja 2021 r. musi spełniać wymogi zawarte w tym dokumencie. Sprzedaż wyrobów medycznych niezgodnych z rozporządzeniem stanowi naruszenie prawa i może za sobą pociągać daleko idące konsekwencje, w tym cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki czy też zakończenie badania klinicznego.

afw

MARCIN JÓZEFIAK
Radca prawny.

DYPLOMATORIUM 2021

PROF. DR HAB. ANNA JELIŃSKA

Ważnym elementem tradycji akademickiej i jednym z filarów uniwersyteckiej tożsamości jest kultywowanie i świętowanie uroczystości akademickich, które przebiegają w atmosferze radości, dumy i głębokiego przekonania o dobrze spełnionym obowiązku. 6 listopada 2021 r. w auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza odbyły się uroczystości dyplomatoryjne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Uczestniczyła w nich prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej Alina Górecka. Rektora UM reprezentował prorektor ds. studenckich prof. dr hab. Edmund Grześkowiak.

Poniżej fragmenty wystąpienia dziekana Wydziału Farmaceutycznego **prof. dr hab. ANNY JELIŃSKIEJ**:

Drodzy Absolwenci,

Wasza edukacja na Wydziale Farmaceutycznym przypadła w okresie szczególnie dynamicznego rozwoju uczelni, a rok, w którym kończycie Państwo studia, jest rokiem historycznym dla Wydziału Farmaceutycznego, bowiem po ponad 70 latach oczekiwań i marzeń Wydział Farmaceutyczny, dzięki przychylności władz uczelni, ma wreszcie nową siedzibę. Już od grudnia zajęcia w połowie jednostek będą odbywały się w nowej lokalizacji. W ciągu dwóch lat powstanie jeszcze jeden budynek dydaktyczny, do którego przeniosą się pozostałe jednostki. Pomiędzy budynkami dydaktycznymi znajduje się Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej. Jest to unikalny w skali Polski obiekt, zapewniający nie tylko najwyższe standardy dla prowadzenia dydaktyki, jest on także miejscem integracji środowiska akademickiego, naukowo-badawczego i szeroko rozumianego otoczenia gospodarczego.

Drodzy Absolwenci,

życie stawia i będzie stawiać przed Państwem niełatwe wyzwania. Trudne czasy, w którym przyszło Państwu kończyć studia, ukazują dylematy i rozterki współczesnego świata, rodzą pytania o przyszłość, ale też dają nową nadzieję. Wierzymy, że wybrane studia rozbudziły w Was pasję nauki, głód wiedzy i ciekawość świata, które towarzyszyć Wam będą przez resztę życia. Otrzymany dziś dyplom stwarza wiele możliwości i otwiera wiele drzwi. Mamy nadzieję, że czas spędzony w murach naszej uczelni był niezapomnianym rozdziałem Państwa życia, że zawiązaliście szczere relacje na całe życie. (...)

Drodzy Absolwenci kierunku farmacja,

kończą Państwo jedne z najtrudniejszych i najbardziej wymagających kierunków studiów realizowanych na polskich uczelniach medycznych. Farmaceuta to zawód zaufania publicznego, z dużą wrażliwością na potrzeby drugiego człowieka.

Wiedza i kwalifikacje, jakie posiadają farmaceuci, sprawiają, że stanowią oni wysoko wykwalifikowaną kadrę systemu ochrony zdrowia. Perspektywy dotyczące

wykonywania zawodu farmaceuty dzisiaj i w przyszłości są obiecujące. Zmiany systemowe i prawne, których jesteśmy świadkami, dają większą niezależność, wzmacniają rolę przedstawicieli tego zawodu w systemie ochrony zdrowia, ale również zwiększają ukierunkowanie zawodu na pacjenta. Jesteśmy przekonani, że podejmowane obecnie uregulowania prawne wiążą się nie tylko z podniesieniem prestiżu zawodu, ale i z dużą odpowiedzialnością zawodową.

Ukończenie studiów otwiera Państwu możliwość dalszego kształcenia i możliwość specjalizacji w trzynastu dziedzinach, z których najbardziej popularne to farmacja apteczna, kliniczna i szpitalna. (...)

Szanowni Państwo,

Fiodor Dostojewski powiedział:

Byle człowiek był szlachetny, całą zaś resztę można zdobyć talentem, wiedzą, rozsądkiem, geniuszem.

Takimi przymiotami można określić wszystko to, co towarzyszyło Wam podczas Waszego pobytu w murach naszego uniwersytetu. Z dniem dzisiejszym wchodzicie w nowy etap życia. Nie znaczy to jednak, że z dniem dzisiejszym kończycie Waszą edukację, że wiedza, którą zdobyliście na studiach, wystarczy na całe życie. W dobie dynamicznego rozwoju nauki i postępu w naukach farmaceutycznych i medycznych, społeczeństwo i pracodawcy będą oczekiwali od Was systematycznego uzupełniania swojej wiedzy i doskonalenia umiejętności zawodowych, co jest podstawą procesu edukacyjnego realizowanego między innymi w trakcie kształcenia podyplomowego czy specjalizacyjnego na Wydziale Farmaceutycznym naszego uniwersytetu. Pragnę zapewnić, że z radością powitamy Was na studiach II stopnia, III stopnia – studiach doktoranckich, na wszelkich kursach i stażach specjalizacyjnych,

a także jako naszych współpracowników – nauczycieli akademickich. Głęboko wierzymy, że nawet jeżeli los rzuci Was w odległe strony Polski, Europy czy świata, będziecie wracali do Poznania chociażby z okazji kolejnych jubileuszy ukończenia studiów, i wierzcie mi, że im więcej lat upłynie od czasu ukończenia studiów, tym chętniej będziecie tutaj wracać, a my zawsze powitamy Was z największą radością. (...)

Kończąc, pragnę przywołać słowa Eleanor Roosevelt:

Każde doświadczenie czegoś uczy. Kiedy przestajesz się uczyć, przestajesz żyć w pełnym tego słowa znaczeniu. A celem życia jest, przede wszystkim, przeżyć je, do granic możliwości, doświadczyć wszystkiego co piękne, wytrwale i bez obaw zdobywać nowe i bogatsze doświadczenie.

W imieniu władz dziekańskich, Rady Wydziału Farmaceutycznego i całej społeczności akademickiej życzę Wam, Moi Drodzy, z całego serca, abyście doświadczali wszystkiego co piękne i bez obaw zdobywali nowe i bogatsze doświadczenie. Korzystajcie na początku swojej drogi zawodowej z doświadczenia starszych koleżanek i kolegów, a kiedy sami staniecie na czele zespołu, postępujcie zawsze godnie. Zawsze i w każdej sytuacji miejcie w pamięci słowa kończące Wasze dzisiejsze ślubowanie: Salus aegroti suprema lex est.

Zdjęcia: MIROSŁAW BARYGA

PIERWSZA

Mgr farm. Dorota Prokop – konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji klinicznej w Wielkopolsce

afw

21 czerwca 2021 r. wojewoda wielkopolski Michał Zieliński powołał pierwszego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie farmacji klinicznej. Akt powołania na to stanowisko z rąk wicewojewody wielkopolskiego Anety Niestrawskiej odebrała mgr farm. Dorota Prokop, absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Od roku 2011 swoją drogę zawodową związała z apteką szpitalną. Kieruje Działem Leku Gotowego Apteki Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji klinicznej uzyskała w 2017 r. W ramach swojej działalności zawodowej prowadzi szkolenia i warsztaty dla farmaceutów w zakresie żywienia pozajelitowego, akredytacji aptek szpitalnych oraz leków niebezpiecznych według National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Współpracuje z personelem medycznym Kliniki Kardiologii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, dbając o poprawność i bezpieczeństwo farmakoterapii pacjentów, szczególnie w terapii tętniczego nadciśnienia płucnego.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej oraz kierownikiem specjalizacji z farmacji klinicznej.

Pani Magister życzymy wielu sukcesów w pełnieniu tej jakże pionierskiej funkcji. Jako samorząd zawodowy deklarujemy wolę współpracy na rzecz rozwoju świadczeń zdrowotnych z zakresu farmacji klinicznej w Wielkopolsce.

mgr farm. ALINA GÓRECKA

AMICUS STUDENTIUM

Prof. dr hab. DZIERŻYKRAJ DIONIZY SKWARSKI, wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, o swoich profesorach, czasach studenckich i karierze akademickiej w rozmowie z mgr farm. **Joanną Rutkowską** i mgr farm. **Kamilą Ryszewską**.

„FARMACJA WIELKOPOLSKA": Studia farmaceutyczne rozpoczął Pan Profesor 70 lat temu. Jak wspomina Pan czas nauki w Akademii Medycznej w Poznaniu?

DZIERŻYKRAJ DIONIZY SKWARSKI: Studiowałem w latach 1950-1954 w trybie czteroletnim. W roku 1954 przekształcono studia farmaceutyczne w system pięcioletni. Warto przypomnieć, że w ostatnich latach przed II wojną światową wprowadzono w Poznaniu program studiów kończący się pracą magisterską. Niektórzy studenci z innych ośrodków akademickich, na przykład z Wilna, przenosili się do Poznania w celu wykonania pracy magisterskiej.

Gdzie w latach pięćdziesiątych mieszkali w Poznaniu studenci farmacji?

Około 80% studentów mieszkało w akademikach, na przykład przy ul. Stalingradzkiej (obecnie Aleja Niepodległości), bardzo skromnie wyposażonych. Stypendium miesięczne na I roku studiów wynosiło 210 ówczesnych złotych i wzrastało corocznie o 30 zł. Miejsce w czteroosobowym pokoju w akademiku kosztowało 9 zł miesięcznie.

Który egzamin zapisał się szczególnie w Pana pamięci?

Tak, pamiętam egzamin z chemii farmaceutycznej u prof. Franciszka Adamanisa. Przyjmował na egzamin z reguły jedną, a najwyżej dwie osoby. Jakie było moje zdziwienie, kiedy przybyłem na egzamin i przed drzwiami gabinetu profesora spotkałem kolegę z roku umówionego na tę samą godzinę. W pewniej chwili otworzyły się drzwi gabinetu, stanął w nich pan profesor i zapytał: panowie na egzamin? Odpowiedzieliśmy: tak. To proszę ze mną do biblioteki – powiedział prof. Adamanis. Zajęliśmy miejsca i w tym momencie do biblioteki weszli profesorowie: Maria Szmytówna, Witold Mizgalski i Witold Manikowski. Po chwili prof. Adamanis rozpoczął egzamin.

Eugeniusz Jarosik

Po naszych odpowiedziach profesor oświadczył: dziękuję panom, zdaliście pozytywnie egzamin. Nie był to egzamin komisyjny, naszym odpowiedzią przysłuchiwali się wspomniani wyżej zaproszeni profesorowie z innych katedr naszego wydziału. Egzaminator pragnął prawdopodobnie zapoznać gości z wymaganiami, jakie stawia, by student mógł pozytywnie zaliczyć egzamin.

Co sprawiało studentom największą trudność podczas studiów?

Wymagania były bardzo wysokie. Najtrudniejsze były dla nas egzaminy z chemii farmaceutycznej, farmakognozji i farmacji stosowanej, przede wszystkim ze względu na duży zakres materiału i brak pomocy naukowych jak podręczniki, skrypty itp. Niestety, dostęp do materiałów, z których można było czerpać niezbędną wiedzę, był znikomy. Większość studentów (a frekwencja na wykładach wynosiła z reguły powyżej 80%) starała się skrzętnie notować przekazywany nam materiał. Bardzo często spotykaliśmy się, aby uzupełnić notatki z wykładów. Te kontakty koleżeńskie z wieloma osobami przetrwały próbę czasu. Obecnie ułatwiają je telefony komórkowe.

Po ukończeniu studiów można było się ubiegać o prawo wykonywania zawodu.

Chcąc je uzyskać, trzeba było po ukończeniu studiów odbyć co najmniej roczny udokumentowany staż zawodowy na pełnym etacie w aptece. Mój staż apteczny trwał 2 lata, ponieważ odbywałem go na pół etatu ze względu na to, że pracowałem w uczelni na pełnym etacie asystenta.

Archiwum D. D. Skwarskiego

PROF. DZIERŻYKRAJ DIONIZY SKWARSKI BYŁ PRODZIEKANEM POZNAŃSKIEGO WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO

W ówczesnym czasie, czyli w latach pięćdziesiątych, bardzo często w okresie urlopowym poszukiwano magistrów farmacji na zastępstwa. Kolega z uczelni i ja zatrudniliśmy się w sumie na jeden pełny etat (każdy z nas po pół etatu) w aptece w Stegnie. Każdy z nas chodził do apteki co drugi dzień na 8 godzin, a dzień wolny spędzał rekreacyjnie nad morzem.

Co skłoniło Pana do zajęcia się pracą naukową?

Po zakończonych zajęciach obowiązkowych ówczesny kierownik Katedry Technologii Chemicznej Środków Leczniczych zaproponował mi pracę na stanowisku asystenta. Poczułem się zaszczycony propozycją. Wyraziłem zgodę. Na początku września miałem zgłosić się w katedrze celem omówienia zakresów czekających mnie obowiązków. Od 1 października 1954 r. podjąłem pracę na stanowisku asystenta.

Kto był promotorem Pana pracy doktorskiej?

1 października 1956 r. nastąpiła spodziewana zmiana na stanowisku kierownika Katedry. Doc. Henryka Ludwickiego zastąpił doc. Jerzy Tułecki, który został promotorem mojej pracy doktorskiej. W roku 1960 po kilku latach pracy w uczelni zostałem powołany do odbycia dwuletniej służby w wojsku polskim w Centralnej Składnicy Sanitarnej w Gołdapi, gdzie pełniłem obowiązki kierownika Sekcji Formowania Zestawów i Odnawiania Zapasów. Po odbyciu służby wojskowej wróciłem do macierzystej Katedry, by kontynuować pracę naukową. Jednocześnie przez pewien okres pracowałem na pół etatu w aptece szpitalnej i Zakładzie Farmaceutycznym „FARMAPOL".

Osiągał Pan kolejne etapy kariery akademickiej...

W 1966 r. uzyskałem stopień doktora nauk farmaceutycznych. W dalszym ciągu prowadziłem intensywne badania naukowe. W roku 1972 odbyłem sześciomiesięczny staż naukowy w Instytucie Chemii Organicznej Uniwersytetu Medycznego w Debreczynie. W 1976 r. uzyskałem stopień naukowy doktora habilitowanego. Po przejściu na emeryturę prof. Tułeckiego w 1980 r. objąłem kierownictwo Katedry. W roku 1990 otrzymałem stanowisko profesora. Wraz ze swoim zespołem naukowym prowadziłem badania w dziedzinie syntez środków o działaniu przeciwpromiennym, środków przeciwwirusowych i innych o spodziewanym działaniu farmakologicznym. W okresie sprawowania przeze mnie stanowiska kierownika Katedry zostały wykonane pod moim kierownictwem trzy prace doktorskie z nadaniem stopnia naukowego doktora nauk farmaceutycznych i ukończono jeden przewód habilitacyjny z nadaniem stopnia naukowego doktora habilitowanego.

Rozpoczęcie przez Pana pracy w uczelni zbiegło się z wydłużeniem czasu studiów farmaceutycznych

Po wprowadzeniu pięcioletnich studiów zaczęła się stopniowa redukcja godzin dydaktycznych, szczególnie wykładowych. Kiedy byłem studentem, ćwiczenia odbywały się w każdą sobotę, ale także

na przykład w sylwestra. Przypominam sobie, że jedna z koleżanek z mojego roku, podchodząca nadzwyczaj pilnie do powierzonych zadań, została w sylwestra zapytana przez asystenta, czy dysponuje już wynikiem wykonanego ćwiczenia. Zbliżała się godzina 17.00. Asystent, będąc już w szampańskim humorze, spojrzał w swój zeszyt i oświadczył: „Wynik prawie dobry. Dzisiaj ten wynik przyjmuję". Na to studentka: „Jeżeli tylko z tego względu, to natychmiast wykonam jeszcze jedną analizę". I wykonała, otrzymując podobny wynik. Dzięki temu zdarzeniu ćwiczenia zakończyły się godzinę później, z czego zarówno asystenci, jak i my, studenci, nie byliśmy zadowoleni. Doceniliśmy jednak dociekliwość i sumienność koleżanki, która po ukończeniu studiów podjęła pracę naukową w uczelni, a po latach została profesorem. Należy jeszcze wspomnieć, że pani profesor nie była entuzjastką oglądania programów telewizyjnych. Wolała z reguły poświęcać czas na zgłębianie problemów naukowych, szczególnie z dziedziny, którą reprezentowała. Studenci przypisali pani profesor różne pseudonimy, ale jeden z nich był najtrafniejszy, ponieważ dotyczył egzekwowania wiadomości na egzaminach: „PIŁA".

Czy nadawanie żartobliwych pseudonimów pracownikom uczelni było zjawiskiem powszechnym?

Nie. Tylko niektórzy profesorowie mieli to szczęście, żeby taki pseudonim sobie zaskarbić. Prof. Rafał Adamski (farmacja stosowana) nosił pseudonim „KUFA". Kiedyś byliśmy ze studentami na wycieczce w zakładach winiarskich w Tymbarku. Przewodnik, który nas oprowadzał po zakładzie, w pewnym pomieszczeniu rzekł: „A tu widzicie same kufy". Natychmiast wybuchła salwa śmiechu. Profesor był pokaźnej postury, więc niektórzy studenci sądzili, że stąd ów pseudonim. W rzeczywistości jego źródłem była pewna wypowiedź pana profesora: „Współczesna młodzież za mało zwraca się «ku farmacji»". Profesor miał duże poczucie humoru i wiele różnych powiedzeń. Kiedyś zapytał studentów, co jest najważniejsze w aptece. Nikt nie zgadł. Profesor odpowiedział: „Zegar, żebyście punktualnie przychodzili na dyżury". Prof. Ewaryst Pawełczyk (chemia leków) znał swój pseudonim „Tygrys". Studenci mówili, że jest ostry, wymagający, ale jednocześnie sprawiedliwy na egzaminach. Ponadto należy wysoko ocenić pana profesora za bardzo dobre wykłady.

Jak wspomina Pan profesora Franciszka Adamanisa?

Był profesorem bardzo wymagającym. Na egzaminie lubił zapytać o coś poza wymaganym materiałem. Na przykład: co ciekawego może pan/pani powiedzieć o swoim miejscu zamieszkania? Jeśli stoi tam pomnik, to kogo przedstawia? Czy jest pani zadowolona z wyboru kierunku studiów itp. Miał też duże poczucie humoru. Pewnego razu w trakcie trwania ćwiczeń niespodziewanie zapytał o identyfikowaną przeze mnie substancję. Odpowiedziałem: „Sublimat". Profesor spojrzał do swego zeszytu i powiedział: „U mnie pisze inaczej". Ponownie wykonałem analizę i stwierdziłem identyczny wynik. Kiedy pod koniec ćwiczeń profesor podszedł do mnie, powiedziałem, że wykonałem jeszcze jedną próbę i wynik jest taki sam: sublimat. Wówczas profesor oznajmił: „U mnie w zeszycie jest napisane «Hydrargyrum bichloratum»" (sublimat to zwyczajowa nazwa chlorku rtęciowego II). Współcześnie takie wydarzenie mogłoby być traktowane jako przejaw gnębienia studenta, ja to potraktowałem wówczas jako dobry żart. Pewnego dnia profesor Adamanis, zmierzając w kierunku Collegium Chemicum, zauważył w Parku Wilsona siedzącą na ławce znaną z obecności na wykładach swoją studentkę. Zatrzymał się i zapytał: „Co pani tak wnikliwie studiuje?". „Właśnie powtarzam materiał na egzamin" – odparła studentka. A po chwili zapytała: „Panie profesorze, kiedy mogę się zgłosić na egzamin?". Profesor odpowiedział: „Pani już egzamin zdała". Przy okazji przypomniał mi się prof. Adam Jurkowski (farmacja stosowana), który miał zwyczaj zapraszać na egzamin do pociągu relacji Poznań-Gdynia, jakim często podróżował

> MOJA MAMA ŻYŁA 94 LATA. CAŁE ŻYCIE MÓWIŁA: „STARY CZŁOWIEK MUSI UMRZEĆ, A MŁODY MOŻE. I PAMIĘTAJCIE, ŻE OD ŚMIERCI NIE MA LEKARZA"

z racji posiadania apteki w Gdyni, nie wnikając w to, czy studenta stać na kupno biletu. Żaden student nigdy jednak nie poskarżył się na takie traktowanie. Współcześnie takie podejście do studenta byłoby nieakceptowalne.

Mirosław Baryga

W 2018 ROKU DZIERŻYKRAJ DIONIZY SKWARSKI OBCHODZIŁ DZIEWIĘĆDZIESIĄTE URODZINY

Profesorowie często wydają się chłodni i zdystansowani, natomiast Pan jest niezwykle ciepłym i serdecznym człowiekiem. Z pewnością był Pan lubiany przez studentów...

Przyjemnie jest usłyszeć taką ocenę. Mogę jedynie potwierdzić, że dwukrotnie otrzymałem wyróżnienie „Amicus Studentium". Jury przyznające to wyróżnienie stanowili wyłącznie studenci. Zawsze starałem się, żeby moje kontakty ze studentami były przyjazne. Jeśli student był umówiony ze mną na określoną godzinę, na przykład na egzamin, nie oczekiwał na mnie choćby 5 minut. Muszę nieskromnie przyznać, że punktualność jest nadrzędną cechą mojej osobowości. Mogą to potwierdzić też moi współpracownicy. Na egzaminy przeznaczałem z reguły jeden dzień w miesiącu – piątek. I każdy student mógł przybyć na egzamin, już od godziny 8.00, bez uprzedniego zapisywania. Wszyscy, którzy zgłosili się w danym dniu, zostali przeegzaminowani. Ten system sprawdzał się u mnie bardzo dobrze.

Ma Pan jakieś wspomnienia związane z profesorem Janem Dobrowolskim?

Był moim pierwszym dziekanem, profesorem obdarzonym wielkim szacunkiem. Miał w sobie coś wielkiego, stwarzającego poczucie dużego dystansu. W rzeczywistości był miłym i niezwykle taktownym w kontakcie ze studentami. Na egzaminie pokazywał studentowi jakąś roślinę o właściwościach leczniczych; trzeba było tę roślinę rozpoznać, podać nazwę i określić możliwości jej zastosowania. Pan profesor w ramach dyscypliny, którą reprezentował, organizował wycieczki botaniczne, na przykład do Promna, byśmy mogli rozpoznawać i podziwiać rośliny rosnące w środowisku naturalnym. Po zakończeniu zajęć z botaniki otrzymywaliśmy zadanie wykonania zielnika.

Precyzja Pana wspomnień jest imponująca. Co robić, by jak najmniej dotykał nas nieubłaganie upływający czas?

Jestem zadowolony z tego, że zdrowie nadal mi dopisuje. Mimo że już od 22 lat jestem emerytem, w dalszym ciągu poruszam się swobodnie. Lubię spacery. Jeżdżę tramwajami. Nie korzystam z okularów itp. Prawdopodobnie dużo zawdzięczam genom rodzinnym. Moja mama żyła 94 lata i prawie do końca życia nie widziałem jej chorej w łóżku. Całe życie mówiła: „Stary człowiek musi umrzeć, a młody może. I pamiętajcie, że od śmierci nie ma lekarza".

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

Anna Kopras-Fijołek

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

PODRÓŻ W CZASIE

Pełni pasji i energii ruszyli w świat realizować swoje zawodowe marzenia - w aptekach, zakładach chemicznych, zakładach farmaceutycznych laboratoriach badawczych, na uczelni. Jubileusz 50-lecia ukończenia studiów na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Poznaniu świętował rocznik 1965-1970.

Dzisiejsza uroczystość, nasze spotkanie to specyficzna podróż w czasie. Podróż, która jest wielowymiarowa i zapewne dla każdego z Państwa – zupełnie odmienna – tymi słowami powitał absolwentów Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Michał Nowicki, prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Powrót w mury uczelni po ponad 50 latach wywołał wiele wspomnień. – *Być może są to migawki z uroczystości rozdania dyplomów w roku 1970, być może jakiś szczególnie uciążliwy wykładowca, a być może zapach odczynników dobywający się z laboratoriów chemii analitycznej. Jeżeli tak jest w istocie, oznacza to, że pobyt w naszej uczelni, którą pewnie do końca będziecie Państwo nazywać akademią medyczną, odcisnął niezatarty ślad w pamięci* – powiedział prorektor. Wspomniał, że zapewne każdy z absolwentów pamięta swoją pierwszą pracę, rzędy ciemnych słoików i szaf, leki robione na miejscu, kasę z korbą i nocne dyżury. Być może również nakaz pracy, który zobowiązywał do wykonywania zawodu w jakiejś innej, odległej miejscowości. – *Przez 50 lat wiele się zmieniło. Postronnemu obserwatorowi może się wydawać, że apteka stała się dziś jednym z wielu sklepów – produkty wystawione na półkach, morze suplementów diety, systemy informatyczne, kody paskowe, paragony, faktury. Są i tacy, którzy twierdzą, że za lat kilka lub kilkanaście apteka zostanie zastąpiona przez aptekomat. W mojej opinii – nic bardziej mylnego* – stwierdził prof. dr hab. Michał Nowicki. Zawód farmaceuty to bowiem misja. – *Farmaceuta jest cierpliwy. W odróżnieniu od lekarza spogląda na pacjenta w sposób holistyczny. Cechuje się analitycznym umysłem i umiejętnością rozmowy. Zapewne nie raz i nie dwa spotkaliście się Państwo z pacjentami, którzy powiedzieli wam więcej niż lekarzowi. Nie raz i nie dwa czuliście się Państwo jak osoba szczególnego publicznego zaufania. (...) Dzięki Wam apteka to nie tylko półki z lekami, ale miejsce kształtowania etosu farmaceuty* – dodał prorektor.

Anna Kopras-Fijołek

Za 50 lat wykonywania zawodu farmaceuty podziękowała – w imieniu Rady Wydziału Farmaceutycznego i całej społeczności akademickiej – prof. dr hab. Anna Jelińska, dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Podkreśliła, że farmaceuta to zawód zaufania publicznego, to powołanie, służba człowiekowi – w zdrowiu i w chorobie. Zwróciła też uwagę na wyjątkowość rocznika świętującego właśnie 50-lecie ukończenia studiów. 10 absolwentów uzyskało stopień doktora nauk farmaceutycznych, 1 – doktora habilitowanego, a 4 panie otrzymały tytuł profesora. Do tego grona należą: prof. Wanda Baer-Dubowska, prof. Wiesława Bylka, prof. Jadwiga Jodynis-Liebert i prof. Maria Rybczyńska, które odebrały szczególne podziękowania i gratulacje. – *Ich dorobek dydaktyczny trwale wpisał się w działalność Uniwersytetu Medycznego* – podkreśliła dr n. farm. Arleta Matschay, wiceprzewodnicząca zarządu Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Z gratulacjami zwrócił się do absolwentów z 1970 r. prof. dr hab. Przemysław Mikołajczak, wiceprezes Stowarzyszenia Absolwentów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. – *50 lat to okrągły jubileusz. Ktoś powiedziałby: „Szmat czasu". Na pewno pamiętacie Państwo ten czas zakończenia studiów, otrzymania dyplomu, kojarzący się z zakończeniem pewnego etapu w życiu, zapewne pojawienia się odczucia, że teraz będzie już dorosłe, a nie studenckie życie* – powiedział. Przypomniał jubilatom niezapomnianych profesorów, zapamiętanych ze względu na ich

Anna Kopras-Fijołek

PROF. DR HAB. WANDA BAER-DUBOWSKA, PROF. DR HAB. JADWIGA JODYNIS-LIEBERT, PROF. DR HAB. MARIA RYBCZYŃSKA I PROF. DR HAB. WIESŁAWA BYLKA

podejście do studentów, oryginalne wykłady czy charakterystyczne zachowania, między innymi prof. Rafała Adamskiego – kierownika Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej, zwanego Kufą, prof. Zdzisława Kowalewskiego – kierownika Katedry i Zakładu Farmakognozji, zwanego Lulkiem, prof. Rufinę Ludwiczakową – kierownika Katedry i Zakładu Chemii Organicznej, prof. Ewarysta Pawełczyka – kierownika Katedry i Zakładu Chemii Leków, zwanego Tygrysem, prof. Marię Szmytównę – kierownika Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej czy prof. Jerzego Tułeckiego – kierownika Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych.

Minęło 50 lat, a oblicza jubilatów, choć przecież dojrzalsze, pozostały młode. – *Patrząc na Państwa wzruszone i uśmiechnięte twarze, dostrzegam optymizm, zapał i chęć działania – takie same, jak zapewne w dniu ukończenia edukacji na Wydziale Farmaceutycznym ówczesnej Akademii Medycznej. Wydaje się, że niedawno odbieraliście Państwo z rąk dziekana upragnione dyplomy* – mówiła dr n. farm. Arleta Matschay, wiceprzewodnicząca zarządu Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. – *Na pewno pamiętacie dumę i radość, którą czuliście w swoich sercach z pokonania wszystkich trudności i uzyskania zaszczytnego tytułu magistra farmacji* – powiedziała dr n. farm. Arleta Matschay. – *Pełni pasji i energii ruszyliście Państwo w świat realizować swoje zawodowe marzenia – czy to w aptekach, czy w zakładach chemicznych, zakładach farmaceutycznych czy też w laboratoriach badawczych, a także na naszej, zaszczytnej uczelni.*

Gratulacje i życzenia skierowała do absolwentów także prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Alina Górecka. – *Szanowni Złoci Jubilaci polskiej farmacji! Był taki piękny dzień w Waszym życiu, kiedy po ukończeniu studiów farmaceutycznych otrzymaliście swój upragniony dyplom*

magistra farmacji. Okres studiów farmaceutycznych na Akademii Medycznej w Poznaniu to nie był czas, kiedy tylko uczyliście się. To wtedy nawiązaliście kontakty koleżeńskie i przyjaźnie – takie na całe życie. Jak cenne są one dla Was, świadczy fakt, że właśnie z potrzeby serca spotykacie się z koleżankami i kolegami po 50 latach. Przybywacie na to spotkanie z różnych stron kraju, a nawet świata, bo jesteście wzajemnie dla siebie ważni. I to, że jesteście farmaceutami, jest dla was ważne – powiedziała prezes Wlkp. ORA. Zwróciła uwagę na to, że jubileusz 50-lecia to czas analiz i podsumowań, które każdy absolwent czyni w swoim sercu. – *Każdy z Was mógłby napisać książkę „Farmacja od socjalizmu do wolności gospodarczej". Byłaby to opowieść o nieustannym pokonywaniu trudności dla dobra pacjenta i z myślą o jego zdrowiu. Byłoby w niej miejsce na satysfakcję, na dowody uznania dla Waszej pracy ze strony pacjentów i bliskich. Byłoby w niej miejsce na satysfakcję z dorobku naukowego i wychowanych nowych pokoleń farmaceutów* – podkreśliła mgr farm. Alina Górecka. – *Jesteśmy dumni, że wykonujemy zawód, w który jest wpisana tak piękna misja społeczna. Zawód nasz ma wielowiekową tradycję. Zawsze cieszył się dużym szacunkiem społecznym. Jesteśmy też dumni z niepowtarzalnej kultury materialnej, jaka została stworzona dla tego zawodu przez wieki. Tworzyli dla aptekarza architekci, stolarze, snycerze... Wiele naczyń i sprzętów aptecznych to przecież swoiste dzieła sztuki. Tworzyli dla nas nawet zegarmistrzowie, bo przecież bardzo ważnym i reprezentacyjnym sprzętem w aptece był zegar.*

Odnowione dyplomy potwierdzające kwalifikacje zawodowe wręczyli absolwentom świętującym złoty jubileusz ukończenia studiów prorektor prof. dr hab. Michał Nowicki i prof. dr hab. Przemysław Mikołajczak.

afw

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

DYPLOMATORIUM 1970

Czasy studiów wspomina prof. dr hab. **WANDA BAER-DUBOWSKA**

Anna Kopras-Fijołek

51 lat minęło od dyplomatorium rocznika 1965-1970 – wydarzenia bezprecedensowego z wielu względów. Było to pierwsze w historii dyplomatorium. Do tej pory odbywały się absolutoria, na których wręczano właściwie nic nie znaczący dokument, czyli kartę absolutoryjną. W 1970 r. władze podjęły decyzję o organizowaniu dyplomatoriów, na których wręczano prawdziwe dyplomy. Ta tradycja trwa do dzisiaj, z wyjątkiem, niestety, kierunku farmaceutycznego, bo wprowadzenie praktyk zawodowych, półrocznych, po uzyskaniu dyplomu sprawia, że organizacyjnie było to trudne. Ku mojego wielkiemu ubolewaniu odbywają się znowu absolutoria.

Trafili do domu kultury... Milicji Obywatelskiej

W tym samym dniu, 24 października 1970 r., odbyło się dyplomatorium również dla kierunku lekarskiego z oddziałem stomatologicznym. W związku z tym – jako że zawsze musieliśmy ustępować lekarzom, a oni mieli dyplomatorium przewidziane w auli

Archiwum W. Baer-Dubowskiej

uniwersyteckiej – musieliśmy poszukać innej lokalizacji. Tym innym miejscem była sala widowiskowa domu kultury Milicji Obywatelskiej. (...) W prezydium zasiedli: prof. Ewaryst Pawełczyk, pełniący wtedy funkcję prorektora, prof. Józef Chmiel, który był prodziekanem, prof. Halina Karoń, która reprezentowała Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym, a także płk dr Zbigniew Psuja, kierownik Studium Wojskowego. (...) Towarzyszył nam chór, którego dyrygentem był doktor medycyny Jerzy Fischbach. Mieliśmy też własną przedstawicielki w chórze – Sabinę Walczak i Wiesławę Rakowską. Dyplomy magistra farmacji Akademii Medycznej wręczał prof. Chmiel.

Drżeli, co powie Lucyna

Przemówienie w imieniu absolwentów wygłosiła Lusia Gaweł. Myślę, że po 50 latach mogę ujawnić kulisy tego wydarzenia. W tamtych czasach nikt się nie przejmował plagiatem, prawami autorskimi. W związku z tym przemówienia absolwentów były przekazywane – z roku na rok. Nie przejmowałyśmy się więc przygotowywaniem przemówienia, bo miałyśmy „gotowca". Niestety, na dzień czy dwa przed uroczystością Lucyna przeczytała to przemówienie i powiedziała, że ona tego nie wygłosi. To był tekst, który jej absolutnie nie odpowiadał. Sytuacja trudna – czasu mało, napisać przemówienie w tak krótkim czasie było zadaniem praktycznie niewykonalnym. Na szczęście Lusia miała przyjaciół na politechnice, między innymi kolegę, który cechował się dużą erudycją i właśnie przygotował takie przemówienie w imieniu absolwentów – bodajże Wydziału Elektrycznego. Zdecydował się udostępnić nam to przemówienie. Czasu było mało, więc w tym maszynopisie pozaklejałyśmy kartkami te fragmenty, które odnosiły się do Politechniki Poznańskiej, wprowadzając dane właściwe dla naszej uczelni. Osoby wtajemniczone drżały cały czas, że te kartki się odkleją i Lucyna z rozpędu odczyta nie to, co powinna. Na szczęście dzielnie się z tego zadania wywiązała. Przemówienie wszystkim się podobało. (...)

Zeszyty w... szafie pancernej!

Zajęcia odbywały się przez sześć dni w tygodniu, co dla dzisiejszych studentów jest nie do wyobrażenia, bo jak się coś skróci w piątek, proszą, żeby im skrócić również w czwartek, a najlepiej ograniczyć zajęcia do poniedziałku. My wtedy grzecznie

chodziliśmy na wykłady we wszystkie soboty. Bezcenne były notatki. Nie było kserografów, innych urządzeń, które teraz wspomagają studentów, już nie mówiąc o Internecie. Trudno dostępne były podręczniki. W związku z tym notatki z wykładów, zwłaszcza te pisane wyraźnym pismem, były bardzo w cenie. Podkreślam to, że wyraźnym, bo spotkałam się z zarzutem, że ktoś oblał egzamin, bodajże z filozofii, ponieważ korzystał z moich notatek, a ja pisałam bardzo niewyraźnie…

Jeden dzień tygodnia (była to środa) zajmowały zajęcia w Studium Wojskowym, co wiązało się z posiadaniem zeszytów – przesznurowanych i zalakowanych, umieszczanych w szafie pancernej, bo były to wiadomości ściśle tajne. Każdy miał prywatną kopię takiego zeszytu, bo z czegoś trzeba było się do zaliczeń przygotowywać.

Przed egzaminami relaksowały się w klubie

Poza zajęciami obowiązkowymi toczyło się tzw. życie studenckie. Nie nazywaliśmy tych zajęć „imprezami", natomiast w moim odczuciu ówczesne życie studenckie było zdecydowanie bardziej ciekawe aniżeli współczesnych studentów.

Przy każdej uczelni działały klubu studenckie, w których odbywały się różnego rodzaju wydarzenia kulturalne, mniej czy bardziej poważne. (…) Akademia Medyczna posiadała wtedy dwa kluby – były to „Wawrzynek" i „Aspirynka". Ze względu na rozłożenie płci naturalne było ciążenie do klubów politechnicznych. Tam działały „Agora" i „Sęk". Poza wydarzeniami kulturalnymi w soboty i niedziele odbywały się tam tzw. fajfy z muzyką na żywo. W klubie „Sęk", do którego uczęszczało wiele naszych koleżanek, gdzie się relaksowały przed egzaminem, grał wtedy zespół „Sokoły".

A chłopcy – w gospodzie

Akademiki, czyli domy studenckie, były dwa – istniejący do dzisiaj „Wawrzynek" oraz tzw. Gospoda Targowa. Oczywiście, akademiki wtedy nie były koedukacyjne – „Wawrzynek" był przeznaczony dla dziewczyn, natomiast w „Gospodzie Targowej" na Grunwaldzie mieszkali chłopcy. Tam też toczyło się intensywne życie towarzyskie będące niekiedy przedmiotem zazdrości tzw. osób z miasta. Czasem były one także zapraszane. (…)

Archiwum W. Baer-Dubowskiej

Imprezy turystyczne odbywały się i w wakacje, i w ciągu roku akademickiego. Bardzo dużą popularnością cieszyły się rajdy studenckie, które – ku mojemu ubolewaniu – zupełnie znikły. Każda uczelnia była zobowiązana zorganizować taki rajd. (…) Sezon rajdowy zapoczątkowywała chyba w kwietniu Politechnika Poznańska, a kończyła Akademia Medyczna – rajdem parasolowym, w trakcie którego organizowany był konkurs na najładniejszy czy najciekawszy parasol. (…)

Wieczory przy kandelabrach

Specyficzną formą spotkań były wieczory przy kandelabrach, organizowane w klubie „Wawrzynek". Było to dość ciekawe wydarzenie, zwłaszcza dla nauczycieli akademickich. Zapraszaliśmy bowiem profesorów oraz nauczycieli akademickich i „zmuszaliśmy" ich do tego, by dzielili się z nami zabawnymi wydarzeniami, które wynikały z ich kontaktów ze studentami. Wywiązywali się z tego zadania bardzo dobrze.

Opracowała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Bałam się „Tygrysa”

Rozmowa z **EWĄ SZYC–DANIEL**, absolwentką Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1965-1970)

Dlaczego, decydując na studia, wybrała Pani właśnie farmację?

Troszeczkę przez względy rodzinne. Moja mama była farmaceutką. W związku z tym już od dziecka widziałam, co się dzieje w aptece. Bardzo mi się to podobało. Magia ważenia, smak opłatków używanych do proszków... Potem zadecydowały zainteresowania – byłam raczej umysłem ścisłym. Pociągały mnie chemia, matematyka, fizyka, więc ten kierunek studiów jak najbardziej mi odpowiadał.

Jak wspomina Pani czas studiów?

Bardzo miło. Było dużo zajęć, ćwiczeń, pracy, również popołudniami, w laboratorium – mozolnej, ale w sumie ciekawej, głównie w gronie kobiet, bo zawsze na farmacji było więcej dziewczyn. Panów było mało, byli takimi rodzynkami, ale zawsze można było na nich liczyć. Mieszkałam w Poznaniu, więc często kontaktowałam się z koleżeństwem z akademika, bo tam była tzw. giełda studencka. Można było się dowiedzieć, z jakiego materiału będzie pytał profesor.

Którego profesora zapamiętała Pani szczególnie?

„Tygrysa” – prof. Ewarysta Pawełczyka, bo był takim postrachem. Wszyscy się go bali. Pan profesor Pawełczyk lubił, jak kobiety były ubrane na granatowo, więc na egzamin obowiązkowo szło się w takim stroju. Wspominam też bardzo miło prof. Józefa Chmiela oraz prof. Marię Szmytównę.

Mówi się, że farmacja to nie jest zawód. To misja. Dlaczego?

Kiedyś było trudno o różne leki. Nieraz ludzie prosili, by im zostawić jakiś lek, jak się pojawi. Pewnego razu przyszła starsza pani – odłożyłam dla niej lek. Przyniosła mi jabłuszko i herbatniki. Chciała się odwdzięczyć. Wzruszyła mnie.

Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Anna Kopras-Fijołek

lek. med. MAREK DANIEL

Dziś pani profesor w swoim wystąpieniu mówiła, że często pacjenci przychodzą do farmaceuty i pytają go, co lekarz zapisał, jak należy ten lek brać i czy na pewno to jest dobre. Z autopsji potwierdzę, że tak jest. Często denerwowałem się nawet, bo jeżeli ja wypisałem leki, w przekonaniu, że wszystko jest bardzo dobrze, to i tak cała moja rodzina i dalsi znajomi przychodzili do mojej żony i pytali: „Ewa, powiedz, czy to, co Marek zapisał, jest dobre?”.

dr n. farm. HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA

ZŁOTODAJNE DRZEWA W LECZENIU CUKRZYCY

Wyciąg z morwy białej (*Morus alba L.*) stanowi obiecującą perspektywę terapii wspomagającej kontrolę glikemii u pacjentów cierpiących na cukrzycę typu II.

We współczesnym świecie rośnie moda na stosowanie roślinnych środków leczniczych, które nie są częścią standardów terapii, ale wciąż znajdują zastosowanie jako uzupełnienie leczenia i terapia wspomagająca w początkowych stadiach rozwoju choroby.

Przez wieki w leczeniu objawów cukrzycy stosowano wyciągi roślinne. Dotychczas poznano około 200 różnych substancji pochodzenia roślinnego obniżających poziom cukru we krwi, wykrytych w 88 gatunkach roślin stosowanych tradycyjnie w medycynie ludowej. W fitoterapii cukrzycy można stosować: rutwicę lekarską (*Galega officinalis L.*), fasolę zwyczajną (*Phaseolus vulgaris L.*), kozieradkę pospolitą (*Trigonella foenum-graecum L.*), lucernę siewną (*Medicago sativa L.*), morwę białą (*Morus alba L.*), imbir lekarski (*Zingiber officinale Rosc.*) i kukurydzę zwyczajną (*Zea mays L.*). Spośród tych roślin na szczególną uwagę zasługuje morwa biała, będąca głównym składnikiem suplementów diety stosowanych w łagodzeniu zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Nazwa gatunkowa morwy białej pochodzi od białawego zabarwienia kory, a nie, jak się powszechnie mylnie przyjmuje, od koloru owoców. Wyciąg z morwy białej stanowi obiecującą perspektywę terapii wspomagającej kontrolę glikemii u pacjentów z cukrzycą typu II dzięki jej plejotropowemu działaniu. Zbyt mała liczba badań przeprowadzonych na ludziach uniemożliwia jednak ostateczną ocenę skuteczności terapii. W szczególności istnieje potrzeba przeprowadzenia badań wskazujących jednoznacznie zalecaną do stosowania dawkę oraz potwierdzających długotrwałą poprawę parametrów glikemii u pacjentów z cukrzycą typu II.

Morwa biała (*Morus alba L.*) jest w zasadzie jedynym spotykanym w uprawie gruntowej w Polsce przedstawicielem rodziny morwowatych (*Moraceae*). Rzadko można spotkać bardzo wartościową morwę górską oraz inne gatunki z rodzajów Morus. W krajach, z których pochodzą, morwy często są nazywane „złotodajnymi drzewami". Wynika to przede wszystkim z ich wykorzystania w przemyśle jedwabniczym, jako że liście morwowe stanowią jedyną pełnowartościową paszę dla jedwabnika morwowego. Morwy rodzą jadalne owoce, co prawda niezbyt atrakcyjne dla ludzi, lubiane za to przez

www.stock.adobe.pl

dzikie ptactwo (szpaki, kwiczoły, wróble), bardziej nawet niż czereśnie i wiśnie.

Badania kliniczne wykazały, że to głównie flawonoidy, flawonole, alkaloidy z najsilniej działającymi 1-deoksynojiromycyną i fagominą oraz polisacharydy wpływają na różne mechanizmy, prowadząc do normalizacji poziomu glukozy w surowicy krwi poprzez hamowanie aktywności enzymów: maltazy, sacharozy i a-glukozydazy. Z kolei w badaniu prowadzonym wśród pacjentów chorujących na cukrzycę typu II zaobserwowano, iż w grupie chorych otrzymujących przez 30 dni liście morwy, w porównaniu z grupą kontrolną, która otrzymywała glibenklamid, zaobserwowano istotne statystycznie różnice w poprawie glikemii. Oprócz poprawy w profilu glikemii stwierdzono u tych chorych również obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego, trójglicerydów frakcji VLDL oraz zwiększenie HDL. W grupie pacjentów leczonych glibenklamidem nie zaobserwowano istotnej poprawy zarówno w profilu glikemii, jak i lipidogramu.

W trzydziestodniowym badaniu liście morwy wraz z propolisem stosowano u 12 chorych na cukrzycę typu II i stwierdzono istotne obniżenie poziomu glukozy we krwi – średnio z 202,8 mg% na 129 mg% oraz spadek stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) – z 7,8% na 7%. W innym badaniu, przeprowadzonym w grupie 20 pacjentów, porównywano krzyżowo 10 osób z cukrzycą i 10 osób bez cukrzycy. Uczestnikom badania podawano 1 g liści morwy przed testem doustnego obciążenia 75 g sacharozy celem hamowania wzrostu stężenia glukozy we krwi. W obu grupach morwa hamowała wzrost glikemii poprzez zmniejszenie wchłaniania węglowodanów. Morwa powinna być zatem stosowana razem z dużym posiłkiem w celu zmniejszenia hiperglikemii poposiłkowej.

Drugą rośliną mającą zastosowanie w suplementach diety obniżających poziom glukozy we krwi jest cynamon. Pozyskuje się go z kory cynamonowca, który jest wiecznie zielonym drzewem lub krzewem należącym do rodziny wawrzynowatych (*Lauraceae*). Najbardziej znane gatunki to: cynamonowiec cejloński i cynamonowiec kamforowy. Ojczyzną cynamonowca cejlońskiego jest Sri Lanka. Występuje on także na wybrzeżach Indii, Mauritiusie, Madagaskarze i na Wyspach Sundajskich. Najczęściej uprawia się go w południowo-wschodniej Azji, na Antylach, w Ameryce Południowej oraz w krajach strefy tropikalnej.

www.stock.adobe.pl

W farmacji stosuje się korę cynamonowca cejlońskiego oraz pozyskiwany z niej olejek. Do uzyskania olejku wykorzystywana jest kora gorszej jakości (niedokładnie oczyszczona z korka) lub odpadki powstałe w czasie sortowania cynamonu. Otrzymany olejek zawiera duże ilości (60–80%) aldehydu cynamonowego, który jest jedną z najważniejszych substancji bioaktywnych izolowanych z cynamonu. Natomiast z liści cynamonowca cejlońskiego otrzymywany jest olejek, którego głównym składnikiem jest eugenol (65–85%) o przyjemnym goździkowym zapachu. Eugenol znany jest z właściwości antyseptycznych, ale z uwagi na wysoką toksyczność (jego spożycie może spowodować konwulsje, utratę przytomności, palpitację serca, a także uszkodzenie wątroby) jego wykorzystanie jest ograniczone.

Współcześnie cynamon stosowany jest jako środek leczniczy przy dolegliwościach trawiennych, braku łaknienia, wzdęciach, biegunkach, skurczach żołądka, zgadze czy wrzodach. Pobudza on wydzielanie żółci i soków trawiennych oraz zwiększa wchłanianie składników odżywczych. Ze względu na obecny w cynamonie eugenol mogący zmieniać właściwości żółci przyprawy tej nie powinny stosować osoby chorujące na kamicę wątrobową i cierpiące na zaburzenia funkcjonowania woreczka żółciowego. Warto również pamiętać, że cynamon zaliczany jest do tzw. alergenów kontaktowych i pokarmowych, może więc powodować zmiany atopowe w okolicy czerwieni wargowej, dziąseł oraz na dłoniach. W Unii Europejskiej pojawiła się inicjatywa dotycząca ograniczenia użycia cynamonu jako przyprawy w produkcji żywności. Powodem są badania przeprowadzone przez naukowców

Badania kliniczne wykazały, że to głównie flawonoidy, flawonole, alkaloidy z najsilniej z nich działającymi 1-deoksynojiromycyną i fagominą oraz polisacharydy wpływają na różne mechanizmy, prowadząc do normalizacji poziomu glukozy w surowicy krwi poprzez hamowanie aktywności enzymów: maltazy, sacharozy i a-glukozydazy

amerykańskich i saudyjskich. Wynika z nich, że cynamon chiński (stosowany w przemyśle) ma dużą zawartość kumaryny, której nadmierne spożycie może powodować marskość wątroby.

Olejek cynamonowy zaliczany jest do najsilniejszych naturalnych antyseptyków. Zabija on między innymi *Bacillus subtilis, Escherichia coli, Aspergillus niger, Mycobacterium phlei, Mycobacterium tuberculosis, Pseudomonas aeruginosa, Streptooccus aureus, Penicillum chrysogenum* i *Candida albicans*. Olejek uzyskiwany z kory cynamonowca stosowany jest w leczeniu przeziębień, grypy, zakażeń górnych i dolnych dróg oddechowych. Ponadto wykorzystywany jest do zwalczania pasożytów skóry (świerzbowiec, wesz) i przewodu pokarmowego, a także w infekcjach skóry (kurzajki, trądzik). Natomiast olejek z liści cynamonowca, dzięki antyseptycznym oraz znieczulającym właściwościom, wykorzystywany jest w dentystyce do odkażania kanałów zębowych oraz w mieszaninie z tlenkiem cynku jako cement dentystyczny.

W regulacji poziomu glikemii swoją rolę odgrywa aldehyd cynamonowy. W testach klinicznych wykazano, że uzupełnienie diety pacjentów chorych na cukrzycę typu II o cynamon wpływa korzystnie na dynamikę metabolizmu węglowodanów. Wyniki randomizowanych badań klinicznych wykazują jego zdolność do obniżenia glikemii, jednak końcowe wyniki obserwacji bywają sprzeczne. W metaanalizie 10 badań, w których uczestniczyło w sumie 543 pacjentów, stwierdzono znamienne statystycznie obniżenie glikemii na czczo o 24,59 mg% po zastosowaniu cynamonu. Redukcja wartości hemoglobiny glikowanej wyniosła 0,16%, ale nie była ona istotna statystycznie. W innej metaanalizie również wykazano bardzo małe i nieznamienne statystycznie obniżenie HbA1c o 0,06%. Ocena, czy cynamon rzeczywiście wykazuje działanie hipoglikemizujące, wymaga zatem dalszych badań.

afw

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

CYNAMON

■ Cynamon jest jedną z najpopularniejszych i najdłużej stosowanych przypraw. Znali go już starożytni Grecy, Rzymianie, Egipcjanie, a także Hindusi i Chińczycy. Poza walorami kulinarnymi doceniano jego prozdrowotne właściwości. Uważano, że jest on pokarmem bogów. Wierzono, że syrop z kory cynamonowca wzmacnia ciało, przy okazji nadając mu „boski kolor". Cynamon miał być również amuletem chroniącym przed chorobami. Rzymianie używali cynamonu nie tylko w leczeniu chorób ciała, ale także duszy. Okadzano nim mieszkania w celu pozbycia się złych duchów. Stosowali go również w leczeniu kaszlu i łagodzeniu innych dolegliwości towarzyszących przeziębieniu. W starożytnym Egipcie korę cynamonowca i olejek wykorzystywano do balsamowania zwłok i jako kadzidło. W medycynie ludowej Chin cynamon stosowano jako panaceum na przeziębienia, zaburzenia meridianu nerek, bóle mięśni i stawów oraz bóle menstruacyjne. Zalecano go przy problemach trawiennych i na poprawę apetytu. Doceniano również jego właściwości rozgrzewające, zalecając jego stosowanie w przypadku wychłodzenia organizmu oraz w stanach osłabienia odporności, zwłaszcza przy ostrych przeziębieniach. W medycynie hinduskiej używano go w leczeniu cukrzycy. Był on także z powodzeniem stosowany przy dolegliwościach przewodu pokarmowego, zwłaszcza przy niestrawnościach. Do dnia dzisiejszego jest on składnikiem tzw. herbaty Chai, zalecanej na poprawę trawienia. W średniowieczu cynamon był wykorzystywany jako lek na przeziębienie, problemy trawienne, brak apetytu i nudności. Był ona również zalecany jako środek łagodzący bóle menstruacyjne. Potwierdzeniem leczniczych właściwości cynamonu było umieszczenie go w Farmakopei Wirtemberskiej z 1750 r. oraz w Farmakopei Królestwa Polskiego wydanej w 1817 r.

WARZYWA I OWOCE NA SZCZĘŚCIE!

„Jeżeli chcemy wzmocnić swój system odpornościowy, jeżeli chcemy zadbać o prawidłową masę ciała, jeżeli chcemy wyjść z choroby, powinniśmy najpierw zatroszczyć się o swoje jelita, dobre wchłanianie w jelitach. To będzie promieniowało na całe nasze życie" – mówi dr **JOLANTA NALEWAJ-NOWAK**, psychodietetyk i psychoonkolog, w rozmowie z **Anną Kopras-Fijołek**.

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK: Z jakimi problemami zgłaszają się do Pani pacjenci w czasach obecnej pandemii? Na co najczęściej się uskarżają?

JOLANTA NALEWAJ-NOWAK: W związku z pandemię przez długi czas dostęp do lekarza był utrudniony. Niektórzy bagatelizowali różne objawy, inni po prostu mieli problem z uzyskaniem porady. Wszyscy żyli w strachu. W związku z tym najwięcej jest obecnie chorób psychosomatycznych. Nasiliły się depresje i nerwice. Zwiększyły się obciążenie zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniami, zwłaszcza od alkoholu. Pojawiły się też problemy spowodowane ograniczeniem aktywności fizycznej i niewłaściwą dietą: otyłość, cukrzyca, insulinooporność, problemy z nerkami... Jedzenie półproduktów, brak ruchu powoduje problemy gastryczne, jelitowe, niedobory witaminowe. Otyłość zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych, cukrzycy typu II, stłuszczenia wątroby, nocnego bezdechu sennego... Pacjenci, którzy się do mnie zgłaszają, mówią również o nasileniu się alergii skórnych. Lęk i strach mogą aktywować różne obszary stanów zapalnych, bóle kręgosłupa, bóle kończyn.

Stres niszczy nasz system odpornościowy...

Strach, lęk, niepewność jutra, nieznajomość choroby, docierające zewsząd wiadomości o koronawirusie – to czynniki wzmagające stres. Ma on kluczowe znaczenie w walce z wirusem. Mamy wielu ozdrowieńców. Dla niektórych choroba COVID-19 okazała się groźna, ale większość moich pacjentów, którzy jeszcze przed pandemią się suplementowali, przeszła infekcję bardzo łagodnie. Dbałość o suplementację, racjonalne jedzenie, ruch choćby w warunkach domowych, kiedy nie można było wychodzić, przynosi korzyści.

Co teraz jest najważniejsze?

Psychika. Depresji nie można lekceważyć. Ważna jest odpowiednia farmakoterapia, ale i przyjazne otoczenie, dobry kontakt z bliskimi, życzliwa

rozmowa... Jesteśmy bogatsi w doświadczenia, już półtoraroczne, również z innych krajów, które różnie podchodziły do pandemii – jedne bardziej, drugie mniej restrykcyjnie. Są państwa – Japonia, Chiny, Korea, które bardzo szybko opanowały sytuację, dobrze zarządzały pandemią. Dzięki badaniom wiemy też, jakie preparaty stosowane na przykład w medycynie chińskiej dobrze wpływają na przebieg choroby i chronią przed powikłaniami.

Dolegliwości zdrowotne po COVID-19 często utrzymują się miesiącami.

Pacjenci skarżą się na wypadanie włosów, wysypki skórne, trudności z oddychaniem, zaburzenia koncentracji i pamięci, zmęczenie, kołatanie serca, bóle w stawach, bóle mięśniowe... Często organizm nie jest w stanie sobie poradzić z tymi objawami. Wówczas niezbędna jest suplementacja. Warto sięgnąć między innymi po probiotyki, które nazywane są „dobrymi bakteriami". Działają na cały nasz organizm. Mamy je na skórze, w jamie ustnej, w przełyku. Najwięcej jest ich w jelitach. Trawią nasze jedzenie, pomagając przyswoić te najczystsze, najlepsze substancje: białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy i minerały, a co za tym idzie – odżywiają nasz organizm. Polecam pacjentom zwiększyć dawkę probiotyków, żeby te małe organizmy mogły naprawić w nas to, co zostało popsute. Wtedy łatwiej można wrócić do zdrowia.

Jak powinniśmy dbać o nasze zdrowie w okresie jesiennym?

Pamiętajmy o probiotykach, ale przede wszystkim jak najczęściej jedzmy warzywa i owoce. Jesienią i zimą sięgajmy po witaminę C – profilaktycznie powinniśmy brać trzy razy dziennie po 500 mg. Jeśli chodzi o witaminę D, profilaktyczna dawka wynosi 4000 IU, a lecznicza od 6000 do 8000 IU na dobę. Bardzo dobrze jest też sięgać po koenzym Q10.

Dlaczego?

W prawidłowych warunkach koenzym Q10 jest syntezowany z tyrozyny we wszystkich komórkach organizmu. Synteza koenzymu Q10 zmniejsza się wraz z wiekiem. Ma szerokie spektrum działania. Bardzo dobrze odżywia mitochondria, które są naszymi energetykami. Ta organella daje każdej komórce energię do życia, energię do zdrowienia. Koenzym Q10 bardzo dobrze wpływa na cały system

Archiwum J. Nalewaj-Nowak

naczyń krwionośnych, na serce, a ponadto poprawia pamięć, koncentrację oraz funkcjonowanie innych układów narządów. Ten suplement może być brany przez cały rok. Koenzym Q10 ma też właściwości przeciwnowotworowe, co jest ważne w czasach pandemii - stres może indukować ich powstawanie.

Wspomniała pani o witaminie D. Są ludzie, którzy często przebywają na słońcu, tymczasem kiedy robią badanie poziomu tej witaminy w organizmie, są zaskoczeni jej niską zawartością. Dlaczego tak się dzieje?

Nie wystarczy przebywać na słońcu. Trzeba jeszcze zatroszczyć się o poziom zawartości dobrych

tłuszczów w organizmie: spożywać ryby, pestki dyni, pestki słonecznika, orzechy, sałatę i pomidory z olejem. Maczać chleb, najlepiej – pełnoziarnisty, orkiszowy, żytni, na zakwasie, w oleju, na przykład oliwie z oliwek, leju lnianym lub rydzowym. To jest dobre dla naszych jelit, dla naszego mózgu i serca.

Archiwum J. Nalewaj-Nowak

DZIECI MOGĄ ZMIENIĆ NAWYKI ŻYWIENIOWE RODZICÓW

Jaką dietę poleca Pani swoim pacjentom?

Skuteczna i korzystna dla zdrowia jest na przykład dieta uwzględniająca indeks glikemiczny. W Internecie można znaleźć listy poziomów indeksów glikemicznych – niskich (wskazanych przy odchudzaniu), średnich i wysokich. Proponuję też dietę śródziemnomorską, zalecającą spożywanie ryb, warzyw, oliwy z oliwek i owoców.

Specjaliści alarmują – odżywianie się dzieci pozostawia wiele do życzenia. Stąd wiele problemów z otyłością już u bardzo młodych osób...

W ramach promowania zdrowia z moim zespołem dietetycznym oraz fundacją „Impilo" w Gnieźnie zrealizowaliśmy w czerwcu dla dwóch wybranych szkół, w Puszczykowie i Gnieźnie, pilotażowy program „SUPERSI". Przez trzy tygodnie prowadziliśmy webinary zdrowotne, zachęcając dzieci do zmiany nawyków żywieniowych, do spożywania większej liczby warzyw i sałatek owocowych. W to przedsięwzięcie zaangażowani byli też niektórzy nauczyciele i rodzice. Chcieliśmy, żeby również oni zainteresowali się prawidłowym odżywianiem się swoich dzieci. Dzieci miały też zmieniać nawyki żywieniowe rodziców. Ucieszył nas odzew, z jakim spotkał się nasz program. Na dodatek okazało się, że dzieci chcą tych zmian. Nasze zajęcia połączyliśmy z wyzwaniami sportowymi przygotowywanymi między innymi przez mistrzynie w żużlu, karate i siatkówce. Zależało nam na tym, by pokazać, że zmiany stylu życia są bardzo ważne dla naszego zdrowia. Chcemy ten program rozszerzyć, rozpropagować w całej Wielkopolsce. Wiemy, że trzy tygodnie to za mało, żeby zmienić nawyki żywieniowe.

Mówimy o dbaniu o to, co jemy. Dlaczego ma to tak ogromne znaczenie?

Prawidłowa higiena układu pokarmowego jest bardzo ważna ze względu na fakt, że jej zaniedbywanie może prowadzić do wielu poważnych problemów zdrowotnych. Trzeba sobie uświadomić, że jeżeli chcemy wzmocnić swój system odpornościowy, jeżeli chcemy zadbać o prawidłową masę ciała, jeżeli chcemy wyjść z choroby, powinniśmy najpierw zatroszczyć się o swoje jelita, dobre wchłanianie w jelitach. To będzie promieniowało na całe nasze życie. Będzie nam się lepiej spało, nie będziemy zmęczeni, rozdrażnieni, będzie w nas więcej radości.

Jeśli zadbamy o jelita, będziemy zdrowsi i bardziej zadowoleni z życia?

Tak. W jelitach powstaje 90% serotoniny, czyli „hormonu szczęścia".

Jakich objawów nie należy lekceważyć? Co powinno nas zaniepokoić? Kiedy powinniśmy się zgłosić do specjalisty, psychologa, psychodietetyka?

Jeżeli coraz mniej rzeczy nas cieszy, a coraz więcej drażni, jeżeli ciągle czujemy się zmęczeni, jeżeli nie chce nam się wychodzić z domu, unikamy kontaktów ze znajomymi, jeżeli jesteśmy uzależnieni od komputera czy od telewizji, jest to sygnał, że zaczyna się depresja. Warto wówczas odwiedzić nie tylko psychiatrę lub psychologa, ale także psychodietetyka. Im szybciej zareagujemy, tym lepiej dla nas i dla naszym bliskich.

Rozmawiała ANNA KOPRAS-FIJOŁEK
„Farmacja Wielkopolska"

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

BÓLE GŁOWY A MIGRENA

www.stock.adobe.pl

Ból głowy niewątpliwie należy do najbardziej dokuczliwych i najczęstszych objawów chorobowych. Może mieć wiele przyczyn lub stanowić samodzielną jednostkę chorobową. Jako objaw występuje w wielu chorobach – od zwykłych przeziębień po bardzo poważne schorzenia (nowotwory) – dlatego nigdy nie należy go bagatelizować. Natomiast migrena, charakteryzująca się silnymi, długotrwałymi i nawracającymi bólami głowy, występuje u 6% mężczyzn i 18% kobiet w każdym wieku, a w przedziale 30-35 lat nawet u 30%[1].

W tradycyjnej medycynie chińskiej (TCM), aby przystąpić do leczenia, należy szukać dominujących patogenów: Wiatru*, Zimna czy Gorąca. Patogen to zespół czynników etiologicznych, zbiór informacji o przyczynach, jakie wywołały obecny stan chorego. Sam w sobie nie jest czymś namacalnym, a na takie podejście mogłoby wskazywać dosłowne tłumaczenie chińskiego terminu Xiu (zło, w opracowaniach anglojęzycznych: *evil*). Xiu Qi, czyli „złe Qi", to wszelkie wpływy niekorzystne dla organizmu, stanowiące przyczyny chorób, od warunków atmosferycznych po konkretne mikroorganizmy, przy czym bardzo istotne jest ich współistnienie.

Dla przykładu: w najbliższym czasie wiele osób zostanie zaatakowanych przez Zimny Wiatr (fēng hán). Należy to odczytywać jako narażenie na złą pogodę i jednocześnie na zakażenie drobnoustrojem chorobotwórczym wskutek nagłego osłabienia odporności. Mamy tu do czynienia z „zimnymi" przyczynami i takimi objawami: uczucie chłodu, nietolerancja zimna, dreszcze, osłabienie, czyli typowe przejawy początku przeziębienia. Jeśli najsilniej odczuwanym,

dominującym objawem w omawianym przypadku jest ból głowy, to mówimy o „ataku" zewnętrznych czynników – wiatru i zimna – na głowę, ponieważ najistotniejsze z punktu widzenia TCM jest połączenie objawu dominującego ze stanem ogólnym i od tego zależy ustalenie skutecznej terapii. Cechą dominującą patogenu Wiatr jest ból, szczególnie gdy pacjent mówi o jego zmiennym odczuciu, dodając takie cechy, jak pulsujący, uderzający, kłujący.

Surowcem leczniczym, zamieszczonym w Farmakopei polskiej (FP XII), o silnych właściwościach usuwania skutków ataku Zimnego Wiatru jest *Angelicae pubescentis radix*, korzeń dzięgla omszonego. Zalecany zwłaszcza w bólach głowy powiązanych z bólem w obszarze przedsercowym, lędźwiowym i kolan oraz uczuciem zimnych nóg[2]. W praktyce łączy się go z surowcami rozgrzewającymi, takimi jak kora cyna cynamonowca kasji *Cortex Cinnamomi cassiae* (FP XII) i ziele przęśli Ephedrae herba (FP XII). Dodatek surowca zawierającego efedrynę będzie uzasadniony, gdy bóle głowy są spowodowane nieżytem nosa, zapaleniem zatok obocznych nosa lub niskim ciśnieniem. Katar, podobnie jak kaszel produktywny oraz obrzęki, wskazuje na kolejny patogen – Wilgotność. Ten zespół objawów, w zależności od narządu, wymaga stosowania ziół ułatwiających odprowadzenie (osuszenie) wilgoci. Dla obiegu Płuc będą to surowce rozrzedzające wydzielinę błon śluzowych i wykrztuśne, a dla obiegu Nerek czy Pęcherza Moczowego – leki

Migrena występuje u 6% mężczyzn i 18% kobiet w każdym wieku

moczopędne. Takie właściwości posiada korzeń dzięgla, wykazujący działanie moczopędne i przeciwobrzękowe[2]. W tym miejscu warto nadmienić, że kora wierzby *Salicis Cortex* (FP XII) również usuwa Wiatr, ale jej charakter jest zimny, stąd skuteczność zarówno tego produktu, jak i samych salicylanów oraz ich pochodnych syntetycznych, jest lepsza w bólach głowy o etiologii innej niż przeziębieniowa lub przy współistniejącej gorączce. Dodatek adrenomimetyków, efedryny bądź pseudoefedryny, rozszerza skuteczność mieszanki.

Migrena

Objawem dominującym migreny jest silny ból głowy, jednak jego przyczyn poszukuje się w obszarach: funkcji krążenia, stanu naczyń krwionośnych, składu krwi lub reakcji alergicznych. Krew (Xue) w ujęciu szerokim należy głównie do obiegu Wątroby, co może być mylące z powodów nomenklaturowych. Narząd, gruczoł wątrobowy, jego rola w trawieniu i metabolizmie jest przydzielona do kilku obiegów. Dysfunkcje Wątroby mają charakter „nadmiaru", czyli (w pewnym uproszczeniu) nadwrażliwości i nadczynności. Objawiają się bólem głowy z uczuciem tętnienia, zaburzeniami widzenia (np. aura), nudnościami i skokami ciśnienia. Istnieje wiele czynników wywołujących napady migreny, od składników pożywienia po emocje, dźwięki i zapachy. Każdy z nich może spowodować napad choroby, a reakcja wydaje się nadmierna do przyczyny. Chcąc skomponować zioła przeciw migrenie należy szczególnie wsłuchać się w zgłaszane objawy subiektywne. Zioła „łagodzące Wiatr" muszą współgrać z ziołami „uspokajającymi Wątrobę" oraz indywidualnie dobranymi składnikami skierowanymi na przyczyny ataków migrenowych (a nie jedynie łagodzącymi objawy). Jednym z najważniejszych, bazą takiej mieszanki, może być korzeń piwonii biały *Paeoniae radix alba* (FP XII)[3], wykazujący działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe, przeciwcukrzycowe, łagodnie obniżający ciśnienie krwi, rozkurczowy, przeciwpadaczkowy i uspokajający[4]. W TCM podkreśla się działanie uspokajające Wątrobę i wzmacniające Śledzionę, zbiór funkcji, który wymaga poświęcenia osobnego artykułu, a związany z metabolizmem glukozy, pracą mięśni i stanem (napięciem) naczyń krwionośnych.

Korzeń piwonii „kotwiczy Yang", czyli normalizuje szereg funkcji o charakterze dynamicznym: ciśnienie krwi, kurczliwość naczyń i reakcje emocjonalne.

W ajurwedzie migrenom najbardziej odpowiada Ardhavabhedaka. Jest to „ostry przerywany ból głowy; dokucza pacjentowi, co 3 do 5, 10 do 15 lub 20 dni; rozłupujący, tnący lub palący, obejmujący jedną stronę głowy obejmujący okolicę skroni, uszu, oczu, połowy czoła. Może być spowodowany zbyt suchym lub nadmiernym jedzeniem, wpływem wiatru lub opadów śniegu, zbyt intensywnym życiem płciowym, tłumieniem potrzeb, wyczerpaniem fizycznym, osłabieniem doszy vāta, vāta i kapha lub wszystkich trzech dosz (tridosaja)"[5]. Pojęcie „dosza" konweniuje z chińskim rozumieniem obiegu. Stanowi zbiór funkcji fizjologicznych, a w przypadku ich „podrażnienia" – objawów chorobowych. Pojęcie to jest jednak znacznie ogólniejsze, wymaga uściślenia i powiązania z tkanką lub narządem. Ayurvedic Pharmacopoea of India w jej leczeniu zaleca 6 surowców. Jednym z nich są znamiona krokusa *Stigma Croci*, czyli szafran. Składnik ten, ceniona przyprawa, budzi duże zainteresowanie w leczeniu schorzeń neurologicznych: jedna z zawartych w nim substancji czynnych, krocyna, badana jest pod kątem zapobiegania i leczenia choroby Alzheimera oraz stanów po urazach mózgu[6]. Należy ona do grupy karotenoidów dobrze rozpuszczalnych w wodzie i posiada silne działanie antyoksydacyjne. W omawianym tutaj kontekście ciekawe jest jej zastosowanie w TCM i ajurwedzie. Wskazania wyrażone ich własną terminologią, a skorelowane z kryjącymi się za nimi objawami, symptomami chorób, przetłumaczone na uniwersalny język wszystkich systemów medycznych pokrywają się wzajemnie i mogą być po części wyjaśnione mechanizmem działania krocyny. Szafran, mając potencjał antyoksydacyjny, może zmniejszać wrażliwość na alergeny, łagodzić wpływ mediatorów reakcji alergicznej na naczynia (tutaj tętnice czaszki), a odpowiednio dawkowany – poprawiać komfort życia poprzez polepszanie pamięci, funkcji kognitywnych i nastroju.

Ból głowy jest objawem dokuczliwym, a przy tym bardzo niekonkretnym, wymagającym uściślenia, wskazania przyczyn i objawów towarzyszących. Duże nadzieje pokładano w zielu maruny *Tanaceti parthenii herba* (FP IX) – niestety, pomimo wprowadzenia leku Mariomigran nie zyskało ono uznania, a preparat zniknął z półek aptecznych. Można to tłumaczyć dążeniem do stosowania jednego uniwersalnego leku, jednak ból głowy i sama migrena są problemami złożonymi oraz mocno zindywidualizowanymi. Ich leczenie wymaga więc rozważnego planu. Sposób myślenia zakładający leczenie objawu dominującego równocześnie z całym spektrum objawów towarzyszących – stanem ogólnym pacjenta – jest typowy dla orientalnych systemów medycznych, a po głębszej analizie: w pełni uzasadniony wiedzą medycyny Zachodu.

Praktyczne informacje o działaniu, zastosowaniu i dawkowaniu omawianych surowców można znaleźć w „Leksykonie naturalnych surowców leczniczych", opracowanym przez autorów artykułu.

afw

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

afw

mgr farm.
ZBIGNIEW SKOTNICKI
Uniwersytet Opolski.

** terminy związane z TCM zapisano wielką literą dla odróżnienia od polskich homonimów polisemicznych (np. obieg Serca, w opozycji do serca jako narządu)*

PIŚMIENNICTWO:

[1] Gajewski P., and Medycyna Praktyczna. *Interna Szczeklika 2019*. Cholerzyn: Medycyna Praktyczna, 2019, s. 2246.

[2] Wagner H, Bauer R, Melchart D, Pei-Gen Xiao, Staudinger A. *Chinese Drug Monographs and Analysis*. Springer-Verlag, Wiedeń, 2011, s. 99 i 281.

[3] Tan, Yu-Qing, Heng-Wen Chen, Jun Li, and Qing-Juan Wu. Efficacy, Chemical Constituents, and Pharmacological Actions of Radix Paeoniae Rubra and Radix Paeoniae Alba. *Frontiers in Pharmacology 11* (2020): 1054.

[4] Bi, Xiaoxu, Li Han, Tiange Qu, Yu Mu, Peipei Guan, Xiaodan Qu, Zhanyou Wang, and Xueshi Huang. Anti-inflammatory Effects, SAR, and Action Mechanism of Monoterpenoids from Radix Paeoniae Alba on LPS-stimulated RAW264.7 Cells. *Molecules (Basel, Switzerland)* 22.5 (2017): Molecules (Basel, Switzerland), 2017-05-01, Vol.22 (5).

[5] Kanjiv L., Byadgi P.S., *Encyclopedic Dictionary of Ayurveda*, Chaukhambha Pub, New Deli 2011. S. 48.

[6] Saeedi M, Rashidy-Pour A. Association between chronic stress and Alzheimer's disease: Therapeutic effects of Saffron. Biomed Pharmacother. 2021 Jan;133:110995.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

XXIX ŚWIĘTO APTEKARZY

Obchody XXIX Święta Aptekarzy w Poznaniu, zorganizowane przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską, podzielone zostały w tym roku na dwie części. 25 września 2021 r. w przeddzień wspomnienia świętych Kosmy i Damiana w Muzeum Farmacji Wlkp. OIA odbyło się spotkanie dla farmaceutów i sympatyków farmacji oraz ich rodzin pod hasłem „Moja mama, mój tata są farmaceutami".

Uczestnicy sobotniego popołudnia w Muzeum Farmacji zwiedzali stałą wystawę z kustoszem, słuchając opowieści o najciekawszych eksponatach, takich jak krokodylek - zgniatacz do korków, dwustupięćdziesięcioletni moździerz z apteki jezuickiej w Poznaniu, wagi palcowe oraz odważniki. Zwiedzający z zaciekawieniem podziwiali ukrytą w meblach aptecznych skrytkę na trucizny oraz sprzęt i utensylia wykorzystywane w recepturze aptecznej i galenowej.

Eugeniusz Jarosik

Dużą atrakcją okazały się pijawki lekarskie. W muzeum zaprezentowane zostały żywe okazy tych zwierząt - historycznego asortymentu aptek, a goście mogli wysłuchać krótkiej informacji na ich temat, obejrzeć monografię Hirudo w Farmakopei Polskiej III oraz porcelanowe naczynie apteczne do przechowywania pijawek.

Jednym z elementów spotkania była prezentacja czynności w recepturze aptecznej, w tym ważenia, rozcierania w moździerzu surowców stałych, a także przygotowania kremu przy użyciu miksera recepturowego - unguatora. Można też było spróbować swoich sił podczas wymienionych prac, z czego chętnie korzystali najmłodsi uczestnicy. Wykonane kremy oraz sproszkowany cukier można było zabrać ze sobą do domu. Mikser recepturowy FagronLab™ oraz składniki recepturowe zostały

Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska serdecznie dziękuje sponsorowi spotkania w Muzeum Farmacji – firmie Neuca S.A. oraz spółce Fagron, która użyczyła mikser recepturowy.

Eugeniusz Jarosik

Eugeniusz Jarosik

www.stock.adobe.com

na spotkanie dostarczone przez firmę Fagron Sp. z o.o. w Krakowie.

W spotkaniu udział wzięli, okazując pomoc zwłaszcza podczas czynności recepturowych studenci z poznańskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji. Za zaangażowanie należą się im słowa uznania i podziękowanie.

2 października w Bazylice Matki Boskiej Nieustającej Pomocy i św. Marii Magdaleny odbyła się druga część obchodów Święta Aptekarzy. W czasie mszy świętej polecani byli Bożemu Miłosierdziu aptekarze i farmaceuci zmarli w ubiegłych dwunastu miesiącach. Uczestnicy wysłuchali również homilii księdza doktora Adama Sikory. Po wspólnej modlitwie w poznańskiej Farze spotkanie było kontynuowane w Muzeum Farmacji. Wspominano czasy studenckie, ale nie zapominano również o sytuacji obecnej i problemach farmacji XXI wieku.

W spotkaniu uczestniczyli między innymi prof. dr hab. Anna Jelińska, dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prof. zw. dr hab. n. farm Marianna Zając oraz prof. dr hab. Tomasz Gośliński.

afw

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

Patroni farmaceutów

Święci Kosma i Damian byli braćmi (bliźniakami – jak głosi legenda) pochodzącymi z Arabii. W domu otrzymali solidne wychowanie chrześcijańskie. W sztuce medycznej doskonalili się w Syrii i Cylicji w Azji Mniejszej. Przedmiotem ich troski był każdy potrzebujący pomocy chory człowiek. W szczególny sposób zajmowali się biednymi, a za swe usługi nie pobierali zapłaty, pragnąc postępować zgodnie z poleceniem Zbawiciela: „Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie" (Mt 10, 8). Zginęli w Cyrze (Kyrros) w Syrii ok. 300 r. podczas prześladowań za czasów Dioklecjana, godnie i cierpliwie znosząc okrutne tortury i do końca nie wypierając się Chrystusa. Ich grób od razu zasłynął cudami, co spowodowało, że na tym miejscu wzniesiono wspaniałą bazylikę, która do czasów przybycia Arabów była celem licznych pielgrzymek. Stamtąd ich kult rozpowszechniał się bardzo szybko i objął cały Kościół. Już w VI wieku św. Grzegorz z Tours był w posiadaniu ich relikwii, a papież Feliks IV (526-530) zbudował kościół świętych Kosmy i Damiana przy Forum Romanum. Jest to obecnie główne miejsce ich kultu. Relikwie tych świętych znajdują się także w Polsce - w cerkwi na Bacieczkach w Białymstoku.

ks. dr ADAM SIKORA

GENEALOGIA OSOBY

Życie – dobro podstawowe, wymagające ochrony i promocji

Żyjemy w czasach, gdy ludzkie życie, cierpienie, śmierć sprowadzono do wykresów wzrostowych lub spadkowych. Zachorowało ileś osób. Zmarło iluś. Jeden powie: tylko tylu, inny – aż tylu. Czasem zapominamy, że za każdą z tych liczb kryją się konkretni ludzie. To jest czyjeś życie, czyjeś cierpienie, czyjaś śmierć. Trzeba więc ciągle odkrywać wartość życia. To nie jest wartość „jako taka", abstrakcyjna, anonimowa. To jest zawsze wartość dotycząca konkretnej osoby.

Na kwestie wartości życia ludzkiego można patrzeć z wielu punktów widzenia. Jednym z nich jest pojęcie „kultury życia". Pojęcie to spotykamy bardzo często w doktrynie Jana Pawła II. Można wręcz powiedzieć, że jest on jego twórcą. Stanowi wątek przewodni z niezwykle znaczącej encyklice Jana Pawła II – *Evangelium vitae*. Postulat budowania „kultury życia" może być rozpatrywany na kilku poziomach.

Wizja i pochodzenie osoby ludzkiej

Jedną z tez Jana Pawła II, głoszoną w jego nauce społecznej i moralnej, jest wiązanie błędu moralnego z błędem antropologicznym[1]. Skutkuje to w wielu wymiarach – społecznym, ekonomicznym, ekologicznym. Błąd antropologiczny stanowi tło zauważanej przez Autora „kultury śmierci", która jest obserwowanym współcześnie, oczywistym zaprzeczeniem „kultury życia". W *Evangelium vitae*, podobnie jak w całej doktrynie społecznej, antropologicznej i moralnej Jana Pawła II, spotykamy głęboko zakorzenioną perspektywę personalistyczną. Podstawowym założeniem personalistycznej koncepcji człowieka jest jedność psychofizyczna. Ma ona znaczenie dla sposobu rozwiązywania problemów bioetycznych. W perspektywie bioetycznej oznacza to uznawanie ludzkiej, osobowej godności i wynikających z niej praw każdej formie biologicznej struktury właściwej człowiekowi – niezależnie od stadium rozwoju[2]. Wymiar biologiczny połączony jest z wymiarem osobowym. W *Evangelium vitae* Jan Paweł II stwierdza, że „w biologię rodzenia wpisana jest genealogia osoby"[3]. „Rodzenie" pojmowane jest tutaj jako całość skomplikowanego procesu biologicznego zapoczątkowanego powstaniem genomu. „Genealogia osoby" to kategoria antropologiczna. Te pojęcia w świetle *Evangelium vitae* są nierozdzielne.

Życie w perspektywie aksjologicznej

„Życie zawsze jest dobrem. Człowiek jest powołany, aby zrozumieć głęboką motywację tego intuicyjnego przeświadczenia, które jest też faktem poznawalnym doświadczalnie"[4]. Z czego wynika ta fundamentalna wartość ludzkiego życia? Odpowiadając na to pytanie, Jan Paweł II odwołuje się do zasadniczego pojęcia filozoficzno-teologicznego, jakim jest „stworzenie". Życie ludzkie jest

www.stock.adobe.pl

dobrem podstawowym, gdyż jest „inne i odrębne od innych stworzeń. (...) Człowiek zostaje obdarzony najwyższą godnością, która jest zakorzeniona w wewnętrznej więzi łączącej go ze Stwórcą: jaśnieje w nim odblask rzeczywistości samego Boga”[5]. Można tu dostrzec swoisty teologiczny antropocentryzm: „Wszystko w rzeczywistości stworzonej jest ukierunkowane ku człowiekowi i jemu poddane”[6]. Warto podkreślić ten wątek ze względu na współczesne kontrowersje antropologiczne i moralne, a także funkcjonujące dzisiaj ideologie o charakterze „ekocentrycznym”, które człowieka traktują utylitarnie, a wartość ludzkiego życia zostaje w nich skrajnie zrelatywizowana[7]. W świetle *Evangelium vitae* najpełniejszą perspektywę możemy uzyskać integrując „filozoficzne” poznanie człowieka, które proponowane jest przez niektóre znaczące nurty antropologii filozoficznej, na przykład przez personalizm chrześcijański, z perspektywą czysto religijną[8].

Podstawowym założeniem personalistycznej koncepcji człowieka jest jedność psychofizyczna. Ma ona znaczenie dla sposobu rozwiązywania problemów bioetycznych

Wymiar normatywny

Wartość, dobro domaga się ochrony. Jedną z jej form jest funkcjonowanie normy moralnej stojącej na straży wartości. Jan Paweł II w analizowanym dokumencie odwołuje się w sposób bezpośredni do V przykazania Dekalogu: „Nie zabijaj”. „Przykazanie «nie zabijaj» ma wyraźnie treść negatywną: wskazuje na istotną granicę, której nigdy nie można przekroczyć. Pośrednio jednak skłania do przyjęcia pozytywnej postawy absolutnego szacunku dla życia, prowadząc do jego obrony i do postępowania drogą miłości, która składa siebie w darze, przyjmuje i służy”[9]. Literalna forma tej normy jest negatywna, ale Jan Paweł II ukazuje ją jako jednoznaczny zakaz szkodzenia życiu i fundamentalny

nakaz dbałości o nie. W odniesieniu do niej ocenia kilka szczegółowych kwestii, takich jak: kara śmierci, uprawniona obrona, bezpośrednie i umyślne zabójstwo, przerwanie ciąży, zabiegi na embrionach, badania prenatalne czy eutanazja. Norma ta staje się wyjściowym punktem do podjęcia działań na rzecz życia. Jak widać, chociaż przykazanie „nie zabijaj" w pierwotnej wersji brzmi negatywnie – jest zakazem, ostatecznie jest normą zobowiązującą do podejmowania działań promujących życie. Należy jednocześnie podkreślić, że w teorii moralności zakazująca forma prawa moralnego podkreśla jego absolutny i uniwersalny charakter[10].

Promocja życia

Trzeba podkreślić pozytywny wydźwięk *Evangelium vitae*. „Dobra nowina życia" – to przecież oznacza tytuł encykliki – musi zawierać wymiar pozytywny. Jan Paweł II, charakteryzując obecne czasy, zwraca uwagę na wielkie pokłady dobra, jakie odkrywamy w rozmaitych obszarach. Mówi o rodzinach, stowarzyszeniach, grupach wolontariatu, środowiskach medycznych, gdzie podejmowana jest prawdziwa służba życiu. Jednocześnie Jan Paweł II wzywa do dawania ustawicznego świadectwa miłości wobec człowieka, zwłaszcza tego słabego, chorego, cierpiącego, najbardziej potrzebującego wsparcia[11]. Świadectwo to winno być udziałem zwłaszcza tych, którzy powołani są do „służby życiu".

Pojęcie „służba życiu" pojawia się w *Evangelium vitae* w kontekście pozytywnego spojrzenia ku przyszłości i określenia natury powinności wobec życia. Jan Paweł II, charakteryzując cywilizację życia, mówi o tym, że społeczeństwo taką kulturę tworzące jest „ludem życia". Bezpośrednie źródło tej kultury ukazane jest w perspektywie specyficznie chrześcijańskiej. „Jesteśmy ludem życia, ponieważ Bóg w swojej bezinteresownej miłości dał nam Ewangelię życia, przez którą zostaliśmy przemienieni i zbawieni"[12]. Jednak etyczne wnioski praktyczne mają już charakter ogólnoludzki, ponadwyznaniowy. „Wszyscy razem poczuwamy się do obowiązku głoszenia Ewangelii życia, celebrowania jej w liturgii i w całym życiu oraz służenia jej poprzez różne inicjatywy i za pośrednictwem struktur, które mają być dla niej oparciem i narzędziem promocji"[13]. I dalej: „Trzeba dotrzeć z Ewangelią życia do serca każdego człowieka i wprowadzić ją do samego wnętrza ludzkiego społeczeństwa"[14].

Dlatego zwraca się do wszystkich z prośbą i apelem: „Zarazem trzeba też wskazać na wszystkie konsekwencje tej Ewangelii, które tak można ująć: życie ludzkie, jako cenny dar Boży, jest święte i nienaruszalne, co oznacza w szczególności, że absolutnie niedopuszczalne jest przerywanie ciąży i eutanazja; życia ludzkiego nie tylko nie wolno zabijać, ale trzeba je chronić, otaczając je troskliwą opieką; życie znajduje swój sens, gdy daje się i odzyskuje miłość, z której rodzi się pełna prawda o ludzkiej płciowości i prokreacji; ta miłość nadaje sens także cierpieniu i śmierci, a choć pozostają one okryte tajemnicą, mogą się stać wydarzeniami zbawczymi; szacunek dla życia wymaga, aby nauka i technika były zawsze podporządkowane człowiekowi i jego integralnemu rozwojowi; całe społeczeństwo powinno szanować, chronić i umacniać godność każdej osoby ludzkiej, w każdej chwili i stanie jej życia"[15].

Warto o tym wszystkim pamiętać nie tylko w kontekście pandemii, ale także w kontekście tego wszystkiego, co na naszych oczach dzieje się w kulturze, nauce, prawodawstwie, obyczajowości, etosie zawodowym, a zwłaszcza w naszych umysłach i sumieniach.

afw

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

PIŚMIENNICTWO:
[1] Por. Jan Paweł II, *Encyklika Centesimus annus*, nr 13.
[2] por. F. Compagnoni, *Vita*, w: *Etica della vita*, red. F. Compagnogni, Cinisello Balsamo 1996, s. 35-41.
[3] Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium vitae*, nr 43.
[4] EV 34.
[5] EV 34.
[6] EV 34.
[7] por. P. Singer, *Etyka praktyczna*, Warszawa 2003, s. 149.
[8] por. A. Szostek, *Filozofia życia w „Ewangelii życia"*, w: *Evangelium vitae. Tekst i komentarze*, dz. cyt., s. 169nn.
[9] EV 54.
[10] por. L. Ciccone, *La vita umana è sacra i inviolabile*, w: *Evangelium vitae. Commento...*, dz. cyt., s. 65nn.
[11] por. EV 88-91.
[12] EV 79.
[13] EV 79.
[14] EV 80.
[15] EV 81.

Przyjaciel farmaceutów

Ostatnie spotkania wielkopolskich aptekarzy z ks. prof. Józefem Tischnerem w Poznaniu

Niemal ćwierć wieku temu podczas uroczystości z okazji V Święta Aptekarzy (25 września 1997 r.), obchodzonego pod patronatem świętych Kosmy i Damiana, wielkopolscy farmaceuci gościli ks. prof. Józefa Tischnera.

Podczas wykładu w auli uniwersyteckiej w Poznaniu wybitny krakowski filozof, autor między innymi „Etyki solidarności", „Filozofii dramatu" i „Historia filozofii po góralsku" (młodość spędził w z Łopusznej, stąd znajomość góralskiej gwary), omówił humanistyczne aspekty zawodu farmaceuty.

Nam, farmaceutom, ks. Tischner pozostawił nie tylko swój wykład „Miejsce apteki w naszym krajobrazie", ale i wiele innych, cennych refleksji. Przed wykładem wspólnie z żoną Konstancją mieliśmy zaszczyt goszczenia ks. Tischnera na obiedzie, a następnie w naszej aptece „Pod Złotym Lwem" na kawie z kropelkami benedyktynki. Podczas tego niezapomnianego spotkania powiedział: „Niejednokrotnie zajmuję się tym, do czego przed kilkudziesięciu laty nie zostałem powołany, rozpoczynając kapłańską posługę. Gdyby wówczas powiedziano mi, co ja będę robił w przyszłości jako ksiądz, to bym pewnie wziął nogi za pas i uciekł, bo przeważnie robię to, czego się nie uczyłem, do czego nie jestem przygotowany".

Ksiądz Tischner obiecywał, że przyjedzie do Poznania ponownie. Jak sam zapowiedział na zakończenie pamiętnego wykładu: „To ja w worku pokutnym tutaj przyjadę...". A mówił to w kontekście osobistego poczucia winy, że nie może być dłużej z nami, bowiem nazajutrz musi być w Zakopanem na spotkaniu z anestezjologami. Na kolejne obchody Święta Aptekarzy zawsze wysyłałem zaproszenia. Ksiądz Józef Tischner zmarł 28 czerwca 2000 r. w krakowskim szpitalu. Został pochowany w Łopusznej.

My, farmaceuci, jesteśmy mu wdzięczni za jego pogłębione spojrzenie na nasz zawód. W jego opinii niesie on wiele dobroci w stosunku do drugiego człowieka, humanizmu. Zawarta jest w nim przede wszystkim ogromna wiedza o człowieku i inny niż w pozostałych zawodach stosunek do ziemi, z której farmaceuci potrafią pozyskać to, co najlepsze. Po latach można powiedzieć, że ks. prof. Tischner pozostawił po sobie nie tylko szczególnie żywe wspomnienie, ale i świadectwo wielkości wyrażającej się otwartością na drugiego człowieka.

Wojciech Druszcz/Agencja Wyborcza.pl

Bardzo nam ks. prof. Józefa Tischnera brakuje, szczególnie nie zawsze „gładkich" jego wypowiedzi i poglądów, które odważnie głosił. „Biorę za nie pełną odpowiedzialność. W tym sensie są to poglądy «prywatne». «Prywatne». nie zawsze jednak dlatego, że poglądy te są jakimiś moimi fanaberiami. Ich wartość jest taka, jaka jest wartość argumentów, którymi staram się je wesprzeć. Są wśród tych argumentów takie, które opierają się na wierze Kościoła, i takie, które opierają się na rozumie. Z argumentami można się spierać. Są jednak tacy, którzy zamiast argumentować, wzywają na pole bitwy i usiłują straszyć" (J. Tischner, „Ksiądz na manowcach", Kraków 1999).

Pamiętamy o śp. ks. prof. Józefie Tischnerze, przyjacielu farmaceutów, wielkim Człowieku i Kapłanie.

dr n. fam. JAN MAJEWSKI

dr HANNA CYTRYŃSKA

WNĘTRZA APTEKARSKIEGO IMPERIUM

Apteka na przestrzeni wieków stanowiła jednostkę organizacyjną składającą się z fachowego personelu i pomieszczeń o zdefiniowanych funkcjachi[1]. W 1560 r. ukazał się podręcznik gdańskiego aptekarza Jana Placotomusa (1514-1577) „Pharmacopoea in compendium redacta" zawierający homogeniczny zbiór wiedzy o strukturze pracy, mieszkania i wypoczynku aptekarza.

W Polsce rozpowszechniony był model kamienicy aptecznej z funkcją wytwarzania i sprzedaży produktów leczniczych. Izbę ekspedycyjną, kantor, materialnię, laboratorium i magazyny podręczne lokowano w kondygnacji parterowej. Piwnice asygnowano do przechowywania produktów wymagających składowania w niskich temperaturach, strychy przeznaczano do suszenia ziół[2]. Na piętrach traku frontowego mieściły się prywatne apartamenty aptekarza i jego rodziny natomiast prowizorzy i elewowie wynajmowali mieszkania od podwórza. Integralną częścią apteki był ogród: „po pierwsze, aby zawsze mieć pod ręką świeże rośliny, których soków niekiedy potrzebujemy, po drugie, aby rzadziej spotykane rośliny w nim uprawiać, po trzecie,

Fotopolska

APTEKA „POD BIAŁYM ORŁEM" W KAMIENICY NR 41 (1889 ROK)

ze względu na umysł, aby czy to on sam, czy też jego pomocnicy mogli niekiedy do niego przyjść i oglądaniem roślin się odświeżyć"[3].

Archetypowym przykładem kamienicy aptecznej jest pięciokondygnacyjny budynek w zwartej zabudowie poznańskiego Rynku. Mieściła się w nim apteka „Pod Białym Orłem", której początek działalności dokumentuje wzmianka zamieszczona w rejestrze suchodziennym księgi cechowej: „przed rokiem 1493 w domu tym, należącym do aptekarza Vincenciusa, prowadził on również aptekę"[4]. W 1564 r. apteka uzyskała przywilej generalny nadany przez Zygmunta II Augusta, sankcjonujący prawo do sporządzania i sprzedawania leków we własnym lokalu[5]. W 1780 r. kamienicę kupił „artis pharmacopol, socius de civitate Ryc in Russia" Andrzej Wosidło. W 1807 r. jej właścicielem został Adam Wosidło, asesor farmacji w poznańskim kolegium medycynalnym Prus Południowych. Powstała wtedy Komisja Dobrego Porządku, która zdefiniowała prawa i obowiązki właścicieli aptek oraz wprowadziła egzaminy certyfikujące wiedzę aptekarzy.

ARCHETYPOWYM PRZYKŁADEM KAMIENICY APTECZNEJ JEST PIĘCIOKONDYGNACYJNY BUDYNEK W ZWARTEJ ZABUDOWIE POZNAŃSKIEGO RYNKU. MIEŚCIŁA SIĘ W NIM APTEKA „POD BIAŁYM ORŁEM", KTÓREJ POCZĄTEK DZIAŁALNOŚCI DOKUMENTUJE WZMIANKA ZAMIESZCZONA W REJESTRZE SUCHODZIENNYM KSIĘGI CECHOWEJ

Komisja Dobrego Porządku zabraniała sprzedawania ostrych lekarstw i trucizn bez pisemnej zgody Prezydenta, księdza lub osoby dobrego imienia[6]. Na lekarzy nałożyła obowiązek przeprowadzania dwóch niezapowiedzianych kontroli w ciągu roku, udzielając im plenipotencji do ferowania wysokich grzywien za posiadanie starych lub zepsutych lekarstw. Trzykrotne niezastosowanie się do orzeczeń pokontrolnych skutkowało definitywnym zamknięciem apteki.

W Archiwum Państwowym w Poznaniu zachowała się inwentaryzacja kamienicy nr 41 z apteką „Pod Białym Orłem", sporządzona w 1828 r. przez przedstawiciela Miejskiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ogniowych na zlecenie Adama Wosidły[7]. W rozdziale zawierającym wycenę budynków zamieszczono plan sytuacyjny, rzut parteru z określeniem niektórych funkcji pomieszczeń aptecznych, przekrój pionowy domu przedniego i przekrój pionowy łącznika. Zawarte w dokumentacji informacje pozwalają odtworzyć gramatykę wnętrz kamienicy oraz logistykę wytwarzania i dystrybucji produktów leczniczych.

Archiwum H. Cytryńskiej

OSTATNIE ZDJĘCIE PRZED APTEKĄ W KAMIENICY NR 41 (1999 ROK)

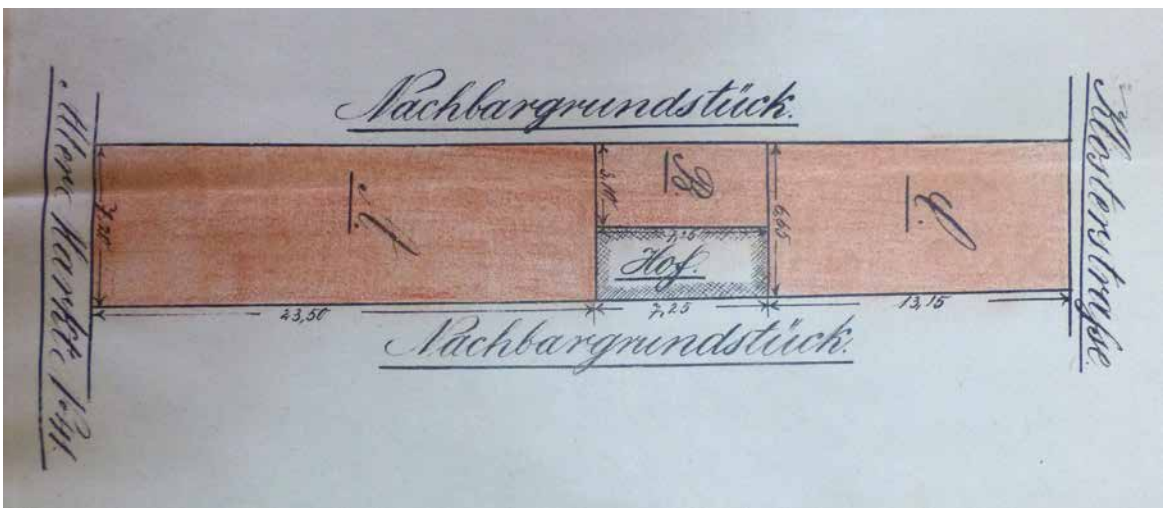
Kompleks zabudowań został usytuowany na działce o powierzchni 316 m^2 i składał się z domu przedniego i tylnego. Elewację frontową domu przedniego ulokowano w linii zabudowy wschodniej pierzei Rynku, a domu tylnego w linii zabudowy ul. Klasztornej. Powierzchnia zabudowy domu przedniego wynosiła 169 m^2, tylnego – 87 m^2. Pomiędzy budynkami znajdowało się patio (47 m^2),

częściowo zabudowane trzykondygnacyjnym łącznikiem z poddaszem użytkowym. Podwójny strop zaznaczony nad pierwszą kondygnacją łącznika sugeruje, że pierwotnie lokale usytuowane w przyziemiu obu kamienic stanowiły spójny kompleks apteczny, zajmujący ok. 168 m². Aptece przynależne były piwnice oraz strych o nieokreślonej w dokumentacji powierzchni.

Ze szczegółowej analizy rzutów architektonicznych parteru wynika, że apteka składała się z trzech samodzielnych jednostek. Pierwsza to izba ekspedycyjna (ok. 38,5 m²) z oknem i drzwiami usytuowanymi w elewacji frontowej domu przedniego, dostępna bezpośrednio z płyty Rynku. Całkowite wydzielenie izby ekspedycyjnej sugeruje, że stanowiła samodzielną agendę biznesową z możliwością sprzedaży lub oddania w dzierżawę. Wyposażenie pomieszczenia o wysokości 3,6 m, przykrytego renesansowym sklepieniem żaglowym, stanowiły repozytoria i stoły, ozdobne moździerze, tenaculum z ważkami… W dolnych partiach repozytoriów znajdowały się skrzynie, na półkach stały naczynia apteczne z szyldzikami, porcelanowe puszki, butelki i słoje[8]. Być może pod sufitem wisiał spreparowany krokodyl, który dzisiaj znajduje się w poznańskim Muzeum Farmacji.

Druga jednostka kompleksu aptecznego, obejmująca cztery pomieszczenia, była dostępna z sieni. Składała się z przechodniego kantoru (ok. 11,5 m²) z oknem podawczym skierowanym do westybulu[9]. Obok kantoru ulokowano izbę (ok. 10,5 m²) będącą prawdopodobnie składem wyrobów gotowych lub poczekalnią dla pacjentów. Kantor połączony był z materialnią (ok.

W POMIESZCZENIACH DAWNEJ APTEKI DZIAŁA RESTAURACJA (2021 ROK) Eugeniusz Jarosik



RZUT DZIAŁKI - DOM PRZEDNI, TYLNY, ŁĄCZNIK I PATIO Archiwum H. Cytryńskiej

42 m²), dostępną również z wygrodzonego korytarza. Wnętrze materialni było doświetlone oknem wychodzącym na patio. Pod ścianami stały repozytoria z szufladami i półkami, a na środku stoły robocze. Wyposażenie stanowiły moździerze, rogowe kapsulatorki, pigulnica, sita, blaszane przetaki, stolnica, tasak do ziół, misy miedziane i infuzorki[10]. Magazyn (ok. 14 m²), dostępny z materialni, usytuowany był w przyziemu łącznika. Trzecią jednostkę, zawierającą laboratorium (ok. 27,5 m²) i kuchnię (ok. 12 m²), zlokalizowano w przyziemiu domu tylnego. Wyposażenie stanowiły: piec oraz tygielki do prażenia, retorty szklane z odbieralnikami, patelnie miedziane pobielane do przyrządzania maści i leków płynnych, kolby do wytrawiania surowców, prasy, kociołki cynowe, aparaty destylacyjne z chłodnicą, naczynia szklane i garnki gliniane[11]. Pomieszczenie doświetlały dwa okna usytuowane w elewacji ul. Klasztornej. Całość kompleksu aptecznego dopełniał magazyn produktów (ok. 7 m²) dostępny z patio i głębokie piwnice (3,6 m) o gotyckich sklepieniach[12].

Prywatny apartament aptekarza o wysokości 3,9 m zlokalizowany był na pierwszym piętrze domu przedniego i charakteryzował się artystycznym wystrojem. Na ścianie południowej zachowało się malowidło z przedstawieniem błogosławieństwa opatrzone tekstem „Błogosławieni pokój czyniący, albowiem oni synami Bożymi będą nazwani”[13]. Pomieszczenie przykrywa renesansowy, polichromowany strop belkowy z motywami roślinnymi[14]. Integralną częścią apteki „Pod Białym Orłem” był zlokalizowany poza murami miejskimi ogród ziołowy, w którym znajdował się staw z hodowlą pijawek[15]. Na zachowanym rzucie parteru apteki nie wrysowano pomieszczenia sanitarnego WC. Prawdopodobnie ścieki wylewano przez okno, ponieważ dopiero w 1907 r. kwartał poznańskiego Rynku został skanalizowany. Wodę czerpano z miejskiej Studni Prozerpiny, usytuowanej na placu przed Ratuszem, przy którym również mieściła się apteka „Pod Białym Orłem”. Wnętrza kamienicy oświetlane były świecami wytwarzanymi na miejscu, metodą „wielokrotnego polewania płynnym woskiem knotów przywiązanych do koła”[16]. Do czasów współczesnych zachował się tylko dom przedni. Podczas II wojny światowej łącznik i dom tylny uległy zniszczeniu i nigdy nie zostały odbudowane. Najstarsza poznańska apteka „Pod Białym Orłem” działała w kamienicy nr 41 ponad 500 lat. W 1999 r. właścicielka apteki mgr farm. Mirosława Domańska przeniosła ją do nowego lokum w kamienicy nr 42/43. W nowym tysiącleciu apteka „Pod Białym Orłem” działała w przestrzeni publicznej Starego Miasta do 2015 r., kultywując dobre tradycje poznańskiego aptekarstwa.

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] H. Cytryńska, *Poznańskie apteki, wnętrza, historia, wyposażenie*, Poznań 2016, s. 29.
[3] A. Drygas, *Aptekarstwo gdańskie 1399-1939*, Wrocław 1983, s. 215.
[4] J. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, Reprint Poznań 1996, t. 1, s. 72.
[5] Ibidem, s.12.
[6] *Treść Ustaw dla Miasta J.K.MCI Poznań przez Kommissyją J.K.MCI Dobrego Porządku Województwa Poznańskiego w roku 1780 Uchwalonych*, s. 43.
[7] Archiwum Państwowe w Poznaniu, syg. 53/477/0/2/212, Dyrekcja Miejskiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ogniowych w Poznaniu.
[8] W. Głowacki, *Zasłużona szarytka i farmaceutka s. Filipina Studzińska (1797-1877)*, „Nasza Przeszłość”, s. 303. Ibidem, s. 303.
[9] Pomimo zniszczeń wojennych i przekonfigurowań pomieszczeń aptecznych okno podawcze zachowało się do 1999 r.
[10] W. Głowacki, *Zasłużona szarytka i farmaceutka s. Filipina Studzińska (1797-1877)*, „Nasza Przeszłość”, s. 303.
[11] Ibidem, s. 303.
[12] H. Kondziela, *Stare Miasto w Poznaniu*, Poznań 1975, s. 111.
[13] Red. I. Błaszczyk, *Stare Miasto w Poznaniu, zniszczenia – odbudowa - konserwacja 1945-2016*, Poznań 2017, s. 187.
[14] Ibidem, s. 187-188.
[15] J. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, Reprint Poznań 1996, t. 1, s. 76.
[16] Z. Bela, *O starożytnych antidotach, złotych pigułkach i innych sprawach związanych z historią farmacji*, Kraków 2013, s. 177.

www.stock.adobe.com

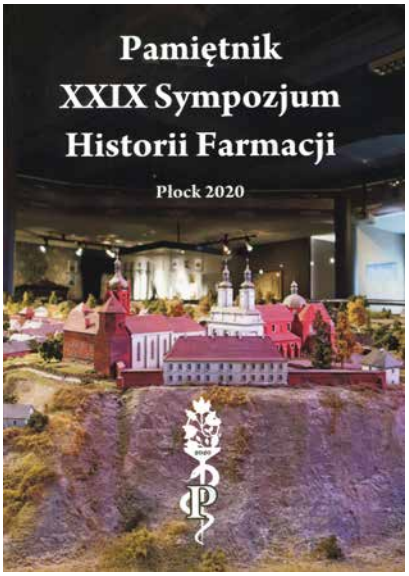
dr n. farm. JAN MAJEWSKI

KOLEBKA PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO

XXIX Sympozjum Historii Farmacji

Tegoroczne Sympozjum Historii Farmacji, spotkanie miłośników historii i przyjaciół zawodu, tym razem poświęcone tematowi „Laboratorium apteczne kolebką przemysłu farmaceutycznego", miało odbyć się w Płocku. Ze względu jednak na obostrzenia związane z pandemią zorganizowana została konferencja online, w której uczestniczyło ponad 40 osób.

Spotkanie w dniach 7–8 maja 2021 r. rozpoczęło sprawozdanie z działalności Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji (OSHF) Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w kadencji 2017-2021 i wybór władz zarządu sekcji, który decyzją członków OSHF pozostał w niezmienionym składzie na kolejną kadencję. W skład zarządu weszli: dr Jan Majewski (Poznań) – przewodniczący honorowy; dr Lidia



Maria Czyż (Rzeszów) – przewodnicząca; mgr Maria Pająk (Opole) – wiceprzewodnicząca; dr Andrzej Wróbel (Lublin) – wiceprzewodniczący; dr Elżbieta Rutkowska (Białystok) – sekretarz; oraz prof. Iwona Arabas (Warszawa), dr Katarzyna Hanisz (Łódź), dr Barbara Uniejewska (Bielsko-Biała), dr Monika Urbaniak (Kraków) i dr Jerzy Waliszewski (Stargard) – członkowie zarządu.

Wygłoszono 27 referatów. Zdecydowana większość z nich opublikowana została w „Pamiętniku XXIX Sympozjum Historii Farmacji – Płock 2020" (Rzeszów 2021). Lidia Asendrych-Gempel i Barbara Jakszuk (Warszawa) w artykule „Od wód mineralnych do produkcji leków w zakładach farmaceutycznych na terenie Warszawy" omówiły powstanie i rozwój w tym mieście najpierw laboratoriów chemiczno-farmaceutycznych, następnie zakładów produkujących leki, z podkreśleniem w zakończeniu znaczenia Tarchomińskich Farmaceutycznych Zakładów Polfa S.A. w walce z COVID-19. Polskiej farmacji w 1958 r. na łamach wydawnictw farmaceutycznych na Słowacji referat poświęcił Anton Bartunek (Košice). „Od uniwersyteckiego laboratorium w warszawskim Gabinecie Farmaceutycznym do wirtualnej apteki WUM" – to interesujący szkic Michała Byliniaka i Iwony Arabas (Warszawa) na temat kształcenia uniwersyteckiego i wyzwań stawianych aptekarzom/farmaceutom nie tylko Warszawie od XVIII do XXI wieku. Autorzy wskazali w nim znaczącą rolę kształcenia praktycznego w edukacji farmaceutów. Artykuły: Hanny Cytryńskiej (Poznań) „Laboratorium apteczne a współczesny kompleks recepturowy i jego wyposażenie" o przestrzeni, funkcji i wyposażeniu pomieszczeń od średniowiecznej kamienicy aptecznej do apteki internetowej, Lidii Marii Czyż (Rzeszów) – „Płocki Nobel – Adam Mateusz Gąsecki (1868-1952)" – o płockim prowizorze farmacji i producencie „proszków z kogutkiem", Aleksandra Drygasa (Gdańsk) „Jak «rodził się» i narodził przemysł farmaceutyczny" – to teksty wyjątkowe. Podobnie jak opracowania Ewy Dobrosielskiej (Płock) „Pięć wieków aptek płockich", Iwony Dymarczyk (Kraków) „Program «Cudowna moc bukietów», czyli propagowanie tradycji ekologii i edukacji botanicznej" o bukietach krakowskich robionych na sierpniowe święto Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny i Jerzego J. Fąfary (Rzeszów) „Franciszek Chrapkiewicz – nieznane drogi życiowe polskiego i francuskiego biochemika" – artykuł o profesorze Sorbony pochodzącym z podkarpackiej wioski Godowa, który wykładał między innymi w Cambridge, Nowym Jorku i Tokio.

Interesujące było wystąpienie Marii Głowniak (Warszawa), która zaprezentowała przegląd dokumentów prawnych („Nadzór farmaceutyczny nad jakością leków na przestrzeni wieków"). Klaus Koch i Piotr W. Górski (Hamburg, Dinslaken) bardzo skrupulatnie i ciekawie przedstawili „Polskie korzenie Beiersdorfa – światowego koncernu farmaceutycznego". Ci sami autorzy zajęli się też tematem „Apteczka okrętowa w II Rzeczypospolitej dla milionów emigrantów". „Komisariat Naczelnej Rady Ludowej i jej wkład w powstanie uniwersytetu w Poznaniu – udziału decernenta Józefa Jasińskiego (1854-1933), właściciela «Apteki Pod Złotym Lwem» w Poznaniu" – tym artykułem napisanym przy jego historycznym biurku, na zapleczu naszej apteki, spełniłem cząstkę długu wdzięczności wobec tego aptekarza i społecznika. Zagadnienia „Z historii technologii farmaceutycznych: ewolucja aptecznej aparatury laboratoryjnej" opracowała Anita Magowska (Poznań). Z kolei Tauras Antanas Mekas (Kowno) bardzo sentymentalnie podsumował kontakty z polskimi historykami farmacji („Litwin na polskich sympozjach farmacji w latach 1999-2021"). Maria Pająk (Opole), wykorzystując archiwalia, przedstawiła referat „Laboratoria apteczne – integralną częścią aptek w pierwszej połowie XX wieku: funkcjonowanie i wyposażenie Apteki Eichendorffa w Nysie w latach 1927-1945". Rys o historii aptekarstwa warszawskiego, a dokładniej o staromiejskiej Aptece Kosmy i Damiana, wprowadza do zasadniczego tematu artykułu Jolanty Radeckiej (Warszawa) pod tytułem „Kremy recepturowe – tradycja i współczesność", w którym autorka podaje recepturę kilku kremów, maści, płynów i proszków, jakie były wykonywane w aptece do czasu ożywienia rynku kosmetycznego. Wzrusza krótkie wspomnienie Elżbiety Rutkowskiej (Białystok) „Mgr farm. Zenon

Wolniak (1933-2020)". Białostocki farmaceuta regularnie uczestniczył w sympozjach historii farmacji. Artykuły Agnieszki Rzepieli (Kraków) „Chemiczno-farmaceutyczne Laboratorium «Hygea» Mariana Zahradnika w Złoczowie" i „Działalność przedsiębiorcza Kazimierza Październierskiego w końcu XIX i początku XX wieku" Walentyny Sosonkiny i Hanny Chrom (Mińsk) prezentują dokonania tych dwóch przedsiębiorczych aptekarzy.

Od starożytności cenna przyprawa, barwnik i subtelny proszek o właściwościach leczniczych. „Szafran – czerwone złoto Południa" – to interesujący artykuł Katarzyny Tulik (Krosno). Z kolei Sylwia Tulik (Rzeszów) w tekście „Młyn kulowy – zapomniany element wyposażenia laboratorium aptecznego" opisała urządzenie, które właściwie zniknęło z aptek. Artykuły Moniki Urbaniak i Katarzyny Jaworskiej (Kraków) „Wody mineralne sztuczne i ich wytwórcy", Jerzego Waliszewskiego (Stargard) „Reklama leków wytwarzanych w Polsce w okresie międzywojenny. Zarys problematyki", Zenona Wolniaka (Białystok) „Podstawy prawne organizacji towarzystw naukowych w Polsce w XVIII wieku" i Zbigniewa Wójcika (Warszawa) „Z laboratorium aptecznego Piotra Mikolascha we Lwowie. Dwa wynalazki: nafta i lampa do jej spalania" zamykają świetnie zredagowaną przez dr Lidię Marię Czyż publikację.

W związku z 200. rocznicą urodzin Ignacego Łukasiewicza kolejne spotkanie historyków farmacji ma się odbyć w Krośnie nad Wisłokiem w ostatni weekend maja 2022 r. Do zobaczenia na jubileuszowym XXX Sympozjum Historii Farmacji!

afw

dr n. farm.
JAN MAJEWSKI
Przewodniczący Honorowy Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

afw

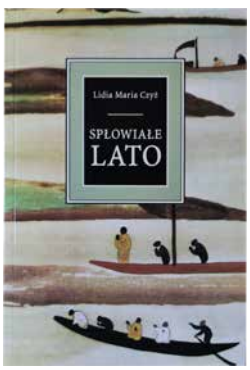
Doktor nauk o zdrowiu LIDIA MARIA CZYŻ – farmaceutka, historyk zawodu, autorka wielu publikacji w periodykach farmaceutycznych i opracowań zwartych dotyczących przede wszystkim historii aptek na Podkarpaciu, a także współautorka scenariuszy wielu wystaw dotyczących pracy aptek w przekroju dziejowym.

Nie tylko spłowiałe lato

Tomik wierszy „Spłowiałe lato" Lidii Marii Czyż, wydany przez Podkarpacki Instytut Książki i Marketingu w Rzeszowie, to bardzo osobista, dojrzała, wyciszona i pełna refleksji wypowiedź liryczna. Poetka „(...) prowadza nas w chwilowy, pełen uroku, prosty jak polne rośliny, wydawałoby się przemijający, nietrwały świat" – napisał red. Jerzy J. Fąfara. Świat zapachów, barw, pozornie nieważnych okruchów codzienności i... czasu. Do tego komentarze-przypisy pod niektórymi utworami ciągną ku inspiracjom i odniesieniom do konkretnych miejsc, przedmiotów, czasem przeczuć. Utwory doskonale wpisują się w motto życiowe poetki, farmaceutki, której przyświeca łacińska sentencja Celsusa Optimum medicamentum quies est, czyli najlepszym lekarstwem jest spokój. Nie tylko, jako że w wersach zapisane jest i ciepło (domu rodzinnego w Płocku i niezapomnianych spotkań).

Poetka chwyta się marzeń, ufając słowom piosenki Marka Grechuty, że „ważne są tylko te dni, których jeszcze nie znamy (...) te na które czekamy". I ludzie, i miejsca, i całe zadziwienie pięknem... w nas!

„Moje motto", czyli tekst zamykający tomik, na długo zatrzymuje myśli-mądrości, które dopełniają pełną liryzmu i tęsknoty wypowiedź poetycką. Po lekturze, i to żaden zarzut, ciągle jakby mało, ciągle czegoś brakuje czytelnikowi. Najlepszą zachętą niech będzie wiersz „Poszukiwanie słów".



Tyle drobnych myśli koło mnie
gęsta mgła
puste godziny odłamuję
suche gałązki orzecha,
czekam
szukam słów
wśród słów.

A wszystko to dzieje się wśród czułych wierszy i przepływających na okładce łodzi...

dr n. farm. JAN MAJEWSKI

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

Covid straszny, covid zły...

Z powodu COVID-19 zmarły w sierpniu tego roku 84 osoby (dane Ministerstwa Zdrowia). To tylko 0,3 proc. wszystkich zgonów w tym miesiącu. W całym sierpniu 2021 r. zmarły w Polsce 32 972 osoby.

A jednak jest coś zdumiewającego w fakcie, iż medialne bębny dystrybutorów zgrozy wybijały w sierpniu głównie jeden rytm: COVID, COVID, COVID... Oczywiście śmierć 84 osób to bolesne pożegnania. Każda z nich pozostawiła po sobie jakieś życiowe drobiazgi, swój ulubiony kubek do herbaty, książkę, odzież czy buty, aby pójść boso na drugi brzeg, za kurtynę czasu. I każda z tych osób jest ważna. Ale jest też grupa 32 888 osób , które również pozostawiły po sobie pustkę. W tę pustkę nie wlały się jednak medialne bębny propagandzistów, już nie było nawały komunikatów pandemicznych, milczały o nich spoty z lekarzem rodzinnym wychodzącym z bloku operacyjnego. Faktycznie dramatyczną mamy sytuację w służbie zdrowia, skoro nawet lekarze rodzinni powoływani są do operacyjnego stołu.

32 888 osób zmarło w Polsce w sierpniu po cichutku – zabiły ich zawały, udary, nowotwory, setki innych chorób i zapewne też zakażeń, ale nie tak sławnym wirusem jak SARS-CoV-2. Jupitery skierowane są tylko na jedną medialną gwiazdę. Bakterie mogą zatem spokojnie grasować dalej – i tak wszystkiemu winne są wirusy i ich medialny lider.

Dane o nadmiarowych zgonach ze 103 krajów i regionów od początku pandemii w marcu 2020 r. porównał niemiecko-izraelski zespół naukowców z Uniwersytetu w Tybindze i Uniwersytetu Hebrajskiego w Jerozolimie. Według tego zestawienia Polska była jednym z krajów o najwyższej nadmiernej śmiertelności w Unii Europejskiej. Badacze doliczyli się 310 nadmiarowych zgonów na 100 tysięcy mieszkańców, znacznie więcej niż w Niemczech (50), Holandii (110) czy Austrii (110). Z drugiej strony, więcej niż w naszym kraju było takich zgonów w Czechach (320 na 100 tysięcy mieszkańców), na Litwie (350) i w Bułgarii (460). W badaniu ujęto też takie państwa, jak Dania, Australia oraz Nowa Zelandia, gdzie śmiertelność była niższa. Zdaniem naukowców to efekt rygorystycznego stosowania zasad higieny i dystansu społecznego, które chroniły też przed innymi groźnymi infekcjami. Można więc zadać pytanie: czy znacząco wyższa nadumieralność w krajach Europy Wschodniej, w tym w Polsce, nie wynika na przykład z różnic odnoszących się do rygorystycznego przestrzegania zasad higieny, między innymi w szpitalach, gdzie pacjentom zagrażają drobnoustroje często znacznie groźniejsze niż SARS-CoV-2?

Znane są problemy z ochroną przed niebezpiecznymi patogenami były w polskich szpitalach. Dodatkowo w czasie pandemii zabezpieczenie ochronne personelu medycznego (gogle, maski, skafandry) nie pomaga w skrupulatnym przestrzeganiu zaleceń, dotyczących na przykład poprawnej dezynfekcji punktów dostępu do linii naczyniowej, bo z przecieraniem i dezynfekowaniem dostępów przez 15 sekund był kłopot już przed pandemią.

Piotr R. Gajos, inżynier ds. oceny zgodności produktów, w artykule „Maseczki uwaga na podrobki dokumentow i certyfikaty bez pokrycia" wskazuje, jak wielką rolę odgrywają certyfikaty w ogóle i jaki w tym obszarze panuje chaos. Firmy na opakowaniach swoich produktów umieszczają rozmaite znaczki, mające być certyfikatem, a zwykłemu konsumentowi wydaje się, że taki produkt jest bezpieczny. Czy tak jest w rzeczywistości? Na jakie elementy kupujący maseczki powinien zwracać uwagę, czego szukać? Czy personel medyczny odpowiadający za bezpieczeństwo pacjenta sprawdza, a co więcej – dopomina się od producentów wyrobów medycznych testów i badań wykonanych wyłącznie na terenie Unii Europejskiej?

www.stock.adobe.com

Często wystarcza nam potoczny zapis, że na przykład filtr jest antybakteryjny, ale bez odniesienia się do testu szczelności bariery mikrobiologicznej przy ekspozycji na konkretny patogen czy też określenia wskaźnika BFE (Bacterial Filtration Efficiency) lub VFE (Viral Filtration Efficiency). Niestety, określenie „antybakteryjny" często jest jedynie banalnym, niewiele mówiącym zwrotem marketingowym.

Wyniki badania opisane w „Study adds more evidence of antibiotic overuse in Covid 19 patients" są zgodne z wynikami badań opublikowanych w Clinical Infectious Disease z sierpnia 2020 r. Przeanalizowano wówczas przepisywanie antybiotyków u 1 705 pacjentów z grupy COVID-19 w 38 szpitalach w Michigan od połowy marca do połowy czerwca 2020 r. W badaniu stwierdzono, że 56,6% pacjentów otrzymało antybiotyki empirycznie, a tylko 3,5% miało współistniejące zakażenia bakteryjne. Nic więc dziwnego, że Światowa Organizacja Zdrowia stwierdziła, iż nadmierne przepisywanie antybiotyków pacjentom cierpiącym na COVID-19 może tworzyć oporność bakterii na antybiotyki stosowane w leczeniu powszechnych infekcji. Wskaźnik oporności na ciprofloksacynę, środek przeciwdrobnoustrojowy często stosowany w leczeniu zakażeń dróg moczowych, wahał się od 8,4% do 92,9% w 33 krajach zgłaszających.

Z raportu Najwyższej Izby Kontroli wynika, że wzrost liczby pacjentów zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii Klebsiella pneumoniae NDM(+) w 2016 r. był niemal trzykrotnie wyższy niż w 2015 r. Niestety, NIK nie może podać kompletnych danych, bowiem funkcjonujące w kontrolowanych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach nie dostarczały pełnych danych. Przekazane zestawienia w ocenie NIK mogą być znacznie zaniżone. W Polsce w kontrolowanym przez NIK okresie mogło dojść do ok. 400 tysięcy zakażeń rocznie. A to przekłada się na wydatki. Niestety, żaden z kontrolowanych szpitali nie dysponował precyzyjnymi danymi dotyczącymi kosztów poniesionych w związku z wystąpieniem zakażenia. Analizy były prowadzone jedynie przez część szpitali, a koszty wyliczano w sposób uproszczony. Tak więc już przed pandemią zakażenia wewnątrzszpitalne stanowiły w Polsce poważny problem. Ale przecież mamy COVID. Jest wirus, na który można zrzucić odpowiedzialność za nasze niedoróbki i bylejakość. O roli „kozła ofiarnego" w historii Polski można by napisać sążnisty artykuł. Czy aż tak lubimy się nim wysługiwać?

Na 30 czerwca 2017 r. w Polsce zawodowo czynnych było tylko 110 lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologii, w tym 61 w wieku powyżej 55 lat. Według NIK, taka sytuacja nie daje gwarancji należytego sprawowania ciągłego i bieżącego nadzoru epidemiologicznego. Wśród krajów europejskich Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem praktykujących lekarzy specjalistów w dziedzinie mikrobiologia–bakteriologia. Może więc te analizy wyjaśniają po części znaczącą różnicę w umieralności pomiędzy Polską a Niemcami?

Czyżby więc wołanie z „Pana Tadeusza" wciąż brzmiało nam w uszach? Gdyby tak było, to może jednak warto w dzisiejszych czasach wyciągnąć wnioski z medycznych analiz i nie zakładać, że jakoś to będzie, a zrobić wszystko, co możliwe, aby BYŁO POPRAWNIE i STARANNIE.

dr n. farm. JAN MAJEWSKI

W HOŁDZIE **BOHATEROM**

27 grudnia – Narodowy Dzień Zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego

W hołdzie bohaterom - uczestnikom narodowego zrywu z lat 1918-1919, którzy wyzwolili Wielkopolskę spod panowania niemieckiego i przyłączyli ją do odrodzonej Rzeczypospolitej" - głosi preambuła ustawy, w którym kolejne artykuły mówią o ustanowieniu 27 grudnia Narodowym Dniem Zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego i świętem państwowym. Ustawę w tej sprawie, której inicjatorem był prezydent Andrzej Duda, 1 października 2021 r. w Sejmie RP poparło 451 posłów (nikt nie był przeciw i nikt nie wstrzymał się od głosu). W czwartek 28 października 2021 r. Senat RP jednogłośnie poparł tę ustawę.

Apel o ustanowienie tego święta zainicjowany został przez Wielkopolskie Muzeum Niepodległości, Muzeum Narodowe w Poznaniu, Fundację Zakłady Kórnickie, poznański Oddział Instytutu Pamięci Narodowej, Towarzystwo Pamięci Powstania Wielkopolskiego 1918-1919 oraz Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski. także Apel został poparty także przez Sekcję Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Poznaniu.

Fotopolska.eu

POWSTANIEC NA STANOWISKU STRZELECKIM W BUDYNKU PRZY ULICY SZKOLNEJ W POZNANIU W GRUDNIU 1918 ROKU

Powstanie Wielkopolskie

Wybuchło 27 grudnia 1918 r. w Poznaniu. W pierwszym okresie walk, do końca roku, Polakom udało się zdobyć większą część miasta. Ostatecznie zostało ono wyzwolone 6 stycznia 1919 r., kiedy przejęto lotnisko. Do połowy stycznia wyzwolono też większą część Wielkopolski. Zdobycze powstańców potwierdził rozejm w Trewirze, podpisany przez Niemcy i państwa ententy 16 lutego 1919 r. W myśl jego ustaleń front wielkopolski został uznany za front walki państw sprzymierzonych. Ostateczne zwycięstwo przypieczętował podpisany 28 czerwca 1919 r. traktat wersalski, w którego wyniku do Polski powróciła prawie cała Wielkopolska.

Aptekarze w powstaniu

W przygotowanie i przebieg powstania chlubnie wpisali się także aptekarze wielkopolscy oraz przedstawiciele młodzieży, która w przyszłości miała zająć się farmacją. Wielu wciągniętych zostało do konspiracji jeszcze w listopadzie lub na początku grudnia 1918 r. Wybuch Powstania Wielkopolskiego 27 grudnia 1918 r. nie był więc dla aptekarzy żadnym zaskoczeniem. Wzięli oni udział w walkach w mieście i w przejmowaniu z rąk niemieckich ważniejszych instytucji wojskowych. Wymienimy niektórych. Witold Antoni Wichrowski po zdobyciu przez powstańców Dworca Głównego kierował tam utworzoną sekcją sanitarną, Kazimierz Chmielewski objął aprowizację

Archiwum J. Majewskiego

WITOLD ANTONI WICHROWSKI

ELEW APTEKARSKI WŁODZIMIERZ BOGUSŁAWSKI

PORUCZNIK JANUSZ LESZCZYŃSKI

i organizację kuchni polowych w Poznaniu i założył kilka stałych kuchni żołnierskich, między innymi w Bazarze (kuchnię w tym miejscu utrzymywał z własnych środków) i Grand Café.

Kilkunastu aptekarzy znalazło się w służbach sanitarnych wojsk powstańczych, a wielu walczyło na kilku odcinkach frontu. Nie należy zapominać o tzw. małej dywersji prowadzonej przez aptekarzy; na przykład dostarczali oni zastrzyki wykradane z Apteki „Pod Złotym Lwem", które wywoływały różne choroby, uniemożliwiając tym samym powrót żołnierzy z urlopu do macierzystych jednostek niemieckich. Wcześniej podobne działania podejmował też aptekarz Jan Kanty Szatkowski-Rola – pomagał młodzieży polskiej uwolnić się od służby wojskowej w armii niemieckiej. Władysław Karpiński przejął z rąk niemieckich aptekę w Szpitalu Głównym w Poznaniu i prowadził ją do wymarszu na front litewsko-białoruski, gdzie służył jako porucznik-aptekarz w Szpitalu Wojskowym Nr 5 w Lidzie. Po nim aptekę w Szpitalu Głównym przejął Kazimierz Kłaczyński. W aptece tej było zatrudnionych kilku innych farmaceutów. Wielkopolscy farmaceuci służyli również w czterech szpitalach wojskowych: w Krotoszynie (Zygmunt Gregorowicz), Gnieźnie (Franciszek Wierzchaczewski), Ostrowie Wlkp. (Jarosław Bajoński) i Inowrocławiu (Antoni Jurkowski). Wymienione apteki miały zaopatrywać w leki i materiał sanitarny jednostki wojskowe znajdujące się w ich pobliżu. Większe zaopatrzenia były realizowane w Składnicy Sanitarnej. W jednostkach walczących na froncie służyło dwudziestu aptekarzy. Natomiast we wszystkich jednostkach sanitarnych zaangażowanych było osiemdziesięciu aptekarzy. W powstaniu uczestniczyło też dwóch gimnazjalistów – przyszłych farmaceutów: Henryk Umbreit i Albin Wiertel. W walce pod Wolsztynem 5 stycznia 1919 r. zginął niewyszkolony wojskowo elew aptekarski Włodzimierz Bogusławski.

Sztandar na Ratuszu poznańskim

28 grudnia 1918 r. przed południem do mieszkania Klary i Mariana Dalskich, właścicieli Apteki „Pod Złotym Lwem", po zdobyciu Ratusza poznańskiego przyszedł porucznik Janusz Leszczyński, któremu towarzyszyło dwóch żołnierzy. Poprosił o wydanie sztandaru, który zaraz zawiesił na wieży. Po 125 latach niewoli ponownie na ratuszu powiewała biało-czerwona flaga.

Tablica pamiątkowa

27 grudnia 2008 r. odbyły się obchody 90. rocznicy wybuchu powstania wielkopolskiego. Centralne uroczystości z udziałem prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego zorganizowano pod Pomnikiem Powstańców Wielkopolskich w Poznaniu. Na drugi dzień, w niedzielę o godz. 10.00, na Starym Rynku w Poznaniu, odsłonięto tablicę pamiątkową na ścianie budynku, w którym mieści się Apteka „Pod Złotym Lwem". Ufundowali ją: Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne i Apteka „Pod Złotym Lwem" w Poznaniu.

Poznań pamięta i będzie pamiętał o aptekarzach tamtego czasu nie tylko w Narodowy Dzień Zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego.

dr KLAUS KOCH

PELIKAN-APOTHEKE W HAMBURGU

Archiwum Pelikan-Apotheke

Znajdująca się w pobliżu kościoła Sankt Michaelis w hamburskiej dzielnicy Neustadt PELIKAN-APOTHEKE wciąż emanuje atmosferą starej, historycznej apteki.

Jej początki sięgają roku 1696. To właśnie wtedy aptekarz Albert Oldenburg uzyskał przywilej jej prowadzenia. Co prawda obecnie sprzedaje ona głównie leki produkowane przemysłowo, ale czar magicznego miejsca dotknie każdego, kto do niej wejdzie. We wnętrzu unosi się zapach starego, ciemnego drewna, z którego wykonano szafki i gabloty. Z sufitu zwisa ogromna oprawa oświetleniowa z kutego żelaza z wygrawerowanymi słowami Paracelsusa: „Es liegt ein großer Schatz von Segensgaben – Kraft versteckt – und Gestein vergraben" („Tam leży wielki skarb błogosławieństw – siła ukryta – i kamień pogrzebany"). Na ponad 80 szufladach za pierwszym stołem znajdują się stare napisy. W gablotach stoją szklane, brązowe słoiki i puszki po herbacie. Są one nadal wypełnione i używane – wyjaśnia nowa szefowa apteki Lisa Schrader. Jeden z jej poprzedników, aptekarz Ernst Wicke, zlecił w 1913 r. wykonanie wyposażenia apteki, które do tej pory nie zostało zmienione. PELIKAN-APOTHEKE znajduje się na liście chronionych zabytków Hamburga. Można o niej przeczytać w przewodnikach turystycznych. Historia apteki z lat 1818-1912 jest wspomniana również w okolicznościowej publikacji z okazji 75-lecia Hamburskiego Stowarzyszenia Aptekarzy autorstwa prof. C. A. Jungclaussena (nowy rozdział w historii hamburskich aptek rozpoczął się wraz z rozporządzeniem medycznym z 1818 r. i nowymi przepisami dotyczącymi prowadzenia aptek).

Apteka znajduje się przy centralnym placu w dzielnicy Neustadt – Großneumarkt jest centrum nowego miasta, które powstało w XVII wieku i jest oddzielone od starej części

miasta starym ujściem rzeki Alster do Łaby (Alsterfleet). W celu lepszej ochrony starego miasta przed atakami z zewnątrz magistrat Hamburga zlecił holenderskiemu budowniczemu twierdzy Johanowi van Valckenburghowi budowę nowej fortyfikacji, która trwała od 1615 r. do 1626 r. Ta ochrona nowych terenów w obrębie murów miejskich w czasach wojny trzydziestoletniej (1618-1648) była szczególnie ważna i doprowadziła do wczesnego zasiedlenia tej dzielnicy. Neustadt był początkowo dzielnicą biedoty, w której mieszkali głównie Żydzi. W 1762 r. wybudowano tu kościół św. Michała.

Pierwszą przebudowę apteki przeprowadzono w 1774 r. Dwupiętrowy dom miał po pięć dużych okien na każdym piętrze od strony ulicy. Wykusz dachu ozdobiony został łukowatym szczytem. W jego formach widać wpływ hamburskiego kamieniarza i mistrza budowlanego Johanna Leonharda Preya, który stworzył również kościół Świętej Trójcy (Dreifaltigkeitskirche) w dzielnicy Sant Georg. W łukowatym polu nad centralnym portalem umieszczono przedstawienie pelikana, od którego apteka wzięła swoją nazwę. W mitologii chrześcijańskiej pelikan był uważany za symbol dobroczynności, ponieważ karmił swoje młode własną krwią.

W 1818 r. apteka należała do aptekarza Christopha Hassego. Pracowało w niej wówczas trzech pomocników i dwóch czeladników. Kiedy Hasse zmarł (1827 r.), wdowa po nim przedstawiła J.C. Leppiena jako prowizora. W 1829 r. Leppien ożenił się z wdową po Ch. Hasse i w ten sposób stał się właścicielem domu i apteki, którą prowadził pod firmą C. Hasse Nachfolger. W 1834 r. posesja otrzymała numer 37. Pasierb Leppiena Christoph Hasse, który przejął aptekę w 1856 r. oraz autor wspomnianej hamburskiej historii farmacji z 1913 r. C.A. Jungclaussen studiowali razem farmację w Jenie. Ten ostatni znał więc historię apteki przy Großneumarkt. Z jego publikacji można się dowiedzieć, że apteka cieszyła się dużym zaufaniem żydowskiej społeczności. A ponieważ ortodoksyjnym Żydom nie wolno było w soboty dotykać pieniędzy, tymczasowo płacili srebrnymi łyżkami, by później je wymienić.

Hasse wprowadził na rynek hamburski Nestles Kindermehl, co przyniosło mu duże zyski. W marcu 1877 r. cierpiący na podagrę Hasse otrzymał zgodę na prowadzenie apteki przez Heinricha Wickego,

Hamburger Abendblatt

PODCZAS II WOJNY ŚWIATOWEJ BOMBY SPADŁY RÓWNIEŻ NA GROSSNEUMARKT. ZNISZCZENIU ULEGŁA GÓRNA CZĘŚĆ BUDYNKU APTEKI ORAZ OTACZAJĄCE JĄ DOMY. NA SZCZĘŚCIE ZACHOWAŁA SIĘ DOLNA CZĘŚĆ BUDYNKU Z APTEKĄ I STARĄ FASADĄ Z PIASKOWCA Z 1913 ROKU

Archiwum Pelikan-Apotheke

licencjonowanego farmaceutę, który nabył ją 1 stycznia 1880 r. Ze względu na ubytki w murze w 1901 r. Wicke przebudował aptekę, zachowując istniejącą od 1780 r. fasadę z piaskowca. Kiedy H. Wicke zmarł 3 sierpnia 1910 r., aptekę przejął jego najstarszy syn i w 1913 r. odnowił jej wyposażenie, które zachowało się do czasów współczesnych.

Podczas II wojny światowej bomby spadły również na Großneumarkt. Zniszczeniu uległa górna część budynku apteki oraz otaczające ją domy. Na szczęście zachowała się dolna część budynku z apteką i starą fasadą z piaskowca z 1913 r. Ówczesne projekty fasad zainspirowały architektów Alfreda Jacoba i Otto Ameisa, którzy nawiązali do tradycji starego hamburskiego stylu budowlanego, ale z wyraźnymi elementami secesyjnymi. W tylnej części domu ponownie pojawił się stary portal

Archiwum Pelikan-Apotheke

poprzedniego budynku z pelikanem w herbie. Nowe budynki, wzniesione po wojnie, nie pasują już do dawnego historycznego zespołu zabudowy.

Do końca 1960 r. właścicielem apteki był Ernst Wicke, który następnie przekazał ją aptekarzowi Hansowi Maackowi. W tym czasie kilkakrotnie kierowałem PELIKAN-APOTHEKE podczas urlopu. Zawsze byłem zafascynowany jej urokiem, specyficznym genius loci, duchem wieków wyraźnie wyczuwalnym w tym niezwykłym miejscu. W 1988 r. aptekarka Petra Pillmann wydzierżawiła aptekę od H. Maacka, aby kupić ją w 2003 r. Po ponad 30 latach P. Pillmann przekazała w 2019 r. aptekę w ręce młodej farmaceutki Lisy Schrader. Nowa właścicielka jeszcze przed przejęciem firmy pracowała w aptece przy Großneumarkt jako farmaceutka na praktykach po ukończeniu studiów farmaceutycznych, a teraz z energią i zapałem prowadzi ją w przyszłość.

Archiwum Pelikan-Apotheke

HEINRICH WICKE

LISA SCHRADER

Dr KLAUS KOCH w latach 1960-1963 studiował farmację w Bazylei i Hamburgu. Doktoryzował się we Frankfurcie nad Menem u prof. dr. H. Oelschlägera (1921-2006), który był członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. W latach 1973-2015 był niezależnym farmaceutą w Hamburgu. W latach 1992-2008 dostarczał darowizny leków z hamburskich hurtowni farmaceutycznych między innymi do szpitala w Stargardzie. Od 2006 r. uczestniczy w spotkaniach polskich historyków farmacji. W 2019 r. został uhonorowany Statuetką Antoniny Leśniewskiej, najwyższym wyróżnieniem przyznawanym historykom farmacji w naszym kraju.

GRAMY **DLA DZIECI**

Pomaganie wychodzi nam naturalnie, czyli II Charytatywny Turniej Piłki Nożnej Halowej w Dopiewie

W małej podpoznańskiej miejscowości Dopiewo odbył się II Charytatywny Turniej Piłki Nożnej Halowej, a Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska po raz kolejny była patronem tego wydarzenia. Miejscem, gdzie 19 września 2021 r. rozegrano zawody, była sala sportowa Gminnego Ośrodka Sportu i Rekreacji.

Pomysłodawcą i organizatorem tego turnieju jest dr hab. n. farm. Tomasz Zaprutko, członek Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz zawodnik drużyny piłkarskiej Wlkp. OIA. Na uwagę zasługuje fakt, że po raz pierwszy akcja charytatywna w ramach aktywności drużyny Wlkp. OIA była przeprowadzona w trakcie Ogólnopolskich Mistrzostw Polski Okręgowych Izb Aptekarskich w piłce nożnej halowej, które odbyły się w 2017 r. w Sosnowcu. Sukces akcji przyczynił się do podjęcia dalszych działań w tej materii i ostatecznie do organizacji turnieju charytatywnego w grudniu 2019 r.

W tym roku, po rocznej przerwie spowodowanej pandemią, w turnieju na zaproszenie drużyny Wlkp. OIA brało udział 7 drużyn. Były to zespoły skupiające zarówno farmaceutów, jak i reprezentantów innych zawodów oraz środowisk.

Tytularnym partnerem wydarzenia jest niezmiennie firma Solgar, która w tym roku wystawiła także swoją drużynę. Do grona sponsorów turnieju należały również firmy: PGF, Oleofarm, Microlife,

PIŁKARZOM KIBICOWAŁA PREZES WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ MGR FARM. ALINA GÓRECKA

RAFAŁ OLIJARCZYK, ŁUKASZ JĘDRZEJEWSKI, MIESZKO WOJTCZAK, TOMASZ ZAPRUTKO

Graj z nami

■ Jeśli jesteś farmaceutą i grałeś lub nadal grasz w piłkę nożną, to dołącz do naszego zespołu i reprezentuj Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską. Gramy z pasji. Gramy, bo sport jest wspaniały. Gramy, bo możemy się spotkać i fajnie spędzić czas, a przy okazji pomóc innym, na przykład podczas turnieju charytatywnego. Zadzwoń lub napisz – numer telefonu: 504427318 (Tomek).

Novama i Stada. W efekcie podjętej inicjatywy przekazano na rzecz Domu Dziecka w Szamotułach środki pieniężne i podarunki rzeczowe o łącznej wartości 18 tysięcy złotych. Połącznie turnieju z inicjatywy piłkarzy Wlkp. OIA z akcją charytatywną ma wartość szczególną. Te zawody są okazją do spotkania w sportowej atmosferze, ale cel charytatywny czyni z nich wydarzenie, które pokazuje szczególną wrażliwość piłkarzy Wlkp. OIA na potrzeby najsłabszych i nadaje turniejowi wyjątkowy wymiar. Niewątpliwie ta cenna inicjatywa dodatkowo czyni z drużyny wielkopolskich piłkarzy ambasadorów zawodu farmaceuty.

Podczas tegorocznej edycji zawodnicy Wlkp. OIA wystąpili w koszulkach z napisem „GRAMY DLA DZIECI". Zachęcamy do przyłączenia się do inicjatywy, a w efekcie do wsparcia tych, którzy tej pomocy najbardziej potrzebują. Przybliżony termin kolejnego turnieju charytatywnego w halowej piłce nożnej to grudzień 2022 r. Zatem do zobaczenia na boisku i trybunach.

Chapeau bas dla inicjatora Charytatywnych Turniejów Piłki Nożnej Halowej w Dopiewie, chapeau bas dla drużyny Wlkp. OIA, uczestników i sponsorów. To turnieje, w których wszyscy uczestnicy są wygranymi.

mgr farm. ALINA GÓRECKA
Zdjęcia: NATALIA PIOTROWSKA

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