



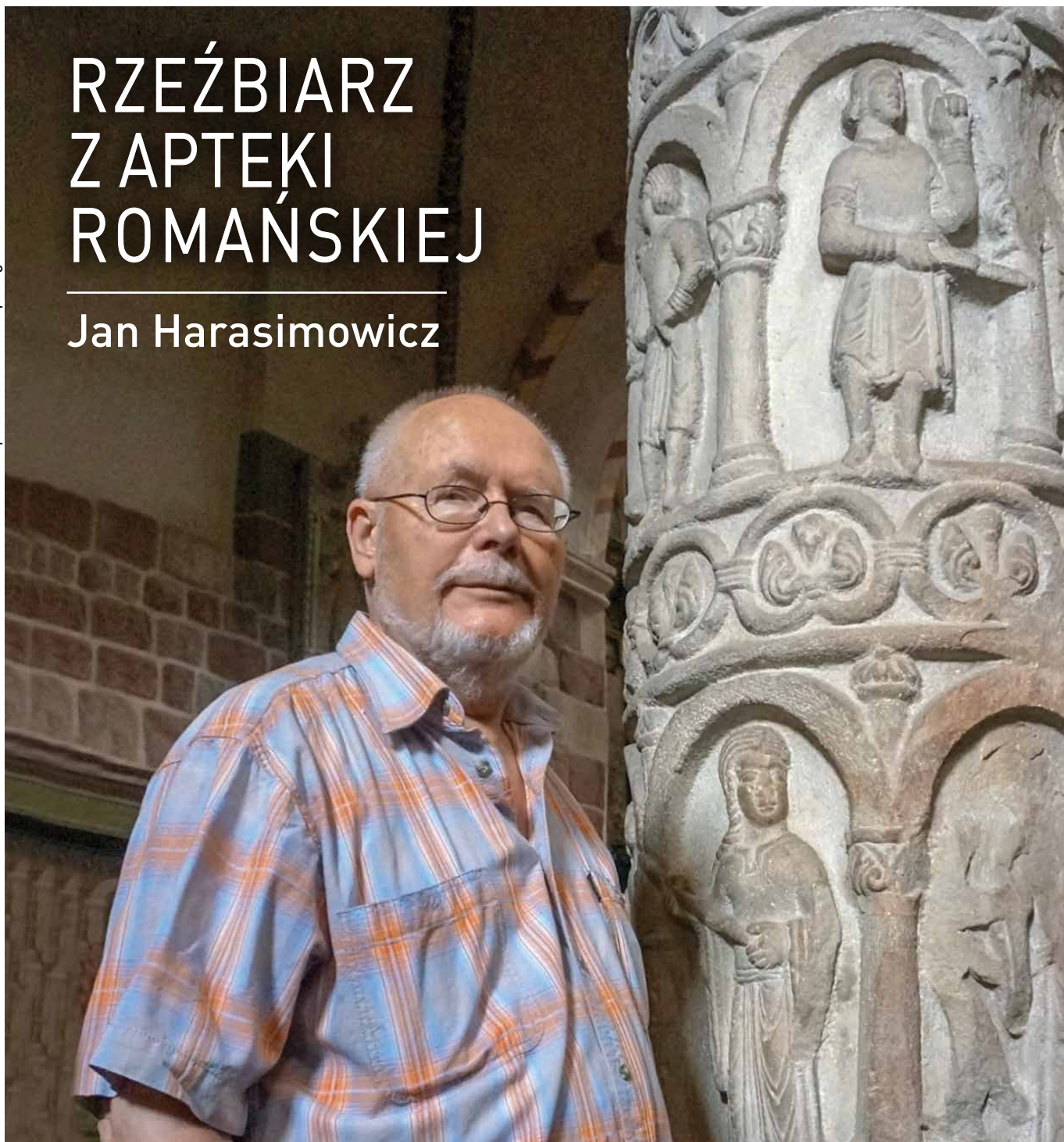
Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 4-5 (4-5) wrzesień/październik-listopad/grudzień 2018 • ISSN 2545-2290

RZEŹBIARZ Z APTEKI ROMAŃSKIEJ

Jan Harasimowicz



NATURAL NURSING Collection

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

babyono

HAVE FUN!

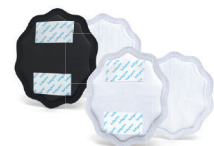
BE ACTIVE!

TAKE CARE!

GET READY!



WE HELP TO GROW
www.babyono.com





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

Na trudny czas nowych wyzwań

Dni coraz krótsze, za oknem już nie złota jesień, a słoneczne wspomnienia minionych wakacji i naładowane latem akumulatory pozwalają nam na pokonywanie codziennych trudności. Tempo wydarzeń i projektowanych zmian w ochronie zdrowia, które dotkną aptekarstwo w nadchodzących miesiącach, niejednego z nas doprowadziło do zadyszki.

Coraz większe są oczekiwania w stosunku do aptek i aptekarzy, ale nikt do tej pory nie wskazał źródła ich finansowania. Polskie aptekarstwo czeka w 2019 r. wdrożenie trzech dużych projektów cyfryzujących działalność aptek w systemie ochrony zdrowia. Ministerialne projekty zderzają się z niewystarczającą do ich wdrożenia infrastrukturą sprzętową aptek, niedostatecznym przygotowaniem ze strony Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (system ZSMOPL) oraz brakami w rejestrze aptek. Obawiam się, czy wdrażane równolegle projekty nie nadwerżą i tak już słabej kondycji aptek indywidualnych. Jednocześnie zapowiadane jest wprowadzenie opieki farmaceutycznej (razem z e-receptą). Jak ma ona wyglądać? Czy jest potrzebna? Czy jesteśmy jako środowisko do niej przygotowani? Czy pacjenci są świadomi jej wartości? Opiece farmaceutycznej poświęciliśmy dwa artykuły, przedstawiając dwa różne spojrzenia na tę nową aktywność aptekarską.

Wielu polskich farmaceutów wykonuje zawód poza granicami kraju, w innych systemach ochrony zdrowia. Cieszy nas, że dzielą się z nami swoimi doświadczeniami, zachowując kontakt z rodzimym środowiskiem farmaceutycznym. W tym numerze publikujemy rozmowę z dr. n. farm. Mikołajem Piekarskim, absolwentem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który pracuje w kanadyjskiej aptece szpitalnej.

W jesiennej aurze chętniej oddajemy się refleksji na tematy najważniejsze w odchodzącym roku, także te istotne dla naszego zawodu. Sprzyja temu Święto Aptekarzy, które obchodziliśmy 6 października 2018 r. tradycyjnie w poznańskiej Farze. Polecam uwadze wygłoszoną z tej okazji homilię księdza dr. Adama Sikory („Powołanie farmaceuty – prawda i spotkanie”).

Rok 2018 będziemy pamiętać jako rok stulecia odzyskania niepodległości przez Polskę, warto zatem wspomnieć farmaceutów, którzy walczyli w Powstaniu Wielkopolskim. O ich udziale w tym zrywie niepodległościowym napisał dr n. farm. Jan Majewski.

W tym jesiennym numerze przedstawiamy farmaceutów, którzy są także artystami – rzeźbiarza ze Strzelna Jana Harasimowicza i poznańską poetkę Marię Ellnain-Wojtaszek.

W tym trochę nostalgicznym nastroju zapraszam do lektury kolejnego numeru „Farmacji Wielkopolskiej” w oczekiwaniu na radość Świąt Bożego Narodzenia.

Wszystkim Czytelnikom, autorom felietonów, współpracownikom i przyjaciołom „Farmacji Wielkopolskiej” składam najserdeczniejsze życzenia pięknych, radosnych Świąt Bożego Narodzenia oraz zdrowia, pomyślności i szczęścia w roku 2019.

spis treści

„Medyk Białostocki”

10



22



Eugenia Jarosik

40



WOJA

10 Aptekarz to nie „sprzedawca leków” | Rozmowa z **prof. dr. hab. Wojciechem Miltykiem**, przewodniczącym Konwentu Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych Uczelni Medycznych

14 Nowa wartość w ochronie zdrowia

20 Opieka farmaceutyczna potrzebna od zaraz

22 Wykorzystać potencjał aptek szpitalnych

27 Obrót kontrolowany

30 Sprawa dla rzecznika

32 Sztuka czy piąte koło u wozu?

34 System jakości w hurtowniach farmaceutycznych

38 „Drobna” zmiana

40 Kanada nie tylko pachnąca żywicą

46 Bon voyage?

48 Kaleki, inwalidzi i niepełnosprawni

- 53** XXVI Święto Aptekarzy
56 Alina Nowacka-Waliszka
57 Dzierżykraj Dionizy Skwarski
58 Powołanie farmaceuty: prawda i spotkanie

TEMAT NUMERU

60 Rzeźbiarz z Apteki Romańskiej

6 października 2018 roku w poznańskim Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w ramach obchodów XXVI Święta Aptekarzy uroczyste otwarto wystawę prac JANA HARASIMOWICZA, farmaceuty i artysty ze Strzelna. Wspaniałe płaskorzeźby inspirowane romańską przeszłością tego miasta skłaniają do refleksji estetycznej nad sztuką aptekarską od średniowiecza do czasów współczesnych.

- 66** Pamięć i przemijanie
70 Mistrz i nauczyciel
75 Aptekarze w Powstaniu Wielkopolskim
78 Puchar Polski dla wielkopolskich farmaceutów



*Naszym Czytelnikom, Współpracownikom i ich Rodzinom
najserdeczniejsze życzenia
prawdziwie radosnych Świąt Bożego Narodzenia
i pomyślnego, dobrego Nowego Roku
składa*

REDAKCJA „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ”



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

Redakcja
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.farmacjawiakopolska.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
Eugeniusz Jarosik/Wiesław Wiszowaty

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty, tel. +48 606 808 514

Autorzy
dr Hanna Cytryńska, mgr farm. Alina Górecka,
mgr farm. Jędrzej Janus, Eugeniusz Jarosik,
prof. dr hab. Anna Jelińska,
dr n. farm. Marek Jędrzejczak, Marcin Józefiak,
dr n. farm. Jan Majewski, dr n. farm. Stefan Piechocki,
dr n. farm. Grzegorz Pakulski, Henryk Sawka,
ks. dr Adam Sikora, mgr farm. Mateusz Szamątek,
prof. dr hab. n. farm. Michał H. Umbreit,
prof. dr hab. Marianna Zając

Prezentowane przez autorów prace są wyrazem ich poglądów naukowych i redakcja nie ponosi za nie odpowiedzialności. Redakcja dążyła wszelkimi staraniami, 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.



LIST OTWARTY

do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej, Ministra Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości oraz Ministra Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej

Jako farmaceuci wykonujący zawód zaufania publicznego pragniemy zasignalizować niebezpieczne i niezrozumiałe z punktu widzenia ochrony polskiego rynku aptecznego i polskiego pacjenta propozycje rozwiązań prawnych, zawarte w przedstawionym ostatnio do zaopiniowania rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (projekt z 1 października 2018 r.).

Wspomniana nowelizacja ma objąć swym zakresem między innymi art. 94a, który dotyczy zakazu reklamy aptek, punktów aptecznych i ich działalności. Mając na względzie prawidłowe funkcjonowanie aptek jako placówek ochrony zdrowia publicznego, stanowczo sprzeciwiamy się jakimkolwiek zmianom tych przepisów.

Pragniemy zauważyć, że organizacje reprezentujące wpływowe grupy przedsiębiorców działających na polskim rynku farmaceutycznym od kilku lat konsekwentnie prowadzą silną akcję zmierzającą do podważenia zasadności przepisu ustalającego całkowity zakaz reklamy aptek, punktów aptecznych oraz ich działalności. Już w 2014 r. przedstawiciele tych organizacji oficjalnie przekonywali do tezy, że zakaz reklamy aptek utrudnia lub uniemożliwia udział aptek ogólnodostępnych w akcji honorowania Karty Dużej Rodziny. Organizacje reprezentujące między innymi właściciele dużych sieci aptecznych, na przykład Konfederacja LEWIATAN czy Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET, wyrażały żłudną troskę, że działania, które „mogliby podjąć wspólnie dla dobra Pacjentów w ramach Karty Dużej Rodziny, w obecnym stanie prawnym zostaną uznane za działania niezgodne z przepisami prawa”. Po latach wspomniane organizacje lobbystyczne są bliskie osiągnięcia swojego upragnionego celu – zmiany art. 94a pod pretekstem „umożliwienia honorowania Karty Dużej Rodziny”.

Wykonujemy zawód zaufania publicznego i jako osoby zobowiązane do szczególnej dbałości o dobro pacjenta oświadczamy, że nie są potrzebne żadne zmiany w przepisach dotyczących zakazu reklamy aptek i ich działalności. Proponowana zmiana art. 94a w gruncie rzeczy ma na celu podważenie tego zakazu, którego wprowadzenie stanowi najważniejszą

podstawę i gwarancję prawidłowego funkcjonowania aptek jako placówek ochrony zdrowia publicznego. Art. 94a w brzmieniu zgodnym z propozycją wpływowych grup biznesu działających na rynku farmaceutycznym w praktyce usprawiedliwi szeroko zakrojone akcje promocyjno-reklamowe, prowadzone pod pretekstem „informowania o szlachetnej i charytatywnej działalności przedsiębiorców wspierających rodziny wielodzietne”. Nie można dać wiary zapewnieniom i różnym obietnicom wspomnianych przedsiębiorców, którzy pragną być postrzegani jako dobroczyńcy polskich rodzin, zwłaszcza że ich dotychczasowe działania gospodarcze charakteryzowały się bezwzględnością i brutalną ekspansją na rynku detalicznym leków. Niektórzy z nich inicjowali nieakceptowalne dla farmaceutów działania biznesowe, nastawione na maksymalizację zysku, zmierzające do tworzenia wielkich sieci aptek i niszczenia indywidualnych, niezależnych aptek prowadzonych przez aptekarzy. Działania reklamowe mają na celu dalsze wyciąganie apteki i zawodu farmaceuty z systemu ochrony zdrowia poprzez kreowanie popytu na leki, a co za tym idzie – maksymalizację zysku dużych podmiotów prowadzących apteki. Dowodem tego są liczne postępowania administracyjne prowadzone przez Wojewódzkich Inspektorów Farmaceutycznych w sprawie naruszania zakazu reklamy i nakładane na przedsiębiorców kary. Trudno się dopatrzeć w tych naruszeniach zakazu reklamy aptek działań propagacyjnych. Celem jest wyłącznie maksymalizacja zysku oraz zwiększanie popytu na leki i suplementy diety. Należy podkreślić, że proponowana nowelizacja promuje działania prowadzące do dalszej koncentracji na rynku aptek ogólnodostępnych, co jest sprzeczne z założeniami tzw. ustawy „apteka dla aptekarza”.

Należy także podkreślić, że ceny zbytu leków i wyrobów medycznych refundowanych ze środków publicznych, a więc uznanych przez państwo za ważne dla ratowania zdrowia i życia obywateli, podobnie jak marże na wszystkich poziomach obrotu tymi produktami są sztywne i są cenami urzędowymi. Apteki mają również obowiązek stosowania jednakowej odpłatności za leki refundowane, wynikającej z ustawy. Nie ulega zatem

wątpliwości, że nie ma żadnej możliwości obniżania cen leków refundowanych w ramach „honorowania Karty Dużej Rodziny”. Skala i sposoby wspierania rodzin wielodzietnych to przede wszystkim domena państwa prowadzącego odpowiednią politykę lekową i socjalną. Wyrazem takiej polityki społecznej jest na przykład państwowy program „Rodzina 500 plus” czy program bezpłatnych leków dla seniorów, wpisujący się w rzeczywiste oczekiwania i potrzeby pacjentów, a nie przedsiębiorców.

Próba łączenia zakazu reklamy aptek z rzekomą niemożliwością realizacji wnioskowanych przedsięwzięć przedsiębiorców w postaci obniżania cen leków dla rodzin wielodzietnych istotnie wypacza sens zagadnienia zakazu reklamowania świadczeń zdrowotnych i usług farmaceutycznych. Doświadczenia z okresu sprzed wprowadzenia zakazu reklamy aptek wskazują, że wszelkie akcje reklamowo-promocyjne nastawione były wyłącznie na osiągnięcie maksymalnego zysku przez podmioty je prowadzące lub podmioty uczestniczące w takich akcjach. W konsekwencji kreowano nadmierny popyt na usługi farmaceutyczne, w tym na wydawanie niektórych kategorii leków.

Jako farmaceuci odpowiedzialni za bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów uważamy, że nie istnieje żadna merytoryczna przesłanka do zmiany przepisów zakazujących reklamy aptek i świadczonych przez nie usług. Przepis jest jasny i gwarantuje właściwe funkcjonowanie aptek jako placówek ochrony zdrowia publicznego. Troska organizacji lobbystycznych i ich członków, reprezentujących wyłącznie duże sieci aptek, o polskie rodziny to iluzja, która ma przesłonić rzeczywisty cel proponowanej zmiany przepisów dotyczących zakazu reklamy aptek i prawdziwe intencje tych, którzy tę nowelizację inspirowali. Dlatego wnosimy o wycofanie szkodliwej dla polskich aptek i ich pacjentów propozycji zmiany art. 94a ustawy prawo farmaceutyczne pod pretekstem „umożliwienia honorowania Karty Dużej Rodziny”.

Projekt nowelizacji ustawy z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne przewiduje też zmiany mające na celu rozbudowanie i uzupełnienie instytucji wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych prowadzonej przez apteki lub punkty apteczne w zakresie zaopatrywania osób niepełnosprawnych. Ustawa z 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw dopuściła sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych wydawanych wyłącznie z przepisu lekarza, pod warunkiem, że zostały one przepisane na rzecz osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności. Niestety, przepisy nie przewidują systemu identyfikacji niepełnosprawności ani mechanizmów weryfikacji prawdziwości składanych przez pacjentów oświadczeń. W praktyce wystarczy samo oświadczenie pacjenta, który nie poniesie żadnej

kary za złożenie fałszywego oświadczenia. Naszym zdaniem, nie ma żadnych szans, by Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, mając ograniczone możliwości kadrowe i finansowe, była w stanie skutecznie kontrolować kurierów dostarczających pacjentom produkty lecznicze i wyroby medyczne sprzedawane wysyłkowo (należy się liczyć z wieloma tysiącami przesyłek miesięcznie w skali całego kraju). Uważamy, że przewidziane w ustawie mechanizmy są zdecydowanie niewystarczające dla zabezpieczenia prawidłowego obrotu produktami leczniczymi w obszarze sprzedaży wysyłkowej. Ponadto należy rozważyć, czy stworzenie nowego kanału dystrybucji leków w gruncie rzeczy nie umożliwi czerpania ogromnych zysków z nielegalnego wywozu produktów leczniczych za granicę. Wątpliwości mają sami projektodawcy tych przepisów, skoro w uzasadnieniu wspomnianego projektu nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne wskazują, iż „właściwa ocena skuteczności przyjętych rozwiązań, w szczególności w kontekście zwalczania zjawiska tzw. odwróconego łańcucha dystrybucji i nielegalnego wywozu produktów leczniczych, będzie możliwa dopiero po ich wejściu w życie”. Warto również wskazać, że w interesie osób niepełnosprawnych jest ułatwienie im kontaktu z farmaceutą mającym specjalistyczną wiedzę o lekach, ich stosowaniu, interakcjach i działaniu niepożądanym, czemu nie sprzyjają wspomniane wyżej przepisy.

Pod pretekstem wprowadzania rozwiązań prospołecznych nie mogą być proponowane zmiany kontrowersyjne, wątpliwe z punktu widzenia interesów państwa i osłabiające pozycję apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego.

dr n. farm. Tomasz BAJ – Wiceprezes Lubelskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, wieloletni członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Magdalena BAŚCIK – Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Beskidzkiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Bielsku-Białej, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Tomasz BARSZCZ – Prezes Lubelskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Magdalena CZERNIEWICZ – Wiceprezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

dr nauk o zdrowiu Lidia CZYŻ – były Krajowy Konsultant w dziedzinie Farmacji Apteicznej, wieloletni członek Naczelnej Rady Aptekarskiej, członek Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Alina GÓRECKA – Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

dr n. farm. Hanna JANKOWIAK-GRACZ – były Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Szpitalnej dla województwa wielkopolskiego, członek Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Jerzy JASIŃSKI – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa małopolskiego, wiceprezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie

dr n. farm. Marek JĘDRZEJCZAK – Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej w latach 2008-2016, wieloletni Prezes, a obecnie członek Okręgowej Rady Aptekarskiej Kieleckiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

mgr farm. Ryszard KIEDROWSKI – Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Lubuskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Zielonej Górze, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

dr n. farm. Kazimierz KOWALCZYK – Wiceprezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Beskidzkiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, Prezes ORA w Bielsku-Białej w latach 1996-2003 i 2008-2015, wieloletni członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

dr Grzegorz KUCHAREWICZ – Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej w latach 2008-2016, wieloletni Prezes, a obecnie Wiceprezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

mgr farm. Andrzej KUCIŃSKI – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa warmińsko-mazurskiego

mgr farm. Danuta KURASZ – Wiceprezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

dr n. farm. Arleta MATSCHAY – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa lubuskiego

mgr farm. Piotr PASIERBIAK – Wiceprezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Łodzi w latach 1991-2014, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej w latach 2004-2016

dr n. farm. Stefan PIECHOCKI – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa wielkopolskiego, członek Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

dr n. farm. Roman PLACKOWSKI – Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w latach 2003-2007, wieloletni członek Naczelnej Rady Aptekarskiej, a obecnie członek Wlkp. ORA

prof. dr hab. n. farm. Ewa POLESZAK – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa lubelskiego

dr Małgorzata PRUSAK – Przewodnicząca Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski

mgr farm. Krzysztof PRZYSTUPA – Wiceprezes Lubelskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, Skarbnik Naczelnej Rady Aptekarskiej w latach 2012-2016

mgr farm. Jarosław TUZIKIEWICZ – Prezes Kaliskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

prof. dr hab. Katarzyna WINNICKA – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa podlaskiego

mgr farm. Andrzej WRÓBEL – Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej w latach 2004-2008, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pomorsko-Kujawskiej OIA

dr n. farm. Monika ZIELIŃSKA-PISKLAK – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmacji Aptecznej dla województwa mazowieckiego

Członkowie okręgowych rad aptekarskich:

mgr farm. Dorota BARTOSIK

mgr farm. Jacek BIERNAT

dr n. farm. Alicja DORACZYŃSKA-SZOPA

mgr farm. Jolanta DWORNIK

mgr farm. Łukasz DZIWIŃSKI

mgr farm. Anna FIBIGER

mgr farm. Teresa FLOREK-NAZAR

mgr farm. Przemysław GŁÓWKA

mgr farm. Małgorzata GOLAŃSKA

mgr farm. Artur GROSSMAN

mgr farm. Dorota GRZEJDA-DASZKO

mgr farm. Hanna IGNYŚ-RUTKOWSKA

mgr farm. Artur IZDEBSKI

mgr farm. Jarosław JANUSIK

mgr farm. Alicja KOPCIEWICZ

mgr farm. Tomasz KOZACZYK

mgr farm. Grzegorz KWIATOSZ

mgr farm. Anna LEPKA

mgr farm. Marzanna MIERZWA

mgr farm. Maria MROCZKIEWICZ-WALCZYK

dr n. farm. Wojciech MUSIAŁ

mgr farm. Radosław NOWACZYK

mgr farm. Katarzyna PAWEŁCZYK

mgr farm. Maciej PAWEŁCZYK

mgr farm. Dariusz PAWLACZYK

mgr farm. Adam ROMAŃSKI

mgr farm. Artur ŚLIWIŃSKI

mgr farm. Łukasz WIELGOSZ

mgr farm. Anna WOLSKA

mgr farm. Łukasz ŻYTO

ZGADZA SIĘ.
DZIŚ WSZYSTKO
W PREZENIE, ALĘ
NA RECEPTĘ..!



APTEKARZ

to nie „sprzedawca leków”

„W dobrym kierunku idzie zalecenie, aby kierownik apteki szpitalnej obowiązkowo posiadał specjalizację, podobnie – pomimo oporów środowiska – również kierownik apteki ogólnodostępnej powinien posiadać specjalizację. Zapewnienie funduszy na finansowanie kursów specjalizacyjnych przez Ministerstwo Zdrowia ułatwiłoby i zachęciło do tego typu szkoleń” – mówi **prof. dr hab. WOJCIECH MILTYK**, przewodniczący Konwentu Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych Uczelni Medycznych, w rozmowie z „Farmacją Wielkopolską”.

Eugeniusz Jarosik, Stefan Piechocki „Farmacja Wielkopolska”: Nowoczesne i skuteczne leki oraz świetnie wykształcona kadra farmaceutyczna to niestety nie wszystko. Apteka jako placówka ochrony zdrowia publicznego, czyli officina sanitatis, nie może jawić się wyłącznie jako wysokospecjalistyczny sklep. Tymczasem interesy przedsiębiorców działających w branży farmaceutycznej nie zawsze pozostają w zgodzie z istotą i misją zawodu farmaceuty oraz obowiązującymi go zasadami etycznymi. Ostatnio znaczną część środowiska aptekarskiego niepokoją niektóre propozycje zmian w ustawie z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne, obejmujące między innymi przepis zakazujący reklamy aptek i ich działalności (art. 94a ust. 1). Pod pretekstem umożliwienia aptekom informowania o „honorowaniu Karty Dużej Rodziny”, o co od dawna zabiegały organizacje reprezentujące biznes, mają zostać zmienione normy zabraniające aptekom prowadzenia działań promocyjno-reklamowych.

Wojciech Miltik: Przepis zakazujący reklamy aptek i ich działalności, mimo że jest często naruszany,

okazał się dość skutecznym narzędziem w walce o zmianę wizerunku apteki w naszym kraju. W dotychczasowym brzmieniu norma jest jasna i nie wymaga doprecyzowania – zakazana jest jakkolwiek reklama aptek. Jest to gwarancja właściwego funkcjonowania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego, chroniąca pacjenta przed instrumentalnym wykorzystywaniem go w niekiedy brutalnej grze ekonomicznej pomiędzy podmiotami działającymi na rynku farmaceutycznym. Przepis zapobiega też nadmiernemu spożyciu leków i jest zgodny z zapisem Kodeksu Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej: „Aptekarz nie reklamuje siebie oraz swoich usług. Nie uczestniczy w reklamie usług farmaceutycznych, jak i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami”. Aptekarz to nie „sprzedawca leków”, jak chcą go postrzegać ci, dla których najważniejsza jest maksymalizacja zysków i zdobycie dominującej pozycji na rynku. Farmaceuta wykonuje zawód zaufania publicznego,

EUROREGIONALNE CENTRUM FARMACJI



nie może więc stać się elementem planu marketingowego przedsiębiorcy prowadzącego aptekę, odpowiedzialnym za wzrost sprzedaży produktów leczniczych.

Kontrowersje budzą też przepisy wprowadzające sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych wydawanych wyłącznie z przepisu lekarza, pod warunkiem, że zostały one przepisane na rzecz osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności. W praktyce przepisy te, zdaniem sygnatariuszy listu otwartego do prezesa Rady Ministrów izolują niepełnosprawnych od farmaceutów wykonujących zawód w aptece, a ponadto istnieje niebezpieczeństwo, że ułatwią wywóz deficytowych leków za granicę.

Tego rodzaju regulacje, w założeniu prospołeczne, powinny być przygotowywane szczególnie starannie i ze świadomością możliwych konsekwencji, także sprzecznych z intencjami ustawodawcy. Chodzi

wszak o bezpieczeństwo pacjenta i prawidłowy obrót lekami. Tymczasem projektowane przepisy nie przewidują na przykład systemu identyfikacji niepełnosprawności ani mechanizmów weryfikacji prawdziwości składanych przez pacjentów oświadczeń. Pacjent nie poniesie żadnej kary za złożenie fałszywego oświadczenia. Zasadne jest także pytanie, czy Inspekcja Farmaceutyczna, mając ograniczone możliwości kadrowe i finansowe, będzie w stanie skutecznie kontrolować warunki dostarczania pacjentom produktów leczniczych i wyrobów medycznych sprzedawanych wysyłkowo. Należy zdecydowanie podkreślić, że bezpośredni kontakt z farmaceutą to gwarancja właściwego rozwiązania różnych problemów lekowych. Powinno się edukować pacjentów, informując ich o korzyściach, jakie wynikają z rozmowy z aptekarzem na temat stosowania leków, możliwych interakcji z innymi

lekami, działań niepożądanych, a w efekcie zwiększenia skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii.

Edukacja pacjenta jest niezbędna, zwłaszcza w obliczu zalewu telewizyjnych reklam suplementów diety, wzrastającej sprzedaży internetowej produktów leczniczych, nadużywania i uzależnienia od niektórych preparatów OTC, leków przeciwbólowych, uspokajających i nasennych. Jak postrzega Pan rolę edukacyjną farmaceuty w naszym społeczeństwie?

Nadużywaniu leków sprzyja między innymi duża łatwość zakupu tych produktów leczniczych w placówkach obrotu pozaaptecznego i nasilony przekaz reklamowy w mediach elektronicznych. Leki zawierające tę samą substancję czynną reklamowane i sprzedawane są pod różnymi nazwami handlowymi, z czego pacjenci często nie zdają sobie sprawy. Pacjenci mają coraz większą możliwość samoleczenia, jednakże ich wiedza na temat leków, nabywana przez Internet czy z prasy, nie zawsze jest wystarczająca do bezpiecznego ich stosowania. Należy zwrócić uwagę, że jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji polekowych są te spowodowane przedawkowaniem popularnych leków przeciwbólowych. Ponadto rzeczywiście coraz większym problemem społecznym jest możliwość uzależnienia od niektórych preparatów OTC, z czego pacjenci nie zawsze zdają sobie sprawę. Skuteczność farmakoterapii nie zawsze jest zadowalająca, mimo dostępu do świetnych lekarzy i skutecznych leków. Jako przyczynę takiego stanu wskazuje się nieumiejętne stosowanie leków przez pacjentów. To tylko kilka problemów, które wskazują na ogromną rolę farmaceutów w zakresie edukacji społeczeństwa.

Pełne wykorzystanie wiedzy i umiejętności farmaceuty będzie możliwe dopiero wówczas, gdy wprowadzone zostaną regulacje dotyczące wykonywania opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego. Wymaga to między innymi dokonania wielu zmian w obowiązującym prawie. Od wielu lat samorząd aptekarski, współdziałając z wydziałami farmaceutycznymi uczelni medycznych, pracuje nad modelem tej opieki i opracowuje szczegółowe standardy postępowania w odniesieniu do konkretnych chorób lub innych problemów zdrowotnych. Czy polscy farmaceuci są przygotowani do sprawowania opieki farmaceutycznej?

Absolwenci studiów farmaceutycznych w naszym kraju są dobrze przygotowani do wykonywania

zawodu. Nasi farmaceuci doskonale radzą sobie także za granicą. Co roku z Polski wyjeżdża do pracy w innych krajach, przede wszystkim unijnych, ponad stu farmaceutów. Ich kompetencje zawodowe są wysokie i obejmują również przygotowanie do sprawowania opieki farmaceutycznej. Niemniej jednak wprowadzenie opieki farmaceutycznej do świadomości pacjentów, farmaceutów i lekarzy to złożony proces. Rozwój i upowszechnianie idei opieki farmaceutycznej wymaga stałej wymiany doświadczeń i dialogu obu środowisk: lekarskiego i farmaceutycznego. Ten model współpracy należy też propagować wśród studentów wydziałów lekarskich i farmaceutycznych. Konieczne są również zmiany w otoczeniu prawnym, zmierzające do powstania jasno i kompleksowo unormowanego systemu opieki farmaceutycznej, refundowanej ze środków publicznych, rozumianego jako całokształt rozwiązań prawnych, w tym instytucjonalnych i proceduralnych, które tworzone będą, by zapewnić pacjentom prawidłowy przebieg farmakoterapii. Celem nadrzędnym jest uzyskanie określonych efektów poprawiających jakość życia chorego. Tak rozumiany system opieki farmaceutycznej zdecydowanie wzmocni pozycję farmaceuty w systemie ochrony zdrowia.

W świadomości wielu osób utarło się stwierdzenie, że kształcenie przyszłych farmaceutów na wydziałach prowadzi wyłącznie do zapewnienia wyspecjalizowanej kadry dla aptek. Czy tak jest rzeczywiście?

Przyjął się taki pogląd, w zasadzie za przyczyną pierwotnego kształcenia na kierunku farmacja apteczna. Należy jednak zauważyć, że farmacja jako interdyscyplinarny kierunek studiów, pozwala na podjęcie różnorodnej, interesującej pracy. Rzeczywiście absolwenci farmacji znajdują zatrudnienie głównie w aptekach, ale także w laboratoriach badawczych i kontrolnych firm farmaceutycznych, prowadzą badania naukowe, zajmują się badaniami klinicznymi. Wielu farmaceutów pracuje również w administracji państwowej – Narodowym Funduszu Zdrowia czy Inspekcji Farmaceutycznej.

Kształcenie farmaceutów nie kończy się wraz z otrzymaniem dyplomu. Prawo nakazuje z jednej strony stałe doskonalenie w postaci tzw. szkolenia ciągłego, z drugiej strony

umożliwia samodzielne, ale i nieobowiązkowe zdobywanie wiedzy jako specjalizacji z danej dziedziny.

Ciągły postęp wiedzy medyczno-farmaceutycznej oraz odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta stwarza konieczność doskonalenia własnej wiedzy przez wszystkie zawody medyczne. Wpisują się tu doskonale także farmaceuci. Celem szkolenia ciągłego jest podnoszenie kwalifikacji w celu zapewnienia pacjentowi kompleksowej opieki w zakresie przyjmowanych środków leczniczych i suplementów diety. Specjalizacje w zakresie farmacji, pomimo ich nieobowiązkowości, uważam również za ważne źródło podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Specjalizacje niewątpliwie zwiększają wiedzę z danej dziedziny, jak również prestiż zawodowy. Niewątpliwie w dobrym kierunku idzie zalecenie, aby kierownik apteki szpitalnej obowiązkowo posiadał specjalizację, podobnie – pomimo oporów środowiska – również kierownik apteki ogólnodostępnej powinien posiadać specjalizację. Zapewnienie funduszy na finansowanie kursów specjalizacyjnych przez Ministerstwo Zdrowia ułatwiłoby i zachęciło do tego typu szkoleń.

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych przyjęła stanowisko z 11 kwietnia 2017 roku, w którym poparła zaprzestanie od roku szkolnego 2017/2018 kształcenia w zawodzie technik farmaceutyczny. Jednak Ministerstwo Zdrowia ugięło się pod żądaniami lobbystów i zamierza przywrócić ten kierunek.

Należy podkreślić, że jedynie magister farmacji zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne jest uprawniony do wykonywania wszystkich czynności fachowych w aptece, między innymi opieki farmaceutycznej czy dyspensowania środków odurzających i psychotropowych. Kształcenie w zawodzie technik farmaceutyczny obarczone jest wieloma wadami. Jednym z problemów jest brak porównywalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu w aptece zgodnie z Dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 07.09.2005 r. w sprawie

uznania kwalifikacji zawodowych, co z kolei nie daje gwarancji jakości świadczonych usług farmaceutycznych i bezpośrednio przekłada się na zmniejszenie bezpieczeństwa pacjentów, dla których te usługi są świadczone. Kolejnym problemem jest niski poziom kształcenia w wielu szkołach – w trybie zaocznym, weekendowym, w warunkach źle wyposażonych pracowni oraz nieprzygotowanej do prowadzenia edukacji w tym zawodzie kadry. Osoby przyjmowane



DYSKUSJA NA TEMAT POWROTU DO KSZTAŁCENIA ZAWODU POMOCNICZEGO W APTECE POWINNA ROZPOCZĄĆ SIĘ ZA KILKA LAT, PO WEJŚCIU W ŻYCIE USTAWY O ZAWODZIE FARMACEUTY, KIEDY BĘDZIE WIADOMO, JAKIE SĄ RZECZYWISTE POTRZEBY W TYM ZAKRESIE

do tych szkół nie muszą posiadać matury. Inny problem to rosnące bezrobocie wśród techników farmaceutycznych – techników kształci się w ponad 200 szkołach. Obecnie trwają prace nad ustawą o zawodzie farmaceuty. Dyskusja na temat powrotu do kształcenia zawodu pomocniczego w aptece powinna rozpocząć się za kilka lat, po wejściu ustawy w życie, kiedy będzie wiadomo, jakie są rzeczywiste potrzeby w tym zakresie. Wydaje się celowe, aby Ministerstwo Zdrowia rozważyło powołanie zespołu, który opracowałby kompetencje i zakres szkolenia nowej grupy pomocniczej w aptekach w oparciu o rzeczywiste potrzeby rynkowe a nie w oparciu o gry polityczne.

Dziękujemy za rozmowę

**Rozmawiali EUGENIUSZ JAROSIK i STEFAN PIECHOCKI
„Farmacja Wielkopolska”**

Zdjęcia: „Medyk Białostocki”

NOWA WARTOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

Opieka farmaceutyczna: czy, kiedy, dla kogo i jak?

Sprawowanie opieki farmaceutycznej jest jednym z elementów ochrony zdrowia publicznego. Farmaceuta czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów, poprawiających jakość życia pacjenta.

Kompetencja świadczenia opieki farmaceutycznej została wpisana w ustawę o izbach aptekarskich jako jedna z form wykonywania zawodu farmaceuty. Jest to usługa farmaceutyczna polegająca na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta współpracuje z pacjentem, lekarzem, a w razie potrzeby – z przedstawicielami innych zawodów medycznych.

Pomysł świadczenia opieki farmaceutycznej powstał wiele lat temu w USA jako narzędzie optymalizacji kosztów farmakoterapii, obniżenia kosztów leczenia niepożądanych,

co także obniżenia kosztów leczenia skutków błędów lekowych, które dotyczą pacjenta. Wszystkie te elementy są przyczyną niebagatelnych kosztów dla narodowych systemów ochrony zdrowia. Opieka farmaceutyczna została już wprowadzona w wielu państwach europejskich (m.in. w Niemczech i Anglii). Żaden z krajów, który wprowadził opiekę farmaceutyczną, nie wycofał się z tego projektu.

Układ partnerski

Funkcjonowanie opieki farmaceutycznej jako rodzaju świadczenia zdrowotnego dotyczy nie tylko relacji pacjent – farmaceuta.

Zmienia także relacje i sposób współpracy lekarza z farmaceutą i farmaceuty z pacjentem. Odchodzi w przeszłość układ paternalistyczny: lekarz – pacjent – farmaceuta na rzecz układu partnerskiego. Opieka farmaceutyczna burzy obecny porządek komunikacji jednokierunkowej, polegający na tym, że lekarz wydaje zlecenie wydania leku farmaceutyce, a pacjentowi zalecenia jego stosowania bez informacji zwrotnej, czy pacjent je zrozumiał i faktycznie stosuje się do nich. Wdrożenie opieki farmaceutycznej tworzy nową jakość tej relacji, gdzie trzy osoby są partnerami i realizują wspólny



Igor Morski

cel, jakim jest zdrowie chorego i bezpieczeństwo farmakoterapii, a pisemny raport farmaceuty jest informacją zwrotną dla lekarza i materiałem edukacyjnym dla pacjenta, wspierającym bezpieczną farmakoterapię. Partnerzy słuchają się nawzajem i rozumieją, budują szczególnie rodzaj relacji pomiędzy sobą.

Czy do tak radykalnej zmiany we wzajemnych relacjach lekarz – pacjent – farmaceuta wystarczą wyłącznie zmiany ustawowe, czy jednak trzeba czasu na zmianę przyzwyczajeń i świadomości. Sądzę, że istnieje potrzeba wykreowania zapotrzebowania na usługę, jaką jest opieka farmaceutyczna, zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy. Jedni i drudzy najczęściej nie wiedzą nic o takiej usłudze i w związku z tym

Pomysł świadczenia opieki farmaceutycznej powstał wiele lat temu w USA jako narzędzie optymalizacji kosztów farmakoterapii

nie czują potrzeby skorzystania z niej. Pacjenci najczęściej się nie przyznają lekarzowi do problemów ze stosowaniem leków, a lekarz w ogóle nie jest świadomy, że jakkolwiek problem lekowy istnieje.

Czy znamy odpowiedź na pytanie, jaka jest świadomość społeczna w zakresie bezpiecznego stosowania leków. Co ją kreuje? Dostęp do rzetelnej i zrozumiałej dla obywatela informacji czy jednak zalew spotów reklamowych specyfików, które pomogą i wyleczą wszystko, nawet to, co nam nie dolega? Reklamodawcy sprytnie uciekają od odpowiedzialności za polecane specyfiki, zalecając dla bezpieczeństwa kontakt z lekarzem lub farmaceutą, ale wybierając często pozaapteczny kanał ich dystrybucji.

Przegląd lekowy

Podstawowym elementem opieki farmaceutycznej jest tzw. przegląd lekowy. Jest on szczególnie istotny u osób, które leczą się jednocześnie u dwóch lub więcej

prowadzona w ramach tzw. samoleczenia lekami dostępnymi bez recepty. Wiele z nich zawiera substancje bardzo istotnie wpływające na działanie innych leków (na przykład kwas acetylo-

schorzeniami przewlekłymi, które wymuszają na przykład stosowanie przewlekle dostępów do przewodu pokarmowego (złębniaki dojeli-towe, gastrostomie przezskórne, jejunostomie), permanentnych dostępów żylnych (pacjenci Home Parenteral Nutricion) przy jednoczesnym stosowaniu leków doustnych. Należy pamiętać także o niemałej grupie chorych ze stomią, w programie hemodializ i dializ otrzewnowych. To grupy chorych we wszystkich grupach wiekowych, od neonatologii do geriatricii i opieki hospicyjnej, którzy na co dzień funkcjonują poza szpitalem, choć są pod jego opieką. Korzystają z opieki lekarskiej również poza szpitalem (kardiolog, diabetolog, ortopeda, neurolog, angiolog itd.) i każdy z tych lekarzy może zlecać leki. Trudno nie zauważyć, że bez względu na wiek, ale ze względu na inne uwarunkowania prowadzenie bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii wymaga w tym wypadku bardzo specjalistycznej opieki farmaceutycznej.

W systemie ochrony zdrowia od kilku lat pojawiała się coraz liczniejsza grupa pacjentów programów terapeutycznych. Programy terapeutyczne są realizowane przez szpitale z udziałem aptek szpitalnych. Pacjenci chorujący na przewlekle choroby (na przykład onkologiczne, choroby o podłożu immunologicznym z autoagresji) w tej formie mają dostęp do nowoczesnych leków, które odbierają w aptekach szpitalnych. Trzeba mieć świadomość, że lekarz prowadzący pacjenta w takim programie najczęściej nie jest jedynym lekarzem leczącym

specjalistów. Korzystanie z porad więcej niż jednego specjalisty jest bardzo częste, zwłaszcza w grupie wiekowej 65+. Nie jest wykluczone, że dwaj specjaliści zleczą te same leki pod różnymi nazwami handlowymi, leki wchodzące w niebezpieczne interakcje lub też zlecone leki są w postaciach i dawkach niedostosowanych do stanu pacjenta. Dodatkowym efektem niekorzystnym może być farmakoterapia pacjenta

salicylowy) lub przeciwwskazanych w wybranych jednostkach chorobowych.

Opieka farmaceutyczna ma też znaczenie dla osób hospitalizowanych, którym podaje się wiele leków po kilku konsultacjach lub w trakcie intensywnego nadzoru medycznego. Szczególne zapotrzebowanie na objęcie opieką farmaceutyczną widzę wśród pacjentów niespełniających kryterium wiekowego, ale z poważnymi



www.fotolia.pl

pacjenta, a leki przyjmowane w programie mają najczęściej bardzo krótką historię. Stąd też pacjenci wymagają pilnej obserwacji w zakresie potencjalnych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem tych leków oraz łączenia ich z innymi.

Edukacja pacjenta

Innym elementem opieki farmaceutycznej jest edukacja pacjenta w zakresie posługiwania się zaleconymi postaciami leków (na przykład użycie inhalatorów, czopków, systemów transdermalnych).

Ważną kwestią jest sprawdzenie, czy wszystkie zalecenia lekarskie dotyczące sposobu przyjmowania leków są zrozumiałe dla pacjenta lub jego opiekuna. Pacjent musi rozumieć wszystkie instrukcje, które są w ulotce, a dotyczą na przykład przechowywania leku. Powinien zostać poinstruowany, jak ma się zachować w wypadku pojawienia się działań niepożądanych, co jest szczególnie ważne dla osób uczestniczących w programach terapeutycznych doustnymi postaciami leków cytotoksycznych. Znane są farmaceutom przypadki odstawienia leków cytotoksycznych w razie pojawienia się działań niepożądanych, które jakkolwiek uciążliwe i budzące lęk, nie stanowiły przeciwwskazania do kontynuacji terapii przeciwnowotworowej.

Czas poświęcony przez farmaceutę na świadczenie opieki farmaceutycznej pozwoli na pełne sprawdzenie prawidłowości zleconych dawek w kontekście

uwarunkowań zdrowotnych pacjenta, na przykład jego wydolności nerek, wątroby, poziomu albumin, trwałego uszkodzenia przewodu pokarmowego. Pozwoli to na wypracowanie we współpracy z lekarzem optymalnego dla pacjenta modelu farmakoterapii. Innymi czynnikami mającymi wpływ na efekty farmakoterapii mogą być styl życia pacjenta (praca w porze nocnej, palenie tytoniu), wiek, nadwaga, niedożywienie. Opieka farmaceutyczna jest zatem procesem, w którym zbieramy

Włączenie opieki
farmaceutycznej
jako świadczenia
zdrowotnego w system
ochrony zdrowia
publicznego powinno
zaowocować nową
jakością farmakoterapii
pacjentów
hospitalizowanych
i ambulatoryjnych

wywiad lekowy i inne dane ważne dla prowadzenia bezpiecznej farmakoterapii, niezbędne do przygotowania raportu dla lekarza i osobnego dla pacjenta.

My, farmaceuci, musimy sobie obecnie odpowiedzieć na zasadnicze pytanie: czy jesteśmy przygotowani

do świadczenia tej usługi w pełnym zakresie? Czy przygotowały nas do tego studia lub kształcenie podyplomowe zakończone uzyskaniem tytułu specjalisty? Czy może wystarczy określona ilość lat przepracowana w zawodzie? Nie ma jednego poglądu w tej sprawie w środowisku farmaceutów i zapewne czeka nas niejedna dyskusja na ten temat.

Zmiany w otoczeniu prawnym

Aby można było wykonywać opiekę farmaceutyczną jako świadczenie zdrowotne, konieczne jest wprowadzenie wielu zmian w prawie. Regulacji wymaga między innymi przekazywanie danych o stanie zdrowia pacjenta niezbędnych do świadczenia opieki farmaceutycznej. Korekty będzie wymagała między innymi ustawa o zawodzie lekarza. Niezbędne będzie wypracowanie skutecznych i bezpiecznych przepływów informacji pomiędzy lekarzem i farmaceutą z poszanowaniem coraz bardziej rygorystycznych przepisach ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Bezpieczne sprawowanie opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego będzie wymagało zmian w następujących aktach prawnych:

- ustawie Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2008.45.271);
- ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DZ.U.2009.52.417);
- ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (Dz.u.2008.164.1027);

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (DZ.U.2013.1520).

Konieczne jest też uchwalenie ustawy o zawodzie farmaceuty, której projekt jest przygotowywany.

W trakcie realizacji opieki farmaceutycznej nie może dochodzić do naruszania kompetencji innych zawodów medycznych (diagnostyka, zalecenia terapeutyczne). Farmaceuta nie jest diagnostą i diagnostyka nie leży w kompetencjach jego zawodu. O niezrozumieniu idei opieki farmaceutycznej świadczą zatem wypowiedzi pojawiające się w prasie, że opieka farmaceutyczna ma odciążać lekarzy pierwszego kontaktu, tak jakby miała w jakimkolwiek zakresie wchodzić w kompetencje lekarskie. Powinna być niewątpliwie cennym wsparciem dla lekarza rodzinnego.

Niezbędna jest dobra komunikacja



mgr farm.

ALINA GÓRCKA

Prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

skontaktowania się z lekarzem w celu skorygowania planu farmakoterapii. Aby taka usługa mogła być świadczona w sposób satysfakcjonujący wszystkie strony procesu, niezbędna jest dobra komunikacja oparta

Ze względu na uwarunkowania prawne wdrożenie opieki farmaceutycznej nie będzie procesem łatwym. Dodatkowo będzie wymagało zmian mentalnych osób wykonujących zawody lekarza i farmaceuty, a także inne zawody medyczne

na wzajemnym zaufaniu i dochowaniu tajemnicy zawodowej pod rygorem odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej.

Mamy świadomość, że termin opieka farmaceutyczna jest dziś nadużywany w przestrzeni medialnej i często określa się nim usługi, które bez wątpienia opieką farmaceutyczną nie są. Nie jest nią zwykła rozmowa aptekarza z pacjentem, zwłaszcza zakończona zakupem leku. Jest to tzw. doradztwo farmaceutyczne. Nie jest opieką farmaceutyczną pomiar ciśnienia krwi, wagi czy

miar glukozy we krwi, chyba że są one elementem udokumentowanej opieki farmaceutycznej i wykonane na jej potrzeby.

Środowisko farmaceutów widzi realne zagrożenie wykonywania pojęcia opieki farmaceutycznej w celach marketingowych przez podmioty prowadzące apteki (na przykład programy lojalnościowe, systemy rabatowania – praktyki zabronione przez prawo). Dlatego postulujemy, aby kompetencja świadczenia opieki farmaceutycznej była przypisana do zawodu farmaceuty, a nie do podmiotu gospodarczego prowadzącego aptekę. Farmaceuta będzie musiał zabezpieczyć w pełni wszystkie informacje o pacjencie, aby nie były one wykorzystane w celach marketingowych ani żadnych innych.

Ze względu na uwarunkowania prawne wdrożenie opieki farmaceutycznej nie będzie procesem łatwym. Dodatkowo będzie wymagało zmian mentalnych osób wykonujących zawody lekarza

i farmaceuty, a także inne zawody medyczne. Potrzebujemy czasu na zmianę modelu współpracy pomiędzy zawodami medycznymi. Niezbędne jest uznanie, że bezpieczna i skuteczna farmakoterapia jest pracą zespołową, u której podstawy leżą wysokie kompetencje każdego z zawodów oraz wzajemne zaufanie i wola współpracy. Celem tej pracy jest zdrowie pacjenta. Takiej zmiany wzajemnych relacji jednak nie dokona żadna ustawa.

Wiele pracy będziemy musieli wykonać my, farmaceuci, aby sami

pacjenci poznali wartość opieki farmaceutycznej i zaakceptowali ją jako świadczenie zdrowotne korzystne dla swego zdrowia oraz aktywnie włączyli się w proces farmakoterapii. Jeżeli nie przekonamy pacjentów do tego świadczenia, to może ono zostać pustym zapisem ustawowym.

Nowa jakość farmakoterapii

Włączenie opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego w system ochrony zdrowia publicznego powinno zaowocować nową jakością farmakoterapii pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, a co za tym idzie być źródłem wspólnej satysfakcji lekarzy, farmaceutów i pacjentów jako beneficjentów tego świadczenia.

Pytanie, na które dzisiaj chyba nikt nie umie odpowiedzieć: ile czasu potrzebują zarządzający systemem opieki zdrowotnej na dokonanie zmian umożliwiających prowadzenie opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego? Ile czasu potrzebujemy my, farmaceuci, na dokonanie zmian w modelu współpracy z lekarzem i pracy z pacjentem? Czy tempo tej zmiany jakościowej w podejściu do farmakoterapii wymusi permanentny niedostatek środków finansowych na refundację leków przy szybko starzejącym się społeczeństwie, czy może wzrost świadomości obywateli w zakresie stosowania leków? Ministerstwo Zdrowia przygotowuje się do wdrożenia pilotażu takiego świadczenia zdrowotnego. Czekamy zatem na wnioski z pilotażu i decyzje. 🌱



Zagrożona płynność finansowa

Nie zgadzam się z proponowanym przez Starostwo Powiatowe w Poznaniu planem dyżurów aptek w gminie Dopiewo. Na terenie tej gminy nie funkcjonuje szpital, przyjmujący pacjentów w godzinach nocnych, a także w niedziele i święta. Mieszkańcy gminy mogą korzystać jedynie z placówki pomocy doraźnej w Dopiewie przy ulicy Łąkowej 2, który bezpośrednio sąsiaduje z apteką świadczącą usługi całodobowe. Pacjenci z gminy Dopiewo mogą również w razie potrzeby korzystać ze szpitala w Puszczykowie oraz jednostek pomocy doraźnej w Poznaniu, Luboniu czy Komornikach. Ponadto uważam, że proponowane dyżury aptek w Dąbrówce nie mają ekonomicznego uzasadnienia, chociażby ze względu na bliskość Poznania czy Lubonia. Dyżury aptek zgodnie z proponowanym harmonogramem wymagają poniesienia ogromnych kosztów (na przykład wynagrodzenie według stawek nocnych dla fachowego personelu), obciążających poszczególne apteki. Uważam, że propozycja Starostwa Powiatowego w Poznaniu wprost zagraża płynności finansowej aptek na terenie gminy Dopiewo.

dr n. farm. BARTOSZ URBANIAK
właściciel apteki



Środowisko jest podzielone i niezorganizowane

Minął kolejny rok i sprawa dyżurów wraca jak bumerang. Apteki ciągle nie otrzymują zapłaty za pełnienie dyżuru, a organy państwa nie stosują art. 32 Konstytucji RP w stosunku do aptekarzy! Budzi to ogromny sprzeciw środowiska, które niestety jest podzielone i niezorganizowane. Na to nakłada się arogancja i nieudolność władzy, która ze względów politycznych wykorzystuje taki oto przekaz: zapewniamy dyżury aptek i stwarzamy ułatwienia dla obywateli, ale kosztami dyżurowania obarczamy aptekarzy. Oni i tak w tej sprawie nic nie powiedzą. Są podzieleni i niezorganizowani.

Władza ma pełne poparcie ludzi zupełnie niezających rynku aptekarskiego i kosztów ponoszonych przez nasze małe przedsiębiorstwa, aby sprostać wielu wymaganiom narzucanym na apteki ze wszystkich stron, przy czym nie zabezpiecza się środków finansowych na realizację tych dodatkowych wymagań. Stąd prawdopodobnie poparcie sieci, bo one mają zabezpieczenie z innych źródeł.

W uzasadnieniu projektu uchwały Starostwo Powiatowe napisało, że 19 aptek na 30 nie odpowiedziało na pismo o podanie godzin pracy. Co na to aptekarze? Czy wykonają tę uchwałę Rady Powiatu Szamotulskiego, czy nie? To już członków Rady nie obchodzi.

mgr farm. TOMASZ KOZACZYK

OPIEKA FARMACEUTYCZNA POTRZEBNA OD ZARAZ

Człowiek chory bez względu na wiek wymaga wsparcia ze strony fachowca znającego się na lekach, a nie tylko znającego leki

O pieka farmaceutyczna dalej koczuje w sali wykładowej i nie ma silnych, żeby ją stamtąd delegować do aptek ogólnodostępnych i szpitalnych. Debaty, a nawet spory o jej kształt odbywają się często bez udziału przedstawicieli środowisk najbardziej zainteresowanych jej wdrożeniem w Polsce, do których zaliczam organizacje reprezentujące pacjentów, farmaceutów praktyków, jak również kierowników uczelnianych zakładów opieki farmaceutycznej i naukowców – autorów publikacji dotyczących polskiego systemu zdrowotnego. Przykładem jest czerwcową konferencja w Centrum Prasowym PAP w Warszawie, gdzie odbyła się prezentacja raportu opracowanego przez firmę Deloitte i USP Zdrowie „Jak wprowadzić w Polsce opiekę farmaceutyczną” – bez udziału wyżej wymienionych osób.

„Warunkiem sine qua non reformy wprowadzającej ogólnopolską opiekę farmaceutyczną jest istnienie systemu informatycznego łączącego lekarzy i farmaceutów. Bez tego udział aptekarzy w procesie leczenia będzie niemożliwy” – to konkluzja podsumowująca konferencję, która rozczarowuje, demotywuje i jest kłopotliwa. Po pierwsze: informatyzacja w ochronie zdrowia ma długoletnią historię, a wymiernych efektów brakuje. Po drugie: relacja lekarz – farmaceuta wymaga empirycznego wypracowania zasad, mentalnego przygotowania obu pracowników medycznych. Będzie to zapewne

proces długotrwały, a przecież opieka farmaceutyczna potrzebna jest od zaraz. Człowiek chory bez względu na wiek wymaga wsparcia ze strony fachowca znającego się na lekach, a nie tylko znającego leki. Lekarz jest profesjonalistą decydującym o rodzaju terapii, a przede wszystkim stawiającym diagnozę, co dla osoby chorej jest priorytetowe. Drugi fachowiec, znający losy leku w ustroju, jego farmakodynamikę i ewentualne interakcje, jest w stanie zagwarantować pacjentowi właściwy przebieg farmakoterapii. Tą osobą jest farmaceuta, który musi się stać partnerem lekarza. Ten tandem zagwarantuje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, a Narodowemu Funduszowi Zdrowia wymierne korzyści ekonomiczne.

Wszystko w kwestii opieki farmaceutycznej wydaje się jasne, oczywiste i wsparte praktyką naszych zachodnich sąsiadów, gdzie ta usługa farmaceutyczna funkcjonuje od lat. O co w takim razie chodzi?

Obserwuję system polskiej ochrony zdrowia z zaangażowaniem od trzydziestu pięciu lat i muszę się podzielić ze swoim środowiskiem niepoprawnie polityczną prawdą (istnieje też poprawna politycznie prawda i to samo odnosi się do kłamstwa; taka terminologia została ukuta przez niektórych polityków). W grupie decydentów zawiadujących wszystkim, co nazywamy ochroną zdrowia (od szczybla Ministerstwa Zdrowia do jednostek zarządzających podstawową opieką zdrowotną), dominują lekarze, wśród



www.fotolia.pl

których panuje dziwna awersja do wykonujących zawód farmaceuty. Ten stan trwa od dziesięcioleci, sięgając czasów tzw. komuny, gdzie wszelka inicjatywa prywatna nie była mile widziana, a farmaceuta sprowadzany był do roli sprzedawcy. Wielopokoleniowe rodziny farmaceutyczne były niszczone, wypędzane z własnych domostw, w których mieściły się apteki, co sprawiło, że dzieci pochodzące z tych rodzin przestali budować farmaceutyczną tradycję swoich przodków.

Dzisiaj dla decydentów wydaje się nie mieć znaczenia fakt, że opieka farmaceutyczna od dawna funkcjonuje w USA i większości państw Unii Europejskiej z korzyścią dla pacjentów i budżetów tych krajów. W Ministerstwie Zdrowia tworzy się kolejne komisje ds. wdrażania opieki farmaceutycznej, kolejni podsekretarze stanu odpowiedzialni za gospodarkę produktami leczniczymi (od lat są to lekarze) klepią po plecach prezesów i innych przedstawicieli Naczelnej Izby Aptekarskiej. Mówią, że opieka farmaceutyczna jak najbardziej jest potrzebna, przyniesie oszczędności, poprawi efektywność i bezpieczeństwo farmakoterapii, no i w końcu społeczeństwo skorzysta ze specjalistycznej wiedzy farmaceutów. Kolejna niepoprawna politycznie prawda, to jest właśnie uprawianie polityki: obiecać – zachęcać – poprzeć w mediach – powołać kolejną komisję. Byle do końca kadencji, ale bez podejmowania decyzji i wdrożenia.

Awersja lekarzy w zakresie współpracy z farmaceutą ociera się czasami o arogancję. Może wynika to z podświadomego, nieuzasadnionego poczucia zagrożenia („wchodzenie w kompetencje

lekarские”)? Przykłady można by mnożyć. Moja koleżanka, kierownik apteki, uznała problem źle wystawionej recepty przez lekarza za poważny i sama postanowiła z nim porozmawiać. Recepta na trzy opakowania antybiotyku bez podanego dawkowania z niewyraźną dawką samego leku. Lekarz stwierdził, że celowo tak właśnie wypisał receptę, niczego nie będzie poprawiał, a skoro były jakieś wątpliwości, to nie trzeba było jej realizować. Koniec. Farmaceuci powiedzą: „ależ to nic nowego, przecież to standard”. Właśnie... przyjęty „standard postępowania”. Godzimy się na taki stan rzeczy, bo przepisy ograniczają nasze możliwości samodzielnej naprawy takich sytuacji. Wiem, najmniejsze opakowanie w najmniejszej dawce, ale na przykład w ostrym zapaleniu prostaty „najmniejsze w najmniejszej” ociera się o nieszanowanie świętej zasady *primum non nocere*.

Jest ich co prawda niewiele, ale są przykłady dobrych kontaktów zawodowych lekarzy z farmaceutami, które ułatwiają pracę jednym i drugim. Kiedy pełniłem dyżury nocne, niejednokrotnie musiałem wesprzeć się wiedzą lekarza. Czasami była to koleżanka czy kolega lekarz, znani jeszcze ze studiów, często byli to jednak lekarze z oddziałów bądź poradni dyżurujących. Z satysfakcją muszę stwierdzić, że była to owocna współpraca. Szkoda tylko, że nie jest to norma, lecz ciągle jeszcze wyjątek. Może trzeba więcej rozmawiać, aby się zrozumieć? 🌿

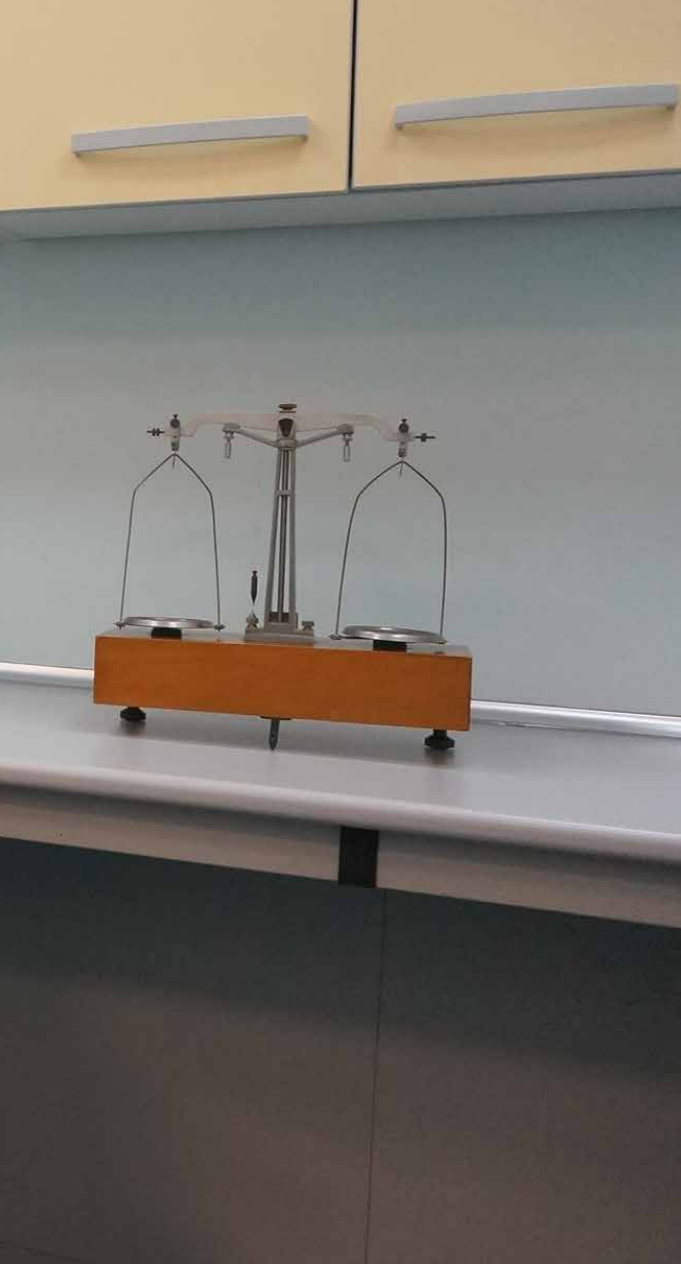


dr n. farm.

MAREK JĘDRZEJCZAK
Aptekarz, specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej, były wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej



Wykorzystać POTENCJAŁ APTEK SZPITALNYCH



„Potrzebne są fundamentalne zmiany, które zachęcą dyrektorów szpitali do utrzymywania aptek szpitalnych i do zwiększania liczby etatów dla farmaceutów, a także umożliwią farmaceutom pracę na oddziale” – mówi dr n. farm. **KATARZYNA REGULSKA**, konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej, w rozmowie z „Farmacją Wielkopolską”.

Eugeniusz Jarosik, „Farmacja Wielkopolska”: Od 1 września bieżącego roku sprawuje Pani funkcję wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie farmacji szpitalnej. Powołanie na to stanowisko to zarówno świadectwo dużego zaufania, jak i wyraz uznania dla Pani osiągnięć zawodowych. Mogłaby je Pani pokrótce przedstawić?

Katarzyna Regulska: Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ukończyłam w roku 2009. Zaraz po studiach przez krótki czas pracowałam w przemyśle farmaceutycznym w dziale rejestracji leków. Tam nauczyłam się między innymi zasad wprowadzania produktów leczniczych na rynek. Później podjęłam pracę w aptece szpitalnej w Wielkopolskim Centrum Onkologii, gdzie pracuję do tej pory i gdzie oprócz klasycznych czynności

aptecznych poznałam także problemy związane z badaniami klinicznymi, centralną pracownią leku cytotoksycznego oraz pracownią żywienia pozajelitowego. W 2014 r. uzyskałam tytuł doktora nauk farmaceutycznych w dziedzinie chemii leków nadany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, a w 2016 r. – stopień specjalisty w dziedzinie farmacji klinicznej. Jako zastępca przewodniczącego zespołu ds. farmakoterapii oraz członek komitetu terapeutycznego od roku 2016 uczestniczyłam w procesie uzyskania akredytacji przez Wielkopolskie Centrum Onkologii, a obowiązki w tym zakresie wypełniam do tej pory, czuwając między innymi nad bezpieczeństwem farmakoterapii pacjentów. Wreszcie 1 września 2018 r. zostałam powołana przez Wojewodę

Wielkopolskiego na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie farmacji szpitalnej.

Jakie jest miejsce farmacji szpitalnej w ochronie zdrowia i jaką ma Pani wizję swojej działalności jako konsultanta wojewódzkiego?

Farmacja szpitalna jest bardzo rozległą dziedziną w sektorze ochrony zdrowia, obejmującą zagadnienia z zakresu gospodarki lekiem, farmakoekonomiki, produkcji, przygotowania wysokospecjalistycznych leków recepturowych w dawkach indywidualnych dla pacjenta oraz bezpieczeństwa farmakoterapii pacjenta hospitalizowanego. Z doświadczenia wiem, że problemy, z jakimi farmaceuci szpitalni muszą się mierzyć w codziennej praktyce, dotyczą w równym stopniu każdej z tych sfer i wymagają z jednej strony wielokierunkowej wiedzy farmaceutycznej, z drugiej

Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej zakładki „Farmacja szpitalna”, za pośrednictwem której będą przekazywać farmaceutom szpitalnym z rejonu najważniejsze informacje, pomocne w realizacji ich codziennych obowiązków.

Kontrole przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli w aptekach szpitalnych i działach farmacji szpitalnej wykazały różne nieprawidłowości. Jakie jest Pani stanowisko wobec raportu NIK w tej sprawie?

Niestety, farmacja szpitalna od wielu lat zmagają się z różnymi trudnościami. Mamy wiele wymagań stawianych aptekom szpitalnym przez ustawę Prawo farmaceutyczne oraz przez wydane na jej mocy rozporządzenia, standardy towarzystw naukowych i standardy akredytacyjne. Wymaga to sporych nakładów finansowych, z drugiej zaś strony mamy skrupulatnie liczone budżety podmiotów leczniczych i niewielką moc sprawczą farmaceutów w stosunku do zarządów szpitali współodpowiedzialnych za gospodarkę lekową. W skrócie: wymagania – duże, możliwości – ograniczone, płace – niezadowalające. Kontrole przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli w latach 2016–2017 w aptekach szpitalnych wyraźnie naświetliły ten problem, uświadamiając opinię publiczną oraz decydentom, że apteka szpitalna nie jest tylko drogim w utrzymaniu magazynem leków, ale strategiczną jednostką podmiotu leczniczego, zarządzającą drugim co do wielkości budżetem szpitala (zaraz po płacach). Taki właśnie wizerunek apteki szpitalnej będą się starała propagować i dobrze by się stało, gdyby apteka właśnie jako taka zaczęła być postrzegana przez gremia decyzyjne. W kontekście natomiast ujawnionych wówczas zaniedbań muszę stanowczo podkreślić, że stanowią one przede wszystkim pochodną niedofinansowania i braków kadrowych (w Wielkopolsce na jedną aptekę lub dział farmacji szpitalnej przypada około 1,3 farmaceuty), a w mniejszym stopniu wynikają z postawy samych farmaceutów. Osobnym, niemniej jednak ważnym zagadnieniem jest jeszcze to, że rozporządzenia regulujące aspekty lokalowe, organizacyjne i wyposażeniowe aptek szpitalnych, na które powoływali się kontrolerzy NIK (głównie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów,

APTEKA SZPITALNA NIE JEST TYLKO DROGIM W UTRZYMANIU MAGAZYNEM LEKÓW, ALE STRATEGICZNĄ JEDNOSTKĄ PODMIOTU LECZNICZEGO, ZARZĄDZAJĄCĄ DRUGIM CO DO WIELKOŚCI BUDŻETEM SZPITALA

zaś znajomości obowiązującego prawa. Zdaję sobie przy tym sprawę z faktu rozwoju nauk farmaceutycznych, a także zmieniającego się prawa farmaceutycznego w Polsce i Europie. Pojawiają się nowe rozwiązania, doniesienia naukowe i akty prawne, standardy towarzystw naukowych. W codziennym natłoku obowiązków pozostawanie na bieżąco ze wszystkimi nowościami może być problematyczne. Chciałabym zatem, aby funkcja konsultanta wojewódzkiego, którą objęłam oraz obowiązki kontrolne, które będą z tego tytułu wykonywać, były odbierane przez farmaceutów szpitalnych w Wielkopolsce jako działalność doradcza, informacyjna oraz jako wsparcie w dążeniu do doskonalenia jakości świadczonych usług farmaceutycznych. W tym zakresie liczę też na współpracę z Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym oraz Wielkopolską Okręgową Izbą Aptekarską. I tak pierwszym, widocznym efektem naszego współdziałania było uruchomienie na stronie internetowej



jakim powinien odpowiadać lokal apteki), pochodzą sprzed niemal dwudziestu lat. Przy czym postęp, jaki mimo wszystko dokonał się w dziedzinie farmacji szpitalnej w tym okresie, sprawił, że zapisy wspomnianych aktów prawnych straciły w pewnych punktach swoją aktualność i wskazana byłaby ich nowelizacja.

Co zatem jeszcze należy zrobić, aby przywrócić farmacji szpitalnej należną pozycję w podmiocie leczniczym?

Uważam, że potrzebne są fundamentalne zmiany w systemie świadczeń zdrowotnych w zakresie hospitalizacji, które zachęcą dyrektorów szpitali do rozwijania aktywności aptek szpitalnych, do zwiększania ilości etatów dla farmaceutów, a także umożliwią farmaceutom pracę na oddziale. Z doświadczeń innych państw widać, że działania te w perspektywie wieloletniej są korzystne dla pacjentów i mogą przynieść wymierne oszczędności dla szpitala i szeroko pojętej opieki zdrowotnej. Aby zatem w pełni wykorzystać potencjał aptek szpitalnych i farmaceutów nie tylko w podmiocie leczniczym, ale w całym systemie ochrony zdrowia konieczna jest nowelizacja aktów prawnych,

wprowadzenie norm zatrudnienia oraz podniesienie wymagań lokalowych i organizacyjnych dla apteki szpitalnej. Spełnienie tych warunków decydowałoby o wysokości finansowania podmiotu z środków publicznych. Niezbędne też jest doprecyzowanie regulacji w zakresie funkcjonowania działów farmacji szpitalnej. Wiem, że trwają prace nad ustawą o zawodzie farmaceuty, które częściowo będą realizować powyższe postulaty. Ponadto w chwili obecnej brakuje regulacji prawnych w zakresie monitoringu środowiskowego, bezpieczeństwa i higieny pracy personelu przygotowującego leki cytotoksyczne i leki niebezpieczne w aptekach szpitalnych. Co prawda od 21 sierpnia 2018 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 12 czerwca 2018 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, które w wykazie chemicznych czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy wymienia metotreksat i cyklofosfamid, zobowiązując pracodawcę do prowadzenia okresowych pomiarów narażenia personelu, jednakże katalog tych substancji powinien



**ABY W PEŁNI
WYKORZYSTAĆ POTENCJAŁ
APTEK SZPITALNYCH
I FARMACEUTÓW
W CAŁYM SYSTEMIE
OCHRONY ZDROWIA,
KONIECZNA JEST
NOWELIZACJA
AKTÓW PRAWNYCH,
WPROWADZENIE
NORM ZATRUDNIENIA
ORAZ PODNIESIENIE
WYMAGAŃ LOKALOWYCH
I ORGANIZACYJNYCH
DLA APTEKI SZPITALNEJ**

być zdecydowanie szerszy i w pierwszej kolejności powinien objąć wszystkie te substancje, które są sklasyfikowane przez IARC jako kancerogeny, a także doksorubicynę oraz karmustynę.

Jaki kierunek rozwoju farmacji szpitalnej jest Pani zdaniem najważniejszy?

Moim marzeniem jest, aby w aptece skoncentrowane były wszystkie czynności związane nie tylko z wytwarzaniem wysokospecjalistycznych leków recepturowych, ale też przygotowaniem leków wysokiego ryzyka, leków niebezpiecznych czy dawek pediatrycznych. Jest to korzystne zarówno w kontekście bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego (w tym wypadku głównie pielęgniarskiego), jakości i czystości mikrobiologicznej sporządzanych preparatów, jak i pod względem ekonomicznym. Zatem w pierwszej kolejności tworzenie nowych i doskonalenie istniejących już pracowni leku cytotoksycznego i żywienia pozajelitowego. Oprócz tego tworzenie pracowni leków niebezpiecznych (według NIOSH), pracowni antybiotyków. Te ostatnie

cały czas pozostają kwestią przyszłości. Ponadto, będąc farmaceutą klinicznym, uważam, że w szpitalach brakuje opieki farmaceutycznej, działalności związanych z koncyliacją lekową oraz współpracy w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych. W chwili obecnej, o ile czynności te są w ogóle wykonywane przez farmaceutów, to tylko na zasadzie dobrowolności. W tym kontekście konieczna jest jednak praca u podstaw, a więc wprowadzenie już na etapie studiów międzywydziałowych zajęć dla studentów farmacji, medycyny i pielęgniarstwa, uczących współpracy pomiędzy przedstawicielami tych zawodów medycznych. Natomiast w programie specjalizacji z farmacji klinicznej warto rozważyć zwiększenie ilości zajęć praktycznych oraz staży pod okiem lekarzy klinycystów.

Dziękuję za rozmowę.

**Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska”**

Zdjęcia: Eugeniusz Jarosik

OBRÓT KONTROLOWANY

Działania Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Poznaniu w latach 2011-2018

Pokazanie sytuacji w farmacji wielkopolskiej z perspektywy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, a także uwidocznienie tendencji, które pojawiły się wskutek zmian przepisów prawa (w tym ustawy Prawo farmaceutyczne), jak też powiązane z tym różne zachowania podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne (zwane dalej aptekami) oraz ewoluowania tych zachowań wskutek egzekucji prawa przez organy administracji publicznej – to główne cele niniejszej analizy.

Została ona oparta na danych z lat 2011-2018 (rok 2018 podsumowano do 30 czerwca 2018 r.). Podział na okresy: 2011-2014 i 2015-2018 jest celowy, gdyż dotyczy nie tylko zmian w ustawie Prawo farmaceutyczne, które dotyczyły między innymi przeniesienia nadzoru nad hurtowniami do struktury Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego w lutym 2015 r., ale także zmiany na stanowisku Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (od stycznia 2015 r.). Analizowany okres należy do burzliwych w historii farmacji

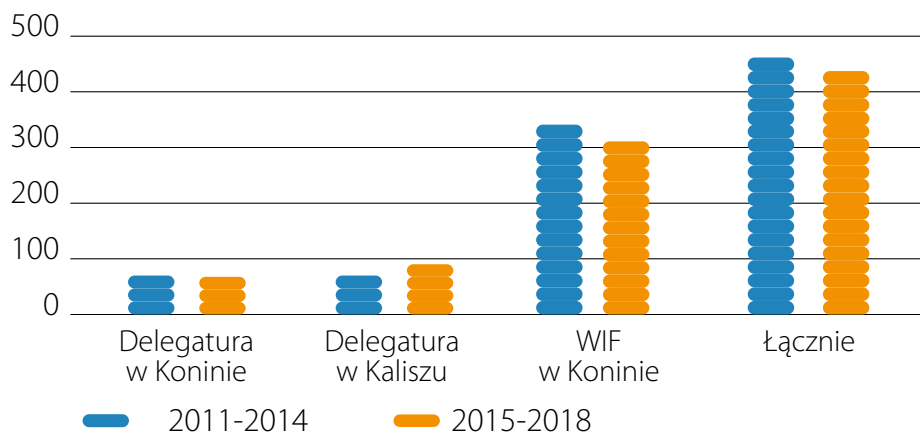
w Polsce, głównie ze względu na częste nowelizacje ustawy Prawo farmaceutyczne.

Przedstawione wykresy przedstawiają zachowania podmiotów prowadzących apteki. Oceniając modus operandi przedsiębiorców, w związku z prowadzeniem reglamentowanej działalności gospodarczej w postaci placówek ochrony zdrowia publicznego, stwierdzić należy, że niektóre z aptek bynajmniej nie pełniły ustawowej roli placówek ochrony zdrowia, bywały bowiem wykorzystywane jako swoiste „akceleratory sukcesu finansowego”.

Wydawanie zezwoleń

W latach 2011-2014 widoczne jest większe zainteresowanie otwieraniem aptek. Zauważalny był postępujący proces „usieciowiania” rynku. Udzielanie zezwoleń postępowo, pomimo wprowadzenia w 2012 r. tzw. ustawy refundacyjnej, gwarantującej najniższe w krajach członkowskich Unii Europejskiej ceny produktów leczniczych. Spadek wydawanych zezwoleń w latach 2015-2018 spowodowany był między innymi likwidacją aptek. Chwilowy wzrost wydawania zezwoleń nastąpił w latach 2016-2017, co w znaczącej

Zezwolenia wydawane na prowadzenie aptek i punktów aptecznych oraz zaświadczenia dla sklepów zielarsko-medycznych



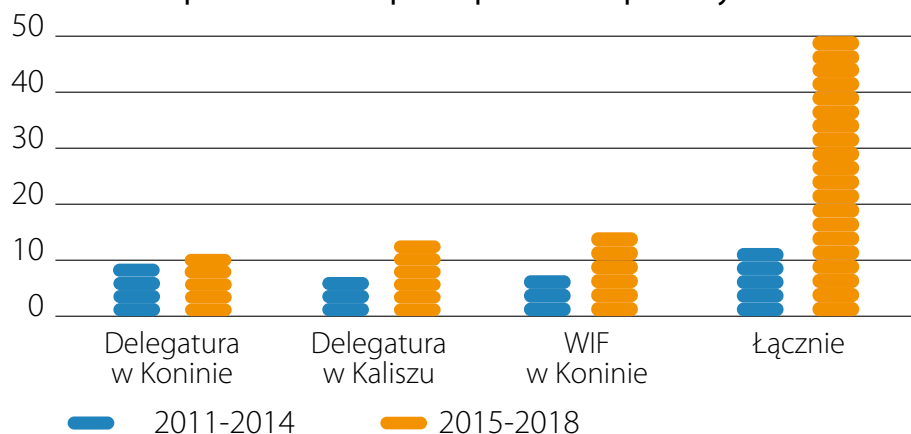
części uznać należy za skutek zapowiedzi zmiany przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne. Od lipca 2017 r. jest wyraźne zahamowanie wydawania zezwoleń, co jest konsekwencją wprowadzenia ograniczeń ich wydawania, w tym zasad demograficznych i geograficznych.

Cofanie zezwoleń

Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w Poznaniu wydawał także decyzje cofające zezwolenia na prowadzenie apteki czy punktu aptecznego. Istotne jest,

że z chwilą utraty zezwolenia na prowadzenie apteki wydawano również decyzje cofające zezwolenia udzielone dla pozostałych aptek należących do podmiotu – z tytułu utraty przez tego przedsiębiorcę rękojmi należytego prowadzenia apteki. Rozstrzygnięcia wydawane w przedmiocie cofnięcia zezwolenia jest każdorazowo wynikiem wnikliwego i długotrwałego postępowania administracyjnego. Zanonimizowane decyzje są dostępne pod adresem <http://wif.poznan.ibip.pl/public/?id=219640>. Podmioty będące stronami takich

Decyzje związane z cofnięciem zezwoleń na prowadzenie aptek i punktów aptecznych



postępowań w maksymalnym stopniu wykorzystują luki w prawie. Skuteczne cofnięcie zezwolenia w niektórych sytuacjach zajmuje nawet kilka lat. Nie można bowiem zapominać, że podmiotom przysługuje możliwość odwoływania się od decyzji organu I instancji. Prezentowany wykres pokazuje nie tylko liczbę cofnięć zezwoleń, ale głównie tendencję, jak zmieniła się liczba postępowań z chwilą wprowadzenia w 2015 r. zmian w ustawie prawo farmaceutyczne, w której dokonano „depenalizacji” artykułu 127 przedmiotowej ustawy (więcej tutaj: <http://www.rynekapteki.pl/wywiad/depenalizacja-art-127-ustawy-prawo-farmaceutyczne,9018.html>).

Informacje i polecenia przeprowadzenia kontroli w aptekach pochodziły z Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego lub urzędów skarbowych, a także były wynikiem przeprowadzanych kontroli przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w Poznaniu. Współpraca ze służbami, które były, są i będą informowane o niezgodnych z prawem działaniach prowadzonych w aptekach, również daje efekty. Wielkopolski WIF otrzymuje informacje „do wykorzystania w celach służbowych” o kontrolach i ich wynikach przeprowadzanych przez inne służby wobec podmiotów prowadzących apteki, a materiały takie są niemal każdorazowo włączane do akt sprawy prowadzonej w przedmiocie cofnięcia zezwolenia lub stanowią podstawę do wszczęcia takiego postępowania przez wojewódzki organ inspekcji farmaceutycznej.

Reklama aptek

Decyzje dotyczące reklamy w ujęciu całościowym (obejmuje decyzje umarżające, nakazujące, nałożenia kary i wysokości kwot kar nałożonych w decyzjach WIF w Poznaniu).

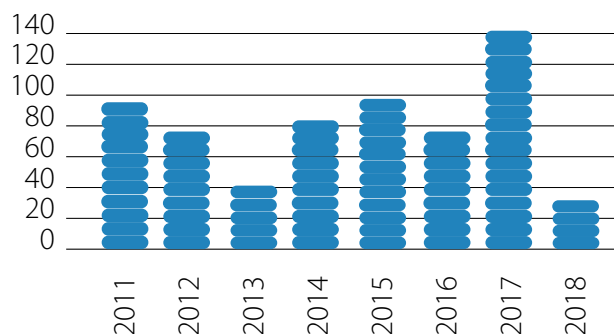
Realizację zadań powierzonych wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu w związku z naruszaniem przez przedsiębiorców zakazu reklamy aptek i punktów aptecznych rozpoczęto wraz z wejściem w życie przepisu art. 94a ustawy prawo farmaceutyczne, zawierającym zakaz promowania placówek ochrony zdrowia publicznego. Wiadomym jest, że przez wiele lat oczekiwano na wypracowanie jednolitej linii orzecznictwa sądowno-administracyjnego w tym zakresie, stąd też efektywność inspekcji farmaceutycznej zwiększyła się po uzyskaniu tego narzędzia. Istotnym jest również fakt, że zwiększenie wysokości kar nakładanych na podmioty łamiące zakaz reklamy aptek spowodowało szybszy i lepszy efekt zanikania prowadzenia tego rodzaju działań reklamowych. Podobnie jak to się dzieje przy cofaniu zezwoleń, decyzje są wynikiem postępowań administracyjnych (nie mandatowych). Zdarza się również, że wysokość kar finansowych ulega zmianom wskutek decyzji organu II instancji. Próby omijania zakazu reklamy aptek są jednak podejmowane w dalszym ciągu. Stają się coraz bardziej wyrafinowane. Istotną sprawą w procesie zwalczania naruszeń zakazu reklamy aptek jest ścisła

współpraca z farmaceutami i samorządem aptekarskim. Wskazać wszak należy, że zadania Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, opisane w rozdziale 8 ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.), obejmują między innymi „współpracę z samorządem aptekarskim” (art. 109 pkt 9) oraz „współpracę ze specjalistycznym zespołem konsultantów do spraw farmacji” (art. 109 pkt 7).

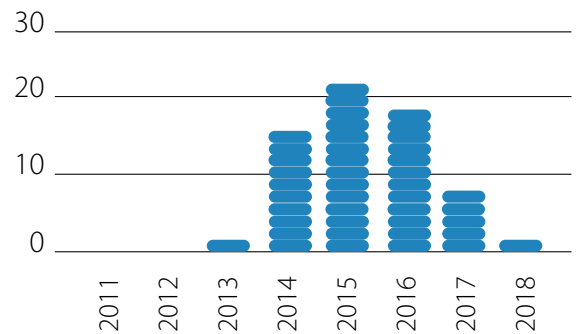
Zmiany zezwoleń

Zmieniającą się rzeczywistość prawną i reakcje z tym związane bardzo dobrze opisuje powyższy wykres. Przedstawia on liczbę zmian zezwoleń na prowadzenie aptek i punktów aptecznych. Na uwagę zasługuje rok 2017, w którym wprowadzono przepisy ustawy powszechnie definiowanej jako ADA („apteka dla aptekarza”). W bieżącym roku nie jest zauważalna ta tendencja. Obecnie zmiany zezwoleń dokonywane są w większości z uwagi na zmianę nazwy apteki lub relokację siedziby przedsiębiorcy prowadzącego aptekę bądź punkt apteczny. 🌿

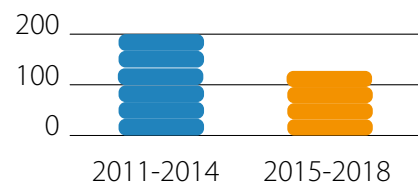
Liczba zmian zezwoleń na prowadzenie aptek i punktów aptecznych



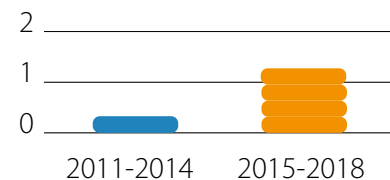
Decyzje związane z cofnięciem zezwoleń na prowadzenie aptek i punktów aptecznych



Decyzje dotyczące reklamy (umorzenia, nakaz, kara)



Niedozwolona reklama aptek nałożone kwoty kar (w mln zł)



dr n. farm.

GRZEGORZ PAKULSKI

Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny od stycznia 2015 roku

SPRAWA DLA RZECZNIKA

Sprawy prowadzone przez Wielkopolskiego Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w obecnej kadencji organów samorządu aptekarskiego można podzielić na kilka grup: do pierwszej zaliczam sprawy związane z typowym funkcjonowaniem apteki; do drugiej

– działania mające na celu ustalenie, czy nastąpiło naruszenie zakazu reklamy aptek i ich działalności; trzecia grupa spraw to te, które związane są z prowadzeniem nielegalnej sprzedaży leków deficytowych z aptek (tzw. odwrócony łańcuch dystrybucji).

Ostatnio wzrasta liczba spraw wszczynanych na skutek skarg pacjentów, najczęściej na sposób obsługi lub błędy w wydaniu leków z apteki. Pacjenci skarżą się na nieuprzejmą obsługę, brak wyrozumiałości czy wręcz brak empatii. Takim przykładem jest sprawa związana z wydaniem niepełnowartościowego produktu – kierownik apteki niewłaściwie potraktował osobę składającą reklamację. W tym wypadku dobra pacjenta zostały naruszone i w trakcie prowadzonego postępowania wyjaśniającego stwierdzono zasadność roszczeń pacjenta. Sprawa trafiła ostatecznie do sądu aptekarskiego. Trzeba przyznać, że czasem aptekarze nie radzą sobie z tzw. trudnymi pacjentami. Myślę, iż przydatne byłyby warsztaty prowadzone przez specjalistów, którzy wskazałoby nam, farmaceutom, jak rozładować narastający stres i wrogość



pacjenta, by nie doprowadzić do konfrontacji. Jest to bardzo trudne i wymaga dużej odporności psychicznej na stres związany z taką sytuacją.

Nie zawsze jednak pacjent ma rację i spotykamy się wręcz z próbami wymuszenia odszkodowania za poniesioną rzekomą stratę. W takich przypadkach po zebraniu materiału dowodowego umarzam postępowanie, a sam zgłaszający rzekome przewinienie farmaceuty musi się liczyć z konsekwencjami (w uzasadnionych przypadkach nawet złożeniem wniosku do prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa). Farmaceutom zalecałbym, aby nie uginali się pod presją pacjenta, ale na chłodno przeanalizowali sytuację i zasadność roszczenia. Nie wolno dać się zastraszyć. Jeśli farmaceuta wie, że kwestionowany produkt leczniczy nie pochodzi z jego apteki i są uzasadnione przypuszczenia, że ma do czynienia z próbą zastraszenia bądź wyłudzenia odszkodowania, sprawę powinien zgłosić w okręgowej izbie aptekarskiej i skonsultować się z jej radcą prawnym. Ponadto warto pamiętać, że w razie uzasadnionych roszczeń pacjenta można skorzystać z ubezpieczenia OC apteki.

Z analizy spraw wnoszonych do rzecznika wynika, że coraz częściej pacjenci skarżą się na błędy dotyczące wydania leków z apteki. Należy stwierdzić, iż zawodzi retaksacja recept w aptekach. Jest ona przeprowadzana w sposób nieregularny, często opóźniony, co powoduje wydłużenie czasu dotarcia do pacjenta w celu naprawy błędu,

który przecież może się zdarzyć każdemu. Nawet jeśli błąd zostaje szybko wykryty, to częstą praktyką jest czekanie, aż naprawi go osoba, która się pomyliła. Jest to praktyka nagminna. Tymczasem bezpieczeństwo pacjenta jest dla nas, farmaceutów, najważniejsze, a naprawa błędu, zgodnie z zapisami kodeksu deontologicznego, powinna nastąpić niezwłocznie. Pamiętajmy również, że pacjent lub jego opiekun nie będą zadowoleni, jeśli aptekarz dotrze do nich po trzech dniach, jak to ustalono, rozpatrując skargę pacjenta jednej z wielkopolskich aptek. Czekaładki i kwiaty nie załagodzają każdego kryzysu.

Niestety, ciągle spotykamy się z przypadkami nieuzasadnionego wydawania leków klasyfikowanych jako „leki wydawane na receptę” (na przykład bez ważnej recepty i to w dużych ilościach w miesiącu). Częstym zjawiskiem jest nieuzasadnione wydawanie leków na recepty farmaceutyczne. Jeden z liderów tego procederu realizował nawet od 200 do 300 recept farmaceutycznych w miesiącu.

Innym problemem są próby omijania zakazu reklamy aptek zawartego w art. 94a ustawy z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne. Pod pozorem „informacji” o aptece w odległych miejscach zawieszane są sporej wielkości banery. Na przykład w Poznaniu jedna z aptek wywiesiła baner wysokości ośmiu pięter na ścianie jednego z poznańskich wieżowców. Właściciele aptek często podpierają się opiniami prawnymi pisanymi na zamówienie przez kancelarie prawne, tymczasem

zarówno decyzje Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, jak i orzeczenia sądów są jednoznaczne – ustawodawca nie przewidział żadnej możliwości reklamy aptek. Ponadto w kodeksie deontologicznym istnieje zapis, który mówi, że aptekarz nie reklamuje ani leków, ani swoich usług (art. 19 Kodeksu Aptekarza RP: „Aptekarz nie reklamuje siebie oraz swoich usług. Nie uczestniczy w reklamie usług farmaceutycznych, jak i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami”).

Do trudniejszych spraw zaliczam te, które są związane z tzw. odwróconym łańcuchem dystrybucji i udziałem w tym procederze farmaceuty. Są to sprawy bardzo trudne, wymagające solidnych dowodów i mocnych argumentów, a i te, wobec podejmowanych przez prawników reprezentujących stronę działań, swoistej gry na zwłokę, nie gwarantują ukarania winnego farmaceuty. W tej grze pełnomocnikom najczęściej przyświeca jeden cel: doprowadzenie do przedawnienia czynu.

Każdą sprawę OROZ musi ucziwie wyjaśnić do końca. Jego obowiązkiem jest wzięcie pod uwagę wszystkich okoliczności i dowodów, zarówno obciążających, jak i świadczących o braku winy, ponieważ do momentu postawienia zarzutów farmaceucie jest on zarówno prokuratorem, jak i obrońcą tej osoby. 🌿



mgr farm.
JĘDRZEJ JANUS
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej Wielkopolskiej Okręgowej
Izby Aptekarskiej

SZTUKA CZY PIĄTE KOŁO U WOZU?

Przychodzi baba do apteki: poproszę o wykonanie leku,
a aptekarz na to: nie mam składnika!
A baba: a którego? Bo to już czwarta apteka...

Aptekarstwo jest ściśle związane z recepturą. Można więc śmiało stwierdzić, że w niej należy doszukiwać się jego korzeni. Duża część wynalazków, udoskonaleń czy innych udogodnień wywodzi swoje początki z pracy aptekarskiej przy sporządzaniu leków. Czasem były to przypadkowe odkrycia, a czasem przemyślane działania wielu pokoleń farmaceutów. We wszystkich tych przypadkach potrzebna była szeroka wiedza farmaceuty z chemii, fizyki, biologii i innych dziedzin. Wiedza oraz umiejętność logicznego łączenia faktów, zaplanowania eksperymentu czy zaprojektowanie badań prowadzonych właśnie w aptekach.

Począwszy od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku ilość przygotowywanych leków recepturowych w aptekach systematycznie spada. Przyczynił się do tego z pewnością coraz większy asortyment leków gotowych, wypierających lek przygotowywany w aptece. Nie bez znaczenia są też problemy z umiejętnością przepisywania przez lekarzy recepturowych leków złożonych.

Umiejętność samodzielnego wykonywania leków z przepisu lekarza czy farmakopealnych – to kompetencja przypisana wyłącznie do zawodu farmaceuty. Poza tym nie należy przeceniać wrażenia, że lek wykonany specjalnie dla pacjenta z psychologicznego punktu widzenia ma większą wartość terapeutyczną.

Patrząc przez pryzmat receptury na środowisko aptekarskie, można zauważyć duże rozbieżności w poglądach na jej wartość we współczesnej praktyce aptekarskiej. Część farmaceutów nie wyobraża sobie wykonywania zawodu bez pracy związanej z przygotowywaniem leków recepturowych. Jednak duża część aptekarzy jest wręcz zadowolona ze szczątkowej receptury aptecznej w swoich aptekach, a niektórzy nawet uważają ją za przejaw totalnego anachronizmu!

Nauczanie receptury aptecznej w ramach tzw. farmacji stosowanej (technologii postaci leku) w zasadzie nie zmieniło się przez dziesięciolecia. Przeglądając podręcznik prof. Bronisława Koskowskiego z 1946 r., śmiało można stwierdzić, że w zasadzie się nie zdezaktualizował. Oczywiście zaraz pojawią się inne opinie... bo przecież nie wykonuje się już pigulek, czopków metodą ręczną, ziółek czy wysyceń, bo nie uczy się już o zastosowaniu i przetwarzaniu muchy hiszpańskiej, dioniny, gardanu czy innych historycznych substancji leczniczych. Jednocześnie widzimy rozwój wysokospecjalistycznej receptury aptek szpitalnych.

W trakcie zajęć z receptury wykorzystuje się mikser recepturowy do przygotowania maści czy czopków, które wylewa się do plastikowych, jednorazowych foremek... Tak, to prawda, ale czy w wielu aptekach nauczony na najlepszych przykładach



www.fotolia.pl

absolwent nie musi się cofać ze swoją wiedzą do czasów, w których nie znano jeszcze unguatorów lub po prostu nie znano podstaw biofarmaceutycznych stosowania leków? Niestety, brak nowoczesnego zaplecza technologicznego w wielu wypadkach nie jest spowodowany nieodpowiednim podejściem aptekarzy – właścicieli, lecz złą kondycją ekonomiczną ich aptek.

Dużym problemem w rozwoju receptury aptecznej jest także podejście do nauczania jej przyszłych lekarzy, a więc preskryptorów i dysponentów leku. Czy jedna godzina poświęcona na zapoznanie się z postaciami leków i ich przepisywaniem przyszłym pacjentom jest wystarczająca? Umiejętność przepisania leku recepturowego, „szytego” na miarę pacjenta, gdy nie ma możliwości zastosowania leku gotowego w optymalnej dawce i postaci, znakomicie poszerza warsztat pracy każdego lekarza. Dobrze

przygotowany w zakresie wykorzystania leku recepturowego lekarz szybko znajdzie wspólny język z farmaceutą, który pomoże w pełni wykorzystać własności substancji recepturowych w najlepiej dobranej postaci leku. Doświadczony aptekarz nie tylko umie wykonać lek ściśle według tradycyjnej receptury, ale potrafi, wykorzystując swoją wiedzę o substancjach recepturowych, zaproponować skład i postać leku najlepszą w konkretnej sytuacji, dla konkretnego pacjenta, wspierając działania lekarza.

Lek recepturowy to zawsze lek personalizowany, a umiejętność jego przygotowania będzie atrybutem sztuki aptekarskiej. Nie rezygnujmy z tej ważnej kompetencji zawodowej, która bez wątplenia jest sztuką. 🌿



dr n. farm.

STEFAN PIECHOCKI
Aptekarz, konsultant wojewódzki w zakresie farmacji aptecznej dla Wielkopolski, członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

SYSTEM JAKOŚCI W HURTOWNIACH FARMACEUTYCZNYCH

W pierwszym numerze „Farmacji Wielkopolskiej” w artykule poświęconym farmaceutom zatrudnionym w hurtowniach farmaceutycznych, którzy są zrzeszeni w Wielkopolskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej („Odpowiedzialni”, nr 1/2018), wspominałem ogólnie o Dobrej Praktyce Dystrybucyjnej. W tym i kolejnych wydaniach naszego czasopisma chciałbym bardziej szczegółowo przedstawić specyfikę działania nowoczesnego systemu jakości stosowanego w hurtowniach farmaceutycznych.

Dobra Praktyka Dystrybucyjna (DPD) w polskim systemie prawnym powołana jest przez art. 79 ustawy z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne. Przepis ten obliguje Ministra Zdrowia do określenia wymagań DPD w formie rozporządzenia w celu: zapewnienia odpowiedniego przechowywania i dystrybucji produktów leczniczych, jakości i integralności produktów leczniczych oraz zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych

do legalnego łańcucha dostaw. Innymi słowy, Minister Zdrowia w drodze aktu prawnego wskazuje hurtowniom farmaceutycznym na system, którego obligatoryjne stosowanie ma zapewnić jakość dostarczanych produktów leczniczych poprzez właściwe zorganizowanie procesów ich przechowywania i dystrybucji, ze szczególnym naciskiem na przeciwdziałanie wprowadzaniu do sprzedaży produktów sfałszowanych.

Warto zauważyć, iż wytyczne DPD nie są pomysłem krajowego

regulatora, ale wynikają z prawa unijnego i są jednolite w całej Unii Europejskiej. Ich podstawą są wytyczne Good Distribution Practice (GDP), wydane przez Komisję Europejską w 2013 r. jako konsekwencja dyrektywy 2011/62/UE (tzw. „fałszywkowej”).

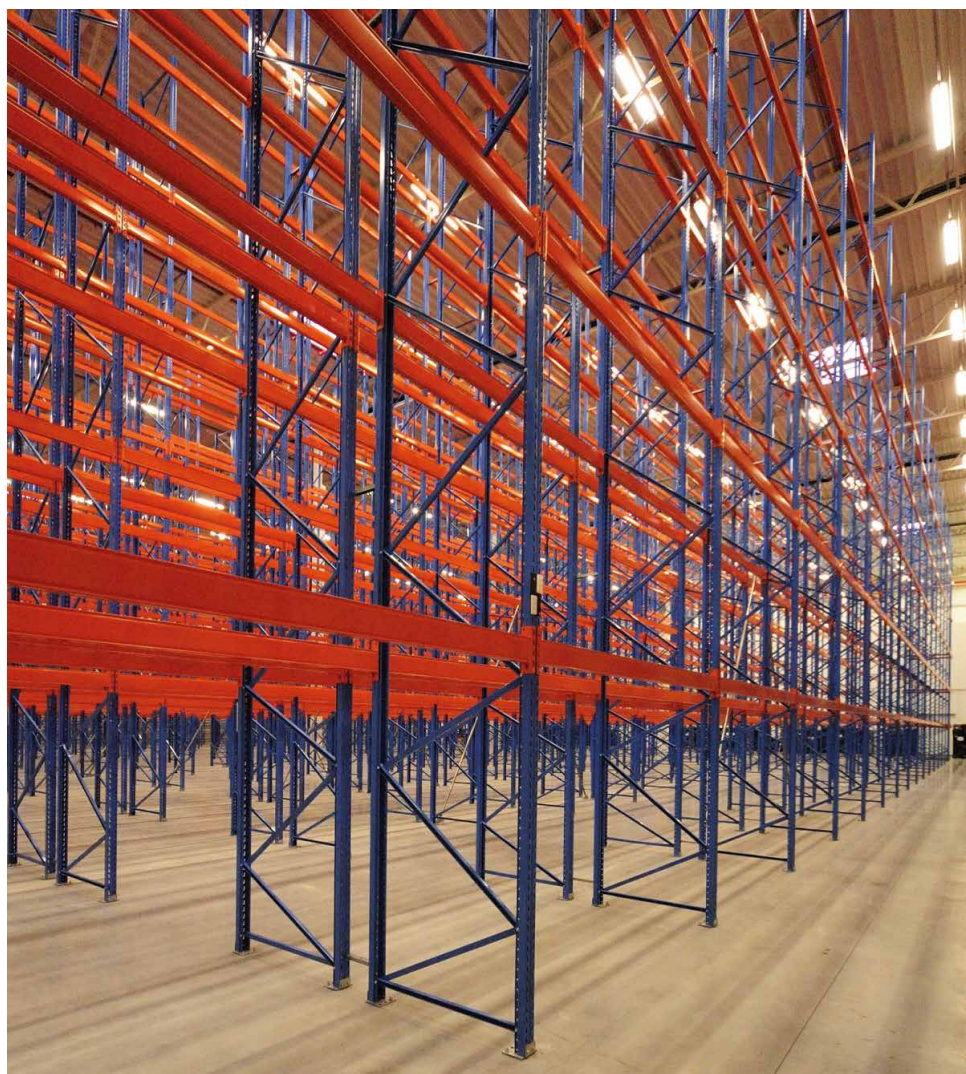
Zbiór zasad DPD składa się z dziesięciu rozdziałów. W niniejszej publikacji chciałbym się skupić na pierwszym z nich, który poświęcony jest zarządzaniu jakością. Czym jest ów tajemniczy system jakości? Jak sama nazwa wskazuje, nie jest to jakiś jeden,

zmaterializowany dokument. System jakości to cały sposób zorganizowania i zarządzania hurtownią. To właśnie nie tylko procedury, z którymi kojarzy się każdy system jakości, są tu najważniejsze – ale realne działania organizacji, opisane między innymi w tych procedurach. System zatem to nie same „papiery”, lecz konkretna, realna praca ludzi i maszyn, w tych „papierach” jedynie opisana.

Zgodnie zatem z zapisami wytycznych wspomnianego wyżej rozporządzenia dotyczącego DPD, system jakości to: struktura organizacyjna, procesy, działania i zasoby, właściwie zdefiniowane i udokumentowane w księdze jakości i procedurach. Do obsługi wszystkich elementów systemu muszą zostać przeznaczone odpowiednie zasoby, na przykład pomieszczenia i ich wyposażenie, a przede wszystkim kompetentny i przeszkolony personel. Pieczę nad całością sprawuje wyznaczona Osoba Odpowiedzialna – farmaceuta zatrudniony na stanowisku kierownika hurtowni farmaceutycznej.

W ramach systemu jakości dokumentuje się wszystkie bieżące działania, a w razie wykrycia odstępstw pomiędzy faktycznym sposobem działania a tym opisanym w procedurach, stwierdzone rozbieżności są badane, dokumentowane i naprawiane poprzez podjęcie akcji korygujących i zapobiegawczych.

Prawidłowo zorganizowany system jakości pozwala na skuteczną kontrolę zmian w organizacji hurtowni, jej procesów, systemów informatycznych, ale i modyfikacji



Neuca

samego systemu jakości. Prowadzone są analizy ryzyka wszelkich działań mających wpływ na jakość produktów leczniczych, których wynik w ostatecznym rozrachunku zawsze bezpośrednio wiąże się z bezpieczeństwem i ochroną pacjenta jako finalnego użytkownika dystrybuowanych leków.

Kiedy hurtownia zleca wybrane działania dystrybucyjne podmiotom zewnętrznym (na przykład usługi transportowe etc.), wybór zleceniobiorcy poprzedzony jest jego oceną właśnie w ramach systemu jakości. Określa się właściwy

podział obowiązków pomiędzy usługodawcą a zamawiającym, a także bieżąco monitoruje się ich realizację.

Dla skutecznego działania systemu jakości niezbędna jest świadomość organizacji o jego istnieniu i funkcjonowaniu. W tym celu ustanawia się sformalizowany okresowy przegląd, w ramach którego mierzona jest realizacja celów tego systemu i monitorowane są takie wskaźniki, jak reklamacje i stwierdzone odstępstwa, omawiane są wyniki audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz urzędowych

kontroli. Analizuje się zmiany prawne, zmiany otoczenia biznesowego, ewentualne nowe wytyczne i innowacje, które mogą mieć wpływ na zapewnienie jakości.

A jaki jest tego aspekt praktyczny z punktu widzenia relacji hurtownia – apteka? Przede wszystkim system jakości hurtowni gwarantuje tworzenie zapisów z realizacji wszelkich operacji z zamówieniem, kompletacją i dostawą produktów. Pozwala tym samym na śledzenie losu produktu do momentu jego dostawy do apteki.

Przykład: przedsiębiorca prowadzący dwie apteki dokonał przesunięcia towaru pomiędzy swoimi placówkami z powodu słabej rotacji i ryzyka przeterminowania się produktu w aptece A. Po jakimś czasie apteka B uzgodniła z producentem zwrot słabo rotującego towaru poprzez hurtownię, pod warunkiem pełnego udokumentowania warunków przechowywania z całego łańcucha dystrybucji. Ponieważ zapisy hurtowni farmaceutycznej wskazywały na rozbieżność pomiędzy miejscem wydania (apteka A) a miejscem zwrotu (apteka B), producent finalnie odmówił przyjęcia zwrotu.

Po drugie – system jakości nie gwarantuje nieomyślności, ale stwarza narzędzia do monitorowania pomyłek i ich naprawy, a także ma zapobiec takim pomyłkom w przyszłości. Osiągane jest to poprzez opisaną wyżej analizę odstępstw, wskaźników jakościowych i reklamacji. Dla skuteczności takich działań konieczna jest jednak informacja zwrotna od klientów hurtowni,

na przykład terminowe zgłaszanie reklamacji.

Przykład: w wyniku błędu ludzkiego w hurtowni farmaceutycznej produkt został przypisany do nieaktualnej kartoteki. W efekcie apteka otrzymała jego dostawę z rozbieżnym kodem EAN na fakturze w stosunku do kodu na opakowaniu. Uniemożliwiło to aptece prawidłowe przyjęcie i dalszą sprzedaż produktu. Klient zgłosił reklamację, na podstawie której hurtownia wychwyciła i skorygowała błąd przed realizacją kolejnych dostaw przedmiotowego produktu (działania naprawcze) oraz przeszkoliła pracowników w celu zapobieżenia podobnym pomyłkom w przyszłości (działania zapobiegawcze).

Po trzecie – nadzór nad zmianami. Żadna zmiana mająca

potencjalny wpływ na jakość produktu nie może przejść poza systemem, co oznacza, że jest przygotowywana z odpowiednim wyprzedzeniem, nawet jeśli z punktu widzenia klienta wygląda na wprowadzoną ad hoc. Decyzja o zmianie zawsze poprzedzona jest analizą ryzyka z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta jako finalnego odbiorcy produktu.

Przykład: hurtownia farmaceutyczna podjęła decyzję o zmianie sposobu pakowania produktów do opakowań transportowych. Odnotowano obawy niektórych klientów z uwagi na zwiększone potencjalne ryzyko uszkodzeń w transporcie. Jednak w ramach przygotowania i udokumentowania takiej zmiany w systemie jakości hurtowni dokonano analizy, której wynik

Hurtownie farmaceutyczne zobligowane są do wdrożenia oraz stosowania zbioru wewnętrznych zasad i mechanizmów działania, tworzących system jakości w oparciu o wytyczne Dobrej Praktyki Dystrybucyjne



wskazał, że finalnym rezultatem będzie efektywniejsza realizacja zleceń, a tym samym zwiększenie dostępności produktu dla pacjenta. Jednocześnie analiza wykazała, że potencjalne ryzyko uszkodzeń nie przekroczy akceptowalnego poziomu, a nawet w przypadku wystąpienia – uszkodzony produkt nie trafi do pacjenta, ponieważ zostanie zidentyfikowany jako uszkodzony na etapie przyjęcia dostawy do apteki.

Podsumowując: hurtownie farmaceutyczne zobligowane są do wdrożenia oraz stosowania zbioru wewnętrznych zasad i mechanizmów działania, tworzących system jakości w oparciu o wytyczne Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. Celem systemu jakości jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta jako końcowego

odbiorcy produktów leczniczych, a osiągnięty jest on przez odpowiednią organizację procesów, ich pełną dokumentację oraz ciągłe doskonalenie, oparte o analizę informacji zwrotnych otrzymanych od klientów.

Warto odnotować, że systemy jakości są szeroko rozpowszechnione w wielu innych branżach gospodarki, z najbardziej znanym systemem ISO 9001 na czele, funkcjonującym również w ochronie zdrowia – w wielu szpitalach i przychodniach. Ten system, ale i inne wyspecjalizowane systemy, działają w branży spożywczej wytwarzającej na przykład suplementy diety oraz u wytwórców wyrobów medycznych. W sektorze farmaceutycznym od wielu lat funkcjonuje system Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP). Istnienie

systemu jakości w hurtowniach farmaceutycznych jest zatem naturalną konsekwencją sukcesywnego zapewniania jakości na etapie dystrybucji farmaceutyków. Przewiduje się, że prędej czy później wymóg wdrożenia systemów jakości wejdzie także do aptek ogólnodostępnych. Mimo nierzadko wysokiego stopnia skomplikowania, formalizacji oraz kosztów wdrożenia i utrzymania, systemy jakości niosą dla podmiotów realne korzyści w postaci budowy marki i zaufania. 🌱



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.



Necca



EUGENIUSZ JAROSIK
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej”

„Drobna” zmiana

W liście otwartym do prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Zdrowia oraz Ministra pracy, Rodziny i Polityki Społecznej farmaceuci pełniący ważne funkcje w organach samorządu aptekarskiego i konsultanci wojewódzcy w dziedzinie farmacji aptecznej zdecydowanie zaprotestowali przeciwko propozycji zmiany przepisu zakazującego reklamy aptek, punktów aptecznych i ich działalności, jaka znalazła się w rządowym projekcie nowelizacji ustawy z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (projekt UD374 w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów). Z pozoru chodzi o „drobną”, mało znaczącą zmianę – rząd w trosce o wspieranie rodzin wielodzietnych proponuje, by apteki mogły informować o „honorowaniu” przez nie Karty Dużej Rodziny. Tego rodzaju zmiany ze względu na prospołeczny wydźwięk z reguły akceptowane są bez zastrzeżeń przez polskich parlamentarzystów. I być może na tym właśnie zależało inspirowanemu temu projektowi – przesłonić rzeczywisty cel regulacji, stworzyć iluzję „dobrej” zmiany art. 94a ust.1 ustawy prawo farmaceutyczne.

Przeciwnicy zakazu reklamy aptek, reprezentowani przez wpływowe organizacje lobbujące dbające o interesy potężnych grup biznesu na rynku farmaceutycznym, nigdy nie złożyli broni. Mieli sojuszników w Sejmie, a także wśród urzędników Ministerstwa Zdrowia (jeden z pracowników Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji przez cały okres prac nad projektem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych mocno naciskał, by Naczelna Izba Aptekarska nie zgłaszała projektu przepisu dotyczącego zakazu reklamy aptek) i Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej. Podczas końcowych prac legislacyjnych nad projektem tzw. ustawy refundacyjnej, gdy debatowano nad przepisami karnymi (obecnie to art. 129b ustawy Prawo farmaceutyczne), to właśnie przedstawicielka Inspekcji Farmaceutycznej w imieniu strony rządowej zaproponowała, by nie określać minimalnej kary pieniężnej dla podmiotu, który wbrew art. 94a prowadzi reklamę apteki! Przedstawiciele NIA konsekwentnie zabiegali wówczas zarówno o określenie dolnej granicy kary pieniężnej, którą mógłby nałożyć Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, jak i wyższą od przewidzianej w projekcie maksymalną jej wysokość. Podczas rozmów kularowych przedstawicielka Inspekcji Farmaceutycznej zapewniała przedstawicieli biznesu, że ze względu na ograniczone możliwości kadrowe i finansowe nadzór nad przestrzeganiem zakazu reklamy aptek będzie iluzoryczny.

Kampania przeciwników zakazu reklamy aptek miała różne formy i oblicza. W 2013 r. samorząd aptekarski musiał zareagować na tzw. akcję protestacyjną organizatorów Programu 60+, której elementem był list do Ministra Zdrowia. Do listu dołączono pisma podpisane przez „zdezorientowanych starszych pacjentów, którym odbiera się prawo do tańszego leczenia”. W opinii Naczelnej Izby Aptekarskiej wystosowanie tego listu i prowadzenie wspomnianej akcji w okresie konsultacji społecznych nad założeniami do projektu nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych było przemyślanym działaniem lobbującym. W piśmie prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej skrytykowano działania polegające na wciąganiu chorych ludzi do realizacji określonej strategii biznesowej.

Zakazu reklamy aptek i ich działalności bronili sami farmaceuci. W 2013 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało „Projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o refundacji



leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw”, w którym znalazła się propozycja zmiany art. 94a ustawy prawo farmaceutyczne w celu tzw. doprecyzowania zakazu reklamy aptek. Ten postulat był wielokrotnie zgłaszany przez organizacje reprezentujące biznes, zajmujące się lobbieniem etc. (w tej sprawie w 2013 r. wystosowały pismo do Ministra Zdrowia, w którym zawarto nieprawdziwe informacje na temat skutków obowiązywania art. 94a). Środowisko aptekarskie zareagowało szybko i zdecydowanie – pod listem otwartym aptekarzy do Ministra Zdrowia, opracowanym w lipcu 2013 r. przez Naczelną Izbę Aptekarską, podpisało się aż kilka tysięcy farmaceutów, którzy zaprotestowali przeciwko planom ministerstwa i działaniom godzącym w wizerunek apteki jako placówki ochrony zdrowia. Faktyczne poparcie było jeszcze większe, ale wielu farmaceutów zatrudnionych w aptekach sieciowych nie podpisało listu z obawy przed reakcją pracodawcy (właściciela sieci). Pod presją środowiska aptekarskiego Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o wycofaniu ze wspomnianego wyżej projektu założeń propozycji zmiany art. 94a.

W październiku 2013 r. Konfederacja Lewiatan złożyła do Komisji Europejskiej oficjalną skargę na rząd Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie art. 94a ustawy prawo farmaceutyczne, podnosząc, że przepis ten jest sprzeczny z unijną zasadą swobody przepływu towarów oraz swobodą przedsiębiorczości. Lewiatan zarzucił naszemu krajowemu prawu sprzeczność z art. 34 i 49 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, jak również naruszenie przez art. 94a tzw. dyrektywy lekowej w art. 88-90 oraz kilku jeszcze innych przepisów unijnych.

W 2014 r. przy okazji opiniowania projektu ustawy o Karcie Dużej Rodziny prezydent Konfederacji Lewiatan w piśmie do ówczesnego Ministra Pracy i Polityki Społecznej wyraziła ubolewanie, że w procesie wspierania rodzin wielodzietnych w ramach programu Karta Dużej Rodziny nie mogą uczestniczyć apteki, ponieważ uniemożliwia to „konstrukcja obowiązującego przepisu zawartego w art. 94a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. rawo farmaceutyczne”. W efekcie zaproponowano zmianę legislacyjną, polegającą na wprowadzeniu w art. 94a ust. 1 możliwości informowania przez apteki uczestniczące w programie Karta Dużej Rodziny o uprawnieniach do obniżenia poziomu odpłatności za produkty nier refundowane. Stanowisko Naczelnej Izby Aptekarskiej było jednoznaczne: przepisy dotyczące zakazu reklamy aptek są jasne i nie wymagają ani zmian, ani jakichś szczególnie skomplikowanych działań interpretacyjnych. Propozycja zmiany wspomnianej regulacji popierana była przez organizacje reprezentujące różne grupy biznesu podczas prac legislacyjnych w sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia. Do zmiany nie doszło, między innymi na skutek zdecydowanego sprzeciwu Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Proponując zmianę art. 94a ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne (UD374), autorzy projektu powołali się na ustawę o Karcie Dużej Rodziny. Sygnatariusze listu otwartego do Premiera uważają, że nie istnieją żadne przesłanki, które by uzasadniały taką zmianę. Taka jest także opinia Naczelnej Izby Aptekarskiej. W uwagach przesłanych przez samorząd aptekarski do Ministerstwa Sprawiedliwości podkreślono, że uprawnienia przysługujące rodzinom wielodzietnym na podstawie ustawy o Karcie Dużej Rodziny mogą być przyznane przez różne podmioty, na przykład prowadzące działalność leczniczą, które również objęte są zakazem reklamy. „Gdyby uznać, że obowiązujące zakazy reklamy określonych podmiotów lub świadczeń stanowią ograniczenie do przyznawania uprawnień z Karty Dużej Rodziny, to należy dokonać zmiany w ustawie o Karcie Dużej Rodziny, a nie we wszystkich ustawach statuujących takie zakazy” (pismo z 16 października 2018 r. do Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości).



KANADA

NIE TYLKO PACHNĄCA ŻYWICA

„Podczas dyżurów przy telefonie jestem czasami jedynym farmaceutą dostępnym na obszarze większym niż Polska. Niekiedy sytuacje wymagają od nas, kanadyjskich farmaceutów, niezwyklej kreatywności w celu zapewnienia odpowiedniej opieki i dostawy leków” - mówi **dr n. farm. MIKOŁAJ PIEKARSKI**, polski farmaceuta mieszkający w Kanadzie.

Alina Górecka, „Farmacja Wielkopolska”: Ponad cztery lata temu wyjechał Pan do Kanady. Pana żona jest obywatelką tego państwa. Obydwójecie jesteście absolwentami Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wyjechał Pan z Polski jako doktor nauk farmaceutycznych, posiadając cenne doświadczenia zawodowe, uzyskane między innymi w czasie kilku lat pracy w aptece Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu. Jak wygląda możliwość rozpoczęcia pracy zawodowej w Kanadzie przez polskiego absolwenta wydziału farmaceutycznego? Trudna jest nostryfikacja uprawnień zawodowych?

Mikołaj Piekarski: Mam pełne doświadczenie procesu, jaki czeka dyplomowanego farmaceutę, który chce podjąć pracę w zawodzie w Kanadzie. Jest to proces złożony, trudny i długi. Generalnie można go podzielić na trzy etapy:

1. Nostryfikacja dyplomu – czyli uznanie przez komisje kanadyjskie równości poziomu edukacji farmaceutów w Polsce ze standardami kanadyjskimi. Jest to egzamin pisemny, testowy, trwa dwa dni i każdego dnia trzeba odpowiedzieć na 200 pytań testowych. Egzamin ten obejmuje całość wiedzy ze studiów farmaceutycznych – obejmuje pytania z przedmiotów ogólnych, jak i zawodowych.
2. Egzamin państwowy – po pozytywnym zaliczeniu egzaminu nostryfikacyjnego można przystąpić do egzaminów państwowych dla farmaceutów. Etap ten jest wspólny zarówno dla absolwentów

uczelnii kanadyjskich, jak i dla obcokrajowców. Egzamin ten jest odpowiednikiem LEP, który w Polsce dotyczy wyłącznie absolwentów wydziałów lekarskich. Składa się on z dwóch części – pisemnej (egzamin testowy) oraz praktycznej. Część praktyczna polega na odgrywaniu „scenek” dotyczących możliwych sytuacji w aptece lub na rozwiązywaniu konkretnych problemów. Część pisemna jest wymagająca, gdyż obejmuje wiedzę z całego okresu studiów. Część praktyczna z kolei ma swoją własną specyfikę i trzeba znać praktyczne aspekty pracy farmaceuty. Do obu części egzaminu można podchodzić trzykrotnie.

3. Staż w aptece (500 godzin roboczych, bezpłatny) oraz zaliczenie egzaminu z etyki i przepisów prawnych. Egzamin ten jest oddzielny dla każdej prowincji, jako że przepisy w każdej prowincji kanadyjskiej są nieco odmienne.

Tak więc uzyskanie uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu farmaceuty jest procesem żmudnym i wymagającym wiele wysiłku od absolwenta wydziału farmaceutycznego, ale przy dobrej motywacji i odpowiednim przygotowaniu nie ma nic niemożliwego.

Czytelników „Farmacji Wielkopolskiej” interesuje, jak funkcjonuje apteka ogólnodostępna w Kanadzie oraz jak wygląda świadczenie usług farmaceutycznych. Kto może

być właścicielem apteki? Jakie są wymagania lokalowe? Czy apteka wykonuje leki recepturowe? Jaki jest zakres usług farmaceutycznych świadczonych w aptece?

Apteka ogólnodostępna to w odbiorze społecznym wizytówka naszego zawodu – tak jest zarówno w Polsce, jak i w Kanadzie. Jednak samo funkcjonowanie apteki kanadyjskiej różni się znacząco od modelu polskiego. Wynika to z obowiązujących regulacji prawnych, ale również z innego postrzegania zadań farmaceuty w społeczeństwie, które jest rezultatem dostosowywania się środowiska aptekarskiego do zmieniającej się opieki zdrowotnej na przestrzeni lat. Apteka w Kanadzie już jako sam lokal wygląda nieco inaczej i często przypomina duży sklep wielobranżowy lub market spożywczy. Część z lekami to jedna ze składowych całej apteki. Często też apteka znajduje się wewnątrz większych marketów. O ile właścicielem apteki może być teoretycznie każdy, o tyle funkcję kierownika może pełnić jedynie farmaceuta. Działają sieci apteczne, funkcjonujące na różnych zasadach (franczyza, grupy zakupowe itd.), ale są też małe apteki samodzielne, które mają się dość dobrze w mniejszych miejscowościach.

Apteki wykonują leki recepturowe, niektóre się wręcz w tym specjalizują. Przepisy dotyczące leków recepturowych są nieco inne niż w Polsce i głównie stosuje się zalecenia NAPRA, czyli Narodowego Stowarzyszenia Organów Regulujących Przepisy Farmaceutyczne w poszczególnych prowincjach (www.napra.ca). Organizacja ta podaje dokładne wytyczne dla leków recepturowych. Dużym ułatwieniem jest możliwość własnego tworzenia składu leków recepturowych, o ile tylko można znaleźć dla nich uzasadnienie w literaturze fachowej (stabilność, czystość, efektywność, skuteczność).

Jeśli chodzi o usługi farmaceutyczne oferowane w aptece, to na pewno jest duża różnica między Polską a Kanadą. Ponownie mamy tu do czynienia z różnicami pomiędzy prowincjami, ale generalnie trzeba uznać, że farmaceuta w Kanadzie bardziej dba o pacjenta i na bieżąco stara się monitorować jego leczenie. O ile mierzenie ciśnienia możliwe jest już w wielu polskich aptekach, o tyle na przykład szczepienia nie znajdują się w katalogu świadczeń dopuszczonych przez prawo do wykonywania w aptekach. Tymczasem w większości kanadyjskich prowincji farmaceuci mogą zdobyć uprawnienia do wykonywania iniekcji, także podczas studiów farmaceutycznych. Dodatkowo, w niektórych



prowincjach, farmaceuci po odpowiednim szkoleniu mogą uzyskać uprawnienia do wystawiania recept na niektóre grupy leków. Jest to dowód dużego zaufania dla naszego zawodu. Co prawda w mojej prowincji – Kolumbia Brytyjska – takich uprawnień dla farmaceutów jeszcze nie ma, ale są czynione starania, by niedługo takie możliwości dla aptekarzy były.

Praca w aptece ogólnodostępnej to nie jedyne Pana doświadczenie zawodowe w Kanadzie. Obecnie pracuje Pan w aptece szpitalnej. Czyżby zatem właśnie apteka szpitalna, jest tym wybranym już w Polsce miejscem pracy, w którym chce Pan się realizować i rozwijać zawodowo?

Apteka szpitalna była moim wybranym i wymarzonej miejscem pracy od czwartego roku studiów. Miałem szczęście i przyjemność pracować razem z Panią Prezes w szpitalu przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu przez prawie pięć lat. W tym okresie

rozwinąłem się niezwykle nie tylko jako farmaceuta, ale również jako człowiek. Po przeprowadzce do Kanady wiedziałem, że na pewno chciałbym spróbować swoich sił w tym samym środowisku. Po uzyskaniu uprawnień udało mi się znaleźć pracę - zastępstwo na czas urlopu macierzyńskiego - w Centrum Onkologii w Prince George. Onkologia była dla mnie nową dziedziną, ale praca ta pozwoliła mi na zaistnienie w środowisku farmaceutów szpitalnych w Prince George. Po zakończeniu mojego zastępstwa okazało się, że w lokalnym szpitalu uniwersyteckim jest wolny etat i nie omieszkałem z tej okazji skorzystać. Trzeba przy tym zaznaczyć, że Centrum Onkologii i szpital są ze sobą połączone organizacyjnie i ściśle współpracują. Praca w aptece tak wielospecjalistycznego szpitala daje mi dużo satysfakcji i przyjemności. Dużo się nauczyłem, ale wiem, że jeszcze wiele przede mną.

Jakie były Pańskie obowiązki w aptece szpitalnej na początku, a co Pan robi obecnie? Jakie widzi Pan podstawowe różnice w organizacji i funkcjach apteki szpitalnej w Polsce i Kanadzie?

Rozpoczęcie pracy w szpitalu (i w Centrum Onkologii również) wiązało się z koniecznością przejścia okresu szkolenia. Przez kilka tygodni poznawałem różne aspekty pracy w szpitalu, co pozwala łatwiej pracować w okresie późniejszym. Praca farmaceuty szpitalnego w Kanadzie skupia się głównie na weryfikacji zleceń lekarskich. Na początku moim głównym zadaniem było sprawdzanie, czy pisemne zlecenia lekarskie są odpowiednio wprowadzone do systemu komputerowego (lek, pacjent, dawka, okres dawkowania itd.), tak aby wyeliminować potencjalne błędy lekowe, wynikające z błędnego wpisania zlecenia w system. System jakości, w jakim pracuje kanadyjska apteka szpitalna, traktuje wpisywanie lekarskich zleceń papierowych do systemu informatycznego jako punkt procedury obciążony ryzykiem błędu, stąd też niezbędna jest weryfikacja poprawności.

Obecnie mam coraz więcej zadań typowo klinicznych, takich jak wywiad z pacjentem i odpowiednie zalecenia do stosowania leków „domowych”, ustalenie odpowiednich dawek antybiotyków, zlecenie wykonania i analiza poziomów leków we krwi (wankomycyna, aminoglikozydy, fenytoina, karbamazepina itp.), edukacja pacjentów na temat leków (np. w onkologii), przygotowanie recept do wypisu

pacjenta ze szpitala, bieżący monitoring farmakoterapii pacjenta i współpraca z lekarzami w celu jak najlepszego dopasowania leków do pacjenta. Muszę przyznać, że jest to praca wymagająca, ale również dająca niezwykle dużo satysfakcji. Pozwala na rzeczywiste wykorzystanie kompetencji farmaceuty w opiece nad pacjentem. Minimalizuje ryzyko błędów w farmakoterapii. Kanadyjski system opieki nad pacjentem hospitalizowanym potrafi te kompetencje wykorzystać.

Co do różnic pomiędzy apteką szpitalną w Kanadzie i Polsce, to jest ich sporo. Najważniejszą jest liczebność zespołu apteki szpitalnej – gdy opuściłem Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu, apteka szpitalna obsługiwała 900 łóżek, a zespół fachowy liczył dziesięciu farmaceutów i pięciu techników farmaceutycznych. W szpitalu w Prince George mamy 300 łóżek i dwudziestu pięciu farmaceutów, a cała załoga apteki to niemal 70 osób, podczas gdy w Poznaniu było ich zaledwie około dwudziestu! Powoduje to, że rozkład pracy jest zupełnie inny. Inną zasadniczą różnicą jest fakt, że apteka w szpitalu kanadyjskim zajmuje się wyłącznie lekami. Sprzęt jednorazowy, płyny infuzyjne, sprzęt specjalistyczny, materiały opatrunkowe – wszystko to przechodzi przez magazyn, a nie przez aptekę. Nie muszę chyba tłumaczyć, jak znacznie ułatwia to codzienną pracę! Farmaceuci nie muszą się zajmować prostą logistyką magazynową, a ich umiejętności są lepiej wykorzystywane. Dodatkowym ułatwieniem jest fakt, że jako farmaceuta nie muszę przygotowywać postępowań przetargowych czy umów na dostawy. Od tego jest osobny dział zamówień aptecznych, który na bieżąco nadzoruje, co i w jakich ilościach musi być zamówione i od którego dostawcy. Generalnie można by to podsumować jednym stwierdzeniem – w Kanadzie apteka szpitalna jest od leków, a farmaceuta to specjalista od leków, który czuwa nad bezpieczeństwem leków oraz bezpieczeństwem farmakoterapii pacjenta.

Czy studia farmaceutyczne w Polsce przygotowują w pełni do wykonywania tego zawodu w innym systemie ochrony zdrowia, na przykład kanadyjskim?

To ciekawe pytanie i pozwolę sobie na nie odpowiedzieć w dwojaki sposób. Uważam, że studia farmaceutyczne nie przygotowują w pełni do wykonywania tego zawodu w Kanadzie, tak samo jak studia

w Kanadzie nie przygotowują farmaceuty do pracy w Polsce. Studia farmaceutyczne przygotowują teoretycznie do wykonywania zawodu farmaceuty. Uważam, że absolwenci farmacji w Polsce jak najbardziej są w stanie pracować w Kanadzie i to z sukcesami. Uważam, że nasze studia są nawet niekiedy lepsze niż kanadyjskie, bo student, jeśli tylko chce, ma możliwość wykonywania wielu rzeczy praktycznie, nie na symulowanych preparatach, tylko na prawdziwych lekach, które będą podane pacjentowi. W Kanadzie, mimo że studenci mają wiele godzin zajęć praktycznych, z powodu ograniczeń prawnych dopiero po zakończeniu studiów farmaceuta ma możliwość nabrania doświadczenia i wykorzystania w praktyce pełni swoich umiejętności. W moim odczuciu studia w Polsce przygotowują lepiej do podejmowania ważnych decyzji zawodowych.

Czy były jakieś ciekawe sytuacje, problemy farmaceutyczne, jakie przyszło Panu rozwiązać jako farmaceucie szpitalnemu?

Pracując na północy Kolumbii Brytyjskiej, jedną z podstawowych okoliczności, którą trzeba brać pod uwagę, to przestrzeń. Aby to zobrazować, powiem tak – mój „oddział NFZ”, dla którego pracuję, zajmuje powierzchnię większą niż Polska! A mieszka tu tylko 300 tysięcy ludzi. Odległości pomiędzy miejscowościami są znaczne. Niekiedy trzeba jechać 6-7 godzin do najbliższego szpitala. Powoduje to czasem znaczne wyzwania logistyczne. Jednym z ciekawszych problemów, z jakimi musiałem się zmierzyć, była sytuacja związana ze zdarzeniem w małej osadzie górniczej na północy kraju, oddalonej około trzech godzin jazdy samochodem od najbliższej stacji medycznej, a prawie 6 godzin od najbliższego szpitala. W czasie sobotniego dyżuru odebrałem telefon z informacją, że pacjent ma poważną infekcję skóry, wymagającą podania dożylnych antybiotyków. Niestety, z racji ograniczeń w uprawnieniach obsługi medycznej tej osady pacjent mógł otrzymać lek tylko w postaci zastrzyku domięśniowego. Moim zadaniem było znalezienie antybiotyku, który byłby skuteczny w leczeniu danej infekcji, który można by było podać domięśniowo i który oczywiście byłby dostępny w tej osadzie. Było to nie lada wyzwanie. Generalnie najciekawsze problemy pojawiają się podczas dyżurów przy telefonie. Jestem wówczas jedynym farmaceutą dostępnym na obszarze większym niż Polska

(na pewno od godziny 22.00 do 7.00)! Czasami sytuacje wymagają od nas, kanadyjskich farmaceutów, niezwyklej kreatywności w celu zapewnienia odpowiedniej opieki i dostawy leków.

Jaką pozycję ma kierownik apteki szpitalnej w kadrze zarządzającej szpitalem?

Kierownik apteki szpitalnej to ważna postać w szpitalu. Musi zapewnić sprawne działanie jednej z najważniejszych komórek szpitala, a także udzielać informacji dla lekarzy, jakie usługi farmaceutyczne apteka może świadczyć dla pacjentów. Na jego barki spada również stałe doskonalenie systemu jakości świadczonych usług poprzez przygotowanie i wdrażanie nowych procedur, na przykład w razie



STUDIA FARMACEUTYCZNE W POLSCE LEPIEJ PRZYGOTOWUJĄ DO PODEJMOWANIA WAŻNYCH DECYZJI ZAWODOWYCH NIŻ UCZELNIE KANADYJSKIE

zmiany przepisów. Kierownik apteki w Kanadzie nie musi się zajmować przetargami czy umowami na dostawy leków. Jest to bardzo duże ułatwienie dla każdego kierownika apteki szpitalnej. Jego rola to rola menagera, który dba, by cała zespół apteki funkcjonował sprawnie i profesjonalnie.

Jak ustalone są ceny leków w obrocie apteki szpitalnej? Przetargi?

Jak już wspominałem, każda apteka szpitalna ma dział odpowiedzialny za zamówienia i dostawy leków. W Kolumbii Brytyjskiej dodatkowo istnieje coś na kształt receptariusza publicznego. Zawiera on leki, które są refundowane w ramach opieki szpitalnej (i tylko szpitalnej, obrót w aptekach ogólnodostępnych to osobny temat). Receptariusz ten jest ustalany przez grono ekspertów i na bieżąco



W KANADZIE DZIAŁAJĄ
ZARÓWNO SIECI
APTECZNE, JAK I MAŁE
APTEKI PROWADZONE
PRZEZ NIEZALEŻNYCH
APTEKARZY

<https://www.yelp.ca/biz/life-pharmacy-caledon-2>

aktualizowany w oparciu o najnowsze doniesienia naukowe i kliniczne. Stanowi to duże ułatwienie dla zaopatrzenia szpitali, gdyż w zasadzie każdy szpital w prowincji operuje tymi samymi lekami. Dodatkowym ułatwieniem jest tzw. procedura zamiennika terapeutycznego. Oznacza to, iż dla danej grupy terapeutycznej (przykładowo inhibitory konwertazy angiotensyny) ustalany jest lek wiodący (na przykład ramipril). Szpital zaopatruje się maksymalnie w dwa – trzy leki z danej grupy. Jeśli pacjent zażywa inny preparat niż któryś z tych trzech, to jego lek „domowy” jest automatycznie zamieniany na lek wiodący z grupy. Farmaceuta pisze odpowiednie zlecenie dla oddziału i pacjent otrzymuje zamiennik w czasie pobytu w szpitalu. Eliminuje to konieczność zamawiania leków „pod pacjenta”, optymalizuje aspekty farmakoeconomiczne, a dodatkowo ułatwia prowadzenie terapii. Dla przykładu podam, że w moim szpitalu z grupy inhibitorów pompy protonowej złotym standardem jest pantoprazol i większość pacjentów w trakcie hospitalizacji jest przestawiana na ten lek. Dodatkowo posiadamy

esomeprazol dla pacjentów z utrudnionym połknięciem lub żywnością za pomocą dostępu dojelitowego (z racji możliwości zawieszenia tabletki w małej ilości wody), a także omeprazol stosowany do wykonywania zawiesin dla pacjentów pediatrycznych (i tylko dla nich). Muszę przyznać, że znacznie ułatwia to codzienną pracę, zwłaszcza że decyzja o zamianie należy tylko i wyłącznie do farmaceuty. Oczywiście pacjent zawsze ma możliwość stosowania własnych leków, ale wymaga to odnotowania w dokumentacji medycznej pacjenta. Ceny leków są również ustalone centralnie, poza szpitalem, gdyż to rząd prowincji ustala, ile jest w stanie zapłacić za dany lek. Ceny te są jednakowe w całej prowincji.

Kto się zajmuje merytorycznie wyrobami medycznymi w kanadyjskim szpitalu?

Zarządzanie wyrobami medycznymi w kanadyjskim szpitalu to kolejne ułatwienie dla apteki szpitalnej. Jak już wspomniałem, apteka nie zajmuje się wyrobami medycznymi. Większość sprzętu medycznego przechodzi przez magazyn ogólny wyrobów

medycznych. Każdy szpital ma osobny dział aparatury biomedycznej, który zajmuje się obsługą większości sprzętu używanego w szpitalu. Opatrunki i płyny medyczne są zamawiane przez magazyn, podobnie jest na przykład z płynami do dializ. Co ciekawe, apteka nie zajmuje się również preparatami krwiopochodnymi, takimi jak czynniki krzepnięcia czy immunoglobuliny. To zadanie banków krwi – one zapewniają zaopatrzenie szpitala w krew i wszystkie preparaty krwiopochodne.

Jak wygląda kształcenie podyplomowe farmaceutów w Kanadzie?

W Kanadzie brak jest specjalizacji, które mamy w Polsce. Farmaceuta rozwija się głównie poprzez pracę i kursy w ramach obowiązkowego szkolenia ciągłego. Nie jest to jedyna możliwość rozwoju, ale na pewno najczęściej spotykana. Podobnie jak w Polsce wymagane jest okresowe potwierdzenie udziału w szkoleniu ciągłym. W Kolumbii Brytyjskiej co roku należy się rozliczyć z punktów edukacyjnych. Odbywa się to w pełni elektronicznie za pośrednictwem Internetu. Potwierdzenie uzyskania odpowiedniej ilości punktów edukacyjnych jest niezbędne do odnowienia ważności prawa wykonywania zawodu. Istnieje także możliwość rozwoju poprzez uregulowane programy stażowe. Są to najczęściej roczne kursy, w ramach których farmaceuta pracuje w szpitalu jako stażysta. Oznacza to, że wykonuje normalną pracę oraz różne projekty w celu dodatkowego rozwinięcia swoich umiejętności. Składową całego programu jest również przeprowadzenie projektu naukowego i przedstawienie jego rezultatów na zakończenie kursu. Programy stażowe są oferowane w całym kraju w różnych szpitalach, a proces aplikacji jest zarządzany przez Kanadyjskie Towarzystwo Farmacji Szpitalnej (Canadian Society of Hospital Pharmacy CSHP).

Czy przynależność do samorządu zawodowego jest obligatoryjna?

Izby aptekarskie działają w każdej prowincji i mają pełną autonomię. Oznacza to, że każda prowincja może mieć odmienne przepisy regulujące pracę farmaceuty. Oczywiście przepisy te muszą się mieścić w ogólnych ramach wytyczonych przez rozporządzenia rządowe, ale prowincje mają pełną swobodę w regulowaniu działalności farmaceutów na ich

terytorium. W związku z tym, jeżeli farmaceuta chce pracować w danej prowincji, to musi być członkiem danej izby aptekarskiej (College of Pharmacy albo College of Pharmacists). Dodatkowo w niektórych prowincjach przed rozpoczęciem pracy należy zdać egzamin ze znajomości przepisów i etyki zawodowej. Farmaceuta może być jednocześnie członkiem kilku izb aptekarskich i wykonywać pracę na terytoriach różnych prowincji. Nie ma składek miesięcznych, natomiast co roku należy odnowić ważność prawa wykonywania zawodu i wtedy uiszcza się tzw. opłatę licencyjną. W Kolumbii Brytyjskiej wynosi ona około 700 dolarów rocznie – niektórzy pracodawcy oferują



W KANADZIE APTEKA SZPITALNA JEST OD LEKÓW, A FARMACEUTA TO SPECJALISTA OD LEKÓW, KTÓRY CZUWA NAD BEZPIECZEŃSTWEM FARMAKOTERAPII PACJENTA

pokrycie kosztów licencyjnych jako dodatkowy bonus w ramach umowy o pracę. Farmaceuci mogą być też członkami różnych organizacji aptekarskich, które oferują im wiele pomocy naukowych i zawodowych. Do najpopularniejszych należą: Kanadyjskie Towarzystwo Farmaceutyczne (CPA), Kanadyjskie Towarzystwo Farmacji Szpitalnej (CSHP) oraz Towarzystwa Farmaceutyczne danej prowincji (na przykład BcPA).

Serdecznie dziękuję za rozmowę. Takie przekazy pozwalają farmaceutom szpitalnym w Polsce nie tylko uświadomić sobie, jaka jest rola apteki szpitalnej w systemie opieki szpitalnej w Polsce i Kanadzie. Pojawia się także refleksja na temat koniecznych zmian, które rozwiną we właściwym kierunku aktywność apteki szpitalnej. Czekam również sporo działań zmierzających do zmiany funkcji farmaceuty szpitalnego w opiece nad chorym hospitalizowanym. Rozwój systemu opieki szpitalnej bez tego nie będzie możliwy, na co wskazują zarówno doświadczenia kanadyjskie, jak i doniesienia z krajów europejskich.

**Rozmawiała ALINA GÓRECKA
„Farmacja Wielkopolska”**

MARCIN JÓZEFIAK

BON VOYAGE?

Wakacje letnie minęły, pozostawiając mniej lub bardziej miłe wspomnienia z pobytu w krajowym lub zagranicznym kurorcie. Coraz bliżej jednak do ferii zimowych, które jedni planują spędzić na słonecznej plaży, a inni na ośnieżonym stoku. Do domu nie zawsze wracamy zadowoleni. Nie jest źle, jeżeli obniżony nastrój po powrocie z urlopu związany jest tylko z tęsknotą za miejscem, w którym dobrze się bawiliśmy, ale zdecydowanie gorzej, kiedy po przyjeździe nie opuszcza nas stres wywołany różnymi przykrymi zdarzeniami. Bywa przecież, że czas urlopu uprzykrzyło nam szukanie bagażu, wielogodzinne czekanie na opóźniony samolot czy zmaganie się z objawami zatrucia pokarmowego.

Ponadto część biur podróży organizuje wypoczynek niezgodny z przedstawioną nam ofertą. Zdarza się, że piękne zdjęcia w folderze i widok z naszego pokoju to całkiem inna rzeczywistość. Wykupiony pokój dla dwóch osób dorosłych i dwojga dzieci okazuje się być pokojem z jednym łóżkiem podwójnym i dwoma leżankami. Klimatyzacja w pokoju to po prostu wentylator, a wyżywienie all inclusive to na przykład ciemne pieczywo, serek i dżem. Cóż więc możemy zrobić, jeśli nie chcemy ograniczyć się do wyładowania agresji na rezydencie naszego biura podróży (o ile oczywiście w ogóle rezydent będzie)?

Z rozwiązaniem przychodzi nam Unia Europejska. W pierwszej kolejności musimy udokumentować wszystkie niedogodności i niezgodności naszego wypoczynku z tym, co było w ofercie biura podróży i za co zapłaciliśmy.

Robienie zdjęć, nagrywanie filmów, branie adresów korespondencyjnych od innych osób (świadków) czy też uzyskanie oświadczenia rezydenta w znaczący sposób ułatwi dochodzenie odszkodowania od nieuczciwego biura.

Uzbrojeni w dowody możemy po powrocie z wycieczki wystąpić do organizatora z reklamacją i wezwaniem do zapłaty. W określeniu kwoty dochodzonego odszkodowania pomocna będzie tzw. tabela frankfurcka, określająca, jaki procent uiszczony ceny biuro musi nam zwrócić za każdą niedogodność. Oto przykłady:

1. Różnica w odległości hotelu od plaży: 5%.
2. Brak widoku na morze (widok na ulicę oraz śmietniki): 10%.
3. Wady w wyposażeniu pokoju – brak klimatyzacji (zabrudzona, zagrzybiona, nieoczyszczona, przestarzała klimatyzacja, która nie spełniała swojego celu): 15%.
4. Uszkodzenia (odpadający tynk, grzyb, brud, rdza): 40%.
5. Robactwo (na przykład karaluchy): 40%.
6. Awaria urządzeń zasilających – niesprawną toaleta (cieknąca woda, brud): 15%.
7. Awaria urządzeń zasilających – klimatyzacja (awarie w trakcie pobytu, wielokrotne wyłączenia): 15%.
8. Obsługa – niewystarczająca zmiana pościeli, brak ręczników plażowych: 5%.
9. Niedogodności – przykre zapachy spowodowane stanem sanitarno-higienicznym hotelu, niewyniesieniem przez obsługę brudnych talerzy, niesprzątaniem plaży: 10%.
10. Wyżywienie – wady treściowe – monotony i bardzo ubogi jadłospis, brak napojów w restauracji: 5%.
11. Wyżywienie – wady treściowe – niewystarczająca liczba ciepłych posiłków dla wszystkich klientów oraz niezuzupełnianie braków: 10%.



MARCIN JÓZEFIAK

Radca prawny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Kurator dla osób fizycznych i prawnych, autor publikacji z zakresu prawa podatkowego i administracyjnego. Posiada wieloletnie doświadczenie w zakresie w obsłudze prawnej firm, samorządów i osób prywatnych.

Prowadzi kancelarię:

www.jozefiak.org,
www.-zj-kancelaria.pl.

12. Wyżywienie – wady treściowe – nienadające się do spożycia posiłki: 30%.
 13. Obsługa – zabrudzone, niesprzątane na bieżąco stoły: 10%.
 14. Obsługa – zabrudzone naczynia i sztućce: 10%.
 15. Pozostałe – zabrudzony, nieczyszczony i niezamykany na noc basen z mętną, brudną wodą: 15%.
 16. Pozostałe – zanieczyszczona plaża, stłuczone szkło, butelki po alkoholu, niedopałki papierosów na stołach: 20%.
 17. Pozostałe – brak leżaków plażowych (poniszczona infrastruktura oraz niewystarczająca liczba leżaków): 5%.
 18. Pozostałe – brak snack baru oraz baru plażowego: 5%.
- Łącznie stopa procentowa – 265%.

Co ważne, procenty się sumują, tym samym organizator będzie musiał zapłacić odszkodowanie w wysokości przekraczającej koszt wycieczki. Tabela dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (<https://uokik.gov.pl/download.php?plik=9434>).

Oprócz powyższego możemy także domagać się zadośćuczynienia w wysokości poniesionych kosztów wycieczki. Jeżeli organizator nie uzna naszej reklamacji, możemy wystąpić na drogę postępowania sądowego i dochodzić naszych praw.

Należy pamiętać, że powyższe odszkodowanie i zadośćuczynienie dotyczy indywidualnie każdej osoby, która wykupiła wycieczkę. 🌿



KALEKI, INWALIDZI I NIEPEŁNOSPRAWNI

Wizję osób z niepełnosprawnością ruchową przedstawił w 1568 r. Pieter Bruegel na niewielkim obrazie pt. „Kalecy”¹.

Widzimy okaleczone wraki ludzkie, pozbawione częściowo kończyn, z prymitywnymi protezami, podpórkami i drewnianymi wózkami ułatwiającymi przemieszczanie. Całość kompozycji utrzymana w szarej kolorystyce wywołuje w widzu skojarzenie z biedą i wykluczeniem. Ceglany mur z bramą, stanowiący tło obrazu, lokuje w naszej wyobraźni namalowaną grupę przy wejściu na cmentarz. Malując ten alegoryczny obraz, Pieter Bruegel dał wykładnię pozycji społecznej kalek w XVI w., którzy zawieszeni pomiędzy życiem a śmiercią, pozbawieni wszelkich praw, utrzymywali się przy życiu z datków rzucanych przez przechodniów

Na przestrzeni wieków nie tylko definicja kaleki wyróżniała ludzi z dysfunkcjami narządów ruchu ze zdrowego społeczeństwa. Kaleka postrzegany był jako człowiek drugiej kategorii i w zależności od rodzaju niepełnosprawności mógł uczestniczyć w życiu danej społeczności lub być wyrzucony poza nawias. Jeżeli znajdował zatrudnienie, to było to stanowisko ukryte

w głębi warsztatu i słabo opłacane. Ale kalectwo dotyczyło nie tylko biedoty. Zdeformowane dzieci rodziły się również w rodzinach arystokratycznych, a wypadki zdarzały się wszędzie.

Początkowo prowadzono badania wśród biedoty, zakładając, że po usprawianiu osoby kalekie staną się sprawnymi członkami społeczeństwa, zdolnymi do pracy. Już w XVIII w. francuski chirurg Mikołaj Andry wprowadził

pojęcie ortopedii, wydając w 1741 r. podręcznik pt. „Ortopedia czyli sztuka zapobiegania i poprawiania zniekształceń ciała u dzieci”². W pierwszym etapie badań była to chirurgia zachowawcza, czyli unieruchamianie zwichniętych lub złamanych kończyn. W miarę postępu technik operacyjnych zaczęła się ona przeradzać w chirurgiczno-krwawą³. Pierwsze szkoły ortopedyczne i ośrodki naukowo-lecznicze „powstały



PIETER BRUEGEL, KALECY, 1568, TEMPERA NA DESCE, 18 × 21 CM, LUWR

w dawnych szkołach dla dzieci rachitycznych”⁴. Dopiero w XIX w. zaczęto poważnie traktować problem niepełnosprawności ruchowej człowieka.

Utworzenie poznańskiego zakładu ortopedycznego w 1913 r. ma swoje źródło „w pociągu kursującym na trasie Poznań – Berlin”. Podczas podróży w 1910 r. prof. Ireneusz Wierzejewski, który ukończył studia medyczne w Niemczech, spotkał

niepełnosprawną hrabinę Helenę Gąsiorowską, spadkobierczynię dóbr bytyńskich. Za namową lekarza podjęła ona decyzję o utworzeniu instytucji dobroczynnej i przeznaczaniu dwóch milionów marek niemieckich na otwarcie w Poznaniu „zakładu dla kalek”. Aby zrealizować zadanie, powstało towarzystwo Charitas, w zarządzie którego zasiadali przedstawiciele ziemiaństwa wielkopolskiego

pod przewodnictwem hrabiego Stanisława Turno. W dzielnicy Łazarz zakupiono od fabrykanta Napoleona Urbanowskiego willę miejską z dużym ogrodem⁵. Projekt adaptacji budynku i przystosowanie do nietypowej funkcji szpitala ortopedycznego powierzono architektowi Mieczysławowi Powidzkiemu⁶. Unikatowym zabiegiem architektonicznym, ingerującym w klasycyzujące elewacje, była



APTEKA PRZY PLACU CYRYLA RATAJSKIEGO W POZNANIU Z PODJAZDEM DLA NIEPEŁNOSPRAWNYCH



DAWNE SCHODY ZABIEGOWE DO APTEKI PRZY PLACU CYRYLA RATAJSKIEGO

dobudowa szerokich tarasów, na których leczono gruźlicę kości promieniami słonecznymi⁷. W 1913 r. prof. Ireneusz Wierzejewski, zwany ojcem polskiej ortopedii, tak definiował powstanie poznańskiego szpitala ortopedycznego: „(...) leczenie niezdolnych do pracy kalek, by uczynić ich zdolnymi do zarobkowania, czyli z żebraków stworzyć dodatnich członków narodu”⁸. Pomieszczenia zakładu zaprojektowano na podstawie szczegółowych wytycznych prof. Ireneusza Wierzejewskiego i wyposażono w najnowocześniejszy sprzęt według europejskich standardów. Wyodrębniono trzy strefy hospitalizacji pacjentów: diagnostykę, leczenie oraz rehabilitację⁹. Integralną częścią zakładu był gabinet profesora z biblioteką, w którym odbywały się dyskusje

naukowe, seminaria i wykłady. Po przeciwnej stronie ulicy zlokalizowano warsztaty ortopedyczne, w których wykonywano protezy według projektów prof. Ireneusza Wierzejewskiego. W pomieszczeniach

laboratoryjnych w ramach doświadczeń naukowych hodowano zwierzęta, którym przeszczepiano ścięgna i nerwy¹⁰. Koszty leczenia pacjentów, rehabilitacji i urządzeń ortopedycznych były pokrywane z odsetek od kapitału zdeponowanego przez fundatorkę – Helenę Gąsiorowską¹¹.

Powoli wśród ludzi z dysfunkcjami ruchowymi wzrastała świadomość możliwości operacyjnego usprawnienia kalectwa i powrotu do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Obok aptek zaczęły powstawać zakłady rzemieślnicze, oferujące szeroki zakres uzupełniających lub zastępujących części ciała protez. W Poznaniu przy Alejach Marcinkowskiego 24 działał w podwórzu warsztat Piotra Niedzieli, który tak reklamował swoje wyroby: „Sztuczne nogi, ręce, piersi, aparaty – gorsety – wkładki – obuwie ortopedyczne i najnowsze paski rupturowe”¹².

Dopiero na początku XXI wieku nastąpiła całkowita integracja osób niepełnosprawnych ze sprawnym społeczeństwem.

Nie polegało to tylko na likwidacji barier architektonicznych, ale przede wszystkim na zniesieniu barier w świadomości społecznej

Po zakończeniu II wojny światowej słowo kaleka nabrało pejoratywnego znaczenia i zostało zastąpione słowem inwalida. Ogromna grupa żołnierzy poszkodowanych podczas działań wojennych zyskała przywileje przynależne inwalidom wojskowym. Uprawnienia obejmowały również ich rodziny i skutkowały darmowymi lekami oraz szybkim dostępem do wszystkich służb ochrony zdrowia publicznego. Wyróżniano również inwalidztwo nabyte wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej i tych inwalidów zaliczano do grupy inwalidów cywilnych¹³. W budownictwie lat sześćdziesiątych XX w. nie zakładano samodzielnego poruszania się inwalidów w przestrzeni miejskiej. Jako przykład można przytoczyć powstały w latach 1952-1957 r. w ramach odbudowy zniszczonego Poznania socrealistyczny kompleks budynków na placu Młodej Gwardii (obecnie Cyryla Ratajskiego). Autorami byli architekci Zygmunt Łomski i Adam Hahna¹⁴. Jednym z lokali handlowych w przestrzeni parteru była apteka, która stanowi doskonały przykład projektowania technologicznego przestrzeni dla służby zdrowia bez uwzględnienia potrzeb pacjentów. Apteka spełniała wszystkie obowiązujące ówczesne kryteria. Przede wszystkim duże magazyny, ponieważ dostawy leków i opatrunków odbywały się raz w miesiącu, reprezentacyjny pokój kierownika, pomieszczenie receptury i laboratorium. Pomyślano również o komforcie pracy farmaceutów, projektując

pokój socjalny i oddzielną toaletę. Natomiast dla pacjenta zaprojektowano niewielką izbę ekspedycyjną. Pierwsze stoły z szybami, które stanowiły barierę pomiędzy pacjentem i aptekarzem. Wejście do izby ekspedycyjnej poprzez wąskie zabiegowe schody było nie tylko nieadekwatne do reszty projektu, ale wręcz kuriozalne. Ponieważ przestrzeń izby ekspedycyjnej dostępna dla pacjenta była bardzo mała, kolejka stała na schodach, a bardzo często i na dworze. Pacjenci, którzy odeszli od okienka, przeciskali się na wąskich, stromych schodach pomiędzy kolejkowiczami¹⁵. Bezpośredni zakup leków i opatrunków przez ludzi starych i niepełnosprawnych był w tej aptece nierealny. Nie był to jedyny przykład traktowania inwalidów jako społeczności wystawionej poza nawias ludzi zdrowych. Również Apteka pod Gwiazdą przy ul. Kraszewskiego 12, w Poznaniu została przebudowana i przystosowana do „komfortowej obsługi załogi”.

W piwnicach zlokalizowano magazyny i strefę socjalną, co skutkowało podwyższeniem stropu parteru i wyniesieniem wejścia do apteki o ok. 1,5 m. Aby wejść do izby ekspedycyjnej, pacjent musiał pokonywać strome schody.

W Konstytucji RP art. 67 stanowi: „obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo”¹⁶. W latach dwudziestych XX w. słowo inwalida zamieniono na osoba niepełnosprawna. Rozpoczął się w projektowaniu architektonicznym odwrót od utrudniania dostępu osobom niepełnosprawnym do aptek i obiektów służby zdrowia. Już w 1995 r. wprowadzono obowiązek budowania podjazdów dla aptek zlokalizowanych powyżej poziomu o. Na przełomie 1999/2000 Polska, uwzględniając wytyczne Unii Europejskiej, zaczęła dążyć do samodzielnego poruszania się osób niepełnosprawnych



KIEROWNIK APTEKI PRZY PLACU CYRYLA RATAJSKIEGO W POZNANIU MGR FARM. JOLANTA JASTRZĄB I MGR FARM. MARTA CZAJA



dr **HANNA CYTRYŃSKA**

Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Sztuk Plastycznych (obecnie Uniwersytet Artystyczny) w Poznaniu. Doktorat uzyskała na Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie. W działalności naukowo-badawczej zajmuje się następującymi obszarami problemowymi: tworzeniem strefy emocjonalnej w projektowanym wnętrzu dla człowieka lub grupy poprzez transpozycję wnętrza duchowego lub świadomości zbiorowej; korelacją przestrzeni architektonicznych i naturalnych krajobrazów; studiami nad prawidłowym układem przestrzennym wnętrz mieszkalnych i użyteczności publicznej, pomiędzy pomieszczeniami o różnym przeznaczeniu. W swojej pracowni architektonicznej realizuje projekty architektury oraz wnętrz hoteli, klasztorów, aptek, gabinetów lekarskich, restauracji oraz pomieszczeń biurowych. Jest autorką publikacji na temat wnętrz aptecznych i sklepów Pewex. Tworzy unikatowe egzemplarze bizuterii, które stanowią portrety duchowe modela. Uczestniczy w konferencjach naukowych dotyczących rozważań nad przestrzeniami naturalnymi i wirtualnymi.

w przestrzeni publicznej. Dziennik Ustaw z 2005 r. (nr 75) zdefiniował szerokość i kąt nachylenia pochylni dla osób niepełnosprawnych¹⁷. W aptecze przy ul. 28 Czerwca

1956 r. w Poznaniu przy schodach zamontowano platformę dla wózków inwalidzkich. Apteka Pod Niedźwiedziem przy ul. Głogowskiej w stolicy Wielkopolski zakupiła wciągarkę gąsienicową, aby pomóc osobom niepełnosprawnym wjechać do izby ekspedycyjnej i samodzielnie dokonać zakupów.

Nie tylko niepełnosprawni z dysfunkcją ruchu doczekali się lepszego traktowania. W 2005 r. weszła w życie dyrektywa 2004/27/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej, dotycząca zamieszczania na opakowaniach leków napisów w alfabecie brajla¹⁸. Po latach swoistą metamorfozę przeszła omawiana wyżej apteka przy poznańskim placu Cyryla Ratajskiego. W ramach wygodniejszego dostępu do zakupów osobom niepełnosprawnym i kobietom z wózkami zamknięto klatkę schodową z kuriozalnymi schodami zabiegowymi. Zbudowano wygodny podjazd dla osób niepełnosprawnych z prawidłowo zaprojektowaną barierką. W dawnym magazynie zlokalizowano dużą i wygodną izbę ekspedycyjną. Dzisiaj wszystkie

osoby bez względu na dysfunkcje narządów ruchu, z kulami, balkonnikami czy jeżdżący na wózkach inwalidzkich mogą w aptecze zrobić zakupy. Ponieważ dużą grupę pacjentów stanowią matki z dziećmi, kierownik apteki mgr farm. Jolanta Jastrząb podjęła decyzję o ustawieniu w przestrzeni izby ekspedycyjnej kolorowego stoliczka z krzeselkami dla dzieci. Dodatkowym ułatwieniem jest specjalne stoisko przeznaczone do obsługi osób starszych lub inwalidów w pozycji siedzącej¹⁹. W ramach opieki farmaceutycznej apteka organizuje dla seniorów i niepełnosprawnych prelekcje i wykłady.

Przyglądając się, jak na przestrzeni wieków zmieniało się postrzeganie kalek i inwalidów, można wysnuć konkluzję, że dopiero na początku XXI w. nastąpiła całkowita integracja osób niepełnosprawnych ze sprawnym społeczeństwem. Nie polegało to tylko na likwidacji barier architektonicznych, ale przede wszystkim na zniesieniu barier w świadomości społecznej. 🍃

¹ Obraz Pietera Bruegla „Kalecy”, 1568 r., namalowany na desce w technice temperry, 18x21 cm, Luwr

² B. Seyda, Dzieje medycyny w zarysie, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, s. 306

³ B. Seyda, Dzieje medycyny w zarysie, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, s. 306

⁴ B. Seyda, Dzieje medycyny w zarysie, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, s. 307

⁵ Redakcja J. Pazder, Poznań. Przewodnik po zabytkach historii, Wydawnictwo Miejskie, 2010, s. 320

⁶ A. Paradowska, Przeciw chorobie. Architektura szpitalna Wielkopolski w dwudziestolecu międzywojennym, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2015, s. 212

⁷ Helioterapia – dział fototerapii polegający na leczeniu naturalnym światłem słonecznym

⁸ W. Pankowski, Rys historyczny Wojewódzkiego Szpitala Ortopedycznego przy ul. Gąsiorowskich w Poznaniu, Księga pamiątkowa w 90-lecie Ortopedii Poznańskiej 1913-2003

⁹ A. Paradowska, Przeciw chorobie. Architektura szpitalna Wielkopolski w dwudziestolecu międzywojennym, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2015, s. 212

¹⁰ A. Lempicki, Ireneusz Wierzejewski – twórca ortopedii poznańskiej, Księga pamiątkowa w 90-lecie Ortopedii Poznańskiej 1913-2003, s. 24

¹¹ M. Lubecki, Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku, Poznań 2010, s. 22, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/185423/index.pdf>, dostęp 29. 07. 2018, h 23

¹² H. Cytryńska, Poznańskie apteki. Historia, wnętrza, wyposażenie, s. 56

¹³ Mała Encyklopedia Powszechna PWN, Państwowe Wydawnictwo Naukowe w Warszawie, 1959, s. 356

¹⁴ H. Marcinkowski, W. Milewski, E. Pawłowicz, R. Pawuła-Piwo-warczyk, Z. Skupniewicz, L. Wejchert, Wspomnienia poznańskich architektów 1945-2005, Projekt Miasto, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2013, s. 104

¹⁵ Wspomnienia własne

¹⁶ Konstytucja RP, rozdz. II, art. 67

¹⁷ Dziennik Ustaw, nr 75 z 15 czerwca 2005 r., rozdział 4, Schody i pochylnie, s. 5213.

¹⁸ Wywiad z dr. n. farm. Grzegorzem Pakulskim, Wielkopolskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym w Poznaniu

¹⁹ Relacja mgr farm. Jolanty Jastrząb, kierownika apteki Optima przy placu Cyryla Ratajskiego w Poznaniu

XXVI ŚWIĘTO APTEKARZY

Po raz XXVI wielkopolscy farmaceuci obchodzili Święto Aptekarzy pod patronatem świętych braci męczenników Kosmy i Damiana. Organizatorzy obchodów – Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i jego Sekcja Historii Farmacji – zaprosili do wspólnego świętowania farmaceutów z całej Wielkopolski, ich rodziny i studentów Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



Margorzata Gielniak

OBCHODY TEGOROCZNEGO ŚWIĘTA APTEKARZY ROZPOCZĘŁY SIĘ TRADYCYJNIE MSZĄ ŚWIĘTĄ W POZNAŃSKIEJ FARZE

W uroczystości wzięli udział przedstawiciele władz uniwersyteckich: dziekan Wydziału Farmaceutycznego UM prof. dr hab. Lucjusz Zaprutko, prodziekan ds. studenckich kierunku farmacja prof. dr hab. Anna Jelińska oraz prodziekan ds. nauki prof. dr hab. Tomasz Gośliński. Naszymi gośćmi byli także reprezentanci Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – wiceprezes WIL dr n. med. Krzysztof Kordel i przewodnicząca Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji WIL lek. dent. Katarzyna Bartz-Dylewicz.

Obchody XXVI Święta Aptekarzy w sobotę 6 października 2018 r. rozpoczęły się w bazylice kolegiackiej Matki Boskiej Nieustającej Pomocy i św. Marii Magdaleny w Poznaniu. Mszę świętą w intencji wielkopolskich aptekarzy i ich rodzin celebrował proboszcz poznańskiej Fary ksiądz kanonik Mateusz Misiak. Zgromadzeni modlili się również za zmarłych ostatnio farmaceutów, członków Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Homilię wygłosił ks. dr Adam Sikora, duszpasterz służby zdrowia Archidiecezji Poznańskiej. Mówiąc o tożsamości farmaceuty, kapłan podkreślił, że jest to „powołanie zawodowe, a więc musi być realizowane z pełnym profesjonalizmem”, który znajduje wyraz między innymi w spojrzeniu na człowieka-pacjenta postrzeganego w jego psychosomatycznej całości i jedności. Ks. Adam Sikora zwrócił też uwagę na rolę edukacyjną tego zawodu, „która dzięki łatwości kontaktu chorego z farmaceutą i funkcjonowania farmaceuty jako zawodu zaufania publicznego jest nie do przecenienia”.

W oficjalnej części uroczystości aptekarzy i zaproszonych gości powitały prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Alina Górecka i prezes Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego prof. dr hab. Barbara Zielińska-Psuj. „W setną rocznicę Powstania Wielkopolskiego 1918-1919: udział aptekarzy w powstaniu” – to tytuł wykładu, który w poznańskiej Farze wygłosił dr n. farm. Jan Majewski, honorowy przewodniczący Zespołu Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, współwłaściciel Apteki „Pod Złotym Lwem” w Poznaniu.

Po uroczystości w bazylice, którą zakończył znakomity koncert Orkiestry Kameralnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej pod dyrekcją Dobrochny Martenki, organizatorzy XXVI Święta Aptekarzy zaprosili uczestników obchodów do Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu na otwarcie wystawy rzeźb mgra farm. Jana Harasimowicza. Wystawę otworzyła prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Alina Górecka, a kustosz Muzeum Farmacji dr n. farm. Stefan Piechocki opowiedział o życiu i twórczości autora rzeźb z Apteki „Romańskiej” w Strzelnie. Odbędzie się również promocja najnowszego tomiku wierszy dr n. farm. Marii Ellnain-Wojtaszek „W samotności” (Wydawnictwo Kontekst, Poznań, 2018), którą poprowadziła dr n. farm. Alina Nowacka-Waliszka.

Eugeniusz JAROSIK



Małgorzata Gielniak

ORKIESTRĄ KAMERALNĄ WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ DYRYGOWAŁA DOBROCHNA MARTENKA



Eugeniusz Janasik

OTWARCIE WYSTAWY RZEZB JANA HARASIMOWICZA W MUZEUM FARMACJI W POZNANIU

STATUETKI IMIENIA PROFESORA FRANCISZKA ADAMANISA

Z OKAZJI Święta Aptekarzy wręczone zostały Statuetki im. prof. Franciszka Adamanisa, przyznane w tym roku przez Kapitułę Statuetki **prof. dr. hab. Dzierżykrajowi Dionizemu Skwarskiemu** z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wychowawcy wielu pokoleń farmaceutów i **dr. n. farm. Alinie Nowackiej-Waliszka**, kierującej przez trzy kadencje pracami sądu aptekarskiego Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Statuetka im. prof. Franciszka Adamanisa (autorem Statuetki jest artysta plastyk Marek Wilczyński) ustanowiona została uchwałą nr 14/2008 Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej z 8 lipca 2008 r. Jest wyróżnieniem, które przyznaje się osobom zasłużonym dla samorządu aptekarskiego, ze szczególnym uwzględnieniem Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, na różnych polach działalności. Nagrodę przyznaje Kapituła Statuetki, a potwierdza uchwałą Wielkopolska Okręgowa Rada Aptekarska. W skład Kapituły wchodzi urzędujący prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, który jednocześnie pełni funkcję przewodniczącego Kapituły oraz osoby już wyróżnione Statuetką. Z wnioskiem o przyznanie odznaczenia może wystąpić osoba fizyczna, prawna, organizacja społeczna lub samorządowa, składając do Kapituły wniosek zawierający uzasadnienie dla postulowanej

kandydatury wraz z opisem działań lub dokonań zasługujących na przyznanie nagrody. Statuetka im. prof. Franciszka Adamanisa wręczana jest podczas dorocznych obchodów Święta Aptekarzy.

W 2017 r. Kapituła przyznała Statuetki prof. dr. hab. Mariannie Zając z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, wychowawcy wielu pokoleń farmaceutów, kultywującej pamięć o prof. Franciszku Adamanisie i dr. n. farm. Stanisławowi Picowi, wieloletniemu kustoszowi Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.


 Małgorzata Gielniak




Alina Nowacka-Waliszka

ALINA NOWACKA-WALISZKA studia farmaceutyczne ukończyła w Akademii Medycznej w Poznaniu w roku 1963. Tytuł magistra farmacji uzyskała na podstawie pracy pod tytułem „Otrzymywanie kwasu i alkoholu erukowego z oleju rzepakowego”, napisanej pod kierunkiem dr. n. farm. Jerzego Masiakowskiego. W latach 1963-1967 pracowała w aptece państwowej nr 27 w Poznaniu na stanowisku magistra farmacji. W 1967 r. została przyjęta na studia doktoranckie

funkcję kierownika apteki. W okresie pracy zawodowej uzyskała dwie specjalizacje drugiego stopnia: z zakresu farmacji aptecznej i w dziedzinie technologii postaci leku, dzięki czemu mogła sprawować funkcję opiekuna dla farmaceutów ubiegających się o specjalizację. Po przejściu na emeryturę w latach 2007-2017 była nauczycielem zawodu w Wielkopolskim Samorządowym Centrum Kształcenia Zawodowego i prowadziła zajęcia dydaktyczne dla przyszłych techników farmaceutycznych.

Dr n. farm. Alina Nowacka-Waliszka zdobyła uznanie w swoim środowisku zawodowym jako działacz odrodzonego samorządu aptekarskiego. Jako przedstawiciel farmaceutów zatrudnionych w PZF „Cefarm” (w latach 1983-1991 pełniła funkcję sekretarza Ogólnopolskiej Federacji Związków Zawodowych Pracowników PZF „Cefarm” z siedzibą w Warszawie) uczestniczyła w posiedzeniach sejmowej Komisji Zdrowia, gdy trwały prace legislacyjne nad projektem ustawy o izbach aptekarskich. Od kilkunastu lat jest członkiem Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu. Obecnie

pełni funkcję przewodniczącej tego sądu. Ponadto przez dziewięć lat była ławnikiem w Sądzie Rejonowym Poznań Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, biorąc udział w rozstrzyganiu spraw z zakresu prawa pracy.

Za działalność społeczną i pracę w zawodzie dr n. farm. Alina Nowacka-Waliszka otrzymała odznakę „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1985 r.), odznakę „Za zasługi w rozwoju województwa poznańskiego” (1987 r.), Srebrny Krzyż Zasługi (1988 r.) oraz Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego (2010 r.), przyznawany przez Naczelną Radę Aptekarską za zasługi dla rozwoju aptekarstwa polskiego.

w poznańskiej Akademii Medycznej. W 1971 r. obroniła pracę doktorską na temat „Wpływu czynników zewnętrznych na trwałość wybranych olejów roślinnych stosowanych w preparatyce farmaceutycznej”. Promotorem pracy doktorskiej był prof. dr hab. Rafał Adamski. W latach 1971-1974 dr n. farm. Alina Nowacka-Waliszka pracowała na stanowisku adiunkta w Zakładzie Farmacji Stosowanej Akademii Medycznej w Poznaniu.

W latach 1975-1984 była kierownikiem produkcji preparatów galenowych w Laboratorium Galenowym należącym do Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Farmaceutycznego „Cefarm” w Poznaniu. Następnie ponad 20 lat pracowała w aptekach państwowych PZF „Cefarm”, a później w aptekach prywatnych, pełniąc



Eugeniusz Jarosik

Eugeniusz JAROSIK

Dzierżykraj Dionizy Skwarski

DZIERŻYKRAJ DIONIZY SKWARSKI jest Wielkopolaninem. Urodził się 9 października 1928 r. w Rydzynie. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1950 r. w Liceum Chemiczno - Spożywczym w Inowrocławiu, a dyplom magistra farmacji w 1954 r. w Akademii Medycznej w Poznaniu. Od 1 października 1954 r. do 31 grudnia 1999 r. był pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Katedrze Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Akademii Medycznej w Poznaniu (z przerwą w latach 1960-1962, kiedy odbywał służbę wojskową w Centralnej Składnicy Sanitarnej w Gołdapi), przechodząc przez wszystkie szczeble kariery naukowej – od asystenta do stanowiska profesora i kierownika katedry.

W czerwcu 1966 r. na podstawie przedstawionej dysertacji doktorskiej „Otrzymywanie prowitaminy D₃ na drodze odbromowywania estrów 7-bromocholesterolu” i złożonych egzaminów otrzymał stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 1976 r. (tytuł pracy habilitacyjnej: „Synteza tiomocznikowych pochodnych 1-adamantanu o spodziewanym działaniu przeciwwirusowym”), a tytuł profesora Akademii Medycznej w Poznaniu w 1990 r. Jest promotorem trzech prac doktorskich z nadaniem stopnia naukowego doktora nauk farmaceutycznych oraz patronem jednej rozprawy habilitacyjnej z nadaniem stopnia naukowego doktora habilitowanego. Jest współautorem 60 prac naukowych eksperymentalnych. W macierzystej uczelni pełnił wiele funkcji, m.in. przez dwie kadencje był prodziekanem Wydziału Farmaceutycznego (w latach 1990-1996) i członkiem Komisji Uczelnianej ds. Rozwoju Kadr Naukowych (dwie kadencje).

W okresie zatrudnienia w Akademii Medycznej prof. Dzierżykraj Dionizy Skwarski zetknął się również z praktyką wykonywania zawodu farmaceutycznego, pracując na pół etatu w aptekach społecznych: w Gołdapi i Poznaniu (w placówkach przy ul. Kraszewskiego i na Starym Rynku), a także w poznańskich aptekach szpitalnych: Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia i Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego. Ponadto w okresach waka-



Eugeniusz Jarońik

cyjnych zastępował kierowników aptek w Mosinie, Ostrzeszowie i Krzyżu.

Prof. dr hab. n. farm. Dzierżykraj Dionizy Skwarski jest aktywnym członkiem Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Polskiego Towarzystwa Chemicznego i Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, w którym pełnił funkcję wiceprezesa (dwie kadencje). Za działalność zawodową i społeczną został odznaczony między innymi Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej i Odznaką „Za wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”.

prof. dr hab. n. farm. Michał H. UMBREIT

POWOŁANIE FARMACEUTY: PRAWDA I SPOTKANIE

„Wystawiam Cię, Ojczy, Panie nieba i ziemi, że zakryłeś te rzeczy przed mądrymi i roztroprnymi, a objawiłeś je prostaczkom” (Łk 10, 21-24) – pozornie ten fragment Ewangelii jest tak mocno ulokowany w realiach i doświadczeniach uczniów Jezusa, że trudno dostrzec przesłanie do nas skierowane. Musimy zdawać sobie sprawę, że Jezus mówi to do ludzi, którzy wiele sił poświęcili na poszukiwanie prawdy o Bogu, a dalej o człowieku. Owocem tego była rozbudowana w tradycji żydowskiej tradycja starszych, rozbudowany do granic absurdu system prawny. I do takich ludzi Jezus mówi o tym, że to Bóg objawia człowiekowi prawdę, a właściwie sam Bóg się objawia człowiekowi i dzięki temu człowiek poznaje prawdę. Objawia się przez to, że pozwala się spotkać, spotkać osobowo, wejść w relację i w ten sposób odkryć prawdę o Nim i o sobie.

Dotykamy tu jednego z podstawowych zagadnień naszej chrześcijańskiej tożsamości – mianowicie natury i owoców naszej osobowej relacji, osobistego spotkania z Bogiem. Tymi owocami jest dialog prowadzący do poznania prawdy, albo prawda konstytuująca dialog. Powstaje pytanie: jak to się ma do naszych doświadczeń życiowych i zawodowych? Może wielu już zważyło w pojawienie się tematu naszego środowiska. A przecież to święto i spotkanie farmaceutów. Pozwolę sobie skonstruować pewną analogię między tym, co przed chwilą powiedziałem o spotkaniu i prawdzie między człowiekiem o Bogiem, a prawdą i spotkaniem w doświadczeniu farmaceuty.

Prawda o tożsamości farmaceuty... Jakie są najważniejsze składowe tej tożsamości?

Po pierwsze, farmaceuta jest osobą, ma swoją podmiotowość, świadomość powołania czy misji, świadomość dobra i zła. Po wtóre, farmaceuta ma do spełnienia powołanie, które polega na służbie człowiekowi i to człowiekowi choremu, potrzebującemu pomocy, którego dobro jest najwyższym prawem. A to wymaga od farmaceuty „uwagi, zrozumienia, współodczuwania, dialogu, jak też doświadczenia, kompetencji i wiedzy zawodowej” – jak mówi Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia. Ale kiedy pojawia się pojęcie „powołanie”, to pojawia się myśl o zaangażowaniu na rzecz drugiego, wręcz o miłości bliźniego. Trzeba być świadomym, że jest to powołanie zawodowe, a więc musi być realizowane z pełnym profesjonalizmem, który znajduje wyraz między innymi w spojrzeniu



www.fotolia.pl

na człowieka-pacjenta postrzeganego w jego psychosomatycznej całości i jedności. Pamiętając o złożoności i czasami niejednoznaczności oferty współczesnej farmakologii, a w tym kontekście o podstawowej zasadzie „primum non nocere”, warto zwrócić uwagę chociażby na dwa problemy – działania uboczne oraz nadużywanie leków, co jest pokusą i niebezpieczeństwem dla pacjenta, a może być, niestety, pokusą dla aptekarza.

Przy tej okazji pojawia się kolejny element realizacji misji i powołania, jakim jest rola edukacyjna, która dzięki łatwości kontaktu chorego z farmaceutą i funkcjonowania farmaceuty jako zawodu zaufania publicznego, jest nie do przecenienia. Ważne jest to zwłaszcza dzisiaj, kiedy mamy do czynienia z takimi zjawiskami, jak łatwość w dostępie do leków, nachalna reklama czy pewne mechanizmy rynku (na przykład konkurencja i gra ekonomiczna), które wprowadzają często człowieka na tory bezduszości.

Farmaceuta spełnia misję i powołanie sługi życia. Jak wiele o tym mówił św. Jan Paweł II, który wzywał do budowania cywilizacji miłości i cywilizacji życia. Trzeba by dotknąć tak wielu gorących tematów ochrony zagrożonego życia, począwszy od jego początków, a skończywszy na dramacie i misterium śmierci. Znamy te problemy dobrze. Postawmy tylko kilka pytań. Jak definiujemy zagrożenia? Jak widzimy swoją rolę w ich przezwyciężaniu? Jak pojmujemy nasze poglądy i postawy w obszarze wartości i norm? Jak porządkujemy zasady moralne, normy kodeksowe i normy prawne?

Czy w takiej właśnie kolejności? A może nie zawsze? Jak widzimy siebie w sytuacji konfliktu sumienia? Cały wachlarz niezwykle skomplikowanych, trudnych pytań i problemów. A to wszystko – wracając do początku naszej refleksji – trzeba nam widzieć w blasku prawdy o człowieku, prawdy o misji i powołaniu farmaceuty. I to wszystko trzeba rozwiązywać w spotkaniu i dialogu z pacjentem, który też jest świadomym podmiotem. Może nie dysponującym taką wiedzą jak farmaceuta, ale to nie umniejsza jego praw. Ale żeby nie dać się przygniść ciężarem tych pytań, pozwolę sobie sparafrazować słowa Ewangelii: „Szczęśliwe oczy, które widzą to, co wy widzicie. Bo powiedziałam wam: Wielu proroków i królów pragnęło ujrzeć to, co wy widzicie, a nie ujrzeli, i usłyszeć, co słyszycie, a nie usłyszeli” (Łk 10, 23-24) – uprzywilejowani uczniowie... szczęśliwi. A czy my nie jesteśmy uprzywilejowani, tak wiele przecież wiemy, tak wiele widzimy i dzięki temu możemy służyć tym, którzy tego potrzebują. Jakże wielka to radość... A w pierwszym czytaniu Hiob zachwyił się, bo po udręce odkrył wspaniałość Boga i świata. Czy potrafimy się zachwycić tym, co umiemy i możemy zrobić? 🌿



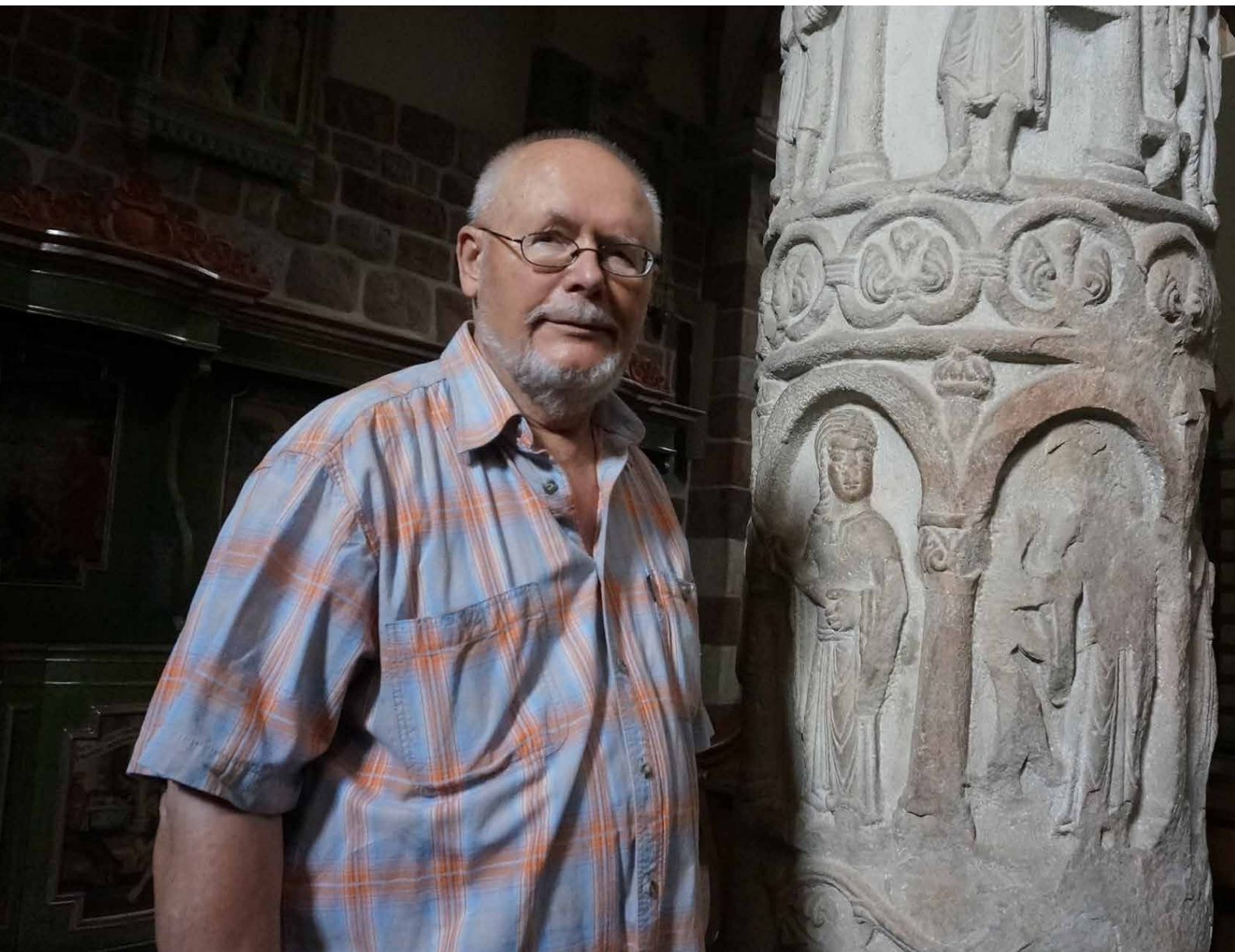
ks. dr

ADAM SIKORA

Duszpasterz służby zdrowia Archidiecezji Poznańskiej. Homilia „Powołanie farmaceuty – prawda i spotkanie” została wygłoszona 6 października 2018 roku podczas Mszy świętej w bazylice kolegiackiej Matki Boskiej Nieustającej Pomocy i św. Marii Magdaleny w Poznaniu, odprawionej w intencji wielkopolskich farmaceutów z okazji XXVI Święta Aptekarzy, obchodzonego pod patronatem świętych braci męczenników Kosmy i Damiana. Jednym z organizatorów dorocznego święta farmaceutów była Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska.

EUGENIUSZ JAROSIK

RZEŹBIARZ Z APTEKI ROMAŃSKIEJ



Eugeniusz Jarosik

6 października 2018 roku w poznańskim Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w ramach obchodów XXVI Święta Aptekarzy uroczyście otwarto wystawę prac JANA HARASIMOWICZA, farmaceuty i artysty ze Strzelna. Wspaniałe płaskorzeźby inspirowane romańską przeszłością tego miasta skłaniają do refleksji estetycznej nad sztuką aptekarską od średniowiecza do czasów współczesnych.



Stajki

Jan Harasimowicz urodził się w Stajkach na Wileńszczyźnie 13 stycznia 1940 r. Wojna pozostawiła trwały ślad w jego pamięci, zwłaszcza dzień, w którym Niemcy przeprowadzili pacyfikację wsi. Tego typu akcje represyjne, zwłaszcza tzw. ekspedycje karne, miały wyjątkowo brutalny przebieg. Palono zabudowania, mordowano mieszkańców wsi, nie wyłączając kobiet, dzieci i starców. Partyzanci walczący w okolicach Stajek ostrzegli mieszkańców o grożącej pacyfikacji. Młodzi w porę uciekli.

– Miałem wtedy dwa lata. Mój ojciec od 1939 r. był w niemieckiej niewoli. Uratowała mnie moja dzielna mama Maria. Przez błota i lasy przedzieraliśmy się w nocy do sąsiedniej wsi. To było pięć kilometrów dzielących życie od śmierci. Niektórzy po prostu nie uwierzyli partyzantom i zostali. Wieś liczyła około stu osób. Większość stanowili Polacy. Prawie wszyscy zostali żywcem spaleni w stodole. Kiedy byłem w Mińsku w 1982 r., oryginalnym włoskim maluchem pojechałem w rodzinne

strony. Po wsi nie było śladu. Stajki przestały istnieć – wspomina ze smutkiem Jan Harasimowicz.

Ojciec Jana Harasimowicza przetrwał wojnę.

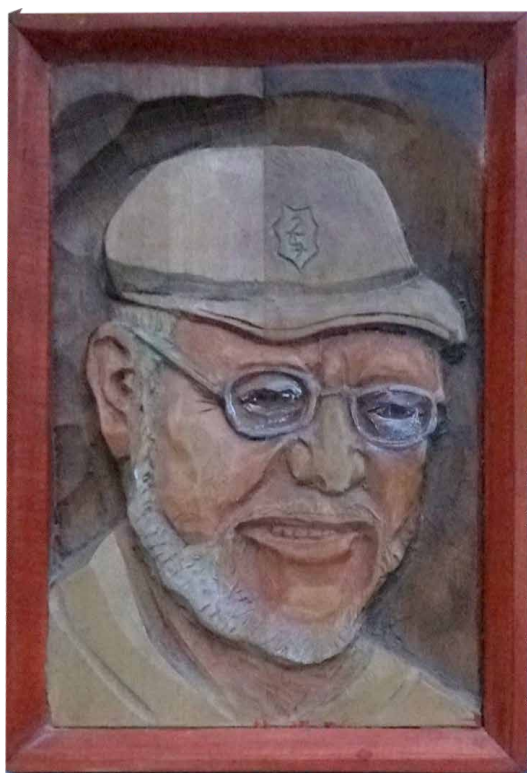
– Dzięki znajomości języka niemieckiego wybrany został do pracy w gospodarstwie rolnym w okolicach Ornety. Zimą uciekł. Jako pomocnik maszynisty dojechał do Białegostoku, a następnie dotarł do wsi Dowiaty, gdzie mieszkałem z mamą. Tam się wreszcie spotkaliśmy – kontynuuje Jan Harasimowicz.



Eugeniusz Jarosik



Eugeniusz Jarosik



Eugeniusz Jarosik

Wilno

W 1945 r. rodzina Harasimowiczów zamieszkała w Wilnie.

– Pamiętam dobrze głód, który panował w Wilnie w latach 1946-1947. Władze stalinowskie wprowadziły system kartkowy. Co trzy dni dostawaliśmy 300 gr chleba na rodzinę. W Wilnie chodziłem do szkoły – wspomina Jan Harasimowicz. – Wtedy mieszkało tam bardzo dużo Polaków. Szkoła podstawowa była czteroklasowa. W pierwszej klasie uczyłem się po polsku, a nauczycielami byli Polacy. Pod koniec nauki w pierwszej klasie nauczycielka z płaczem oznajmiła, że zgodnie z nowym prawem nie możemy już uczyć się po polsku, tylko po litewsku. I musieliśmy rozpocząć naukę ponownie w pierwszej klasie,

ale w szkole można było mówić już jedynie po litewsku. Nigdy się z tym nie pogodziliśmy. Grupa rodziców pojechała do Moskwy, by poskarżyć się na sytuację polskich uczniów na Litwie. Rodzice przekonali rosyjskich urzędników – w Moskwie zdecydowano, że polskie dzieci na Wileńszczyźnie znów będą mogły się uczyć po polsku – opowiada Jan Harasimowicz.

Bydgoszcz i Gdańsk

Po ukończeniu szkoły podstawowej Jan Harasimowicz rozpoczął naukę w szkole na Antokolu. W 1959 r. jego rodzice musieli podjąć ważną decyzję: przyjąć obywatelstwo Związku Radzieckiego albo wyjechać do Polski.

– Rodzice postanowił wyjechać do Polski. Ojciec kupił

w Bydgoszczy dom i zajął się ogrodnictwem. Miał szklarnie. Ja kontynuowałem naukę w VI Liceum Ogólnokształcącego w Bydgoszczy. Po maturze trafiłem do dwuletniego technikum farmaceutycznego na placu Wolności w Bydgoszczy. Przez rok pracowałem w aptece „Pod Łabędziem”, gdzie obecnie jest Muzeum Farmacji, a także w aptece przy Wełnianym Rynku. W 1962 r. postanowiłem z kolegą pojechać do Gdańska, by rozpocząć studia w tamtejszej Akademii Medycznej. Pamiętam ówczesny Gdańsk – zniszczone miasto, kościoły w ruinie. Studia były pięcioletnie. Dyplom magistra farmacji odebrałem w 1971 r. Po studiach powróciłem do Bydgoszczy,

ożeniłem się i pracowałem w aptekach. Często wyjeżdżałem służbowo, między innymi do Strzelna. I tu postanowiłem zamieszkać. Był rok 1973 – wspomina Jan Harasimowicz.

Strzelno

W Strzelnie został kierownikiem apteki „Pod Orłem”, gdzie służył swoim pacjentom specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem.

– Ta apteka już nie istnieje, splątała. Aż szkoda, że apteki z taką tradycją plajtują – wzdycha Jan Harasimowicz. – Ze Strzelnem związałem się na stałe. Kujawy to moja druga „mała Ojczyzna”. Mam tutaj rodzinę, córki, zięciów, wnuki. Wszyscy to Kujawiacy. Wszystkie córki są farmaceutkami.



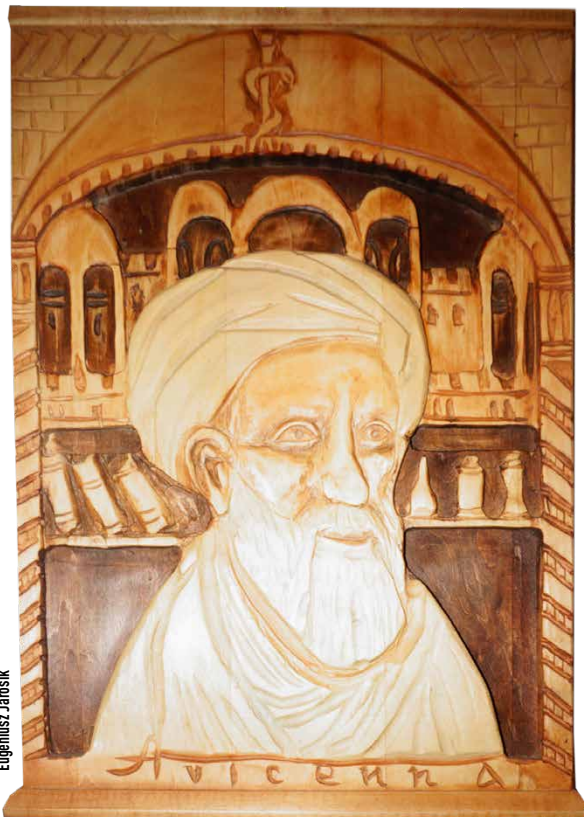
Eugeniusz Jarosik



Eugeniusz Jarosik



Eugeniusz Jarosik



Eugeniusz Jarosik

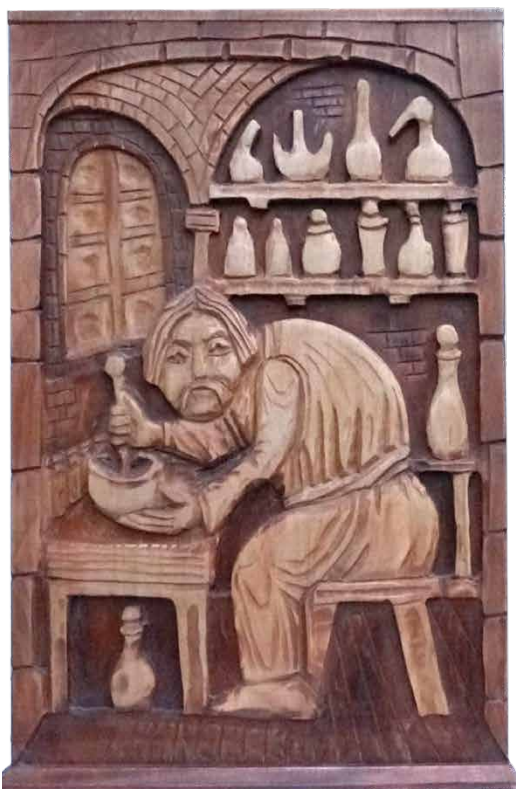
Miło jest mieć córki obok siebie. Nie pojechały w świat, tylko są tutaj.

Sztuka była jego przeznaczeniem. W Gdańsku zaczął tworzyć ikony, w Bydgoszczy zainteresował się rzeźbą.

– Dopiero w Strzelnie podczas dyżurów w aptece miałem czas, by rozwinąć swoje zainteresowania artystyczne. W aptece na zapleczu zrobiłem sobie warsztat i tam rzeźbiłem. W Strzelnie zainspirowały mnie kolumny romańskie w kościele i zacząłem rzeźbić płaskorzeźby, które robione są z lipy, bo to jest najlepsze drzewo. Nie ma słoików, jest zwarte, czyste, miękkie i lekkie do rzeźbienia – wspomina Jan Harasimowicz.

Ponorbertański kościół Świętej Trójcy i Najświętszej Maryji Panny z romańskimi kolumnami oraz

rotunda św. Prokopa wywarły duży wpływ na twórczość Jana Harasimowicza. Prace strzeleńskiego mistrza, często inspirowane figuralnymi płaskorzeźbami z kolumny cnót i kolumny przywar, przeniknięte są duchem romańskim. Pracownia rzeźbiarza na zapleczu Apteki Romańskiej to miejsce artystycznej medytacji, w którym powstają płaskorzeźby przedstawiające Ostatnią Wieczerszą Pańską, dawną sztukę farmaceutyczną i medyczną, krzyże przydrożne czy rzeźby Chrystusa Frasobliwego. Wzgórza św. Wojciecha w Strzelnie strzegą monumentalne figury wojów piastowskich, również dzieło Jana Harasimowicza, a na rogatkach miasta ustawiono zaprojektowane przez niego kapliczki przydrożne. Prace artysty cenione są zarówno w Polsce, jak



i poza jej granicami – znajdują się między innymi w Muzeum Archidiecezji Gnieźnieńskiej i Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu, w kolekcjach prywatnych, a także w muzeach zagranicznych, na przykład w Watykanie, Japonii, RPA, Norwegii czy we Francji.

Trzy płaskorzeźby Jana Harasimowicza zostały wręczone papieżowi Janowi Pawłowi II. Artysta jest również autorem projektu statuetki Galena, przyznawanej w województwie kujawsko-pomorskim laureatom tytułu Aptekarz Roku. Za wkład w rozwój kultury polskiej 18 grudnia 2008 r. został odznaczony medalem „Zasłużony Kulturze Gloria Artis”, nadawanym przez Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego osobie lub instytucji wyróżniającej się

w dziedzinie twórczości artystycznej, działalności kulturalnej lub ochronie kultury i dziedzictwa narodowego.

W Strzelnie Jan Harasimowicz znany jest z działalności w ruchu solidarnościowym, ale przede wszystkim ceniony jest jako farmaceuta wrażliwy na cierpienie chorego.

– Farmacja to nie handel, tylko misja. Aptekarz powinien być dzień i noc do dyspozycji pacjenta. Z historii farmacja zapamiętałem takie zdanie, że aptekarz powinien mieszkać nad apteką, dzień i noc pełnić misję opiekuńczą nad zdrowiem rodziny, a „w czasie dyżuru musi być ogolony i trzeźwy” – mówi Jan Harasimowicz.

Książka kanonik Otton Szymków, proboszcz strzeleńskiej parafii, na łamach czasopisma

„Pałuki i Ziemia Mogileńska” (nr 9/2014) zwraca szczególną uwagę na wielkie i dobre serce Jana Harasimowicza dla osób biednych i chorych: „To jest człowiek ogromnego serca. Dla najuboższych potrafi oddać wszystko. Ugotuje zupę, przygotowuje coś do zjedzenia”. Niejeden człowiek korzystał z jego pomocy, także tej, której udzielał jako farmaceuta. Jest prawdziwym „sługą życia”, wzorującym się na życiu i posłudze świętych braci męczenników Kosmy i Damiana, patronów aptekarzy. 🌿



EUGENIUSZ JAROSIK

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

PAMIĘĆ I PRZEMIJANIE

Promocja tomiku poezji „W samotności” dr n. farm. Marii Ellnain-Wojtaszek odbyła się 6 października 2018 roku w poznańskim Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w ramach obchodów XXVI Święta Aptekarzy. O twórczości poetki opowiadała dr n. farm. Alina Nowacka-Waliszka. Nieco później spotkaliśmy się w siedzibie Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Oto opowieść **MARII ELLNAIN-WOJTASZEK**:

KORZENIE

Pradziadkowie pochodzili z południowo-wschodniej Galicji, będącej pod zaborem austriackim. Być może stąd należy tłumaczyć nazwisko rodowe Ellnain de Halbendorf. Ja jestem już rodowitą krakowianką. Krótco przed II wojną światową rodzina moja przeprowadziła się do miejscowości Liszki koło Krakowa.

Z wybuchem wojny ojciec, jako były oficer Wojska Polskiego, został powołany do wojska. Walczył, był internowany, na skutek odniesionych podczas wojny ran zmarł i został pochowany w Zemlinie koło Belgradu, nad brzegiem rzeki Sawy. Z matką i bratem mieszkaliśmy w Liszkach do roku 1954. Brat, starszy ode mnie o sześć lat, ukończył Wydział Odlewniczy w Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie, ja natomiast Technikum Przemysłu Zielarskiego w Piekarach.

Dzieciństwo i wczesna młodość na ziemi krakowskiej odcisnęły w mojej pamięci i sercu niezatarte ślady, a tęsknota i wspomnienia (kiedy już przeprowadziłam się do Poznania) znalazły odbicie w takich wierszach, jak „Krakowska fontanna”, „Ziemio

krakowska”, „Pod Krakowem na łące” (tomik „Przemyslenia z szuflady”), „Mgły”, „Hejnał krakowski”, „Pani z Kalwarii” (tomik „Jak ulotna mgła”), „Matka Boża z Liszek” (tomik „A ślad pozostanie”), „Młyn na rzece Sanka” (tomik „Przez liliowy cień”) czy „Uroki miejsc” (tomik „Pamięć i... przemijanie”).

Z KRAKOWA DO POZNANIA

Po ukończeniu Technikum Przemysłu Zielarskiego i za radą brata podjęłam pracę w Poznaniu, a mianowicie w Poznańskich Zakładach Zielarskich „Herbapol”. Matka nasza, wówczas już przewlekła chora, zamieszkała z nami. Tak oto od 1954 r. stałam się poznanianką z sercem krakowianki. Studia, o których myślałam, były w tym czasie niemożliwe ze względu na konieczność pracy. Brat miał już swoją rodzinę, a ja musiałam zapracować na utrzymanie i opiekę nad matką.

Początki były trudne. Mieszkańcy Krakowa i Poznania to jednak dwie różne społeczności. Małopoleanie to ludzie bardzo gościnni, uprzejmi, stosunkowo pogodni, wylewni. Wielkopolan natomiast



MARIA ELLNAIN-WOJTASZEK

cehuje większa powaga, skrytość, surowość, oszczędność. Dopiero bliższe poznanie mieszkańców tego regionu pozwala zmienić ten wizerunek.

Z żalem muszę przyznać, że Wielkopolski, chociaż mieszkam tu już tak długo, nie znam tak dobrze jak Małopolski, ale takie były uwarunkowania. Praca od 1954 r. do 1967 r. w Poznańskich Zakładach Zielarskich „Herbapol”, a równolegle – od 1957 r. do 1962 r. – studia farmaceutyczne w Akademii Medycznej w Poznaniu (studia dzienne za zgodą władz uczelni na pracę i zgodą PZZ „Herbapol” na studiowanie) wymagały ode mnie czasu i dyscyplinowania. Przed studiami farmaceutycznymi ukończyłam roczne Wyższe Studium Ekonomiczne przy ówczesnej Wyższej Szkole Ekonomicznej, ale dopiero studia w Akademii Medycznej i kierunek zielarski na V roku studiów przyniosły mi zadowolenie. Od 1967 r. do 1970 r. odbywałam studia doktoranckie w Katedrze Farmakognozji Akademii Medycznej, a od 1970 r. do 2005 r. pracowałam w tej Katedrze na stanowisku starszego wykładowcy. Uzyskałam też specjalizacje: I stopnia z zielarstwa leczniczego i II stopnia z technologii środków leczniczych. Czasu było ciągle za mało. W tym wszystkim odskocznia

dla mnie zawsze była poezja. Powstały wiersze związane z Poznaniem i ziemią wielkopolską: „Obrazek z Lichenia” (tomik „Przemyślenia z szuflady”), „Poznańskie Koziołki” (tomik „Jak ulotna mgła”), „Dęby z Rogalina” (tomik „Kolor nadziei”), „Spacerkiem” oraz „Matka Boża z Poznańskiej Fary” (tomik „Przez liliowy cień”). Muszę jeszcze wspomnieć inną pozycję mojego autorstwa – album „W ciszy” (2009 r.), który łączy wiersze ze zdjęciami wnętrza poznańskiej Fary, ukazując jej majestatyczne piękno.

PIERWSZY TOMIK

Od dzieciństwa byłam wrażliwa na poezję. Lubiłam czytać wiersze, przeżywałam zawarte w nich treści. Deklamowałam utwory na szkolnych uroczystościach. Moimi ulubionymi poetami byli: Leopold Staff (wczytywałam się w jego przepiękne wiersze: „Jesienny deszcz”, „Przyjęcie”, „Kochać i tracić”, „Matka”), Adam Asnyk („Ranek w górach”, „Szkoda”, „Do młodych”), Wiktor Gomułicki („Wierzyłem”), Jan Kasprówicz („Wiatr gnie sieroce smreki”) czy Teofil Lenartowicz. Lubiłam też niektóre wiersze Antoniego Słonimskiego.

Przeżywając ukończenie szkoły podstawowej, napisałam wiersz związany z tym wydarzeniem. W szkole



PROMOCJA TOMIKU WIERSZY „W SAMOTNOŚCI” W MUZEUM FARMACJI W POZNANIU

średniej dałam się poznać jako autorka wierszy okazjonalnych, okolicznościowych bądź satyrycznych. Nie ujawniłam natomiast wierszy, które powstawały z potrzeby duszy. Wierszem, który zachował się z 1954 r., jest utwór „Odnalezione życzenia” (tomik „Przez liliowy cień”), później odnaleziony i drukowany.

Dziełem przypadku było publiczne zaprezentowanie mojego wiersza w 2001 r. W Poznaniu zorganizowano wówczas wystawę ekslibrisów dr. Krzysztofa Kmiecica z Krakowa. Po zakończeniu uroczystości otwarcia na zapleczu apteki „Pod Złotym Lwem” Konstancji i Jana Majewskich odbyło się spotkanie jej uczestników, na którym poznańska poetka Łucja Danielewska wręczyła dr. Krzysztofowi Kmiecicowi nagrodę – naklejony na kartce A4 liść klonu. Postanowiłam wtedy, że zarecytuję wiersz o liściu klonu. No i stało się – obecni pytali, czyj to wiersz. Koleżanki zdradziły, że ja jestem jego autorką i że mam jeszcze inne wiersze. Ustalono, że przedstawię je na zebraniu Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Poznaniu, której przewodniczył dr Jan Majewski. Wiersze zostały bardzo dobrze przyjęte przez publiczność. Znaleźli się sponsorzy

i w 2002 r. ukazał się pierwszy tomik „Przemyslenia z szuflady”. Tomik we wstępie został pozytywnie oceniony przez poznańskiego poetę Wincentego Różańskiego i prof. Sławoja Kucharskiego.

INSPIRACJE

Proces twórczy pisania wierszy jest ściśle związany z inspiracją, a dla mnie inspiracją może być wszystko. Zawsze odzywa się coś w mojej duszy, kiedy jestem w górach, gdzie widoki są nieporównywalne z innymi. Wędrówki po górskich szlakach, urokliwe krajobrazy znalazły odbicie w wielu moich wierszach (na przykład: „Świt w Tatrach”, „Na Giewoncie”, „Góry moje”, „Tatry w bieli”, „Tatrzańska jesień”). W związku z przeprowadzką do Poznania góry stały się odległe, lecz w sercu nadal pozostały bliskie.

Drugi motyw często spotykany w moich wierszach to jesień. Każda pora roku ma swoje uroki, każda jest piękna, ale ja bardzo lubię jesień. Te kolory utrwalone w liściach, te zwiewne mgły, słońce, które świeci już trochę smutno, nie tak promiennie i deszcz rzucający swe diamentowe krople także do dusz ludzkich, napełniając je smutkiem i melancholią. Jesienne

wierze znajdują się w każdym z moich tomików (kilka przykładów: „W jesienny dzień”, „Jesień – szept Boga”, „Modlitwa jesieni”, „Wrzosa”, „Astry”, „Jesienne mgły”, „Kaprysy jesieni”, „Słońce w liściach”).

Kocham przyrodę. Kolor kwiatu, jesienny liść, kropelka rosy, biedronka – to wszystko może być przedmiotem poetyckiej refleksji. Jestem wrażliwa na opuszczone czy krzywdzone zwierzęta. Bezdomni siedzący smutno na ławce w parku, żebrzące dzieci – te sytuacje chwytają mnie za serce. Sprawy religii, wiary to również źródło inspiracji. Każdy z moich dziewięciu tomików ma rozdział poświęcony wierszom religijnym, a album „W ciszy” zawiera 101 wierszy poświęconych poznańskiej Farze. Zdarzenia przeżywane przeze mnie lub bliskie mi osoby, przypadkowe spotkania też znajdują swoje odbicie w wierszach. Pamięć o matce, wcześniej utraconym ojcu, moim mężu, synach czy wnuczkach są treścią kilkunastu wierszy. Te wszystkie rodzaje inspiracji, które przykładowo wymieniłam, były iskrą, która powodowała powstanie wiersza.

Jeśli chodzi o proces tworzenia wiersza, to jeśli coś mnie zainspiruje, wystarcza chwila – błysnie myśl i powstaje treść, która sama się układa rytmicznie, jak kiedyś pisałam w utworze „Linie rymowane”. Coś przeżywam i to ma odbicie w powstającym wierszu. Czasem też wkrada się w treść trochę fantazji, wyobrażeń, legendy. Niektóre wiersze powstały nieco inaczej. Wybieram temat, myśl powoli dojrzewa i kiedy już wiem, co chcę ująć w wierszu – zaczynam pisać. Tak powstał na przykład wiersz „50 lat po dyplomie” (tomik „Pamięć i przemijanie”).

JAN PAWEŁ II

Jan Paweł II jest dla mnie osobą bardzo ważną. Cieszyłam się niezmiernie, kiedy Karol Wojtyła 40 lat temu został wybrany na papieża. W mojej poezji osoba Jana Pawła II pojawiła się jednak dopiero w 2005 r. (tomik „Zmienność czasu”). Jego śmierć stała się dla mnie iskrą do pisania. Powstały wiersze „W sobotni wieczór” i „Na Placu Piotrowym” (utwór związany z pogrzebem Jana Pawła II). Wątek papieski pojawia się jeszcze raz – w tomiku „Przez liliowy cień” (2010 r.). Jest tam wiersz „Zawierzył Marii”, związany z zamachem i dziękczynieniem Jana Pawła II dla Matki Boskiej Fatimskiej za ocalenie.

Jan Paweł II jako poeta zrobił na mnie duże wrażenie jako autor „Tryptyku rzymskiego”. Jego

medytacje są tak głębokie, że nie odważę się ich komentować. To można tylko czytać w samotności – rozważać i przeżywać.

SZTUKA FARMACJI

Farmacja to zawód, ale i sztuka wymagająca od wykonującego zaangażowania, nie tylko nabytych w czasie studiów umiejętności, lecz także serca, wrażliwości na cierpienie i problemy drugiego człowieka.

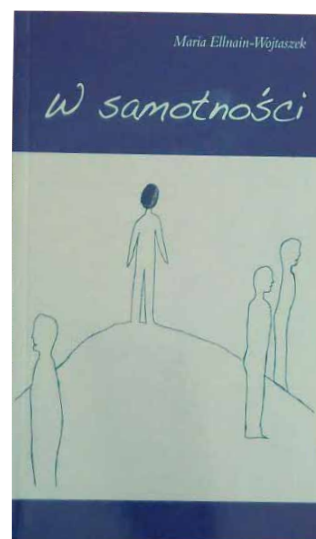
Farmacja to także zioła i leki z nich otrzymane. Wspomnieć należy, że kiedyś zioła były jedynymi lekami. Później zawarte w nich związki czynne, działające były izolowane, stanowiąc leki, a także były pierwowzorem dla leków syntetycznych. Bogaty asortyment zielarni może stanowić inspirację dla twórcy. Przedstawia to mój wiersz „W zielarni” z tomiku „A ślad pozostanie”. Moją pasją zawsze były zioła, prace eksperymentalne – izolacja związków i roślin, badanie ich struktury, spodziewane działanie farmakologiczne. Drugą pasją było przekazywanie tej wiedzy studentom w czasie ćwiczeń i seminariów z leku roślinnego. Zainteresowanie ziołami, miłość do przyrody przejawia się w kilkunastu moich wierszach, takich jak „Miłorząb”, „Pokrzywa i oset”, „Śnieżyczki przebiśniegi”, „Kaczeńce”, „Słoneczniki”, „Legenda o brzozie”, „Jodła” czy „Liliowe bzy”.

Czy farmacja może stanowić źródło inspiracji dla poety? Oczywiście, że tak. Ludzie obdarzeni wrażliwością przetwarzają swoją pasję na poezję. Ujmą w słowa pisane nie tylko smutne czy chorego z receptą w ręce, ale znajdują też motyw w zwykłych przedmiotach, takich jak waga czy jej szale. Obrazuje to mój wiersz „Waga życia” z tomiku „A ślad pozostanie”, ważąca na swoich szalach wspomnienia i marzenia, dobre i złe chwile życia. Inny wiersz, „Szale” z tomiku „Przemyslenia z szuflady”, sięga w treści głębiej, bo do szali, na którą położyliśmy swoje uczynki w życiu, a ważył je będzie Najwyższy.

Wystuchał i opracował EUGENIUSZ JAROSIK

Współpraca: Joanna Nowacka

Zdjęcia: Eugeniusz Jarosik



prof. dr hab. MARIANNA ZAJĄC
prof. dr hab. ANNA JELIŃSKA

MISTRZ I NAUCZYCIEL

Prof. dr Ewaryst Pawełczyk (1917-2008)

Wspomnienie w dziesiątą rocznicę śmierci

Ewaryst Seweryn Pawełczyk urodził się 27 września 1917 r. w Charlottenburgu koło Berlina. Pochodził z wielodzietnej rodziny, miał trzech braci i dwie siostry. Był najstarszym synem Pelagii z Zawiasów i Kazimierza, z zawodu kolejarza. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości rodzina zamieszkała w Jarocinie, gdzie Ewaryst spędził dzieciństwo i lata szkolne, pobierając nauki w miejscowej szkole podstawowej, a następnie w Gimnazjum Państwowym im. Tadeusza Kościuszki, które ukończył w 1937 r. Po zdaniu egzaminu dojrzałości zamieszkał wraz z rodziną w Poznaniu i podjął studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Poznańskim, które przerwała II wojna światowa.

Okres wojenny spędził w Poznaniu. Początkowo pracował jako konduktor i motorniczy Poznańskiej Kolei Elektrycznej, a następnie w Zakładach Przemysłu Zbrojeniowego. Po zakończeniu działań wojennych, od kwietnia do września 1945 r. był kierownikiem Referatu Opieki Społecznej i Szkół Wojennych w Starostwie Powiatowym w Kępnie. W październiku 1945 r. podjął przerwane działaniami wojennymi studia farmaceutyczne, uzyskując dyplom magistra farmacji w czerwcu 1948 r.

Działalność naukowa

Pracę naukową Ewaryst Pawełczyk rozpoczął w 1947 r., będąc jeszcze studentem, jako asystent stażysta w Katedrze Chemii Farmaceutycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Franciszka Adamanisa. Po ukończeniu studiów przez 13 lat (1948-1961) pracował równoległe we wspomnianej Katedrze oraz w Państwowym



Instytucie Przemysłu Zielarskiego (PIPZ) w Poznaniu. W PIZP przeszedł przez wszystkie szczeble kariery naukowej, od asystenta do kierownika Zakładu Hodowli Roślin (1954 r.). W tym okresie pracami instytutu kierowali wspaniali naukowcy i nauczyciele – profesorowie Wacław Strażewicz (do 1950 r.), a po jego śmierci Franciszek Adamanis (1950-1954). W swoich relacjach prof. Ewaryst Pawełczyk z wielkim uznaniem wyrażał się o wspomnianych mistrzach,



PROMOCJA DOKTORSKA MARIANNY ZAJĄC (1968 ROK). PROMOTOR ROZPRAWY DOKTORSKIEJ – PROF. DR EWARYST PAWEŁCZYK

mówiąc: miałem dwóch wspaniałych nauczycieli, którzy ukierunkowali i rozwijali moje zainteresowania naukowe – prof. Franciszek Adamanis wprowadził mnie w tematykę opracowywania metod oceny jakości surowców roślinnych oraz substancji i produktów leczniczych, natomiast prof. Waław Strażewicz w poszukiwaniu ras chemicznych w obrębie niektórych gatunków roślin leczniczych z zamiarem uzyskania odmian o wysokiej zawartości substancji czynnych oraz opracowanie technologii otrzymywania niektórych leków pochodzenia roślinnego.

Praca w PIPZ przyniosła Ewarystowi Pawełczykowi wiele znaczących sukcesów zawodowych. Badania w dziedzinie leku roślinnego są tematem 25 publikacji. Na podstawie pracy „Liść pokrzyki na tle dojrzałości wegetatywnej” 20 czerwca 1950 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych (promotor: prof. dr hab. W. Strażewicz), natomiast w 1956 r. na podstawie pracy „Wyzyskanie nasion bielunia do otrzymywania atropiny” oraz całokształtu badań w dziedzinie leku roślinnego otrzymał stanowisko docenta. Warto nadmienić, że w tym czasie nie było stopnia naukowego doktora habilitowanego.

W 1961 r. ówczesny dr Ewaryst Pawełczyk uzyskał również etat docenta w Katedrze Chemii Farmaceutycznej Akademii Medycznej w Poznaniu, a w 1962 r., po śmierci prof. Franciszka Adamanisa, został powołany na kierownika Katedry Chemii Farmaceutycznej, której pracami kierował przez następne 25 lat. Wówczas rozpoczął się drugi okres działalności naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej Ewarysta Pawełczyka, zarówno na szczeblu Katedry, Wydziału i Uczelni, jak i na szczeblu ogólnopolskim, uwieńczony tytułami profesora nadzwyczajnego (1964 r.) i profesora zwyczajnego (1973 r.), a także specjalizacjami II stopnia w zakresie analizy leków (1974 r.) i farmacji aptecznej (1976 r.).

Prof. dr Ewaryst Pawełczyk jest autorem lub współautorem 224 prac, w tym 189 prac opublikowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych oraz 35 opracowań zastrzeżonych, wykonanych w ramach współpracy z przemysłem farmaceutycznym. Ponadto jest współautorem trzech patentów i licznych opracowań monograficznych do Farmakopei Polskiej. Ważną grupę prac stanowiły badania prowadzone we współpracy z przemysłem



OD LEWEJ: PROF. ANNA JELIŃSKA, HALINA KARAŚ, PROF. EWERYST PAWEŁCZYK, JAN JARECKI, PROF. MARIANNA ZAJĄC, DR HAB. IZABELA MUSZALSKA

farmaceutycznym, między innymi poznańskimi i tarchomińskimi Zakładami Farmaceutycznymi POLFA oraz chemicznymi spółdzielniami pracy SYNTEZA i WARTA w Poznaniu.

Profesor stawiał wysokie wymagania sobie i swoim współpracownikom. Wymagał dobrej organizacji pracy, zaangażowania nie tylko w pracę naukową, ale także dydaktyczną, pracy terminowej i twórczego zaangażowania w pracy naukowej. Nie tylko jednak wymagał, zawsze miał czas na dyskusje naukowe i pasjonował się osiągnięciami współpracowników. Dziewiętnastu wychowanków prof. Ewarysta Pawełczyka uzyskało stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych.

Praca dydaktyczna i szkolenie podyplomowe

Prof. dr Ewarysta Pawełczyk umiejętnie godził pracę naukową i dydaktyczną, do której miał stosunek bardzo emocjonalny. Jego wykłady cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, do czego przyczyniły

się wspaniała znajomość tematu, talent krasomówczy oraz dar przekonywania. Jednakże zdanie egzaminu z chemii leków u takiego znawcy przedmiotu nie było łatwe, tym bardziej że materiał był obszerny. Zyskał wśród studentów przydomek „tygrys”. Jedną z farmaceutek namalowała nawet po latach obraz przedstawiający tygrysa, który zajmował godne miejsce w gabinecie prof. Ewarysta Pawełczyka. Będąc wymagającym, cieszył się jednocześnie dużą popularnością wśród studentów, stąd też trzykrotnie otrzymał tytuł najpopularniejszego Nauczyciela Akademickiego Roku (1978-1980).

Pod redakcją prof. Ewarysta Pawełczyka ukazały się dwa wydania podręcznika „Chemia leków” (PZWL Warszawa, 1978 r. i 1986 r.). Jest również współautorem podręczników „Chemiczna analiza leków” (1981 r.), „Postawy trwałości leków” (1982 r.), „Chemiczne mechanizmy działania leków” (1995 r.), „Chemia leków” (wyd. I, 2000 r., wyd. II, 2006 r.) oraz trzech skryptów o charakterze analitycznym: „Chemiczna analiza ilościowa leków” (wyd. I, 1971 r.,

wyd. II, 1975 r., Wyd. 3., 1976 r.), „Chemiczna analiza jakościowa leków” (wyd. I, 1972 r., wyd. II, 1975 r., wyd. III, 1976 r.) oraz „Analiza leków” (wyd. I, 1981 r., wyd. II, 1989 r.).

W działalności zawodowej prof. Ewarysta Pawełczyka ważne miejsce zajmowało kształcenie podyplomowe farmaceutów. Był organizatorem i kierownikiem kursów z zakresu postępu nauk farmaceutycznych oraz wykładowcą z postępów w zakresie chemii leków. Po wprowadzeniu obowiązku specjalizacji farmaceutów w połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, aktywnie uczestniczył w pracach nadzoru specjalistycznego, współpracując z Radą Programową Wojewódzkich Ośrodków Doskonalenia Kadr Medycznych. Był specjalistą wojewódzkim ds. farmacji dla województw zielonogórskiego i gorzowskiego oraz specjalistą krajowego nadzoru specjalistycznego Ministerstwa Komunikacji ds. farmacji (1963-1993).

Działalność organizacyjna

Prof. dr Ewaryst Pawełczyk w czasie pracy zawodowej pełnił wiele ważnych dla uczelni funkcji: prodziekana (1962 r.) i dziekana Wydziału Farmaceutycznego w latach 1962-1965, prorektora Akademii Medycznej ds. dydaktycznych w latach 1965-1972, dyrektora Instytutu Chemii i Analityki Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1970-1978, następnie, po reorganizacji, dyrektora Instytutu Leku Akademii Medycznej w latach 1978-1982, członka Rady Wydziału Farmaceutycznego (1961 r.) i Senatu Akademii Medycznej (1962 r.), przewodniczącego uczelnianego Zespołu ds. współpracy z praktyką gospodarczą (1972-1975), członka Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej (1965-1972). Na wszystkich wymienionych stanowiskach dał się poznać jako sprawny organizator, jako człowiek o ogromnym poczuciu odpowiedzialności i umiejętnościach mediacyjnych.

Poprzez podjęcie działań uwieńczonych powołaniem dwóch nowych katedr na Wydziale Farmaceutycznym – Katedry Biochemii Farmaceutycznej i Katedry Mikrobiologii Farmaceutycznej oraz zaangażowaniem na stanowiska kierowników Katedr Toksykologii, Botaniki Farmaceutycznej i Bromatologii samodzielnych pracowników naukowych, pozyskanych z innych wydziałów farmaceutycznych, prof. Ewaryst Pawełczyk przyczynił się do rozwoju Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej

w Poznaniu. Wydział nie tylko zachował uprawnienia do nadawania przez Radę Wydziału stopnia doktora nauk farmaceutycznych, ale także uzyskał uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych.

Uznanie

Pełna zaangażowania praca naukowa, dydaktyczno-wychowawcza i organizacyjna prof. Ewarysta Pawełczyka znalazła uznanie władz państwowych, wojewódzkich i uczelnianych. Profesor został uhonorowany najwyższymi tytułami naukowymi: profesora nadzwyczajnego i zwyczajnego, a także odznaczeniami państwowymi: odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1952 r.), Złotym Krzyżem Zasługi (1958 r.), Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1985 r.), Krzyżem Kawalerskim (1964 r.) i Komandorskim (1987 r.) Orderu Odrodzenia Polski.

Wyrazem uznania dla osiągnięć prof. Ewarysta Pawełczyka przez władze regionalne są: Honorowa Odznaka Miasta Poznania (1971 r.), wpis do Księgi Zasłużonych Wielkopolan (1985 r.) oraz honorowe odznaki „Za zasługi w rozwoju województw” – poznańskiego (1968 r.), zielonogórskiego (1969 r.) i gorzowskiego (1987 r.).

Profesor uhonorowany został też medalem „Za zasługi w rozwoju uczelni” oraz Medalem Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego (1987 r.). Ponadto uznanie dla działalności naukowej i dydaktycznej prof. Ewarysta Pawełczyka stanowią indywidualne i zespołowe nagrody I stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1968, 1973, 1979, 1983 i 1984, liczne nagrody naukowe i dydaktyczne Rektora oraz Nagroda im. Władysława Biegańskiego.

Symbol wielkości

Prof. dr Ewaryst Pawełczyk po przejściu na emeryturę nie zaprzestał działalności naukowej i dydaktycznej. Niejednokrotnie podkreślał, że w nowej sytuacji, bez obowiązków administracyjnych, czuje się komfortowo, mógł bowiem więcej czasu poświęcić rodzinie i pracy dydaktycznej, którą tak bardzo lubił. Jeszcze przez kilka lat prowadził z ogromną pasją wykłady z chemii leków dla studentów oraz w ramach szkolenia podyplomowego i ustawicznie wzbogacał je o nowe treści, szczególnie w odniesieniu do dynamicznie rozwijającej się dziedziny, jaką jest mechanizm działania leków.



PROF. DR EWARYST PAWEŁCZYK WŚRÓD PRACOWNIKÓW KATEDRY I ZAKŁADU CHEMII FARMACEUTYCZNEJ UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

Uznaliśmy z prof. Ewarystem Pawełczykiem, że dla realizacji chemii leków w takim wymiarze nieodzowne jest opracowanie podręcznika z chemii leków o innym profilu od dotychczasowego. Rozwój chemii leków w ostatnim 25-leciu XX wieku wymagał integracji tego przedmiotu z naukami pokrewnymi, takimi jak fizjologia, patofizjologia czy biochemia, ponieważ dla optymalizacji terapii podstawowe znaczenie ma znajomość patomechanizmu schorzenia i towarzyszących jemu zmian anatomicznych i biochemicznych z jednej strony, a z drugiej mechanizmu działania leków i losów leku w organizmie. Podjęliśmy się wspólnie jego realizacji, opracowując „Chemiczne mechanizmy

działania leków” (1995 r.), a następnie „Chemią leków” (2000 r., 2006 r.). Wielce satysfakcjonujące dla nas było to, że opracowany przez nas podręcznik „Chemia leków” zyskał duże uznanie wśród pracowników naukowych i studentów innych wydziałów farmaceutycznych oraz aptekarzy.

Pragniemy wyrazić wdzięczność profesorowi za owocną współpracę w tym okresie i wspaniałą atmosferę tej współpracy. Profesor był dobrym duchem Zakładu. Nie tylko wykładał i pisał podręczniki, ale także uczestniczył w różnych wydarzeniach naukowych i organizacyjnych Katedry, takich jak: kolejne obrony prac doktorskich, w organizowanych przez Katedrę sympozjach, konferencjach i spotkaniach Jubileuszowych, zebraniach naukowych Katedry czy spotkaniach noworocznych.

Profesor dużo wymagał od siebie i innych, czasem przez niektóre osoby uważany był za nieprzystępnego. W rzeczywistości był człowiekiem starającym się zrozumieć innych, wyrozumiałym wobec cudzych błędów i potknięć. W gronie współpracowników i przyjaciół był uroczym gawędziarzem.

Profesor zakończył swoje pracowite życie 18 listopada 2008 r. Dla nas jest i pozostanie symbolem wielkości.

W imieniu własnym oraz koleżanek i kolegów z Katedry Chemii Farmaceutycznej pragniemy powiedzieć: dziękujemy ci profesorze za kształtowanie naszych charakterów, kierowanie naszym rozwojem naukowym i motywację do twórczej pracy. 🌿



prof. dr hab.
MARIANNA ZAJĄC
Kierownik Katedry i Zakładu Chemii
Farmaceutycznej Uniwersytetu
Medycznego im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu
w latach 1987-2007



prof. dr hab.
ANNA JELIŃSKA
Kierownik Katedry i Zakładu Chemii
Farmaceutycznej Uniwersytetu
Medycznego im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu

APTEKARZE W POWSTANIU WIELKOPOLSKIM

Powstanie Wielkopolskie (1918-1919), którego setną rocznicę wybuchu obchodzimy w tym roku, to jedno z największych wydarzeń w najnowszej historii Polski. W przygotowanie i przebieg tego zwycięskiego zrywu wpisali się chlubnie aptekarze wielkopolscy.

Po podpisaniu 23 stycznia 1793 r. w Petersburgu dokumentu podziału Rzeczypospolitej, znanego jako drugi rozbiór Polski, Prusy zagarnęły Wielkopolskę. Na obszarze tym działało wówczas 38 aptek, w tym dwie będące w posiadaniu Polaków. Były to apteki: „Pod Orłem” w Gnieźnie i „Pod Murzynem” w Poznaniu, późniejsza Apteka „Czerwona”, która mieściła się w budynku na Starym Rynku, znanym obecnie jako Dom Bretanii (na jego szczycie można zobaczyć logo farmacji, czyli kielich z wężem).

W 1918 r. w Wielkim Księstwie Poznańskim działało 157 aptek; właścicielami lub zarządzającymi niemal jednej trzeciej aptek (57 placówek) byli Polacy. Ponadto w innych dzielnicach Niemiec czterdziestu Polaków posiadało własne apteki. Aptekarze ci byli oddani sprawie polskiej i swej profesji. Związani byli z instytucjami naukowymi (Poznańskim Towarzystwem Przyjaciół Nauk), społecznymi (Towarzystwem Naukowej Pomocy) lub też organizacjami samoobrony, takimi jak: Towarzystwo Gimnastyczne „Sokół”, Towarzystwo Tomasza Zana, Związkiem Młodzieży Polskiej. Wielu z nich należało do organizacji konspiracyjnych, mających na celu wyzwolenie Wielkopolski z rąk niemieckich;

znacząca grupa włączyła się do tej działalności jeszcze w listopadzie lub na początku grudnia 1918 r.

Wybuch powstania w dniu 27 grudnia 1918 r. nie był więc dla nich żadnym zaskoczeniem. W walkach w mieście i w przejmowaniu z rąk niemieckich znaczniejszych instytucji wojskowych wzięli udział aptekarze. Wymienię niektórych: aptekarz Witold Antoni Wichrowski (1884-1940) po zdobyciu przez powstańców Dworca Głównego kierował tam utworzoną sekcją sanitarną; był uczestnikiem wydarzeń na Placu Wolności w Poznaniu (27 grudnia 1918 r.). Aptekarz Kazimierz Chmielewski (1891-1945) odpowiedzialny był za aprowizację i organizację kuchni polowych w Poznaniu. Założył kilka stałych kuchni żołnierskich, między innymi w Bazarze, Grand Café, muzeum i wielu innych miejscach. Trzeba dodać, że kuchnię żołnierską w Bazarze utrzymywał on własnym sumptem.

Kilkunastu aptekarzy znalazło się w służbach sanitarnych wojsk powstańczych, a wielu walczyło na poszczególnych frontach powstania wielkopolskiego. Armia wielkopolska dla prawidłowego funkcjonowania potrzebowała odpowiedniej liczby szpitali, a także aptek, współodpowiedzialnych za należyte działanie tych szpitali. Apteki

te zapewniały również podległym na ich terenie wojskom zaopatrzenie w leki i materiały sanitarno-opatrunkowe.

Aptekarz Władysław Karpiński (1895-1940) przejął z rąk niemieckich aptekę w Szpitalu Głównym i prowadził ją aż 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 aptekarz Kazimierz Kłaczyński (1882-1941). W aptece tej było zatrudnionych kilku innych aptekarzy.

W czterech szpitalach wojskowych w Krotoszynie, Gnieźnie, Ostrowie Wlkp. oraz Inowrocławiu, aptekami szpitalnymi kierowali oficerowie aptekarze: w Krotoszynie porucznik aptekarz Zygmunt Gregorowicz (1883-1960), w Gnieźnie porucznik aptekarz Franciszek Wierchaczewski (1884-1947), w Ostrowie Wlkp. apteką wojskową kierował porucznik, a następnie kapitan aptekarz Jarosław Bajoński (1887-1950), a w Inowrocławiu – porucznik aptekarz Antoni Jurkowski (1885-1952). Wymienione cztery apteki miały zaopatrywać w leki i materiał sanitarny jednostki wojskowe znajdujące się w ich pobliżu. Jednak większe zaopatrzenie było realizowane w Składnicy Sanitarnej. Komendantem Składnicy Sanitarnej został kapitan aptekarz Bronisław Drygas (1884-1942), który w czerwcu 1919 r. objął stanowisko w Departamencie Sanitarnym w Poznaniu. Składnica mieściła się w trzech budynkach i szeregu przybudówek przy ul. Karola 54/56 w Poznaniu (dzisiejsza ul. Słowackiego, gdzie obecnie jest szkoła podstawowa). Składnica była bardzo dobrze zaopatrzona zarówno w środki medyczno-sanitarne, jak i zapasy do produkcji leków i opatrunków. W składnicy działali doświadczeni aptekarze. W większości byli to aptekarze wojskowi (około 30).

W jednostkach walczących (fronty) służyło dwudziestu aptekarzy; we wszystkich jednostkach sanitarnych zaangażowanych było osiemdziesięciu aptekarzy, w tym dwóch gimnazjalistów,



WITOLD WICHROWSKI



WŁODZIMIERZ BOGUSŁAWSKI



EDMUND PIECHOCKI

którzy później zostali farmaceutami (Henryk Umbreit i Albin Wiertel). W walce pod Wolsztynem 5 stycznia 1919 r. zginął dziewiętnastoletni elew aptekarski Włodzimierz Bogusławski. Kierownikiem Wydziału Aptekarskiego (podlegał bezpośrednio Inspektorowi Urzędu Sanitarnego) był porucznik, później major Władysław Woliński (1883-1953), któremu podlegała także Składnica Sanitarna. Wśród aptekarzy walczących w powstaniu byli też: Bronisław Czabajski (1888-1940), uczestnik formowania punktu artylerii na Sołacz; Waclaw Henryk Jeszke (1884-1955), por. aptekarz w Składnicy Sanitarnej w Poznaniu; Konstanty Albin Koszutski (1883-1939), uczestnik walk o Bazar i gmach policji; Zenon Eugeniusz Lewandowski (1859-1927), członek Centralnego Komitetu Obywatelskiego w Poznaniu (od 1916), członek Wydziału Wykonawczego Rady Ludowej Miasta Poznania (1918), poseł na Sejm Ustawodawczy, pierwszy konsul Rzeczypospolitej Polskiej w Olsztynie; Edmund Piechocki (1883-1931), ochotnik; Maksymilian Straburzyński (1886-1976), uczestnik szturm na koszary i przejścia szpitala w Lesznie; Józef Reinholz (1884-1939) odznaczył się szczególną aktywnością w Łobzenicy (gdzie został wybrany na Komisarza Rady Ludowej; w czasie II wojny światowej przyplącił to życiem – został rozstrzelany przez hitlerowców 11 listopada 1939 r. w Paterku koło Nakła). Ponadto powstańcami wielkopolskimi byli Jan Stryczyński (1886-1939), aktywny działacz niepodległościowy we Wronkach; Stanisław Leopold Suchocki (1885-1927) w Pleszewie oraz Henryk Mieczysław Umbreit (1902-1983), uczestnik walk o poznańskie lotnisko na Ławicy, którego zdobycie 6 stycznia 1919 r. zakończyło pierwszy etap walk Powstania Wielkopolskiego.

Aptekarze wielkopolscy, uczestnicząc aktywnie w powstaniu, przyczynili się oni do tworzenia zrębów suwerennego państwa polskiego. Za to zaangażowanie, za patriotyzm uczestnicy powstania podczas



ZAPRYSIĘZENIE DOWÓDZTWA GŁÓWNEGO POLSKICH SIŁ ZBROJNYCH BYŁEGO ZABORU PRUSKIEGO (26 STYCZNIA 1919 ROKU, PLAC WOLNOŚCI W POZNANIU)

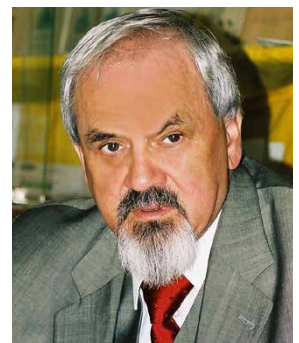
drugiej wojny światowej zginęli w Katyniu: Jarosław Bajoński, Władysław Karpiński, Antoni Majorowicz, Tadeusz Sumiński, Kazimierz Wysocki Witold Antoni Wichrowski. Zginął tam także syn Kazimierza Skarżyńskiego, ówczesnego właściciela apteki „Pod Białym Orłem” na Starym Rynku w Poznaniu, młody mgr farm. Wojciech Ambroży Skarżyński.

Ponadto w czasie okupacji hitlerowskiej (1939-1945) zginęli następujący uczestnicy Powstania Wielkopolskiego: Edmund Baranowski, Jerzy Chmielewski-Wieniawa, Stanisław Ciesielski, Kazimierz Kłaczyński, Stanisław Marcinkowski, Roman Napierała, Józef Reinholz, Alojzy Szczerbicki, brat Alfonsa, uczestnika powstania. Oprócz nich w Forcie VII zginął mgr farm. Jerzy Jasiński, syn aptekarza Stefana Jasińskiego z Rakoniewic, aktywny uczestnik Powstania Wielkopolskiego. Stosunkowo nieliczna grupa zawodowa, jaką byli aptekarze, odegrała znaczącą rolę w walce o niepodległą Rzeczpospolitą w Wielkopolsce.

W dziewięćdziesiątą rocznicę wybuchu Powstania Wielkopolskiego w dniu 28 grudnia 2008 r. odsłonięto

tablicę pamiątkową na ścianie Apteki „Pod Żółtym Lwem” na Starym Rynku w Poznaniu. Z tablicy dowiadujemy się, że 28 grudnia 1918 r. powstaniec wielkopolski por. Janusz Leszczyński na ratuszu poznańskim zawiesił polski sztandar, przekazany mu przez Klarę i Mariana Dalskich, właścicieli Apteki „Pod Żółtym Lwem” w Poznaniu. I tak po 125 latach niewoli (od II rozbioru Polski – 1793) w Poznaniu ponownie na ratuszu powiewała biało-czerwona. Do dziś wielu poznaniaków i przybywających do stolicy Wielkopolski przystaje i zamyśla się przed tablicą upamiętniającą udział aptekarzy w zrywie powstańczym 1918

*Zdjęcia: archiwum Jana Majewskiego,
archiwum Stefana Piechockiego,
<https://pikio.pl>*



dr n. farm.

JAN MAJEWSKI

Współwłaściciel Apteki Pod Żółtym Lwem w Poznaniu, członek Towarzystwa Pamięci Powstania Wielkopolskiego 1918-1919, odznaczony Nagrodą Honorową Towarzystwa Pamięci Powstania Wielkopolskiego, Dobosz Powstania Wielkopolskiego, honorowy przewodniczący Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Puchar Polski dla wielkopolskich farmaceutów



Ogromnym sukcesem wielkopolskich farmaceutów zakończył się tegoroczny turniej piłkarski w Łęczycy – drużyna Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej zdobyła Puchar Polski Okręgowych Izb Aptekarskich w piłce nożnej.

Zespół piłkarzy Wlkp. OIA od lat zdobywa czołowe miejsca w ogólnopolskich rozgrywkach okręgowych izb aptekarskich. 1 kwietnia 2017 r. podczas VI Mistrzostw Polski Okręgowych Izb Aptekarskich w piłce nożnej halowej w Sosnowcu

reprezentacja Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w pięknym stylu wywalczyła trzecie miejsce. Sukces powtórzyła 16 września 2017 r. na boisku HURTAP SA, gdzie cztery najlepsze drużyny wyłonione w Mistrzostwach Polski OIA w piłce nożnej halowej walczyły w I Pucharze Polski Okręgowych Izb Aptekarskich w piłce nożnej. Podczas VII Mistrzostw Polski Okręgowych Izb Aptekarskich w piłce nożnej halowej, które zorganizowano 21 kwietnia 2018 r. w hali MOSiR w Zabrzu, drużyna Wlkp. OIA zajęła drugie miejsce.

Tegoroczne rozgrywki o Puchar Polski OIA w piłce nożnej odbyły się 15 września na trawiastym boisku znajdującym się na terenie firmy HURTAP SA w Łęczycy. Mecze rozgrywane były systemem „każdy z każdym”. O zwycięstwie decydowała liczba zdobytych punktów w poszczególnych meczach według klucza: 3 punkty za zwycięstwo, 1 punkt za remis, 0 punktów za porażkę. Zwyciężyła reprezentacja Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w składzie: mgr Jacek Biernat, mgr Dariusz Burek, mgr Karol Gawron, mgr Szymon Jaworski, mgr Łukasz Jędrzejewski, dr Rafał Olijarczyk, mgr Piotr Miszczuk, mgr Łukasz Pietrzak i dr Tomasz Zaprutko. Drugie miejsce wywalczyli farmaceuci OIA w Łodzi, którzy w rywalizacji okazali się lepsi od zespołu OIA w Krakowie. Na czwartym miejscu uplasowała się Zachodniopomorska OIA.

Przyznano również nagrody indywidualne. Nagrodę dla najlepszego strzelca turnieju odebrał mgr Łukasz Jędrzejewski (zdobywca siedmiu bramek) – absolwent Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (2011 r.), członek Wlkp. OIA od 2014 r.



Daria Miszczuk

Eugeniusz JAROSIK



MUZEUM FARMACJI

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

Poznań, al. Marcinkowskiego 11

tel.: 798 195 988

e-mail: museumfarmacji@woia.pl

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

Wstęp bezpłatny



