



Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

STUDIA Z PRZYSZŁOŚCIĄ

Inżynieria farmaceutyczna





zaSUVaj na ferie z Duda-Cars!

Największa w Polsce oferta samochodów SUV marki Mercedes-Benz dostępnych od ręki.

Wybierz swój wymarzony model z rabatem do **30%** i ruszaj na ferie!

Wejdź na www.duda-cars.pl/zasuvaj i sprawdź co dla Ciebie przygotowaliśmy.



Ilona Raszewska

Doradca handlowy ds. sprzedaży flotowej
samochodów osobowych

Tel. +48 885 700 241

ilona.raszewska@duda-cars.mercedes-benz.pl



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

Na progu 2020



Za nami emocje związane z wyborami prezesa i członków organów Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Wybory przebiegały w dobrej atmosferze, z poszanowaniem tych, którzy mieli zdanie odrębne, z poszanowaniem tych, którzy mieli zastrzeżenia co do skuteczności pracy prezesa i Rady Aptekarskiej. Bardzo cenne są uwagi i zastrzeżenia wypowiedziane właśnie na spotkaniach wyborczych lub na zjazdach, bo to one są napędem do poszukiwania lepszych rozwiązań i do działań skuteczniejszych na rzecz środowiska. Za wszystkie uwagi i wnioski zjazdowe zgłoszone w trakcie tych spotkań serdecznie dziękuję.

Dziękuję wszystkim tym, którzy swoją obecnością potwierdzili, że bycie farmaceutą jest dla nich ważne i doceniają rolę, jaką pełni samorząd zawodowy zawodu zaufania publicznego dla zawodu farmaceuty.

Ale nie sposób nie pamiętać o tych, którzy w spotkaniach wyborczych nie uczestniczyli. Myślę, że przyczyną tego nie był tylko brak czasu. Powodem może być brak nadziei na jakiegokolwiek pozytywne zmiany, które pozwolą na odwrócenie dramatycznej pauperyzacji zawodu i realnej groźby bezpowrotnej utraty jego niezależności. Wielu z nas jest rozczarowanych zawodem, któremu poświęcili najlepsze lata swego życia. Nie sposób nie zauważyć tych, którzy odchodzą z zawodu, zostawiając sobie prawo wykonywania zawodu jedynie na tzw. wszelki wypadek. Felieton dra Marka Jędrzejczaka „Wystrychnięci na dudka” wskazuje na minorowe nastroje farmaceutów zmęczonych nieustającą, wyboistą drogą ustawy o zawodzie i przedmiotowym traktowaniu farmaceutów nie tylko w kwestii podyplomowego kształcenia, ale także w całym systemie ochrony zdrowia.

Nie można nie zauważyć, że wielu młodych farmaceutów wyjeżdża z naszego kraju, aby pracować w innych państwach Unii Europejskiej. Na łamach „Farmacji Wielkopolskiej” pokazujemy sylwetki farmaceutów wielkopolskich, którzy obecnie pracują poza krajem. W tym numerze w wywiadzie („Farmacja w krainie fiordów północy”) mgr farm. Aleksandra Gryczyńska dzieli się swoim norweskim doświadczeniem.

Przed nami wybory prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej i organów Naczelnej Izby Aptekarskiej, która powinna aktywnie działać w obronie interesów całego zawodu w nowej VIII kadencji, od której oczekujemy systematycznej pracy przez całą kadencję oraz skuteczności w działaniu. Zapraszam do lektury artykułu dra Wojciecha Musiała i dra Stefana Piechockiego („Stracone złudzenia”), w którym

podsumowujemy działania NRA w mijającej kadencji, żywiąc nadzieję, że w nowej uda się uniknąć raz popełnionych błędów i zaniechań.

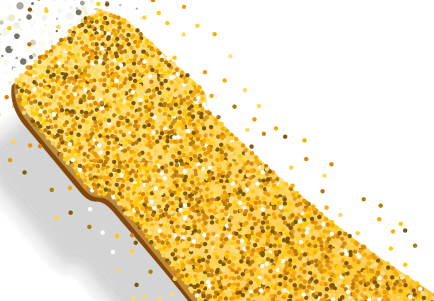
Wiele uwagi w tym numerze poświęciliśmy farmacji przemysłowej jako nowej ścieżce kształcenia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu („Studia z przyszłością”). Jednocześnie chcemy w tym i kolejnych numerach pokazać Państwu niezwykle historie koncernów farmaceutycznych i przemysłu farmaceutycznego w Wielkopolsce, których historia rozpoczęła się od apteki, wiedzy o lekach i kreatywnej postawy farmaceuty. Tych niezwykle historii jest więcej, niż byśmy myśleli, a ich historia sięga często więcej niż 100 lat („Marzenie młodego Brauna”).

Znakomitym przykładem zaangażowania nie tylko w rozwój własnej firmy, ale także w życie społeczne i polityczne swojej małej ojczyzny jest historia rodziny Reinholzów, historia jedna z wielu, wskazująca na miejsce aptekarzy w życiu publicznym w minionym stuleciu („Projekt «Linia»”). O wrażliwości społecznej naszych kolegów z drużyny piłkarskiej Wlkp. OIA w czasach współczesnych pisze kolega mgr farm. Piotr Miszczuk w artykule „Piłkarze dzieciom”.

W nadchodzącym 2020 roku życzę Państwu, aby był on spokojniejszy niż 2019, nie straszyl kolejnymi karami farmaceutów, których gigantyczna praca i zaangażowanie pozwoliły na dalszy etap cyfryzacji w ochronie zdrowia.

Życzę, aby właśnie ta praca została doceniona i przyczyniła się do dostrzeżenia ciągle niewykorzystanych możliwości zawodu w polskim systemie ochrony zdrowia, a w konsekwencji na właściwe pozycjonowanie go. Absolwenci polskich wydziałów farmaceutycznych są znakomicie przygotowani do wykonywania zawodu w Anglii, Kanadzie, Niemczech, na co wskazują wywiady publikowane ze wcześniejszych numerach i osiągają tam satysfakcję z bycia farmaceutą. Życzę, aby nowy 2020 rok i nowa kadencja pracy samorządu zawodowego owocowała rozwiązaniami, które pozwolą na pozycjonowanie polskiego farmaceuty na wzór nowoczesnych systemów ochrony zdrowia Unii Europejskiej.

Zapraszam do lektury „Farmacji Wielkopolskiej” na prognozę 2020.





MUZEUM FARMACJI

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

Poznań, al. Marcinkowskiego 11

tel.: 798 195 988

e-mail: muziumfarmacji@woia.pl

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

Wstęp bezpłatny



spis treści



10

Eugeniusz Jarosik

10 Studia z przyszłością | Rozmowa z prof. dr hab. Anną Jelińską i prof. dr hab. Tomaszem Goślińskim z Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

15 Farmaceuta kliniczny w zespole terapeutycznym

21 Wielki jubileusz poznańskiej farmacji akademickiej

27 Stracone złudzenia

37 Wygrać przyszłość

41 Program działania na VIII kadencję mgr farm. Aliny Góreckiej

44 Organy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej VIII kadencji

49 Terapeutyczne monitorowanie leków w praktyce szpitalnej



15

www.stock.adobe.com



21

UMP

54 Apteka nie tylko dla aptekarza?

56 Wystrychnięci na dudka

58 Audyty, kontrole, inspekcje,
nadzór

62 Kapitał początkowy

64 Męskie sprawy

67 Farmacja w krainie fiordów
północy

74 Projekt „Linia” w łobżenickiej
aptece

79 Marzenie młodego Brauna

84 Skarby z ulicy Floriańskiej

87 Spacerkiem po muzeum

89 Służąca dobru

90 Podróż do źródeł

93 Piłkarze dzieciom

94 SUV-y skrojone na miarę



Eugeniusz Jarosik



Archiwum Aleksandry Gryczyńskiej



Muzeum Farmacji w Krakowie



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

Redakcja
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.farmacjawielpolska.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

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty

Autorzy
mgr farm. Izabela Augustyniak, dr Hanna Cytryńska,
prof. dr hab. Franciszek Gtówka, mgr farm. Alina Górecka,
Eugeniusz Jarosik, dr n. farm. Marek Jędrzejczak,
Marcin Józefiak, Anna Kopras-Fijotek, mgr inż. Dariusz
Łukaszynski, Piotr Miszczuk, dr n. farm. Wojciech Musiał,
dr n. farm. Stefan Piechocki, dr n. farm. Katarzyna
Regulska, Henryk Sawka, mgr farm. Mateusz Szamatek,
prof. dr hab. Lucjusz Zaprutko,

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



Dyżury mogą doprowadzić do olbrzymich strat finansowych

■ Plan dyżurów w Luboniu został, naszym zdaniem, przygotowany bez rozpoznania rzeczywistych potrzeb społecznych w tym zakresie, bez dokładnej analizy i oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów. Do zadań władz publicznych, według ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy zdiagnozowanie, analiza i ocena potrzeb zdrowotnych pacjentów, z naciskiem na świadczenia realizowane na podstawie recepty lekarskiej. W aptekach musi więc pojawić się świadczeniobiorca z receptą. Również art. 94 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne nakłada obowiązek, by rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych był dostosowany do potrzeb ludności w dni wolne od pracy, święta i w porze nocnej.

Tymczasem przychodnia lekarska w Luboniu mieszcząca się przy ul. Poniatowskiego 20, podobnie jak przychodnia przy ul. Wschodniej 25, czynna jest do godziny 18.00. W naszym mieście nie ma żadnej nocnej opieki lekarskiej ani dyżuru opieki doraźnej. W sytuacjach nagłych pacjent zgłasza się na dyżur lekarski do innych miejscowości. Tam też zapewne w razie potrzeby nabywa niezbędne produkty lecznicze (najczęściej jest to Poznań, gdzie od lat działają apteki całodobowe).

Biorąc pod uwagę fakt, że w Luboniu funkcjonuje kilkanaście aptek, a niektóre czynne są codziennie, nasza apteka w realny sposób zaspokaja potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców – godziny otwarcia są jak najbardziej dostosowane do potrzeb mieszkańców Lubonia.

Trzeba także pamiętać, że na rynku farmaceutycznym są spore problemy z magistrami farmacji, a ponadto dodatkowe dyżury w dużym stopniu zwiększają koszty prowadzenia apteki (koszt zatrudnienia pracownika na jednym nocnym, dziesięciogodzinnym dyżurze wraz z należnymi do zapłaty opłatami ZUS oraz podatkami to 700-800 zł). W praktyce kilkudniowy dyżur zwiększyłby koszty funkcjonowania apteki o kilka tysięcy złotych.

Podsumowując, uważam, że pełnienie dyżurów nocnych i świątecznych w naszej lokalizacji jest nieuzasadnione społecznie (praktycznie brak ludzi kupujących w tym czasie niezbędne produkty lecznicze), a także ekonomicznie. Dyżury mogą doprowadzić do olbrzymich strat finansowych przedsiębiorstwa, utraty miejsc pracy przez pracowników apteki, a także w skrajnych przypadkach do jej likwidacji. Przedstawiona przeze mnie argumentacja oznacza, że jesteśmy przeciwni narzucanemu naszej aptece harmonogramowi pełnienia dyżurów nocnych oraz w święta i dni wolne od pracy.

APTEKA W LUBONIU



Negatywnie o dyżurach aptek

■ Zwracam się z prośbą o negatywne zaopiniowanie projektu uchwały w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu poznańskiego, a w szczególności dostępności do świadczeń farmaceutycznych w porze nocnej, w święta i dni wolne od pracy. Argumentuję to pełnym brakiem zainteresowania pacjentów pracą apteki w trakcie dyżurów nocnych i świątecznych, w związku z czym są one nieopłacalne pod względem ekonomicznym, zwłaszcza wobec braku finansowania dyżurów przez odpowiednie organy państwowe, tak jak to się dzieje w przypadku innych refundowanych świadczeń zdrowotnych w ramach pomocy doraźnej, nocnej czy świątecznej. W naszej gminie brak jest placówek medycznych pełniących dyżury nocne, prowadzących pomoc doraźną czy świąteczną opiekę zdrowotną, co wyklucza pilną potrzebę realizacji recept. Ważnym argumentem są również problemy kadrowe w aptece – brak wystarczającej obsady fachowej.

APTEKA W MUROWANEJ GOŚLINIE



STUDIA Z PRZYSZŁOŚCIĄ

O międzyuczelnianym kierunku inżynieria farmaceutyczna z **prof. dr hab. ANNA JELIŃSKĄ** i **prof. dr hab. TOMASZEM GOŚLIŃSKIM** z Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu rozmawia Alina Górecka, przewodnicząca Rady Programowej „Farmacji Wielkopolskiej”.

ALINA GÓRECKA, „Farmacja Wielkopolska”: Od 2018 r. na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu rozpoczęto kształcenie na kierunku inżynieria farmaceutyczna. Jakie były przesłanki do przygotowania programu 3,5-letnich studiów na tym kierunku? Czy to jest program autorski profesorów poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego?

ANNA JELIŃSKA i TOMASZ GOŚLIŃSKI: W roku akademickim 2018/2019 na Wydziale Farmaceutycznym rozpoczęliśmy kształcenie na interdyscyplinarnym międzyuczelnianym kierunku inżynieria farmaceutyczna. Są to studia realizowane wspólnie z Wydziałem Technologii Chemicznej Politechniki Poznańskiej, które trwają 3,5 roku i kończą się uzyskaniem tytułu zawodowego inżyniera. Podczas uroczystej Gali Finałowej Ogólnopolskiego Konkursu i Programu Akredytacyjnego „Studia z przyszłością” kierunek ten otrzymał w 2019 r. zaszczytne wyróżnienie „Studia z przyszłością”. Gala odbyła się 18 marca 2019 r. w pałacu Polskiej Akademii Nauk w Jabłonnej pod Warszawą. Celem tego programu jest promocja kierunków studiów, które wyróżniają się na rynku nowoczesnością koncepcji kształcenia, jakością realizowanego programu oraz skutecznością w edukowaniu dla rynku pracy. Program służy promowaniu najbardziej innowacyjnych,

oryginalnych i wartościowych merytorycznie pomysłów na kształcenie studentów – kształcenie z uwzględnieniem oczekiwań interesariuszy zewnętrznych uczelni. Znak jakości „Studia z przyszłością” otrzymują kierunki studiów, które swoje programy opierają na trzech filarach: dążeniu do przekazywania aktualnej, nowoczesnej wiedzy, kreowaniu umiejętności i kompetencji społecznych poszukiwanych przez pracodawców oraz inwestowaniu w najwyższą jakość edukacji.

Autorski program studiów został przygotowany wspólnie z Politechniką Poznańską, a w pracach organizacyjnych uczestniczyli dziekani i prodziekani Wydziału Farmaceutycznego oraz Wydziału Technologii Chemicznej PP. W dobie intensywnie rozwijającego się przemysłu farmaceutycznego oraz przemysłów pokrewnych (chemicznego, kosmetycznego, zielarskiego, biotechnologicznego, suplementów diety itp.) koniecznym jest wykształcenie specjalistów posiadających szerokie kompetencje (wiedzę i umiejętności) w zakresie nauk farmaceutycznych, projektowania procesów technologicznych oraz bezpośredniej kontroli procesów technologicznych i wytwarzanych produktów w wymienionych powyżej gałęziach przemysłu. Takimi specjalistami staną się już wkrótce nasi absolwenci kierunku Inżynieria farmaceutyczna.



Eugeniusz Jarosik

Czy jest jeszcze jakiś wydział farmaceutyczny w Polsce, który realizuje taki program? A jeśli tak, to czym wyróżnia się poznański program studiów?

Studia inżynierskie na kierunku inżynieria farmaceutyczna realizowane są na razie tylko w Poznaniu, tym samym opracowaliśmy pierwszy w Polsce oryginalny program nauczania tego przedmiotu i podjęliśmy niełatwy i być może ryzykowny trud zmierzania się z zapotrzebowaniem rynku na przyszłego absolwenta. Opracowanie założeń i programu samego kierunku stanowiło niemałe wyzwanie, ale czujemy przede wszystkim bagaż odpowiedzialności, licząc, że nie zawiedzimy naszych studentów i późniejszych absolwentów w kwestiach znalezienia ciekawej i atrakcyjnej finansowo pracy. Na niektórych wydziałach prowadzone są magisterskie i podyplomowe studia z zakresu farmacji przemysłowej, trwające kilka semestrów oraz umożliwiające uzyskanie

uprawnień osoby wykwalifikowanej, nie dotyczą one jednak kształcenia na poziomie studiów licencjackich i inżynierskich.

Czy na wydziałach farmaceutycznych uniwersytetów europejskich też kształcą się studenci na analogicznych kierunkach?

Jak powszechnie wiadomo, kształcenie farmaceutów w krajach europejskich jest dość zróżnicowane. W niektórych państwach studenci już po trzecim roku podejmują decyzję dotyczącą kierunku kształcenia i dalszej będącej tego konsekwencją pracy zawodowej, czyli czy chcą po studiach pracować w aptece ogólnodostępnej, w przemyśle, czy może rozwijać się w kierunku farmacji szpitalnej lub klinicznej. W zależności od dokonanego wyboru, ich dalsze kształcenie jest odpowiednio kierunkowane, ale także różnicowane czasowo.



Eugeniusz Jarosik

W trakcie studiów farmaceutycznych na kierunku farmacja po czwartym roku studenci mogą, zamiast praktyki w aptece szpitalnej, wybrać praktykę w przemyśle. Ilu studentów się na to decyduje i w jakich zakładach realizują te praktyki? Jak studenci je oceniają?

Studenci na kierunku farmacja mają obowiązek odbyć następujące praktyki: po trzecim roku w aptecę ogólnodostępną, po czwartym roku w aptecę szpitalną lub w przemyśle farmaceutycznym oraz po obronie pracy magisterskiej na szóstym roku w aptecę ogólnodostępną z możliwością spędzenia połowy przewidzianego czasu trwania w aptecę szpitalną. Uczelnia podpisała odpowiednie umowy z podmiotami, które przyjmują naszych studentów na praktyki po czwartym roku studiów. Są to firmy farmaceutyczne z Poznania, ale także innych regionów Polski. Każdego roku praktykę po czwartym roku studiów w przemyśle realizuje średnio około 25% studentów. Od kilku lat nasi studenci

mają również wyjątkową możliwość zdobycia dodatkowego doświadczenia w przemyśle podczas staży realizowanych w ramach projektów pozyskiwanych z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR). Staż taki trwa 360 godzin, czyli 45 dni roboczych i jest realizowany na piątym roku studiów. Studenci bardzo cenią sobie możliwość zdobycia dodatkowego doświadczenia w przemyśle, co ułatwia im później znacznie aplikowanie o atrakcyjną pracę.

Wydział Farmaceutyczny w Poznaniu współpracuje z przemysłem farmaceutycznym. Jak przebiega ta współpraca? Czy program nauczania był konsultowany z przedstawicielami firm? Jakich umiejętności oczekuje przemysł od absolwenta studiów inżynieria farmaceutyczna?

Nasza współpraca z przemysłem ma kilkudziesięcioletnią historię i układa się bardzo dobrze. W jej ramach wykonywane są przez pracowników wydziału prace zlecone dla przemysłu. Program nauczania dla każdego kierunku studiów jest rokrocznie konsultowany na radach programowych wszystkich kierunków prowadzonych na wydziale z powoływanymi w ich skład interesariuszami zewnętrznymi. Są nimi wysokiej klasy specjaliści – pracownicy przemysłu farmaceutycznego, zielarskiego czy kosmetycznego, którzy uczestnicząc w pracach rad programowych, zgłaszają swoje uwagi i propozycje modyfikacji procesu kształcenia. Bardzo doceniamy udział interesariuszy zewnętrznych oraz ich cenne wskazówki.

W jakim stopniu programy nauczania na kierunku farmacja i inżynieria farmaceutyczna są zbieżne? Czy w programie studiów znajduje się także obowiązkowy sześciomiesięczny staż w aptece?

Program studiów na kierunku farmacja i inżynieria farmaceutyczna jest zdecydowanie różny. Farmacja to kierunek, dla którego standardy nauczania są określone ustawowo i są to studia jednolite magisterskie. Inżynieria farmaceutyczna to na razie studia 3,5-letnie, kończące się uzyskaniem tytułu zawodowego inżyniera. Standardy dla tego kierunku zostały opracowane podczas jego tworzenia. W niedalekiej perspektywie mamy w planie otwarcie studiów uzupełniających magisterskich (SUM) dla tego kierunku, także wspólnie z Politechniką Poznańską. Studenci kierunku inżynieria farmaceutyczna mają obowiązek odbycia praktyki w czasie studiów,

zgodnie z obowiązującą ustawą Prawo o Szkolnictwie Wyższym i Nauce, ale – co należy podkreślić – nie będzie to praktyka w aptece.

Jakim tytułem zawodowym będą się posługiwali absolwenci inżynieria farmaceutyczna? Czy będą się starali o prawo wykonywania zawodu na zasadach analogicznych jak absolwenci kierunku farmacja?

Absolwenci kierunku uzyskają tytuł zawodowy inżyniera, co będzie ich uprawniało do podjęcia dalszego kształcenia na półtorarocznych studiach uzupełniających magisterskich, kończących się tytułem magistra. Nie uzyskują oni uprawnień do pracy w aptece. Natomiast ich wykształcenie umożliwi im podjęcie pracy we wszystkich działach przemysłu farmaceutycznego i pokrewnych.

Co będzie wyróżniało absolwenta studiów inżynieria farmaceutyczna na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego od absolwentów Wydziału Chemii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza czy Wydziału Technologii Chemicznej Politechniki Poznańskiej w zakresie przygotowania do pracy w przemyśle? Jakie umiejętności i kompetencje będą wyróżniały absolwenta kierunku inżynieria farmaceutyczna w stosunku do wspomnianych absolwentów innych uczelni?

Studia na kierunku inżynieria farmaceutyczna mają charakter interdyscyplinarny. Łączą w sobie elementy farmacji, inżynierii chemicznej i procesowej oraz technologii chemicznej. Student podczas studiów uzyskuje podstawowe kompetencje (wiedzę i umiejętności) z matematyki, fizyki, chemii, biologii, nauk medycznych oraz przedmiotów ogólnotechnicznych w zakresie potrzebnym do zrozumienia przedmiotów kierunkowych. Studia ukierunkowane są na projektowanie, wytwarzanie oraz ocenę jakości i tożsamości produktów leczniczych i kosmetycznych, suplementów diety itp., prowadzenie badań chemicznych, farmaceutycznych i toksykologicznych. Student zagłębia się w zagadnienia inżynierskie pojawiające się w przemyśle farmaceutycznym i przemysłach pokrewnych, w tym w maszynoznawstwo, przebieg procesów technologicznych i sterowanie tymi procesami, kontrolę ich przebiegu na wszystkich stopniach prowadzonych procesów, a także zapoznaje się z projektowaniem prostej aparatury oraz procesów. Ważną część studiów stanowi pozyskanie wiedzy dotyczącej surowców i produktów



Eugeniusz Jarosik

przemysłu farmaceutycznego, począwszy od ich pozyskiwania, poprzez ocenę aktywności biologicznej, różne techniki przetwarzania i kontroli, aż do uzyskania produktu końcowego o ściśle określonych i pożądanym parametrach jakościowych i bezpieczeństwie stosowania. Kandydat zainteresowany podjęciem studiów na kierunku inżynieria farmaceutyczna powinien wykazywać zdolności i zainteresowanie przedmiotami ścisłymi oraz przyrodniczymi, w tym matematyką, chemią, fizyką, informatyką i biologią. Powinien również wykazywać predyspozycje do pracy laboratoryjnej, rozwiązywania zagadnień technicznych w zakresie projektowania, wykonawstwa i eksploatacji.

Połączenie wysokich standardów kształcenia wynikających z kilkudziesięcioletniej tradycji nauczania na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Wydziale Technologii

Chemicznej Politechniki Poznańskiej daje gwarancję bardzo wszechstronnego i rzetelnego przygotowania absolwentów gotowych do podjęcia wyzwań aktualnego rynku pracy.

Czy w zakresie realizacji programu studiów na kierunku inżynieria farmaceutyczna Uniwersytet Medyczny współpracuje z innymi uczelniami, na przykład z Politechniką Poznańską? Jaki jest zakres współpracy i nauczania jakich przedmiotów dotyczy?

Studia na kierunku inżynieria farmaceutyczna to studia międzyuczelniane, których powołanie poprzedzone było podpisaniem umowy o współpracy pomiędzy uczelniami i dopiero na bazie tego porozumienia mogliśmy przystąpić do utworzenia tego kierunku. Zajęcia na kierunku są prowadzone w 53% na Politechnice Poznańskiej, pozostałe 47% na Uniwersytecie Medycznym. Podział przedmiotów wynika ze specyfiki uczelni i wszystkie zajęcia tech-

STUDIA NA KIERUNKU INŻYNIERIA FARMACEUTYCZNA MAJĄ CHARAKTER INTERDYSCYPLINARNY. ŁĄCZĄ W SOBIE ELEMENTY FARMACJI, INŻYNIERII CHEMICZNEJ I PROCESOWEJ ORAZ TECHNOLOGII CHEMICZNEJ

niczne odbywają się na politechnice. Obie uczelnie prowadzą nabór na studia według ujednoliconych zasad, każda z uczelni przyjmuje w danym roku 30 osób. Pierwsi absolwenci kierunku już w 2021 r., a następni w kolejnych latach, uzyskują dyplom, który będzie potwierdzał ukończenie studiów prowadzonych wspólnie przez wspomniane szkoły wyższe.

Trwają obchody stulecia nauczania farmacji w Poznaniu. Jakie ogólne refleksje nasuwają się w związku z tą rocznicą? Jak na przestrzeni minionych stu lat zmienił się model kształcenia farmaceutów, czy były wcześniej okresy kształcenia farmaceutów szczególnie przygotowanych do pracy w przemyśle farmaceutycznym?

Odnosnie tego punktu pozwalam sobie odwołać się do opracowania mojego autorstwa [prof. Anny

Jelińskiej] dotyczącego farmacji w monografii 100-lecie studiów farmaceutycznych w Poznaniu pod red. Anity Magowskiej, Tomasza Goślińskiego, Izabeli Muszalskiej i Lucjusza Zaprutko pt. „100-lecie studiów farmaceutycznych w Poznaniu. Wydział Farmaceutyczny i Oddział Analityki Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w latach 2004-2018”.

Specjalizacje: przeżytek, konieczność czy szansa? – takie pytanie postawiliśmy w artykule okładkowym pierwszego wydania „Farmacji Wielkopolskiej”. Jakie jest stanowisko Państwa w tej sprawie, także w świetle regulacji zaproponowanych w opublikowanym niedawno projekcie ustawy o zawodzie farmaceuty?

Studia na kierunku farmacja dają ogólnoakademickie przygotowanie do podjęcia pracy w różnych miejscach, od apteki ogólnodostępnej, po aptekę szpitalną i przemysł farmaceutyczny. Obecnie dużo miejsca poświęca się kwestii obecności w zespole terapeutycznym w szpitalach farmaceuty klinicznego. Uważamy, że utrzymanie specjalizacji jest konieczne, tym bardziej że wykonywanie zawodu farmaceuty obliuguje do ustawicznego kształcenia i zdobywania aktualnej wiedzy przez całe życie.

Jakie jest Państwa zapatrywanie na koszt szkolenia specjalizacyjnego realizowanego przez farmaceutę? Czy nie powinien on być refundowany przez budżet państwa?

Koszt specjalizacji może być i z pewnością jest czynnikiem ograniczającym liczbę osób podejmujących się dalszego doksztalcenia. Uważamy, że każde wsparcie finansowe byłoby czynnikiem zwiększającym liczbę osób chętnych do robienia specjalizacji. Nie zapominajmy jednak o wielu formach kształcenia zaliczanego do szkolenia specjalizacyjnego, które bezpłatnie oferuje Wydział Farmaceutyczny wraz z Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym, organizując choćby comiesięczne spotkania PTFarm, pozwalające nie tylko na zapoznanie się z najnowszą tematyką przedstawianą przez doskonałych prelegentów, ale także na zebranie części punktów specjalizacyjnych.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała **ALINA GÓRECKA**
„Farmacja Wielkopolska”



www.adobe.stock.com

prof. dr hab. FRANCISZEK GŁÓWKA

FARMACEUTA KLINICZNY W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM

Rozwój farmacji klinicznej poprzez nowoczesny program studiów farmaceutycznych w kierunku świadczenia opieki farmaceutycznej na oddziałach szpitalnych w Polsce.

Zmieniające się wymagania społeczeństwa w kierunku świadczenia usług medycznych na coraz wyższym poziomie, w którym przybywa coraz więcej osób w starszym wieku i związanymi z tym dolegliwościami chorobowymi, stawia przed obecną służbą zdrowia nowe wyzwania. Rośnie też świadomość chorych odnośnie swoich potrzeb zdrowotnych, bezpieczeństwa i skuteczności ich leczenia. Wzrastają koszty leczenia poprzez stosowanie coraz droższych leków, w tym najnowszej generacji. Zwiększają się koszty z tytułu



Tatiana & Eugeniusz Jarońsk

W POLSKICH APTEKACH SZPITALNYCH FARMACEUCI NIE ŚWIADCZĄ USŁUGI FARMACJI KLINICZNEJ

odpowiedzialności prawnej za skutki błędów w trakcie leczenia. Pociąga to za sobą zwiększenie nakładów finansowych społeczeństwa na służbę zdrowia.

Wydaje się, że wszystko to powinno powodować konieczność pracy w zespołach terapeutycznych polskich szpitali większej grupy specjalistów zawodów medycznych, do których zalicza się też zawód farmaceuty, zawód z bardzo wysoką pozycją zaufania publicznego. Często był

na pierwszym miejscu, a obecnie od wielu lat mieści się w pierwszej piątce światowego rankingu najbardziej godnych zawodów zaufania publicznego.

Terażniejszość w Polsce a zespoły terapeutyczne na świecie

Obecny model leczenia chorych w polskich szpitalach to, z małymi wyjątkami, przede wszystkim lekarze, którzy mają do pomocy personel pielęgniarski. Farmaceuta w aptece, często z dala

od oddziału szpitalnego, pełni z reguły rolę dystrybutora leków i zaopatrzeniowca w niezbędne leki dla szpitala. Zupełnie inny model leczenia szpitalnego jest wprowadzony bądź wprowadzany jest w szpitalach krajów wysokorozwiniętych, takich jak USA, Kanada czy Wielka Brytania. W amerykańskich centrach klinicznych farmaceuta jest na każdym oddziale i to do niego należy chociażby zadanie tak ważne jak ustalenie indywidualnej dawki leku dla pacjenta. Lekarz jest odpowiedzialny za leczenie, a do pomocy ma zespół złożony ze specjalistów od leków, czyli farmaceutów, fizjoterapeutów czy dietetyków. W szpitalach amerykańskich nie dziwi odpowiedź lekarzy, gdy jest pytanie o dawkę: „Dose? For the PharmD” (PharmD – Doctor of Pharmacy, tytuł zawodowy farmaceutów w USA).

Niestety, bez unormowań prawnych w polskim ustawodawstwie, o które tak mocno upominała się już wiele lat temu prof. Joanna Szymura-Oleksiak, ówczesna dziekan Wydziału Farmaceutycznego w Krakowie, które obejmowałyby prawa, obowiązki i odpowiedzialność farmaceuty klinicznego jako członka zespołu terapeutycznego nie przybliży nas do tej idei, którą odważnie postępowy świat już kroczy. W naszym kraju słychać głos, jednak małej grupy farmaceutów, obejmującej głównie część środowiska naukowego wydziałów farmaceutycznych czy samorządów aptekarskich oraz studentów farmacji. Podejmowane są próby zmierzające do nadania zwodowi farmaceuty, w tym farmaceuty klinicznego, odpowiedniej rangi poprzez

ustawowe usankcjonowanie praw i obowiązków. Jak na razie głosy te są słabo słyszalne w zaciszach gabinetów ministerialnych czy departamentów o czym świadczy kształt projektu ustawy o zawodzie farmaceuty z dnia 8 listopada 2019 r. Myśląc pozytywnie – dobrze, że taki projekt ustawowego ujęcia zawodu farmaceuty powstał, ale chciałoby się, żeby był na miarę czasu oraz zawierał perspektywę rozwoju zawodu w kolejnych latach, idącą przynajmniej ścieżką ustanowioną i realizowaną już na świecie w nadziei, że i tak będzie w Polsce.

Czy istnieje świadomość wśród samych farmaceutów oraz lekarzy i personelu pielęgniarskiego konieczności udziału farmaceuty klinicznego w zespole terapeutycznym na oddziale szpitalnym i jaki jest stosunek do takich zmian?

W zmieniającej się rzeczywistości świata, w którym globalizacja obejmuje niemal wszystkie dziedziny życia, nie jest możliwe w dłuższym przedziale czasowym utrzymanie tradycyjnego modelu leczenia. Wzrasta świadomość, że tylko zespołowe działanie przynoszą efekty w zakresie wyleczenia chorych czy poprawienia ich warunków zdrowotnych. Nie dziwią zatem wyniki badań przeprowadzone w szpitalach Wielkopolski na reprezentatywnej grupie lekarzy i farmaceutów, które wykazały że około 88% lekarzy i 90% farmaceutów wyraża chęć współpracy¹. Największa płaszczyzna, na której lekarze chcą współpracować z farmaceutami, to wspólna analiza farmakoterapii; chęć współpracy w tym zakresie zadeklarowało 71% lekarzy i 85% farmaceutów. Jest to bardzo dobra

wiadomość, świadcząca o dużej otwartości lekarzy i w jeszcze większym stopniu farmaceutów na współpracę, w przyszłości w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych. Można podsumować, że z pewnością jest dobra wola i chęć współpracy z obu stron.

W podobnym tonie wypowiedział się dr n. med. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 2010-2018, podczas konferencji naukowej w Sosnowcu, który stwierdził między innymi: „A zatem farmaceuta jest nam potrzebny na co dzień, potrzebny jest zarówno w warunkach lecznictwa zamkniętego, jak i w warunkach lecznictwa otwartego. Pytanie będzie już do Państwa. Jak sprawić, żeby rzeczywiście przy lekarzu, w szczególności tam, gdzie są dziedziny niezabiegowe: psychiatria, neurologia, interna, reumatologia itd. był farmaceuta? Jak sprawić, by lekarz i farmaceuta stanowili rzeczywisty zespół? I to jest już bardzo trudne pytanie, bo dzisiejszy farmaceuta jest bardziej związany ze stroną obsługi, nazwałbym ją, techniczną, zaopatrzeniową a mniej z poradą dla lekarzy”. Można podsumować tę wypowiedź, że wola współpracy jest deklarowana przez środowisko lekarskie, a problem tkwi w tym, jak to zrobić. I z odpowiedzią na pytanie borykamy się już od dawna w nadziei, że model współpracy na linii lekarz-farmaceuta w amerykańskich szpitalach w nieodległej przyszłości zagości i w polskich szpitalach.

Czy absolwent studiów farmaceutycznych w Polsce jest przygotowany do wykonywania zawodu

farmaceuty klinicznego w zespole terapeutycznym polskich szpitali? Czy może dopiero kształcenie podyplomowe przygotowuje farmaceutów do takiej roli?

Zasadnicza różnica między programem polskim a programem anglojęzycznym PharmD czy innymi zagranicznym programami nauczania farmacji polega na tym, że nasi absolwenci posiadają dużą wiedzę akademicką między innymi z zakresu technologii postaci leku, suplementów diety czy ziół, która to wiedza czasem bardzo się przydaje. Jednak charakter pracy farmaceuty w nowoczesnej aptece

FARMACEUTA KLINICZNY STANOWI WAŻNE OGNIWO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ PROWADZONEJ NA ODDZIALE SZPITALNYM

wymaga jeszcze wiedzy klinicznej, co podkreślają zwłaszcza nasi absolwenci pracujący za granicą. Takiego podejścia klinicznego w obecnym programie pięcioletnich studiów brakuje po dzisiejszy dzień, mimo że nasz poznański program PharmD o wyraźnym nastawieniu klinicznym funkcjonuje już od 10 lat².

W obecnych warunkach polskiego medycznego szkolnictwa zawodowego pewnym ukierunkowaniem na kliniczny charakter wykształcenia farmaceuty jest podyplomowy kurs specjalizacyjny w zakresie farmacji klinicznej. Podczas tego szkolenia farmaceutyci mają pewną

możliwość zapoznania się z pracą na oddziale szpitalnym i jest to krok we właściwym kierunku. Jednak według posiadanej wiedzy farmaceutyci posiadający specjalizację z farmacji klinicznej bardzo rzadko wykonują swoją profesję, chociażby z faktu, że bycie farmaceutą specjalistą z farmacji klinicznej na oddziale nie ma tak naprawdę umocowania prawnego. Sytuacja jest dość złożona, gdyż szkolimy farmaceutów, którzy zdobywają tytuł specjalisty w zakresie farmacji klinicznej, a tak naprawdę później ta wiedza nie ma możliwości przysłużenia się chorym. W tej sytuacji zdarza się, że osoby takie, nie mogąc się realizować jako farmaceutyci, idą za swoim powołaniem i podejmują studia na kierunku lekarskim.

Program PharmD, opracowany i wprowadzony na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu w roku akademickim 2009/2010, jest pierwszym i jak dotychczas

jedynym w Polsce oraz jednym z pierwszych w Europie nowoczesnym programem anglojęzycznym, który spełnia światowe kryteria nauczania przyszłych farmaceutów ukierunkowanych na działanie w warunkach klinicznych. Specyfika sześcioletniego programu PharmD realizowanego w Poznaniu polega na założeniu wykształcenia farmaceuty jako specjalisty od leków, który na podstawie zdobytych umiejętności wypełniałby następujące obowiązki farmaceuty klinicznego:

- Prowadzenie opieki farmaceutycznej poprzez sporządzenie planu opieki, jego wprowadzenie do praktyki i dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjenta, uwzględniając dane farmakoepidemiologiczne i prawidłowe zasady stosowania leków.
- Podejmowanie działań przyczyniających się do obniżenia kosztów leczenia chorego przez

zmniejszenie niepożądanych działań leków i błędów farmakoterapeutycznych oraz kontrolowanie prawidłowego stosowania leków przez chorego.

- Udzielania wyczerpujących informacji chorym, ich rodzinom i opiekunom, a także innym pracownikom służby zdrowia odnośnie działania, sposobu podania oraz efektów ubocznych stosowanych leków na podstawie najnowszych źródeł informacji naukowej.
- Efektywnie współpracować, jako ekspert od leków, w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym pracowników służby zdrowia.

Zasadniczymi elementami programu PharmD, uwzględniającego światowe trendy nauczania farmacji, a jednocześnie tym, co odróżnia się od programu farmacji w języku polskim, było wprowadzenie nowych przedmiotów obok tych realizowanych w programie polskim, gdyż tego wymagały ówczesne standardy nauczania na kierunku farmacja i były warunkiem uzyskania pozytywnej opinii z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia. Takimi nowymi przedmiotami były: „zaawansowana farmakoterapia” (Advanced Pharmacotherapy), przedmiot realizowany we współpracy z lekarzami klinicystami ze szpitali Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz „opieka farmaceutyczna” (Patient Care). Nowością z pewnością były też specjalistyczne praktyki zawodowe – Advanced Pharmacy Practices (560 godzin), realizowane w kilku podstawowych modułach na oddziałach szpitalnych i w aptekach szpitalnych³.



Archiwum Franciszka Główni

WSPÓŁPRACA LEKARZY I FARMACEUTÓW. DEPARTMENT OF CARDIOLOGY – UNIVERSITY OF KENTUCKY W LEXINGTON (2012 ROK)

Niestety, na oddziałach szpitalnych studentów anglojęzycznych uczą lekarze zamiast farmaceutów, jak to jest w warunkach szpitali amerykańskich czy kanadyjskich.

Gdzie należy poszukiwać płatoczyzny, na której buduje się zaufanie między lekarzem i farmaceutą i innymi zawodami medycznymi?

Zaufanie jest zdecydowanie najważniejszym czynnikiem w relacjach międzyludzkich i zawodowych. To właśnie budowanie zaufania już na początku studiów w uniwersytetach medycznych stanowi bazę do rozwoju dobrych stosunków na linii lekarz-farmaceuta. Potwierdza tę opinię dr Luigi Brunetti z Ernest Mario School of Pharmacy, Rutgers University, który jest farmaceutą klinicznym z wieloletnim doświadczeniem. Prowadzi zajęcia na oddziale szpitalnym zarówno ze studentami programu PharmD, jak i MD. W College of Pharmacy University of Kentucky, z którym nasza uczelnia posiada wieloletnią współpracę prowadzone są zajęcia, w których uczestniczą studenci pierwszego roku farmacji i medycyny w myśl zasady „czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”. Takie podejście ze wszech miar jest konieczne dla przyszłej współpracy zawodów medycznych a w efekcie końcowym przyczyni się do wzmocnienia procesu terapeutycznego w polskich szpitalach. O taką współpracę apelował też w roku 2017 cytowany już wcześniej prezes NRL dr Maciej Hamankiewicz: „Rodzi się pytanie: gdzie jest farmaceuta u boku tego

stażysty? Nie ma. Przynajmniej ja nie spotkałem się z sytuacją, żeby na oddział przyszedł młody absolwent wydziału farmaceutycznego i uczestniczył w wizycie lekarskiej czy przeglądał leki. Ten kontakt, ta współpraca pomiędzy farmaceutą a młodym lekarzem stażystą, gdzie farmaceuta udziela porady farmaceutycznej na początku drogi zawodowej, byłby bardzo potrzebny. Jeśli na takim wczesnym etapie życia zawodowego nie wypracujemy współpracy, to nie możemy oczekiwać, że pojawi się w przyszłości. Czego Jaś się nie nauczył, tego Jan nie będzie umiał”. Nic dodać, nic ująć, tylko podjąć działania w tym kierunku. Mamy rok 2020 i niewiele się zmieniło. Pozostaje nadzieja na lepsze jutro farmaceuty klinicznego, podobna do tej, która spowodowała, że dzisiaj buduje się przez wiele lat oczekiwane Collegium Pharmaceuticum, nowoczesną placówkę badawczą i dydaktyczną poznańskiej farmacji.

Należy zaznaczyć, że zarówno studenci anglojęzycznego programu PharmD, jak i polskiej farmacji uczą się współpracy pracy farmaceuty z lekarzem i innymi zawodami biorącymi udział w leczeniu chorych, uczestnicząc w sześciotygodniowych blokach na oddziałach szpitalnych w Lexington. Równoległe studenci farmacji z Lexington odbywają praktyki w Poznaniu od 2013 r. Współpraca w tym zakresie rozpoczęła się na krótko przed podpisaniem oficjalnej współpracy między uniwersytetami, trwa nadal i powinna być kontynuowana. Stanowi doskonałą platformę do rozwoju farmaceuty klinicznego w polskich szpitalach.

Jak w założeniach najnowszego projektu ustawy o zawodzie farmaceuty plasuje się rola farmacji klinicznej?

Jak już wspomniałem, bez prawnego umocowania zadań, obowiązków i odpowiedzialności farmaceuty klinicznego nie jest możliwe świadczenie, mówiąc językiem projektu ustawy z 8 listopada 2019 r., usługi farmacji klinicznej. Dobrze, że toczy się proces legislacyjny i wygląda na to, że po raz pierwszy będziemy mieli ustawę o zawodzie farmaceuty, jaką mają inne zawody medyczne. Jednak uważam, że w tej ustawie powinno być wyraźnie zapisane, że farmaceuta jako specjalista od leków ze specjalizacją farmacja kliniczna ma prawo wypełniać swoją profesję na oddziale szpitalnym jako członek zespołu terapeutycznego, współpracując z lekarzami i innymi zawodami medycznymi uczestniczącymi bezpośrednio w terapii chorego. Z takim też apelem zwróciłem do posłów IX kadencji Sejmu RP. Wskazałem też, że w projekcie brakuje przede wszystkim nowoczesnego ujęcia roli farmaceuty, a świadczy o tym zapis artykułu 32.2: „Farmaceuta w ramach sprawowanej usługi farmacji klinicznej wykonuje czynności określone w art. 3.1 pkt 10 – sporządzanie produktu leczniczego”. Jest to bardzo ważne zadanie farmaceuty, ale w mojej ocenie nie jest to rola farmaceuty klinicznego na oddziale szpitalnym.

Biorąc pod uwagę moje doświadczenie z pobytu w szpitalach uniwersyteckich USA i Kanady, farmaceuta kliniczny stanowi ważne ogniwo systemu opieki zdrowotnej prowadzonej na



UMP

GRADUATION 2016. PROFESOR FRANCISZEK GŁÓWKA OTRZYMUJE Z RĄK MGR JACQUELINE DZIONEK PHARM DYPLOM HONORARY RECOGNITION AWARD JAKO PODZIĘKOWANIE OD ABSOLWENTÓW PROGRAMU PHARM D (ROCNIK 2013-2019) „FOR HIS INVALUABLE CONTRIBUTION TO OUR EDUCATION AND FUTURE” (ZA JEGO NIEOCENIONY WKŁAD W NASZĄ EDUKACJĘ I PRZYSZŁOŚĆ)

oddziale szpitalnym, jako – członek zespołu terapeutycznego – specjalista od leków, współpracujący z lekarzem odpowiedzialnym za cały proces leczenia, personelem pielęgniarskim i innymi zawodami medycznymi, takimi jak fizjoterapeuta, dietetyk czy psycholog kliniczny. Uważam, że brakuje tego zapisu w projekcie ustawy.

Brakuje przede wszystkim nowoczesnego ujęcia roli farmaceuty, jaką jest sprawowanie usługi farmacji klinicznej. Świadczy o tym dalszy zapis artykułu 32.2: „Farmaceuta w ramach sprawowanej usługi farmacji

klinicznej wykonuje czynności określone w art. 3.1 pkt 10 – sporządzanie produktu leczniczego”. Jest to bardzo ważne zadanie farmaceuty, ale w mojej ocenie nie jest to rola farmaceuty klinicznego na oddziale szpitalnym.

Podsumowanie

W polskich jednostkach służby zdrowia farmaceuci aptek szpitalnych nie świadczą usługi farmacji klinicznej. Istnieje jednak wola i chęć takiej współpracy ze strony zarówno lekarzy, jak i farmaceutów jako dobry prognostyk do tworzenia interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, które efektywnie wykorzystywałyby najnowszą wiedzę i rozwiązania technologiczne

w zakresie nowoczesnych leków, sprzętu. Przygotowanie gruntu do tworzenia naturalnej potrzeby współpracy farmaceutów z lekarzami i innymi przedstawicielami zawodów medycznych powinno odbywać się już na wczesnym etapie studiów, co podkreślają przedstawiciele samorządu lekarskiego i doświadczeni nauczyciele akademicy, przede wszystkim amerykańscy, pełniący jednocześnie obowiązki farmaceuty klinicznego.

Należy też oczekiwać koniecznych zmian w polskim systemie kształcenia przeddyplomowego farmaceutów, które powinny być ukierunkowane na elementy farmacji klinicznej i które spełniałyby oczekiwania współczesnego społeczeństwa, jak to jest w wielu wysokorozwiniętych krajach. Celowym wydaje się utworzenie instytucji Polskiej Rady Farmacji, która zajmowałaby się działaniami zmierzającymi do opracowywania programu rozwoju farmacji w zmieniającym się bardzo szybko technologicznie świecie. Programu, który pozwoliłby na wykształcenie farmaceuty, w szczególności klinicznego, zdolnego do wypełniania misji pomocy choremu zgodnie z najnowocześniejszymi standardami światowymi. Do przeprowadzenia zmian w tym zakresie konieczne są unormowania prawne, które bazując na dotychczasowym dorobku, swoimi rozwiązaniami wybiegałyby w przyszłość. 🌱



prof. dr hab.

FRANCISZEK GŁÓWKA

Kierownik Katedry i Zakładu Farmacji Fizycznej i Farmakokinetiki Wydziału Farmaceutycznego, pełnomocnik ds. programu farmacji w języku angielskim w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

PIŚMIENICTWO:

¹ Agnieszka Anczykowska: *Perspektywy udziału farmaceutów w zespole terapeutycznym polskich szpitali*, praca magisterska, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2015.

² Wypowiedź dr. n. med. Macieja Hamankiewicza, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej na I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej *Specjalistyczne praktyki zawodowe – wiedza i umiejętności praktyczne*, Sosnowiec, 8 listopada 2017 r. Tekst autoryzowany.

³ Rozmowa „Farmacji Wielkopolskiej”: *10 lat poznańskiego programu PharmD.*, „Farmacja Wielkopolska”, nr 1/2019, s. 10-17.

 prof. dr hab. LUCJUSZ ZAPRUTKO

WIELKI JUBILEUSZ

POZNAŃSKIEJ FARMACJI AKADEMICKIEJ

Liczba 100 niemal we wszystkich kulturach uważana jest za magiczną, zazwyczaj szczęśliwą, symbolizującą wielkość, ale i liczność, a także skłaniającą do refleksji bądź też snucia planów. I można by przytaczać jeszcze wiele znaczeń przypisywanych temu liczebnikowi, jednak zapewne wszyscy przyznamy, że najpowszechniejszym jego znaczeniem jest jubileusz, wyrażany między innymi naszym polskim gromkim „Sto lat”.

Takiego właśnie okrągłego i dostojnego 100-lecia doczekała się poznańska farmacja akademicka. Pierwsi studenci farmacji rozpoczęli naukę w naszym mieście w początku listopada 1919 r. Było to w ramach Studium Farmaceutycznego przy Wydziale Filozoficznym nowo utworzonego Uniwersytetu Polskiego w Poznaniu. Struktura ta po niespełna roku została przekształcona w Oddział Farmaceutyczny, który przetrwał z różnymi drobnymi modyfikacjami aż do października roku 1947, kiedy to został przekształcony w regularny Wydział Farmaceutyczny, przynależny jednak ciągle jeszcze do Uniwersytetu Poznańskiego. Wraz z powołaniem do życia Akademii Lekarskiej w 1950 r. został on włączony w struktury wyższego szkolnictwa medycznego, które aktualnie, od roku 2007 funkcjonują jako Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



PRACOWNICY KATEDRY CHEMII FARMACEUTYCZNEJ. W PIERWSZYM RZĘDZIE W ŚRODKU PROF. KONSTANTY HRYNAKOWSKI; DRUGI OD PRAWY – DOC. DR FRANCISZEK ADAMANIS

Archiwum FW



UMP

Przez owe 100 lat program kształcenia farmaceutów ulegał systematycznym modyfikacjom, przystosowującym go do rozwijającego się poziomu i profilu wiedzy farmaceutycznej oraz czyniącym go kompatybilnym z aktualnymi potrzebami społecznymi. Studia farmaceutyczne początkowo trwały 4 trymestry, jednak szybko uległy stopniowemu wydłużeniu, by aktualnie obejmować 11 semestrów (w tym jeden semestr praktyki aptecznej). Poznańska farmacja zawsze przodowała w swej akademickości, czego przejawem był fakt, że to właśnie w Poznaniu po raz pierwszy wprowadzono obowiązek wykonywania pracy magisterskiej, a potem, w roku 1964, po raz pierwszy w kraju zorganizowano Konkurs Prac Magisterskich. Studia farmaceutyczne od początku ich istnienia dawały absolwentom możliwości zatrudnienia w wielu obszarach tzw. otoczenia gospodarczego, nie ograniczając ich roli do samej tylko apteki. Kierunek ten aż do lat pięćdziesiątych uchodził za elitarny w kształceniu uniwersyteckim. Pewien regres nastąpił wraz z upaństwowieniem aptek w roku 1951 i dopiero ponowna ich prywatyzacja przywróciła kierunkowi dawne zainteresowanie. Znaczenie kierunku w rozwoju nauk

medycznych przez wszystkie te lata utrzymywało się na najwyższym poziomie. Wydział pod względem naukowym rozwijał się przez cały czas doskonale; początkowo czerpiąc kadrę głównie z ośrodków wileńskiego i lwowskiego, a później wspierając się naukowcami z Gdańska. W rozwoju swoim szybko okrzepł tak, że w kolejnych latach stał się z kolei źródłem kadr naukowych dla wydziałów farmaceutycznych w wielu innych miastach, w tym przede wszystkim w Bydgoszczy.

Na bazie wspomnianej uniwersalności przygotowania absolwenta farmacji do wykonywania różnych funkcji społecznych, Wydział Farmaceutyczny w pewnym momencie zaczął rozwijać się wszczep przez tworzenie nowych oddziałów czy kierunków studiów. Początkowo było to nazywane specjalnościami w obrębie jednolitych studiów farmaceutycznych, ale jedna z tych specjalności szybko przekształcona została w odrębny oddział, a następnie kierunek studiów. Była to analityka medyczna, która właśnie teraz obchodzi również swój jubileusz 40-lecia samodzielnego istnienia w formie kształcącej absolwentów otrzymujących dyplom, nadający im zupełnie odmienne uprawnienia diagnostyki laboratoryjnego.

Powodzenie tego kierunku skłoniło władze wydziału i uczelni do poszukiwań kolejnych rozwiązań dydaktycznych, zmierzających do dalszego rozszerzenia oferty edukacyjnej. W roku 2004, w celu upowszechnienia dążenia do umiędzynarodowienia studiów, wprowadzono możliwość kształcenia farmaceutów w języku angielskim. Oferta ta, początkowo skierowana do Polonii, bardzo szybko uległa rozszerzeniu, między innymi dzięki wprowadzeniu autorskiego programu prowadzącego do uzyskiwania tytułu zawodowego Pharmacy Doctor. Po podchwyceniu tej idei przez inne ośrodki akademickie zainteresowanie nią w Poznaniu aktualnie nieco osłabło. Na fali narastającego zainteresowania dbałością o własny wygląd i wzrostem zapotrzebowania na świadczenie wysoko specjalistycznych usług kosmetycznych, został w roku 2005 utworzony na Wydziale Farmaceutycznym nowy kierunek studiów – kosmetyologia. Są to studia dwustopniowe, kształcące zarówno licencjatów, jak i magistrów kosmetyków. Przed niespełna dwoma zaś laty powstały kolejne dwa nowe kierunki studiów – realizowany wraz z Politechniką Poznańską

kierunek inżynieria farmaceutyczna oraz opracowany przy wsparciu policji i prokuratury kierunek analityka kryminalistyczna i sądowa.

O rozwoju i pozycji poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego świadczy także liczba kształconych studentów oraz liczebność kadry naukowej. W pierwszym roku działalności nauk rozpoczęła około 12 osób. W kolejnych latach szybko ta liczba wzrastała, by po 50 latach sięgnąć prawie 100 osób, a dziś na pierwszy rok studiów jest przyjmowanych łącznie na wszystkie kierunki ponad 300 osób. Daje to aktualną liczbę studentów na wszystkich latach studiów na poziomie około 1300. Dla kształcenia tak licznej grupy adeptów wszelkiego typu nauk farmaceutycznych i z farmacją związanych zatrudnionych jest obecnie 154 pracowników naukowych, w tym 32 doktorów habilitowanych oraz 15 profesorów tytularnych. Ponadto w realizacji procesu dydaktycznego bierze udział liczne grono wykładowców oraz personelu pomocniczego.

Poczynając od czasów twórcy i pierwszego kierownika Oddziału Farmaceutycznego, uznawanego za pierwszego dziekana farmacji w Poznaniu –

ZASŁUGI WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO DLA MIASTA POZNANIA I CAŁEGO REGIONU ZOSTAŁY DOCENIONE MIĘDZY INNYMI POPRZEC NAZWANIE DWÓCH ULIC NAZWISKAMI NAJBARDZIEJ ZASŁUŻONYCH DZIEKANÓW NASZEGO WYDZIAŁU – SĄ TO ULICE PROF. KONSTANTEGO HRYNAKOWSKIEGO ORAZ PROF. FRANCISZKA ADAMANISA

prof. Konstantego Hrynakowskiego, władze wydziału przywiązywały niebagatelną rolę do opracowywania i realizowania kształcenia kadry farmaceutycznej na możliwie najwyższym poziomie, w oparciu o najnowocześniejsze programy studiów, często o charakterze autorskim, zwykle swoją innowacyjnością wybiegające daleko w przyszłość, która wkrótce stawała się realną rzeczywistością, koniecznością



Tatiana Jarsik

PROF. DR. HAB. MARIANNA ZAJĄC KULTUJUJE PAMIĘĆ O FRANCISZKU ADAMANISIE

i wymogiem dnia codziennego. Wszyscy dziekani, a było ich w stułetniej historii wydziału siedemnastu, wykazywali się niezwykle wręcz dbałością o nowoczesność wdrażanych programów nauczania, ich jak największe przełożenie na nabycie umiejętności praktycznych, ale związanych nie tylko z wykonywaniem zawodu farmaceuty, lecz także przygotowujących do pracy w wielu innych specjalizacjach, w tym przede wszystkim do podejmowania pracy naukowej w obszarze związanym z naukami farmaceutycznymi. Poza osobami idącymi ścieżką wewnątrzuczelnianego rozwoju naukowego kilkudziesięciu absolwentów naszego wydziału uzyskało tytuły

docenione między innymi poprzez nazwanie dwóch ulic nazwiskami najbardziej zasłużonych dziekanów naszego wydziału – są to ulice prof. Konstantego Hrynakowskiego oraz prof. Franciszka Adamanisa. Ponadto jeszcze prof. Waław Strażewicz dostąpił podobnego zaszczytu, a był on głównym twórcą poznańskich jednostek związanych z nauką o leku roślinnym, w tym Katedry Farmakognozji oraz branżowego Instytutu Zielarskiego.

Wydział Farmaceutyczny, pomimo wnoszonych ogromnych zasług dla swojego bliższego i dalszego otoczenia, nigdy nie mógł się doczekać godnej jego rangi i osiągnięć siedziby. Począwszy od pierwszych



PROJEKT COLLEGIUM PHARMACEUTICUM W POZNANIU (RYSY ARCHITEKCI RAFAŁ SIERACZYŃSKI)

naukowe w innych jednostkach naukowych w kraju i poza granicami, zajmując przy tym znaczące stanowiska w różnego rodzaju instytucjach publicznych. Wszystkie te nasze koleżanki i koledzy przyczynili się w sposób niezwykle istotny do rozwoju pozycji polskiej farmacji aptecznej, szpitalnej, przemysłowej oraz administracji i zarządzania służbą i ochroną zdrowia. Owe zasługi Wydziału Farmaceutycznego dla miasta Poznania i całego regionu zostały

lat istnienia aż po dzień dzisiejszy jest on maksymalnie rozczłonkowany i rozmieszczony w wielu różnych punktach miasta. Począwszy od słynnej już pierwotnej jego lokalizacji w podziemiach zamku cesarskiego przy obecnej ulicy Święty Marcin aż po stan aktualny, gdzie siedemnaście jego podstawowych jednostek rozmieszczonych jest w dziesięciu różnych lokalizacjach, niekiedy w skrajnie odległych od siebie punktach Poznania. Sytuacja

taka nie przyczynia się do skutecznego rozwoju kontaktów interpersonalnych oraz współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami, a ponadto powoduje utrudnienia logistyczne w bieżącym funkcjonowaniu studentów. Jednak tuż przed jubileuszem stulecia, niejako w „prezencie urodzinowym”, dzięki niestrudżonym wysiłkom JM Rektora UMP oraz aktualnego zespołu władz uczelni pojawiła się szansa na rozpoczęcie budowy nowej siedziby dla wszystkich jednostek poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego. Dzisiaj możemy z dumą powiedzieć – udało się, mamy to! Patrząc z perspektywy dnia dzisiejszego, już pierwsza kondygnacja suro-



UMP

WMUROWANIE AKTU EREKCYJNEGO. OD LEWEJ: PROF. DR HAB. LUCJUSZ ZAPRUTKO, PROF. DR HAB. EDMUND GRZEŚKOWIAK I PROF. DR HAB. ANDRZEJ TYKARSKI, REKTOR UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU

wego stanu przyszłego Centrum Innowacyjnych Technologii Farmaceutycznych oraz Collegium Pharmaceuticum wychodzi z ziemi na placu budowy pomiędzy ulicami Marcelińską i Rokietnicką.

I w ten oto sposób możemy przejść od tego, co było przez ostatnie sto lat, do tego, co będzie przez najbliższe paręnaście lat. Bo przy dzisiejszym tempie

rozwoju myśli technicznej i szybkości wdrażania nowości technicznych nikt chyba w sposób odpowiedni nie podejmie się snucia planów na kolejne sto lat. A zatem czego oczekiwać po farmacji jako obszarze ochrony zdrowia, jako dyscyplinie naukowej i jako obszarze dydaktycznym? Pokuśmy się o odpowiedź na te parę pytań, tworząc perspektywę na najbliższe lata.

Przychylając się do powszechnego w tym zakresie poglądu uważam, że głównym kierunkiem rozwoju będzie tzw. terapia spersonalizowana, zwana też terapią zindywidualizowaną. Głównym przedmiotem działania farmaceuty będzie praca z każdym pacjentem z osobna w celu dobrania, przygotowania i zastosowania całego systemu terapeutycznego oraz pojedynczego leku opracowanego i wytworzonego przez inny zespół farmaceutów. Działania powyższe farmaceuci będą zapewne podejmowali na dwóch obszarach ich kontaktu ze zróżnicowanymi pacjentami. Będzie to wysokospecjalistyczna terapia osób hospitalizowanych, realizowana w bezpośredniej współpracy z lekarzem i całym zespołem medycznym. Ten rodzaj terapii oczywiście będzie jeszcze mógł być podzielony na wiele wyspecjalizowanych obszarów ze względu na specyficzne cechy osobnicze i fizjologiczne pacjenta oraz stan jego zdrowia. Drugim podobnym co do zasady obszarem działalności farmaceuty stanie się zapewne zindywidualizowany kontakt z pacjentem i służenie mu radą w każdym podejmowanym działaniu prozdrowotnym, mającym miejsce poza systemem lecznictwa zamkniętego. Ten rodzaj działalności to owa, jakże dziś promowana opieka farmaceutyczna, jednakże w jeszcze bardziej zindywidualizowanej i rozbudowanej formie. Indywidualizacja wejdzie zapewne też do przemysłu farmaceutycznego; stanie się on wytwórcą produktów albo tworzonych na indywidualne zapotrzebowanie farmaceuty, albo w postaci bardziej zuniwersalizowanej, mogącej po prostym zabiegu wykonywanym w warunkach tzw. ambulatoryjnych lub aptecznych doprowadzić go do produktu o przeznaczeniu spersonalizowanym. Taki sposób prowadzenia terapii spowoduje, jak się spodziewam, znaczne podwyższenie roli farmaceuty w kontakcie z pacjentem, przy jednoczesnym obniżeniu znaczenia i roli samoleczenia. Ośmielam się postawić tezę, że w niedługim czasie dzisiejsza apteka, w swej nieco zmodyfikowanej



UMP

DZIEKAN POZNAŃSKIEGO WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO PROF. DR HAB. EDMUND GRZEŚKOWIAK

formie, stanie się drugim pod względem częstotliwości odwiedzin i spędzanego w nim czasu punktem użyteczności publicznej. Spowoduje to znaczące zwiększenie zapotrzebowania na wysoko wykwalifikowany personel apteczny. Owej zindywidualizowanej terapii nie będzie w stanie poprowadzić, przynajmniej w najbliższym czasie, żadna nawet najbardziej inteligentna maszyna sprzedażowa. Dlatego nie sądzę, by pojawiające się w niektórych miejscach „automaty dystrybucyjne” do leków i inne podobne w swej istocie do nich rozwiązania mogły zagrozić dalszemu rozwojowi farmacji. Obok owej farmacji realizowanej w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, będzie rozwijał się przemysł farmaceutyczny dostosowany do potrzeb tak skonstruowanego rynku farmaceutycznego. Będzie on wymagał od osób w nim zatrudnionych nieco

innego typu wiedzy i zdecydowanie odmiennych umiejętności i kompetencji. Dlatego uważam, że niedawne wydzielenie nowego kierunku studiów – inżynierii farmaceutycznej jest najlepszym z możliwych kroków właśnie w stronę stworzenia nowego zawodu parafarmaceutycznego, który z założenia nie będzie miał bezpośredniego kontaktu z pacjentem, choć na jego zindywidualizowane potrzeby będzie pracował. Taki specjalista inżynierii farmaceutycznej będzie musiał umieć zaprojektować, wytworzyć, przechować i dostarczyć lek biologiczny dla konkretnej osoby, gwarantując przy tym pełne udokumentowanie prowadzonych działań na poziomie zgodnym z najwyższymi standardami wytwarzania produktów leczniczych. Będzie on się zajmował również wytwarzaniem materiałów farmaceutycznych, a po części także materiałów medycznych zupełnie nowej generacji, których umiejętne rozdyspensowanie będzie domeną „klasycznego” farmaceuty przedstawionego powyżej.

Przyjmując, że moja wizja rozwoju farmacji na najbliższe lata jest w miarę logiczna i realna, to widać, jak perspektywiczne było myślenie władz uczelni i Wydziału Farmaceutycznego, zmierzające do połączenia w ramach jednej struktury zarówno klasycznej części dydaktycznej wydziału, jak i Centrum Innowacyjnych Technologii Farmaceutycznych, wspartego położonym po przeciwnej stronie ulicy Uczelnianej Centrum Aparaturowym. Inwestycja ta, pod którą kamień węgielny wmurowano przy okazji rozpoczęcia bieżącego roku akademickiego, już dziś można powiedzieć, że będzie co najmniej regionalnym ośrodkiem rozwoju i monitorowania nowych metod terapeutycznych oraz stanie się kuźnią kadr dla kolejnych pokoleń poznańskich farmaceutów.

W ten sposób minione stulecie, zakończone uroczystą sesją naukową, przeszło w kolejne lata dalszego intensywnego rozwoju nauk farmaceutycznych i dydaktyki temu poświęconej. Bo jak niedawno podał jeden z cieszących się uznaniem portali internetowych, w pierwszej dziesiątce zawodów o najlepszych perspektywach rozwojowych i finansowych na najbliższe lata znalazł się obok kilku specjalistów z branży IT także pracownik R&D w obszarze badań farmaceutycznych. Wszystko to stwarza kształconym dziś farmaceutom oraz osobom biorącym udział w tym procesie szanse na jak najbardziej optymistyczną perspektywę kolejnych 100 lat. 🍀



prof. dr hab.

LUCJUSZ ZAPRUTKO

Były dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Kanclerz Kolegium Nauk Farmaceutycznych.

dr n. farm. **WOJCIECH MUSIAŁ**
dr n. farm. **STEFAN PIECHOCKI**

STRACONE ZŁUDZENIA

Upływają cztery lata VII kadencji władz Naczelnej Izby Aptekarskiej. Kadencji, z którą wiązaliśmy nadzieje na fundamentalne, długo oczekiwane zmiany w farmacji i aptekarstwie. Nadzieje tym bardziej zasadne, że potrzebę zmian w swoim wystąpieniu na VII Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Jachrance zadeklarował konstytucyjny minister zdrowia dr Konstanty Radziwiłł.

Czy obecną kadencję można uznać za sukces? Czy można stwierdzić, że w pełni wykorzystano wszystkie możliwości dla pozytywnych zmian na rynku detalicznym leków oraz zmian na rzecz wzmocnienia

wizerunku i roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia? Mamy poważne wątpliwości. Z pewnością jednak kończącą się kadencję za sukces mogą uznać osoby z najwyższych władz NIA. Dobrze wynagradzane stanowiska prezesa i wiceprezesów,



MINISTER ZDROWIA KONSTANTY RADZIWIŁŁ I PREZES NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ GRZEGORZ KUCHAREWICZ PODCZAS UROCZYSTOŚCI OTWARCIA VII KRAJOWEGO ZJAZDU APTEKARZY W JACHRANCE (2016 ROK)

osobiste awanse, łączenie funkcji w samorządzie nie wykluczało jednoczesnego wykonywania zadań na rzecz innych podmiotów. Na to wszystko był czas. Bardzo jednak wątpliwe, by aptekarzom, którzy wybrali obecne władze, o takie sukcesy chodziło. Także analiza dokonana przez Prezydium NRA ostatniej kadencji nasuwa refleksję, czy nie było tu bierności, lekceważenia czy wręcz nieudolności w pracy na rzecz aptekarzy.

Aktywność medialna władz NIA, swoista propaganda sukcesu serwowana przez cztery lata w wypowiedziach złotoustych prezesów stoi w sprzeczności zarówno z dzisiejszą sytuacją farmaceutów, jak i realiami prowadzenia aptek indywidualnych. Dziwić musi także, jak szybko po objęciu intratnych stanowisk zapomina się o złożonych obietnicach zapisanych w uchwałach zjazdowych. Obietnic zmian na zjeździe krajowym w Jachrance było wiele. Po czterech latach szeregowi aptekarze, których interesy – zdawałoby się – władze NIA mają obowiązek reprezentować, nie odbierają lat obecnej kadencji jako czasu wytrwałej, systematycznej pracy. Wielu straciło nadzieję na systemowe, realne zmiany i z rozgoryczeniem podsumowuje nawet własny wybór zawodu jako porażkę. Nie możemy już przemykać oczu na fakt, jak wielu z nas odchodzi od zawodu, a najmłodszy po stażu często wyjeżdżają za granicę, nie chcąc wykonywać zawodu w polskich realiach. Słowa prezes NRA Elżbiety Piotrowskiej - Rutkowskiej, wypowiedziane przy różnych okazjach o misji zawodu czy zaletach studiowania farmacji, tak bardzo kłóć się z realiami pracy w aptece!

Obecny czas to bardzo intensywna promocja działań, starań i zabiegów mająca na celu ukazanie NIA w jak najlepszym świetle. Cóż, to zrozumiałe. To przecież początek kampanii wyborczej przed VIII Krajowym Zjazdem Aptekarzy. Zaklinanie rzeczywistości warto jednak skonfrontować z faktami oraz złożonymi na VII Zjeździe zobowiązaniami. Zajrzyjmy więc do uchwał zjazdowych z Jachranki, które to wybrane tam władze zobowiązały się realizować.

Zacznijmy od tego, że obecne władze zadeklarowały zwołanie po dwóch latach kadencji zjazdu celem oceny działań Naczelnej Rady Aptekarskiej. Była to głośno wyrażona obietnica, która zaowocowała też zapisem w uchwale zjazdowej (§18.

VII Krajowy Zjazd Aptekarzy zobowiązuje Naczelną Radę Aptekarską do podjęcia działań mających na celu nowelizację ustawy o izbach aptekarskich w celu uchwalenia zmiany polegającej na zwołaniu co 2 lata Krajowego Zjazdu Aptekarzy, tak aby można było ocenić pracę NRA).

Bardzo szybko o tym zobowiązaniu zapomniano, pomimo że obecny kształt ustawy o izbach aptekarskich nie wyklucza możliwości zwołania takiego zjazdu. Nie było żadnych prac legislacyjnych

Jachranka 2016



izabela Podolec

KANDYDACI NA STANOWISKO PREZESA NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ:
MGR FARM. ELŻBIETA PIOTROWSKA-RUTKOWSKA I DR N. FARM. MAREK JĘDRZEJCZAK



izabela Podolec

NOWE WŁADZE NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ ZADEKLAROWAŁY ZWOŁANIE PO DWÓCH LATACH ZJAZDU APTEKARZY W CELU OCENY DZIAŁAŃ NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

dla wprowadzenia tej zmiany w ustawie o izbach aptekarskich. A szkoda, bo może dziś my, aptekarze, znajdowalibyśmy się w innym miejscu niż na dnie. Tłumaczono, że taki zjazd nie może się odbyć, ze względu na tragiczny stan finansów NRA po objęciu funkcji przez obecne władze. Zobowiązanie składano na Zjeździe po dokładnym zapoznaniu się i przyjęciu sprawozdań finansowych za VI kadencję, wiadano więc, w jakiej sytuacji finansowej jest NIA. Jakże zatem były prawdziwe przyczyny braku

zjazdu po dwóch latach? Może to strach przed rozliczeniem bierności i braku efektów pracy dla dobra polskiego aptekarstwa?

Warto też przypomnieć inne, liczne i głośno artykułowane deklaracje. Jeden z obecnych wiceprezesów NRA zapewniał w Jachrance, że problem pozaaptecznego obrotu lekiem jest już właściwie rozwiązany. Wręcz „problem jest tak banalnie prosty do rozwiązania, że wystarczą niewielkie działania i będzie po sprawie”. Słowa ulatują, ale wielu jeszcze o nich pamięta. A ilość leków w sklepach wcale się nie zmniejszyła. Wręcz przeciwnie. Rozwinęła się dodatkowo sprzedaż internetowa asortymentów aptecznych, która obecnie ma największe przyrosty pod względem wartościowym, liczone rok do roku. Sprzedaż internetowa nie wzmacnia jednak aptek indywidualnych, bo przeszło 90% obrotów wartościowo generuje 5 największych udziałowców rynku detalicznego. Nie można winić nikogo za rozwój sprzedaży aptek internetowych, ale za brak systematycznych działań NIA przez całe minione 4 lata na rzecz ograniczenia sprzedaży leków w marketach i stacjach benzynowych już tak. Przez zaniebdania przez NIA swoich obowiązków związanych z pracami komisji sejmowych niewiele brakowało, a mielibyśmy internetowy obrót lekiem refundowanym. To dzięki intensywnej pracy okręgowych izb aptekarskich na szczęście do tego nie doszło.



Izabela Podolec

PODCZAS VII KRAJOWEGO ZJAZDU APTEKARZY MOŻNA BYŁO USŁYSZEĆ WIELE DEKLARACJI „DOBREJ ZMIANY” W NACZELNEJ IZBIE APTEKARSKIEJ



Izabela Podolec

POZNAŃSCY DELEGACI W JACHRANCIE. OD LEWEJ: DR N. FARM. JAN MAJEWSKI, DR N. FARM. ROMAN PLACKOWSKI, MGR FARM. DANUTA KURASZ, MGR FARM. ALINA GÓRECKA

A jak zrealizowano inne uchwały zjazdowe? Przyjrzyjmy się niektórym z nich.

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską działań zmierzających do wyeliminowania emisji reklamy leków i suplementów diety, skierowanej do pacjentów (§1/4).

Obecnie największymi reklamodawcami na rynku są firmy produkujące suplementy i leki. A o jakość przekazu reklamowego dbają... firmy produkujące suplementy i leki. Tak więc sami producenci decydują o swoich reklamach i ponoszą za nie odpowiedzialność. Nie było żadnych skutecznych działań NIA na rzecz ograniczenia reklamy leków i suplementów, zwracania uwagi na treść reklam i ich negatywnego wpływu na zdrowie społeczeństwa.

W kontrze do uchwały zjazdowej stoją za to działania NIA, które doprowadziły do realizacji kampanii medialnej mającej na celu poprawę wizerunku farmaceuty, prowadzonej przez fundację finansowaną przez wiodącego producenta suplementów diety i zleceniodawcę reklam tychże produktów. Reklam, których jakość i rzetelność przekazu była niejednokrotnie przyczyną wysokich kar, które Główny Inspektorat Farmaceutyczny nakładał na producenta ze względu na kłamstwa i wprowadzanie społeczeństwa w błąd. Od władz NIA reprezentujących polskich aptekarzy i zatrudniających rzecznika prasowego należałoby oczekiwać lepszych pomysłów na kreowanie wizerunku zawodu w przestrzeni publicznej. Pamiętać trzeba, że jako jeden z zawodów zaufania publicznego nie reklamujemy się i nie uczestniczymy w reklamach. Wszelkie działania wizerunkowe, zwłaszcza medialne, powinny uwzględniać ten fakt, tak jak to robią inne samorządy reprezentujące zawody zaufania publicznego.

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską działań zmierzających do zmiany przepisów dotyczących możliwości wydawania leków na podstawie recepty farmaceutycznej o określonej odpłatności, poszerzenie możliwości i sytuacji, w których magister farmacji może wydać leki dostępne na receptę (§/7).

Obecnie to pielęgniarki z tytułem licencjata i ukończonym kursie mają większe uprawnienia w tym zakresie niż farmaceuta z dyplomem magistra farmacji. Nadanie uprawnień do wystawiania recept pielęgniarkom miało na celu zwiększenie pacjentom dostępności do leków. Zapytać można, być może naiwnie, po co na studiach farmaceutycznych farmakologia i inne pokrewne przedmioty stanowiące pełną wiedzę o lekach, skoro wystarczy licencjat i kurs? Pewne zmiany w tym zakresie mają być wpisane jako kompetencje farmaceuty

w ustawie o zawodzie. Ale czy naprawdę tak będzie? Czy wystarczy NRA determinacji w działaniu, aby uprawnienie do wystawiania recept przez farmaceutę było odbiciem jego ustawowych kompetencji zawodowych i pełnym ich wykorzystaniem przez system ochrony zdrowia?

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską działań w celu zmiany interwału ogłaszania zmian urzędowych cen na listach refundacyjnych oraz nieobciążania podmiotów prowadzących apteki i hurtownie zmianami cen urzędowych (§1/8).

To niezrealizowana uchwała. A efekt miał być za chwilę, za dwa miesiące, za pół roku... Bo przecież (znowu) to będzie proste. Działania w tym zakresie NIA zakończyły się po pół roku, nikt z NIA nie czuł potrzeby kontynuowania działań w tym zakresie aż do skutku. Ta beczynność NIA przez większą część kadencji w tak ważnej kwestii budzi frustrację aptekarzy. Nic się nie zmieniło. Jak zwykle? Już się o tym nie mówi. Dalej co dwa miesiące tracimy w aptekach czas i pieniądze przy kolejnych zmianach list refundacyjnych.

Nie sposób nie przypomnieć o §3 uchwał zjazdowych: VII Krajowy Zjazd Aptekarzy stwierdza konieczność wprowadzania zmiany w przepisach określających sposób obliczania marży detalicznej (aptecznej), ponieważ obecne regulacje dotyczące obliczania marż są krzywdzące i nie pozwalają na działanie apteki, jako ważnej jednostki w systemie ochrony zdrowia.

Prace nad tym zagadnieniem nie zostały podjęte. Był podobno jakiś pomysł, ale pracy nie. Efektów beczynności w tym zakresie doświadcza każdy aptekarz. Apteka nie jest się w stanie utrzymać z zenująco niskich marż na leki refundowane. Brak rozwiązań i pracy w tym zakresie skutkuje pogarszającą się sytuacją finansową aptek i pogarszającą



www.adobe.stock.com

się dostępnością niektórych drogiej leków, zwłaszcza w placówkach aptecznych zlokalizowanych w małych miejscowościach. Głównie dzięki sprzedaży suplementów i kosmetyków apteka może wypracować dziś jakikolwiek zysk pozwalający na jej utrzymanie. Czy tak jednak ma funkcjonować apteka jako element systemu ochrony zdrowia? Podjęte w ostatnich dwóch miesiącach próby przygotowania raportu o stanie rentowności aptek dadzą może w następnej kadencji początek działaniom poprawiającym ich kondycję finansową. Warunkiem jest jednak jego profesjonalne przygotowanie, w co – mając na uwadze dotychczasową pracę NIA – można wątpić. A może raport ten jest tylko działaniem pozorowanym i zakończy żywot w szufladzie lub okrągłym archiwum pod biurkiem?

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską intensywnych działań zmierzających do zmiany obowiązujących przepisów dotyczących ciągłych szkoleń farmaceutów tak, aby:

- a) znieść podział na punkty „twarde” i „miękkie”; przyznanie obecnie punktów tzw. miękkich za publikacje książek i artykułów naukowych jest niesprawiedliwe i deprecjonuje wartość pracy intelektualnej jej autorów,
- b) istniała możliwość zaliczenia jako punkty edukacyjne zajęć prowadzonych przez aptekarzy na uczelniach wyższych (wykłady, seminaria, ćwiczenia) z zakresu materiału związanego z wykonywaniem zawodu farmaceuty (aptekarza) i ochrony zdrowia (§1/8).

W trakcie VII kadencji nowelizowane było rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego farmaceutów (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lutego 2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach). Niestety, próżno w nim szukać oczekiwanej przez aptekarzy zmiany, która likwidowałaby kuriozalny podział punktów edukacyjnych, a nawet przyznania tzw. twardych punktów za prowadzenie zajęć w oparciu o autorskie wykłady z zakresu farmacji.

W trakcie prac nad projektem ustawy o zawodzie farmaceuty prezes i wiceprezesi NRA prezentowali stanowisko wypracowane na posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej, która negatywnie ustosunkowała się do wymogu specjalizacji dla kierownika apteki ogólnodostępnej jako

niespójnego z regulacjami obowiązującymi w Europie. Dla wielu młodych farmaceutów głównym problemem nie jest sama specjalizacja, są nim jednak jej koszty. Brakuje działań samorządu na rzecz pozyskania środków budżetowych na specjalizacje dla aptekarzy, mimo że znajdują się one w budżecie dla innych zawodów medycznych. Warto o tym pamiętać w odniesieniu do §11 uchwał zjazdowych, który brzmi: **VII Krajowy Zjazd Aptekarzy zobowiązuje NRA do powołania zespołu ds. edukacji przy NRA, którego zadaniem będzie rozpoznanie możliwości pozyskania środków publicznych lub funduszy unijnych na kształcenie podyplomowe farmaceutów.**

Nie jest znany jakikolwiek raport z rozpoznania tych możliwości. Przyznać jednak należy, że zostały uruchomione staże zagraniczne dla farmaceutów szpitalnych w Hiszpanii. To jednak zdecydowanie za mała grupa. Środowisko oczekiwałoby rozwiązań systemowych, które pozwolą pozyskać środki finansowe na zwiększanie kompetencji przez farmaceutów w kraju, zwłaszcza przy tak wielkiej pauperyzacji zawodu. Niepokój budzi też fakt braku współpracy NRA z krajowymi konsultantami w dziedzinach farmacji, zwłaszcza farmacji aptecznej, która skutkować by mogła szerszym opracowaniem zagadnienia szkoleń i wspólnych ustaleń dla dobra zawodu aptekarza.

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską działań zmierzających do zmiany prawa w sposób porządkujący i regulujący stosunki własnościowe w aptekach według modelu węgierskiego oraz popieranie organizacji, które próbują wprowadzić węgierski model prawa farmaceutycznego (§1/13). A także §2, który brzmi: VII Krajowy Zjazd Aptekarzy opowiada się za wprowadzeniem zasady „apteka dla aptekarza”, równocześnie podkreślając, że prowadzenie apteki jest szczególną działalnością objętą



www.adobe.stock.com

systemem ochrony zdrowia, a w konsekwencji nie może podlegać nieograniczonym regułom wolnorynkowym.

No i mamy nowelizację ustawy Prawo farmaceutyczne, która miała wprowadzić zasadę, że nowe zezwolenia na prowadzenie apteki będzie mógł otrzymać jedynie farmaceuta lub spółka jawna bądź partnerska farmaceutów.

Tak wielkie wiązaliśmy z tą nowelizacją nadzieje. Obecnie nadal wydawane są zezwolenia na podstawie tzw. promes udzielonych na wiele lat, na obiekty, które praktycznie nie istniały w momencie wydawania promes, a jednak wojewódzkie inspektoraty takie dokumenty wydały. Ciągłe udzielane są zezwolenia na apteki na podstawie wszczętych przed

24 czerwca 2017 r. i zawieszonych postępowań administracyjnych podmiotom, które nie mają prawa do zezwolenia według przepisów ustawy w obecnym kształcie.

Nie było jakiegokolwiek skutecznych działań NIA w zakresie uniemożliwienia takiego realizowania zapisów ustawy mimo licznych sygnałów dochodzących z terenu.

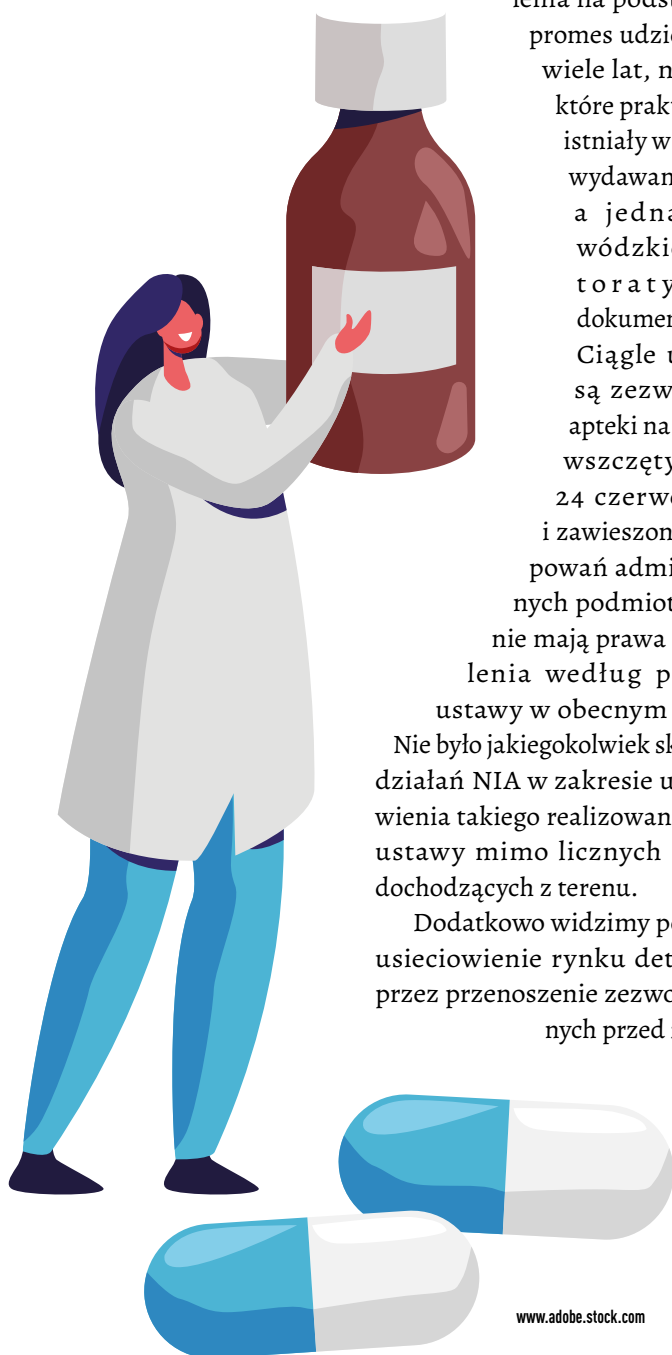
Dodatkowo widzimy postępujące usieciowienie rynku detalicznego przez przenoszenie zezwoleń wydanych przed 24 czerwca

2017 r. na rzecz podmiotów będących właścicielami sieci aptek. Również w tym przypadku przysłowiowa „apteka dla aptekarza” nie działa. Można się zastanowić, czy NIA, aktywnie uczestnicząc w całym procesie legislacyjnym, nie wiedziała, że ustawa będzie umożliwiła dalsze przejmowanie aptek już istniejących przez podmioty niespełniające kryterium właściciela farmaceuty czy spółki osobowej farmaceutów z prawem wykonywania zawodu. Tak skonstruowana ustawa przy jednoczesnych zapisach dotyczących kryteriów demograficznych i geograficznych tak naprawdę sprzyja rozwojowi dużych podmiotów prowadzących apteki od lat i skutkuje koncentracją rynku detalicznego oraz dalszym eliminowaniem aptek prowadzonych przez farmaceutów. Stale malejąca marża apteczna, nieustająca walka o leki w asortymentach deficytowych, kosztowne wdrożenia cyfryzujące procesy dystrybucyjne, dumpingowa polityka cenowa sieci w zakresie pełnopłatnych leków na receptę czy wprowadzenie nowych regulacji ustawowych w zakresie kar dla prowadzących apteki są powodem do likwidowania lub sprzedaży aptek przez indywidualnych aptekarzy, a nawet odchodzenia z zawodu farmaceutów po wielu latach pracy w aptece.

Czy NIA nie przewidziała, że wprowadzone regulacje będą miały takie skutki? Czy też świadomie się na to godziła? Dlaczego nadal uważa ustawę „apteka dla aptekarza” za wielki sukces? Na podstawie dotychczasowych doświadczeń śmiało można powiedzieć, że wspomniana nowelizacja nie ograniczyła ekspansji sieci aptecznych i nie realizuje w pełni celów zapisanych w jej uzasadnieniu. Czy to przyczyna zapisów ustawy, czy pokrętnych jej interpretacji, których nikt nie oprotestowuje?

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską i Prezesa NRA ścisłej współpracy z zespołem roboczym do spraw opieki farmaceutycznej w celu skutecznego wypracowania projektu opieki farmaceutycznej finansowanej ze środków publicznych (§1/14).

Podstawą do realizacji tego zobowiązania zjazdowego były prace nad projektem ustawy o zawodzie. Projekt ustawy był przygotowywany przez wiele miesięcy w zespole powołanym przez ministra zdrowia. Projekt wypracowany w zespole ministerialnym przez farmaceutów, teraz modyfikowany skrzętnie na etapie prac legislacyjnych przez



www.adobe.stock.com

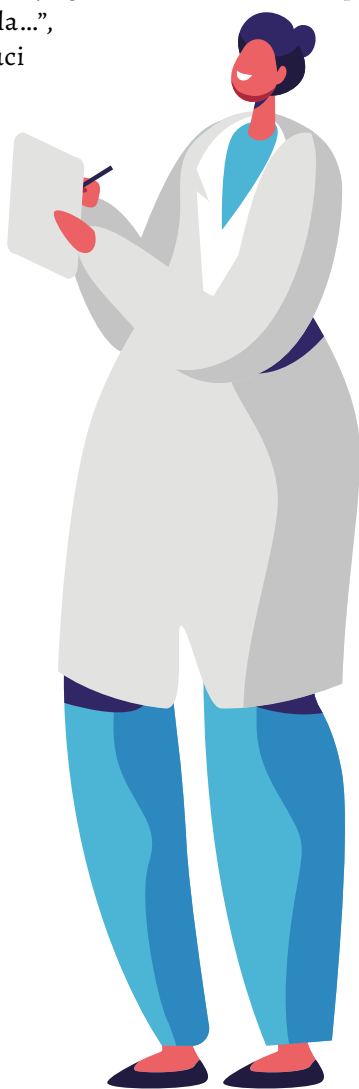
niefarmaceutów, między innymi przez organizacje skupiające właścicieli największych sieci aptecznych. Projekt tak tajny, że przez długi czas nikt go nie widział. Nie znamy jeszcze ostatecznego kształtu tego fundamentalnego dla nas aktu prawnego, ale już widać, że prawdopodobnie będzie to potworek – kadłubek. Są poważne obawy, że dokument w zasadniczych swoich zapisach będzie napisany nie z myślą o rozwoju zawodu farmaceuty i jego właściwego miejsca w systemie ochrony zdrowia, lecz w interesie największych podmiotów rynku aptecznego dążących do uprzedmiotowienia farmaceuty w systemie, tak aby musiał on realizować jedynie cele biznesowe właściciela apteki. Dodajmy, że przy pełnej odpowiedzialności aptekarza, w tym karnej, za prowadzenie apteki przy zerowej odpowiedzialności właściciela. Charakterystyczny jest już przykład zapisu dotyczącego „permanენტnego działania właściciela...”, czego nie da się udowodnić. Farmaceuci patrzą na to z dużym niepokojem. Czy można wierzyć, że NRA skutecznie zablokuje takie niszczące do końca niezależność wykonywania zawodu regulacje? Czy obroni przepisy, które w projekcie miały stworzyć nowe perspektywy jego wykonywania i wzmocnić zawód jako zawód zaufania publicznego?

VII Krajowy Zjazd Aptekarzy zobowiązuje Naczelną Radę Aptekarską do pilnego podjęcia działań mających na celu zapewnienie aptekom ogólnodostępnym wynagrodzenia za pełnienie dyżurów w porze nocnej (§4).

Uszanować trzeba mrówczą pracę mgr. farm. Mariusza Politowicza. Jako jeden z nielicznych poświęcił swój prywatny czas walce z absurdem, jakim jest PRL-owski relikw zwany „dyżurami aptek”, nie tylko przygotowując liczne publikacje, ale także służąc wsparciem dla

farmaceutów w pojedynczych sprawach. Zastanówmy się jednak, co zrobiła NIA jako organizacja samorządu zawodowego aptekarzy? Była wspólna praca nad rozwiązaniem tego problemu ze Związkiem Powiatów Polskich, dla których obecne przepisy też są niewygodne, były rozmowy w Ministerstwie Zdrowia, ale efektów tych działań brak. Można odnieść wrażenie, że więcej skuteczności, odwagi i werwy od władz NIA mają szeregowi aptekarze, buntujący się przeciw niewolniczej pracy, często szkalowani za swoją niezłomną postawę przez lokalne gazety lub starostwa powiatowe, ze straszeniem odebraniem zezwoleń, obelgami pod swoim (aptekarzkim) adresem, nasyłaniem straży miejskiej etc. Nie doczekaliśmy się jakiegokolwiek oficjalnego stanowiska NRA wobec takich działań. Gdzie jest oficjalny protest przeciwko takim poczynaniom, często naruszającym dobre imię aptekarzy? Po czterech latach ciągle jesteśmy samotni w walce z niektórymi samorządami powiatowymi, przymuszającymi aptekarzy do darmowej pracy.

Oprócz uchwał i wniosków zjazdowych na sali w Jachrance słyszeliśmy wiele deklaracji „dobrej zmiany” w Naczelnej Izbie Aptekarskiej. Obiecano daleko idącą transparentność działań NIA. Dziś na próżno poszukiwać tak istotnych dokumentów, jak uchwały, regulaminy przyznawania medali im. prof. Bronisława Koskowskiego itd. Strona, na której powinny się znajdować, pokazuje komunikat ERROR. W całej kończącej się kadencji dało się zaobserwować brak przejrzystości działań. Ścisła tajemnica przy pracach zespołu opracowującego projekt ustawy o zawodzie nawet wobec członków NRA. Wiele do życzenia pozostawia



www.adobe.stock.com

współpraca prezydium NRA z okręgowymi izbami aptekarskimi, brak reakcji na sygnały płynące z dołów od farmaceutów oraz brak merytorycznej dyskusji zastąpiły niejednokrotnie ataki personalne na członków NRA, posiadających zdanie odrębne w ważnych dla zawodu sprawach. Te wszystkie zarzuty z jednoczesnym tworzeniem wrażenia wręcz heroicznej pracy na rzecz zawodu to smutny obraz prezydium NRA.

Trzeba się też pochylić nad tym, co utraciliśmy jako zawód w mijającej kadencji. Jednym z sukcesów VI kadencji NIA było doprowadzenie do zakończenia kształcenia w zawodzie „technik farmaceutyczny”, co było zasadne ze względu na coraz powszechniejsze nauczanie w trybie

WYBÓR Z JACHRANKI W WIELU Z NAS WZBUDZIŁ NADZIEJĘ NA POPRAWĘ SYTUACJI POLSKICH APTEKARZY, UPORZĄDKOWANIE RYNKU APTECZNEGO, WYELIMINOWANIE ZJAWISK „PATOLOGICZNYCH” I RÓŻNYCH ABSURDÓW. OBECNIE JUŻ TEJ NADZIEI NIE MA

sobotnio-niedzielnym przez nieprzygotowane do tego podmioty, bez obsady i wyposażenia. To wygaszenie było zasadne ze względu na postępującą dewastację poziomu kształcenia. Pamiętamy o dawnym sposobie kształcenia techników i do dziś pracujemy z dobrze przygotowanymi absolwentami państwowych szkół pomaturalnych. Wygaszono skutecznie pseudokształcenie pseudofarmaceutów przez pseudoszkoly. Od roku szkolnego 2019/2020 nie miało już być naboru.

Obecne władze NIA uległy lobby edukatorów na rzecz przywrócenia kształcenia w zawodzie „technik farmaceutyczny”, tłumacząc, że wystarczy zaniechanie kształcenia w trybie sobotnio-niedzielnym, że wystarczy stworzyć nową podstawę programową i podnieść wymagania w zakresie posiadania sprzętu i odpowiedniej kadry dla takich szkół. Analizując nową podstawę programową kształcenia, można

śmiało stwierdzić, że władze NIA w tym procesie uczestniczyły powierzchownie, nie wdając się w szczegóły problemu. Warto zwrócić uwagę, że program kształcenia eliminuje praktycznie takie przedmioty jak farmakognozja i farmakologia. Znaleźć można zapisy o tym świadczące: „opisuje informacje o leku zawarte w ulotce”, „udziela informacji o produktach leczniczych i innych produktach dopuszczonych do obrotu w zakresie wynikającym z ulotki”. Program pozwala na dowolną interpretację zapisów w sposób zgodny z interesem ośrodka kształcącego. Nie zdefiniowano nazw przedmiotów ani zakresu/proporcji godzin ćwiczeniowych i wykładowych. Nie podano, jakie minimalne kwalifikacji mają mieć osoby prowadzące zajęcia. Znajdują się natomiast zapisy o nauce umiejętności praktycznych w ekspedycji. To zrozumiałe, biorąc pod uwagę fakt, że w supermarkecie jest określony czas na zeskanowanie produktu. A kasjer w takim sklepie również informuje o lekach na podstawie informacji z ulotki. Warto też przybliżyć dwa fakty: brak jakiegokolwiek, rzeczywistej kontroli merytorycznej nad kształceniem technika i egzamin zawodowy dotychczas w formie 40 zamkniętych pytań, na które zdolny absolwent liceum ogólnokształcącego odpowiada poprawnie w 50%, a co jest limitem wymaganym do zdania egzaminu. Część praktyczna polega na wykonaniu prostego leku recepturowego. Tego samego w całej sesji trwającej kilka dni. Już pierwszego dnia egzaminu praktycznego można znaleźć w Internecie kompletne rozwiązania tego zadania. To fakty ogólnie znane i informacje na ten temat były przekazane władzom NIA w trakcie procedowania wznowienia kształcenia w zawodzie technik farmaceutyczny. Co z nimi zrobiono? Raczej nie zostały wykorzystane, skoro dziwne zapisy pozostały...

Co ciekawe, kuratoria oświaty, którym podlegają szkoły policealne kształcące techników nie skontrolowały szkół przed naborem na rok szkolny 2019/2020 pod kątem posiadania wymaganych warunków lokalowych, sprzętowych i kadrowych do realizacji nowej podstawy programowej. Batalię o zaprzestanie kształcenia pseudofachowców od farmacji obecne władze NIA przegrały z lobby prywatnych przedsiębiorców, którzy na tej pseudo-edukacji zarabiają pieniądze i nie interesują ich skutki i efekty działania. Przegrali farmaceuci, którzy po wieloletnim cyklu kształcenia będą nadal

konkurowali na rynku pracy z tanimi absolwentami szkół policealnych po dwuipółletnim cyklu kształcenia na wątpliwym poziomie i oczywiście odpowiadając za ich pracę. Warto od razu zadać pytanie, czy władze NIA utrudziły się walką o utrzymanie braku kształcenia techników?

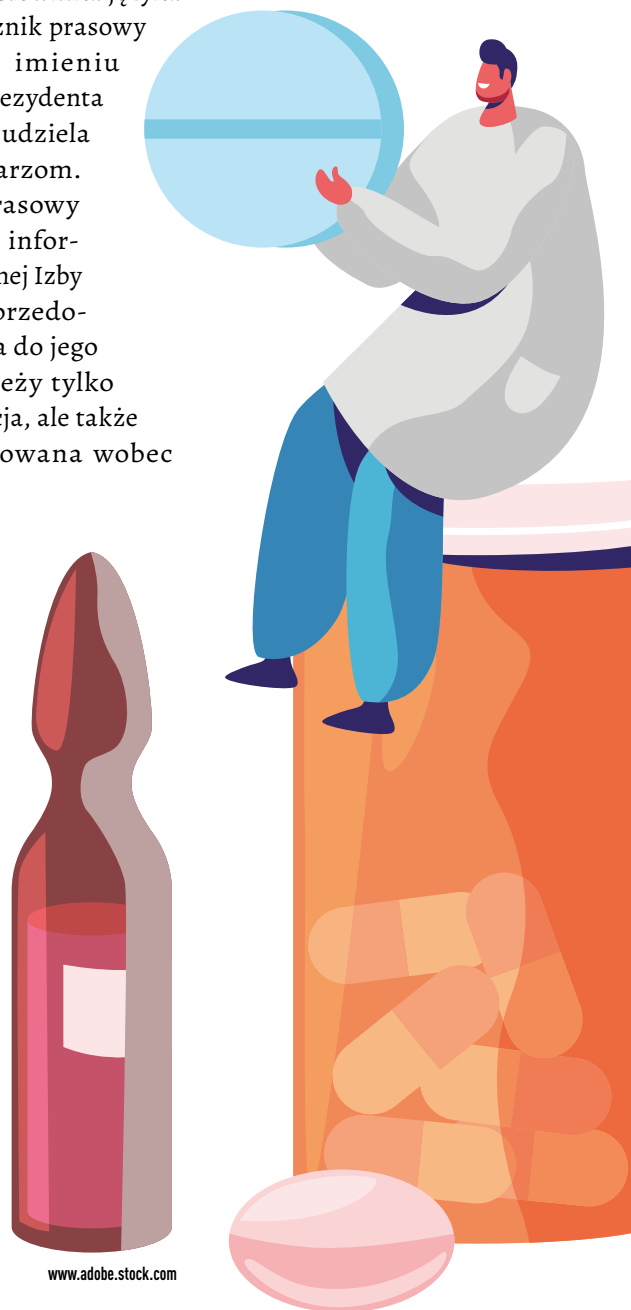
Za nami trzy bardzo trudne i kosztowne procesy cyfryzujące pracę aptek. Nie kto inny jak prezes i wiceprezesi NRA rok temu zachwalali w swoich wystąpieniach e-receptę, zsmopla i inne „udogodnienia” pracy, z którymi borykamy się na co dzień. Wypowiadali się na ten temat na organizowanych przez hurtownie farmaceutyczne spotkaniach z farmaceutami, co pozwala postawić w tym miejscu pytanie: w jakim charakterze członkowie władz NIA występowali?

Przedstawiciele najwyższych władz NIA opowiadali o wręcz heroicznej pracy, jaką NRA włożyła w proces wdrożenia e-recepty. Nie kto inny jak wiceprezes NRA Marek Tomków, między innymi na spotkaniu zorganizowanym przez hurtownię NEUCA w Karpaczu, chwalił się sukcesami, jakimi miały być zmniejszone kary dla aptek nakładane przez NFZ i możliwość wystawienia przez lekarza e-recepty na 365 dni. Podkreślał też istotną rolę farmaceuty w opiece zdrowotnej. Dzisiaj aptekarze mają kalkulator e-recepty. Zasady realizacji e-recepty stanowią problem, którego nikt – zdaje się – nie potrafi rozwiąć. Aptekarze uczestniczą w szkoleniach, jak interpretować e-receptę, by pacjent nie wracał do lekarza. Tymczasem warto przypomnieć, że to NFZ jest płatnikiem, a nie CSIOZ. Wystarczy zerknąć na umowy z NFZ, jakie apteki podpisują i przypomnieć sobie czasy mierzenia linijką recept przez kontrolerów NFZ. Czas na zakwestionowanie poprawności realizacji recept przez NFZ to 5 lat. A my nadal gdybamy, co zrobić, jeżeli na e-receptce będzie błąd, który mimo zaakceptowania jej przez system, zostanie zakwestionowany przez płatnika w trakcie kontroli. Byliśmy darmowym obiektem doświadczalnym przez rok i będziemy nim nadal w roku 2020. Zapewne dlatego jedynym podziękowaniem za włożony przez aptekarzy wkład w e-receptę będą prowadzone rozmowy na temat odejścia od kar ustawowych za błędy w realizacji recept w trakcie procesu wdrażania.

Bulwersuje stwierdzenie, że trwają rozmowy o abolicji dla aptek za realizację e-recept w roku 2019. Mam nadzieję, że po interwencji prezes Wielkopolskiej

Okręgowej Rady Aptekarskiej na poziomie NRA będą czynione starania o *vacatio legis* w zastosowaniu artykułów ustawy dotyczących kar. Abolicja jest dla przestępców. Nie może być tak, że NIA siada do stołu z Ministerstwem Zdrowia w temacie „abolicja dla farmaceutów” po roku testowania przez nich wersji produkcyjnej modułu e-recepta, który ma błędy. Wizerunkowo – fatalnie. I trzy kampanie z Fundacją Aflofarm nie wpłyną pozytywnie na odbiór naszego wizerunku, jeżeli chcemy jako samorząd rozmawiać o abolicji.

Według definicji „Słownika języka polskiego” PWN rzecznik prasowy to osoba, która w imieniu na przykład rządu, prezydenta lub jakiejś instytucji udziela informacji dziennikarzom. Tak więc rzecznik prasowy odpowiada za całość informacji na temat Naczelnej Izby Aptekarskiej, która przedostaje się do mediów, a do jego obowiązków nie należy tylko sporadyczna informacja, ale także stała strategia stosowana wobec mediów. Jak więc zważyć sytuację, gdy dla rzecznika prasowego NIA nie było i nie jest problemem, gdy w mediach aptekarzy porównywano do oszustów i przestępców. Nie było zdecydowanego sprzeciwu w sytuacji, gdy w mediach p o w s z e c h n i e mówiono o aptekarzach wywożących leki za granicę. Czyżby różnica między aptekarzem a właścicielem apteki nie była istotna?





www.adobe.stock.com

Widocznie nie. Natomiast ten medialny przekaz najbardziej przyczynił się do dewaluacji naszego wizerunku w oczach pacjentów. Trudno było zauważyć również, aby wielokrotnie powtarzane sformułowanie ze strony władz rządowych „technik farmaceuta” poruszyło rzecznika NIA. Być może był tak zajęty własnymi = prezydium NRA sprawami, że takie „drobiazgi” uderzające w dobre imię aptekarzy umknęły jego uwadze? Na marginesie należałoby się zastanowić, czy utrzymywany ze składek wszystkich polskich aptekarzy rzecznik prasowy NIA nie powinien działać dla dobra wszystkich farmaceutów?

Na podkreślenie zasługuje brak politycznego wykorzystania przez NIA olbrzymiego wysiłku, jaki farmaceutyci włożyli w przygotowanie i realizację cyfryzacji procesów dystrybucyjnych. Nawet procedowanie projektu ustawy

o zawodzie, wypracowanego przez zespół powołany przez ministra zdrowia blokowano skutecznie przez wiele miesięcy. Jako zawód nie zyskaliśmy nic, mimo że obsługa tych procesów to dodatkowe czynności wykonywane przez nas dzień po dniu bez wynagrodzenia, chociażby w postaci wzrostu marży. Nie było żadnych działań w tym zakresie ze strony NIA, jedynie daleko idące wsparcie dla organów państwa w procesie ich wdrożenia. Cieszymy się, gdy uda się zmniejszyć wysokość kar za błędy i nieprzestrzeganie wymagań ustawowych dotyczących tych procesów. To chyba jednak bardzo mało, jeśli spojrzymy na zaangażowanie finansowe, szkoleniowe i wspierające, jakie obserwujemy ze strony Ministerstwa Zdrowia na rzecz lekarzy we wdrożeniu e-recepty, czy zupełny brak kar dla osób niewystawiających e-recept po 30 czerwca 2020 r.

Wybór z Jachranki w wielu z nas wzbudził nadzieję na poprawę sytuacji polskich aptekarzy, uporządkowanie rynku aptecznego, wyeliminowanie zjawisk „patologicznych” i różnych absurdów. Obecnie już tej nadziei nie ma. Kolejni aptekarze decydują się na zamknięcie swoich aptek, nieustannie słysząc, że są „januszami biznesu”, „nieudacznikami płacącymi pod stołem”, „oszustami i złodziejami”. Wielu już pożegnało się z apteką. Świetnie mają się natomiast sieci. Nadal właściwie nie płacą w Polsce podatków, pracują przy minimalnej obsadzie, optymalizują swoje koszty przez „latającą” obsadę fachową zatrudnioną na tzw. umowach śmieciowych. Bardzo przykro jest usłyszeć od aptekarza, że po odejściu z zawodu odczuł ulgę lub że nie pozwoli dziecku na zmarnowanie życia na studiowanie farmacji – zawodu bez przyszłości.

Obecną kończącą się kadencję podsumowują też statystyki. Szczególnie gdy spojrzymy na liczbę kandydatów zamierzających studiować farmację, studentów porzucających studia farmaceutyczne po drugim, trzecim roku oraz absolwentów i aptekarzy niepodejmujących pracy w zawodzie lub rezygnujących z zawodu aptekarza.

Obecny próg punktowy na farmację to 80 punktów (na wydział lekarski – około 160). Czy obecne władze naprawdę nie widzą narastających problemów, a polska farmacja musi być jak „Titanic”, na którym NRA bawi się do końca?

Wkrótce wybierzemy kolejne władze Naczelnej Izby Aptekarskiej. 🌿



dr n. farm.

WOJCIECH MUSIAŁ

Specjalista w dziedzinie analityki farmaceutycznej i farmacji aptecznej. Aptekarz, nauczyciel akademicki, członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.



dr n. farm.

STEFAN PIECHOCKI

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

WYGRAĆ PRZYSZŁOŚĆ

www.adobe.stock.com

Wystąpienie mgr farm. ALINY GÓRECKIEJ na VIII Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Aptekarzy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Zjazd sprawozdawczo-wyborczy delegatów wybranych na spotkaniach rejonowych to nie tylko obowiązek sprawozdania z działalności Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i jej organów w mijającej VII kadencji, ale także przedstawienia i przedyskutowania ważnych problemów zawodu. Ta dyskusja jest zawsze inspiracją do dalszych działań na rzecz zawodu, ale także ochrony jego niezależności. Zjazd jako najważniejszy organ samorządu ma też możliwość weryfikacji, czy działania samorządu są zgodne z oczekiwaniami środowiska i odpowiednie do wydarzeń i zmian prawa w obszarze farmacji. Zjazd sprawozdawczo-wyborczy podsumowuje efektywność działań w perspektywie minionych czterech lat, pozwala

odpowiedzieć na pytania, co zrobiliśmy, co nam się nie udało i w jakim punkcie się znajdujemy.

Mijające lata to czas szczególnie trudny dla aptek i aptekarzy. Interpretacje ustawy Prawo farmaceutyczne z 2017 r., pozwalające na nabywanie całych przedsiębiorstw prowadzonych przez farmaceutów spółkom prawa handlowego, nabywanie udziałów w spółkach prowadzonych przez farmaceutów przez duże podmioty w sposób oczywisty wypaczają cele tzw. ustawy „apteka dla aptekarza”, prowadząc do dalszej koncentracji rynku detalicznego i utrwalania dominującej pozycji tych podmiotów, ze szkodą dla aptek indywidualnych.

Nowela ustawy Prawo farmaceutyczne z 2017 r., z którą wiązaliśmy tyle nadziei, miała zapobiegać

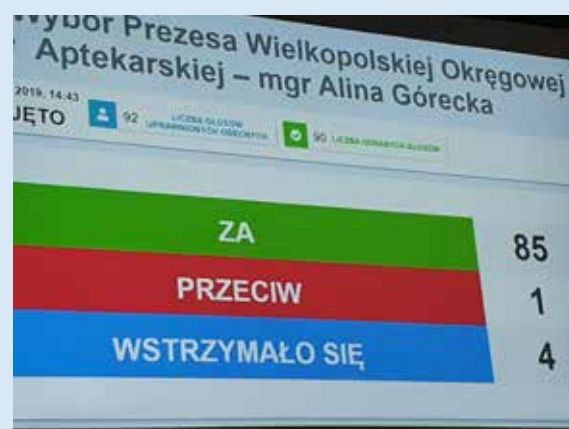
koncentracji rynku detalicznego jako zjawisku szkodliwemu ze względu na interes państwa i pacjentów. Ustawa ta weszła w życie i jej niewątpliwym efektem jest zahamowanie lawinowego powstawania aptek bez potrzeby społecznej, bez możliwości prawidłowego zabezpieczenia obsady fachowej.

Za nami trzy duże projekty cyfryzujące procesy dystrybucyjne w aptekach. Było one dla nas nie tylko wyzywaniem finansowym, ale także wymagały od aptekarzy gigantycznej pracy. Niestety, nie możemy powiedzieć, że usprawniły pracę. Obecnie ciągle jesteśmy na etapie korygowania błędów powdrożeniowych powstałych nie z winy farmaceutów. To farmaceuci pełnią rolę swoistych testerów wersji produkcyjnej tych systemów i obnażają braki w ich przygotowaniu, wymagające dopracowania przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) lub Krajową Organizację Weryfikacji Autentyczności Leków

(KOWAL). Tak naprawdę testowanie wersji produkcyjnej wszystkich tych trzech systemów odbywało i nadal odbywa się kosztem farmaceutów. Jako Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska udostępniliśmy szkolenia, które pomogły przygotować się do tych wdrożeń, ale widzimy potrzebę przygotowania dalszych szkoleń już powdrożeniowych. I będziemy je realizować.

Faktem też stały się ustawowe zagrożenia karami. Myślę tu o karach za nieprzestrzeganie przepisów dyrektywy antyfałszywkowej, karach za nieprawidłową realizację e-recept oraz za brak raportowania w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Czyżby była to nagroda za pełne determinacji i poświęcenia z naszej strony wdrożenia tych trzech projektów?

Obserwujemy dalsze pogarszanie się sytuacji finansowej aptek indywidualnych, na co wpływ mają takie negatywne zjawiska, jak manipulowanie



VIII SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY Zjazd Aptekarzy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej odbył się 9 listopada 2019 r. w Poznaniu. Delegaci wyłonili nowe władze Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Prezesem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej ponownie została mgr farm. ALINA GÓRECKA, wybrana na to stanowisko ogromną większością głosów. Delegaci wybrali też Okręgową Radę Aptekarską, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, Okręgowy Sąd Aptekarski, Okręgową Komisję Rewizyjną, a także 31 delegatów na VIII Krajowy Zjazd Aptekarzy w Warszawie.



Eugeniusz Jarosik

Eugeniusz Jarosik

Eugeniusz Jarosik

dostępem do wielu leków przez hurtownie i producentów, łamanie zakazu reklamy aptek, dumping cenowy na leki nierefundowane ze środków publicznych, nieuzasadnione zróżnicowanie cen zakupu leków i suplementów diety dla aptek indywidualnych i sieciowych stosowane przez hurtownie, a także postępująca erozja realnej marży aptecznej. Zróżnicowanie cen na leki na receptę za stuprocentową odpłatnością stało się narzędziem dużych podmiotów prowadzących apteki do odbierania pacjentów aptekom indywidualnym, które nie mają możliwości zakupu niektórych leków w ogóle, a jeśli już mogą je nabyć, to w zupełnie innych cenach. Chodzi o wywołanie wrażenia, że tylko apteki sieciowe są dobrze zaopatrzone i mogą mieć dobre ceny dla pacjenta, a indywidualni aptekarze nie potrafią należycie prowadzić swoich aptek. To systematyczne działania dużych podmiotów, które mają na celu osłabienie pozycji aptek indywidualnych, co w efekcie prowadzi do znikania ich z rynku, zwłaszcza w małych miejscowościach.

Z wielkim smutkiem obserwuję oferty sprzedaży aptek z powodu zmęczenia nieustającą walką o przetrwanie i lęku przed karami, których wysokość przekracza wartość przedsięwzięcia. W ostatnim czasie otrzymuję też informacje o odchodzeniu z zawodu farmaceutów po 15-20 latach pracy, ponieważ nie widzą żadnych perspektyw ekonomicznych dla siebie, a wprowadzone ustawowe zagrożenia karami odczytują w ten sposób, że państwo traktuje aptekarzy jako potencjalnych przestępców.

Obserwujemy też sprzedaż aptek ze względu na wiek farmaceuty, często innemu farmaceucie, co cieszy. Życzę z całego serca koleżankom i kolegom, którzy nabyli apteki, aby odnieśli sukces zawodowy i ekonomiczny. Taka przecież była intencja tzw. ustawy „apteka dla aptekarza” wyrażona w uzasadnieniu. Niestety, dalej obserwujemy otwieranie aptek na tzw. słupy, poprzez przeniesienie zezwolenia na spółkę farmaceutów spełniającą wymagania ustawy Prawo farmaceutyczne. Farmaceuci ci, najczęściej członkowie innych izb aptekarskich, nie wykonują w nich zawodu, prowadzą aptekę pod brandem dużego podmiotu sieciowego. Jest to smutne, bo takie działania pokazują, niestety, że sami potrafimy niszczyć niezależność aptek i niezależność zawodu dla doraźnych i pozornych korzyści. Na szczęście są to pojedyncze przypadki.

Nie było żadnych działań ze strony Naczelnej Izby Aptekarskiej w ciągu ostatnich trzech lat na rzecz powrotu leków do apteki, urealnienia marż aptecznych, ustalenia marż sztywnych na leki ze stuprocentową odpłatnością (wniosek zjazdu WOIA w tej sprawie został złożony), zmniejszenia ilości list refundacyjnych w ciągu roku. Niestety, żaden z tych problemów nie został rozwiązany. To są zadania bardzo trudne do przeprowadzenia, ale mam żal, że nie było żadnych działań w kierunku rozwiązania tych problemów, mimo deklaracji pracy w tym zakresie na zjeździe krajowym w Jachrance w 2016 r.

Mijający czas to także dalsze działania na rzecz zniesienia zakazu reklamy aptek poprzez próby dopuszczenia ustawowego reklamowania się aptek przez Kartę Dużej Rodziny. Taka kolejna próba była podjęta podczas prac nad projektem ustawy o zawodzie farmaceuty przez podmioty zrzeszone w Konfederacji Lewiatan i Związku Pharmanet.

Cały czas czekamy na ograniczenie obrotu pozaaptecznego produktami leczniczymi, tak bardzo istotnego dla bezpieczeństwa lekowego. Ilość leków sfałszowanych w obrocie detalicznym i wśród produktów leczniczych kupowanych przez Internet to narastający problem globalny. Obrót pozaapteczny, poza jakąkolwiek realną kontrolą, jest idealnym miejscem dystrybucji dla leków sfałszowanych. Nikt nie wymaga od nich realizacji przepisów dyrektywy antyfałszywkowej, a kontrole inspekcji farmaceutycznej są iluzoryczne przy obecnym potencjale kadrowym tej służby w całej Polsce. Czy trzeba spektakularnej tragedii, aby decydentom otworzyły się oczy na to, jakie zagrożenia płyną z niekontrolowanej dystrybucji leków tym kanałem?

W 2017 r. wznowił prace ministerialny zespół ds. opieki farmaceutycznej. Opracował projekt pilotażu opieki farmaceutycznej, który ma udowodnić efekt ekonomiczny opieki farmaceutycznej w postaci między innymi obniżenia poziomu wydatków państwa na leki. Z otrzymanych informacji wynika, że ani NFZ, ani Ministerstwo Zdrowia nie ma zabezpieczonych środków finansowych na wdrożenie opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego.

Z wielkim zainteresowaniem czekaliśmy na wyniki pracy zespołu ministra zdrowia, powołanego w celu przygotowania projektu ustawy o zawodzie farmaceuty. Po zakończeniu prac tego zespołu długo czekaliśmy na przekazanie tajemniczego

projektu do konsultacji społecznych i środowiskowych. Naczelną Izbę Aptekarską reprezentowali w tym zespole prezes NRA mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska i trzech wiceprezesów. Pozostali członkowie Naczelnej Rady Aptekarskiej nie mieli wglądu do proponowanych zapisów projektu, konsultowane było jedynie stanowisko w zakresie obowiązkowych specjalizacji dla kierownika apteki. Pozostałe kwestie regulowane w tej ustawie były owiane tajemnicą i nie były przedstawiane pozostałym członkom NRA w celu wyrażenia opinii. Dzisiaj projekt po licznych uwagach w ramach konsultacji został znacznie „odchudzony” w kwestiach zasadniczych dla zawodu. Istnieje uzasadniona obawa, że nie będzie chronił niezależności wykonywania zawodu jako zawodu zaufania publicznego, a sprawowanie pieczy samorządu nad jego wykonywaniem będzie znacznie ograniczone. Pozostaje pytanie: komu tak naprawdę będzie służyła ustawa o zawodzie farmaceuty w takim kształcie? Czyje i jakie cele będzie naprawdę realizowała? Czekamy na ustawę już niemal trzydzieści lat i mamy prawo oczekiwać, że jej zapisy będą chroniły niezależność wykonywania zawodu farmaceuty jako wartość istotną z punktu widzenia interesu społecznego, na podobnych zasadach, jak mają to ustawowo zagwarantowane inne zawody zaufania publicznego. To jest warunek podstawowy, abyśmy mogli funkcjonować jako zawód zaufania publicznego w systemie ochrony zdrowia i rozwijać serwis usług farmaceutycznych o świadczenia zdrowotne w zakresie opieki farmaceutycznej.

Oczekujemy także na rozwiązanie kwestii dyżurów aptek. Problem ten nabrzmiewa, jesteśmy świadkami konfliktów aptekarzy z urzędnikami starostw, i arogancji lokalnych władz w tej kwestii. Związek Powiatów Polskich wraz z Naczelna Izbą Aptekarską wypracował projekt refundowanych dyżurów, ale niestety, nie jest on dalej procedowany. Argumentem jest brak pieniędzy na ten cel po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz brak ustawowych możliwości finansowania dyżurów ze środków samorządów terytorialnych. Samorządy te coraz częściej oczekują interwencji samorządu aptekarskiego w przypadkach niewywiązywania się z dyżurów przez apteki. Tej interwencji nie będzie, zwłaszcza że większość projektów uchwał jest opiniowana przez Izbę negatywnie, a w uzasadnieniu

tej negatywnej opinii podnoszona jest kwestia bezzasadnego oczekiwania działania w interesie publicznym bez wynagrodzenia.

Zagwarantowanie dostępu do właściwego korzystania z usług farmaceutycznych, poszerzenie serwisów farmaceutycznych między innymi o opiekę farmaceutyczną powinno być elementem długofalowej polityki zdrowotnej państwa. Ten przekaz samorządu aptekarskiego jest coraz bardziej słyszalny w przestrzeni publicznej i zrozumiały przez polityków.

Wiemy, jaki jest stan aptek i pozycja zawodowa farmaceutów. Wiemy, jak powinno wyglądać wykonywanie tego zawodu, aby realizował on swoją misję społeczną. Ale pozytywne zmiany otoczenia prawnego zawodu wymagają wieloletniej, konsekwentnej i ciężkiej pracy zarówno samorządu na szczeblu centralnym, jak i na poziomie okręgowych izb aptekarskich. Nasze stanowisko musi być społecznie widoczne i mocno wyrażone na wszystkich poziomach decyzyjnych w państwie.

W sprawach aptekarstwa ciągle najgłośniej wypowiadają się ci, którzy chcą stanąć o farmacji, bo ma realizować ona ich cele biznesowe. To głos Pharmanetu, Lewiatana czy właścicieli punktów aptecznych oraz organizacji zrzeszającej techników farmaceutycznych. Ich stanowisko chociażby w sprawach ustawy o zawodzie jest bardzo silnym przekazem, jak widać po tym, co zostało z projektu tej ustawy po zgłoszonych przez te podmioty uwagach.

Mam nadzieję, że nadchodząca VIII kadencja samorządu aptekarskiego będzie czasem bardzo intensywnej pracy na rzecz rozwiązania od wielu lat kluczowych problemów, że będzie systematyczna praca w tym kierunku nie tylko władz Naczelnej Rady Aptekarskiej, ale wszystkich okręgowych rad. To jest jedyna droga, aby zawód farmaceuty zyskał nowe perspektywy, był zawodem szanowanym i docenianym.

Jako Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska jesteśmy przygotowani do dalszej współpracy zarówno z władzami kraju i województwa, jak i z innymi samorządami zawodów medycznych w przygotowaniu rozwiązań dla szeroko rozumianej polityki lekowej państwa, której stworzenie nie będzie nigdy możliwe bez zagwarantowania właściwego miejsca farmaceutom w systemie ochrony zdrowia i ich zaangażowania. 🍀



Eugeniusz Jarosik

Program działania na VIII kadencję mgr farm. Aliny Góreckiej, prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

DZIAŁANIA NA RZECZ ROZWIĄZANIA KLUCZOWYCH PROBLEMÓW ZAWODU

Wypracowywanie stanowisk Wlkp. ORA w ważnych sprawach zawodu.

Wypracowywanie takich stanowisk przez Wlkp. ORA i przedstawianie ich nie tylko środowisku farmaceutów wielkopolskich, ale także Naczelnej Radzie Aptekarskiej uważam za bardzo ważny wkład Wielkopolski w przygotowanie przez NRA najlepszych rozwiązań dla zawodu. Chcę, aby ten głos przyczynił

się do konstruktywnej dyskusji na poziomie NRA w najważniejszych sprawach zawodu. Uważam, że tylko merytoryczna, ożywiona dyskusja, przedstawianie wszystkich za i przeciw, składanie propozycji rozwiązania kluczowych problemów oraz wskazywanie możliwych dróg postępowania będzie służyło skutecznym działaniom samorządu.

Współpraca z postami na Sejm RP z Wielkopolski.

Niejednokrotnie doświadczamy, że problemy naszego zawodu oraz funkcjonowania aptek nie zawsze są rozumiane przez decydentów. To właśnie

rolą samorządu zawodowego jest przedstawienie naszego punktu widzenia w sprawach kluczowych zawodu tym, którzy będą nowelizowali lub nawet tworzyli prawo mające bezpośredni wpływ na nasz zawód. Taka współpraca to należyte wykorzystanie demokratycznych praw nie tylko obywateli, ale też samorządów zawodowych.

Współpraca z Naczelną Radą Aptekarską i aktywne uczestnictwo w jej pracach.

Bardzo zależy mi na jak najlepszym wykorzystaniu swojej obecności nie tylko w obradach Naczelnej Rady Aptekarskiej, ale także na wspieraniu jej działań w zakresie opiniowania projektów aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń). W poprzedniej kadencji uczestniczyliśmy we wszystkich spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia, w Sejmie, na które byliśmy zaproszeni przez prezesa NRA. W tej kadencji też będzie można na nas liczyć.



Współpraca z administracją rządową i samorządową w formie przewidzianej przez prawo.

Samorząd zawodowy jest ustawowo powołany do takiej współpracy i prezentowania stanowisk farmaceutów przed tymi organami, a także do mediacji w trudnych sprawach dotyczących środowiska. Za swój obowiązek uważam obecność i działanie w każdej takiej sytuacji „podbramkowej”, ale również wypracowanie systemowego modelu takiej współpracy.

Współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu.

Będę chciała kontynuować tę współpracę w zakresie przygotowywania miejsc stażowych oraz miejsc

odbywania praktyk zawodowych, ale także modelu kształcenia podyplomowego. Będę kontynuowała działania w zakresie integracji farmaceutów aktywnych zawodowo w aptekach i hurtowniach ze środowiskiem naukowym. Musimy się słyszeć i rozumieć.

Współpraca z Porozumieniem Zawodów Zaufania Publicznego.

Dotychczasowa współpraca w Porozumieniu wskazuje, że niejednokrotnie mamy podobne problemy. To jest to miejsce, gdzie możemy się lepiej poznać i szukać poparcia w procesach legislacyjnych ważnych dla zawodu.

INTEGRACJA FARMACEUTÓW

Rozwój sekcji osób odpowiedzialnych w hurtowniach farmaceutycznych. Działalność tej sekcji pokazała, jak ważne jest dzielenie się doświadczeniem zawodowym, jak ważna jest możliwość skonsultowania w trudnych sytuacjach zawodowych z koleżanką i kolegą, jak ważny jest wspólny rozwój kompetencji zawodowych w zakresach najbardziej potrzebnych.

Kontynuacja wydawania czasopisma „Farmacja Wielkopolska”.

Widzimy już zwiększenie liczby farmaceutów piszących do czasopisma, co nas niezmiernie cieszy. Czasopismo jest idealnym miejscem na publikowanie swoich przemyśleń, refleksji. Pozwala nam zobaczyć się wzajemnie, mimo tak różnych miejsc, w których farmaceutyci wielkopolscy pracują i żyją. Duże zainteresowanie czasopismem ze strony farmaceutów z innych regionów wskazuje, że rozwijanie i wydawanie czasopisma jest jak najbardziej celowe, co też będą robić.

Powołanie koła aptekarzy seniorów.

Tak bardzo chciałabym, aby koleżanki i koledzy, którzy byli sobie bliscy przez cały czas aktywności zawodowej, nie tracili ze sobą kontaktu, nie zamykali się w swoich domach, ale mieli możliwość wspólnego organizowania czasu. Integracja z seniorami zawodu jest realizowana przez inne samorządy i powinna stać się też częścią działania Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Wspieranie drużyny piłki nożnej halowej.

Drużyna piłkarska to swoisty ambasador naszego zawodu i Wielkopolskiej Okręgowej Izby

Aptekarskiej. Służy nie tylko integracji, ale też promocji zawodu, organizując akcje charytatywne w trakcie zawodów, co wyróżnia naszą drużynę w Polsce. Będę wspierać jej rozwój i będę starała się kibicować jej podczas zawodów nie tylko na terenie Wielkopolski, ale także w innych częściach kraju.

EDUKACJA

Dalsze prace na rzecz systemu wsparcia finansowego dla farmaceutów, którzy się specjalizują. Mamy wypracowany przez Wielkopolską Okręgową Radę Aptekarską VII kadencji regulamin takiego wsparcia, jednak wstrzymujemy się z takim działaniem do czasu wejścia w życie ustawy o zawodzie farmaceuty, licząc na to, że będzie w nią wpisane wsparcie finansowe ze strony Ministerstwa Zdrowia dla specjalizujących się farmaceutów, tak jak jest to w przypadku innych zawodów medycznych. Wtedy rozważymy możliwy poziom wsparcia ze strony samorządu.

Będę organizować szkolenia na temat aktualnych zmian dotyczących praktyki aptekarskiej. Na taką potrzebę wskazują szkolenia zorganizowane w 2019 r. w obliczu zmian cyfryzujących procesy w aptece oraz liczba chętnych do udziału w nich (nawet 400 osób na szkoleniu).

Kontynuacja corocznych warsztatów praktyki aptekarskiej w czterech rejonach. Te warsztaty mają być nie tylko możliwością spotkania się z prezesem Wlkp. ORA w pobliżu miejsca zamieszkania przynajmniej raz w roku, ale mają też cel edukacyjny (punkty „twarde” i „miękkie”) oraz integracyjny.

Kontynuacja corocznych wielkopolskich warsztatów farmacji szpitalnej. Ze względu na specyfikę pracy farmaceutów szpitalnych chcę kontynuować organizowanie takich warsztatów, dedykowanych farmaceutom szpitalnym. Są one organizowane we współpracy z sekcją farmacji szpitalnej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, którą kieruje mgr farm. Anna Łohynowicz. Corocznie uczestniczy w nich około 50 farmaceutów, a wykłady są w znacznej części przygotowane właśnie przez farmaceutów szpitalnych, którzy dzielą się swoim doświadczeniem i wiedzą.

DZIAŁANIA NA RZECZ POZYSKIWANIA ŚRODKÓW NA ROZWÓJ I UTRZYMANIE

MUZEUM FARMACJI W POZNANIU

To kontynuacja działań podjętych już w czasie VII kadencji. Uczymy się pozyskiwać te środki. Wierzę, że będzie to możliwe w szerszym zakresie w bieżącej kadencji. We współpracy z kustoszem Muzeum Farmacji będę wykorzystywała tę placówkę jako miejsce uroczystego składania ślubowania przez absolwentów poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego. Muzeum nadal będzie uczestniczyć w imprezie Noc Muzeów. Jest też przygotowana oferta edukacyjna dla młodzieży, co będzie sprzyjać zainteresowaniu naszym zawodem.



NOC MUZEÓW 2019

KONTYNUACJA DZIAŁAŃ

OC w ramach składki członkowskiej dla wszystkich członków Wlkp. OIA, którzy mają na bieżąco opłacone składki.

Rozwój strony internetowej. Strona to główne miejsce kontaktu z farmaceutami, źródło bieżących informacji dla wszystkich naszych członków. Olbrzymie zainteresowanie nią wskazuje, że należy ją rozwijać.

Pozyskiwanie reklamodawców.

Dostęp do usług prawnych zgodnie z regulaminem – możliwość skorzystania z porady radcy prawnego została doceniona przez farmaceutów. Chcemy, aby ten szybki dostęp do pomocy prawnej został nadal zabezpieczony w ramach składki.

Realizacja uchwał i wniosków zjazdowych.



Małgorzata Gielniak

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA RADA APTEKARSKA

mgr farm. WOJCIECH BARTKOWIAK – absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2010). Kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu.

mgr farm. PRZEMYSŁAW BŁOCH – absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1990). Posiada specjalizację I stopnia z farmacji aptecznej. Kierownik apteki szpitalnej w Wolsztynie.

mgr farm. JOANNA CICHOCKA – absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1999). Posiada specjalizację I stopnia z farmakologii. Wieloletnia kierownik i współwłaścicielka aptek w Śremie. Od 2019 r. jest współwłaścicielką Śremskiego Centrum Ziołolecznictwa i Naturoterapii.

mgr farm. MAGDALENA CZERNIEWICZ – absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1991). Od 2015 r. jest wiceprezesem do spraw aptek ogólnodostępnych Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej. Posiada specjalizację I stopnia z farmacji aptecznej. Współwłaścicielka rodzinnej sieci aptek ogólnodostępnych.

dr n. farm. ARTUR FIRLEJ – farmaceuta z 18-letnim stażem. Absolwent Wydziału Farmaceutycznego

Akademii Medycznej w Poznaniu. Obecnie pełni funkcję kierownika apteki ogólnodostępnej w Kościanie. Był członkiem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej VI kadencji.

mgr farm. ALINA GÓRECKA – od 2015 r. prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej. Członek Wlkp. ORA i prezydium Wlkp. ORA w V i VI kadencji. Specjalista farmacji klinicznej i szpitalnej. W latach 1995-2016 kierownik apteki szpitalnej w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Prezes „Aptekarz” Sp. z o.o. od 1998 r. Przewodnicząca ogólnopolskiej Sekcji Żywienia Do- i Pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w latach 2012-2015. Od 2013 r. jest członkiem zarządu Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Uczestniczyła w przygotowaniach Farmaceutycznych Standardów Pracowni Żywienia Parenteralnego.

mgr farm. MACIEJ GROCHULSKI – farmaceuta, menedżer, konsultant biznesowy i szkoleniowiec w obszarze sprzedaży na rynku farmaceutycznym. Od 18 lat związany z branżą farmaceutyczną i medyczną. Absolwent Wydziału Farmaceutycznego

Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Po stażu pracował przez 5 lat w GlaxoSmithKline, poznając rynek farmaceutyczny od strony producenta i pozyskując doświadczenie menedżerskie zakończone dyplomem ukończenia Akademii Menedżera przy Harvard Business School. Opracował i skutecznie wdrożył w wielu aptekach autorski program szkoleniowy dla farmaceutów, którego realizacja skutecznie zwiększa efektywność sprzedaży.

dr n. farm. HANNA JANKOWIAK-GRACZ – członek Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej od 1995 r. Kierownik apteki szpitalnej. W latach 2000-2018 pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. farmacji szpitalnej. Od roku 2000 do 2004 była wiceprzewodniczącą Sekcji Farmacji Szpitalnej Poznańskiego Oddziału PTFarm, a w latach 2005-2010 przewodniczyła tej sekcji, organizując spotkania i szkolenia dla farmaceutów szpitalnych z Wielkopolski. W latach 2005-2012 była przewodniczącą ogólnopolskiej Sekcji Żywienia Do- i Pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Jest inicjatorem i współautorem Farmaceutycznych Standardów Sporządzania Mieszanin do Żywienia Pozajelitowego PTFarm i Standardów Jakościowych Farmacji Onkologicznej PTFarm.

mgr farm. JĘDRZEJ JANUS – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA w latach 2015 – 2019. Absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1995). Kierownik apteki ogólnodostępnej, specjalista farmacji aptecznej.

mgr farm. JAROSŁAW JANUSIK – członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej od 2015 r. Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przedsiębiorca prowadzący apteki i kierownik w aptece ogólnodostępnej.

mgr farm. DANUTA KURASZ – członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej we wszystkich kadencjach. Od I kadencji jest wiceprezesem Wlkp. ORA do spraw aptek szpitalnych. Działa w Sekcji Aptek Szpitalnych Poznańskiego Oddziału PTFarm. Prowadzi staże podyplomowe oraz praktyki studenckie dla studentów farmacji. Posiada specjalizację II stopnia z farmacji szpitalnej.

mgr farm. ANNA ŁOHYNOWICZ – specjalista farmacji szpitalnej. Uczestniczyła w przygotowaniach Farmaceutycznych Standardów Pracowni Żywienia Parenteralnego. Przewodnicząca Sekcji Farmacji Szpitalnej PTFarm. Prowadzi staże podyplomowe oraz praktyki studenckie dla studentów farmacji. Współpracuje z Wlkp. OIA w zakresie przygotowania warsztatów i szkoleń dla pracowników aptek szpitalnych.

mgr farm. MICHAŁ MANICKI – absolwent Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Studiował zarządzania na Wydziale Finansów i Bankowości w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu. Specjalista farmacji klinicznej. Doświadczenie zawodowe zdobywał, sprawując między innymi funkcje kierownika apteki szpitalnej, apteki ogólnodostępnej oraz hurtowni farmaceutycznej. Pełnił również funkcje dyrektora szpitala specjalistycznego oraz dyrektora szpitala powiatowego na terenie Wielkopolski. Wyróżniony tytułem Menedżera Wielkopolskiej Jakości za doskonalenie wzorców regionalnej kultury jakości przyznanych przez Wielkopolski Instytut Jakości oraz tytułem Farmaceuta Roku 2016 – Wielkopolski Hipokrates 2016.

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ – członek Prezydium Wlkp. ORA od 2015 r. Absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1996). Specjalista farmacji aptecznej i analityki farmaceutycznej. Aptekarz, kierownik apteki ogólnodostępnej i nauczyciel akademicki.

mgr farm. KRZYSZTOF MYSZKOWSKI – zastępca kierownika apteki szpitalnej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Specjalista farmacji klinicznej. Kierownik kursów specjalizacyjnych z zakresu sporządzania żywienia parenteralnego. Prowadzi ćwiczenia i seminaria dla studentów farmacji z zakresu przygotowania leków cytostatycznych.

mgr farm. BEATA OWCZARSKA – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w latach 2008-2016. Specjalista farmacji aptecznej. Od 27 lat wykonuje zawód farmaceuty (praktyka w aptece ogólnodostępnej i hurtowni). Od 2014 r. pracuje

jako Osoba Odpowiedzialna – kierownik Hurtowni Farmaceutycznej Farmacol – Logistyka Oddział Żerniki. W samorządzie zawodowym działa od 1995 r. W latach 2004-2008 była zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA.

mgr farm. MACIEJ PAWEŁCZYK – skarbnik Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej od 2015 r. Absolwent Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu. Specjalista I stopnia farmacji aptecznej. Ma ponad trzydziestoletni staż pracy, między innymi w przemyśle, aptece ogólnodostępnej i hurtowni farmaceutycznej. Przez wiele lat pracował

jako przedstawiciel naukowy w firmie farmaceutycznej. Odznaczony został Medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI – członek Prezydium Wlkp. ORA od 2015 r. Absolwent Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1995). W latach 1995-2008 pracownik katedry Technologii Postaci Leku. Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej od 2012 r. Wielkopolski konsultant w dziedzinie farmacji aptecznej od 2013 r. Aptekarz, kierownik apteki ogólnodostępnej w Wolsztynie. Kustosz Muzeum Farmacji Wlkp. OIA w Poznaniu.

OKRĘGOWY SĄD APTEKARSKI WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ

■ Mgr farm. Katarzyna Adamiak, dr n. farm. Małgorzata Kuczerowska, mgr farm. Iwona Lubka, Grażyna Bartczak, dr n. farm. Dorota Bartosik, dr n. farm. Arleta Matschay – przewodnicząca, mgr farm. Michał Cichocki, mgr farm. Grzegorz Głowacz, mgr farm. Marta Gwardyś, mgr farm. Mariusz Michalak – zastępca przewodniczącej, mgr farm. Danuta Winiarska



Eugeniusz Janosiak

OD LEWEJ: MGR FARM. MARIUSZ MICHALAK, MGR FARM. MAŁGORZATA KUCZEROWSKA, MGR FARM. IWONA LUBKA, MGR FARM. KATARZYNA ADAMIAK, MGR FARM. GRZEGORZ GŁOWACZ, MGR FARM. MARTA GWARDYŚ, DR N. FARM. ARLETA MATSCHAY, DR N. FARM. GRAŻYNA BARTCZAK

mgr farm. IWONA REINHOLZ-CYNAJEK – właścicielka i kierownik apteki ogólnodostępnej w Łobżenicy od 1989 r. Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1978) i specjalista farmacji aptecznej. Od 28 lat działa w samorządzie Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, przede wszystkim w Wielkopolskiej Okręgowej Radzie Aptekarskiej (17 lat) i Okręgowej Komisji Rewizyjnej (11 lat). Pięciokrotnie była delegatką na Krajowy Zjazd Aptekarzy. Wyróżniona została Medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego.

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK – w 2008 r. ukończył farmację na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, poszerzając następnie zdobytą wiedzę na studiach podyplomowych z zakresu logistyki i zarządzania łańcuchem dostaw (Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu). W latach 2008-2010 pracował w aptekach ogólnodostępnych na poznańskich Jeźcach, pozostając jednocześnie związany z uczelnią w ramach aktywności naukowej w Katedrze Biochemii Farmaceutycznej. Od 2010 r. pracuje w hurcie farmaceutycznym (kolejno w firmach: PROSPER S.A., Kadefarm Sp. z o.o. i Neuca S.A). Inicjator Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych Wlkp. OIA.

Dr n. farm. ARLETA MATSCHAY, przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA

■ Kierownik Pracowni Farmacji Praktycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku UMP, członek Rady Wydziału Farmaceutycznego oraz członek Wydziałowego Zespołu Doskonalenia i Zapewnienia Jakości Kształcenia, Kierownik ds. sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece i ds. praktyk wakacyjnych na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Od 2008 r. pełni funkcję konsultanta ds. farmacji aptecznej w województwie lubuskim.

Prowadzi badania naukowe obejmujące zagadnienia związane z fachowym doradztwem w aptece oraz możliwością wprowadzania opieki farmaceutycznej w Polsce, a także dotyczące współpracy lekarza, farmaceuty i pacjenta w leczeniu wybranych schorzeń przewlekłych. Ponadto prowadzi badania terapeutycznych wśród pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi (compliance, non-compliance), a także z zakresu Dobrej Praktyki Aptecznej i prawidłowej komunikacji farmaceuty z pacjentem. Starszy wykładowca, prowadzi zajęcia dydaktyczne z przedmiotów: Farmacja praktyczna w aptece i Opieka farmaceutyczna, Promotor i Recenzent wielu prac magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym UMP.

Od wielu lat pracuje w aptece ogólnodostępnej. Odznaczona została między innymi Medalem im. Ignacego Łukasiewicza oraz Medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego.



Eugeniusz Jarońik

mgr farm. ELŻBIETA TATERCZYŃSKA – absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu. Wieloletni członek Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej. Była przewodniczącą Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA. Założycielka Wielkopolskiej Hurtowni Aptekarzy Galenica Pharma, w której pełniła funkcje przewodniczącej Rady Nadzorczej i prezesa Zarządu. Właścicielka aptek ogólnodostępnych Galenica. Odznaczona została między innymi Medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego.

mgr farm. BARTOSZ ZELENT – członek Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej od 2015 r. Studia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu ukończył w 2007 r. i od tego czasu jest zawodowo związany z aptekami otwartymi. W 2015 r. został kierownikiem apteki specjalizującej się w obszarze ginekologii i położnictwa. W 2014 r. brał udział w innowacyjnym w Polsce programie „Opieka farmaceutyczna w geriatryi”, który wykazał, że opieka farmaceutyczna powinna stanowić integralną część ogólnopolskiego systemu opieki zdrowotnej.



Eugeniusz Jarosik

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ WLKP. OIA WOJCIECH ZIÓŁKOWSKI

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ

Mgr farm. WOJCIECH ZIÓŁKOWSKI

■ Absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 2010). Od 18 lat wykonuje zawód farmaceuty, pracując w aptece ogólnodostępnej. Od V kadencji działa w samorządzie aptekarskim. Przez osiem lat nabierał doświadczenia jako zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA. Deklaruje, że jako OROZ będzie się starać ocieplić wizerunek Wlkp. OIA i zaangażować młode pokolenie farmaceutów do działalności w wielkopolskim samorządzie aptekarskim.

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

mgr farm. Dariusz Antkowiak
mgr farm. Zyta Chmielewicz
mgr farm. Marcela Kowalska
mgr farm. Jakub Maćkowiak
mgr farm. Anna Pempera

dr n. farm. KATARZYNA REGULSKA

TERAPEUTYCZNE MONITOROWANIE LEKÓW **W PRAKTYCE SZPITALNEJ**

W codziennej praktyce szpitalnej wielokrotnie zdarzają się trudne sytuacje, w których brak pewności co do doboru właściwego schematu dawkowania w odniesieniu do niektórych leków u konkretnych pacjentów. W takich przypadkach dobrym rozwiązaniem może okazać się przeprowadzenie terapeutycznego monitorowania na podstawie stężenia leku we krwi.

www.adobe.stock.com



Terapeutyczne monitorowanie jest postępowaniem mającym na celu uzyskanie optymalnego stężenia leku u indywidualnego pacjenta celem zapewnienia pożądanego efektu farmakologicznego przy równoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa farmakoterapii. Polega ono na pomiarze stężenia w stanie stacjonarnym leku we krwi pacjenta oraz dostosowaniu dawki w taki sposób, aby osiągnąć stężenie terapeutyczne. Optymalny, docelowy zakres stężeń leku, ustalony na podstawie badań farmakokinetyczno-klinicznych cechuje się największym prawdopodobieństwem skuteczności działania, z jednoczesnym najmniejszym ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych.

samej dawki leku może u jednych chorych powodować uzyskanie stężenia toksycznego, a u innych – subterapeutycznego i wówczas indywidualizacja dawkowania na podstawie pomiaru stężenia we krwi jest wysoce korzystna.

2. Wąski indeks terapeutyczny

Dla niektórych leków, takich jak teofilina, aminoglikozydy czy glikozydy nasercowe różnica pomiędzy dawką terapeutyczną a toksyczną jest tak niewielka, że nawet drobne zmiany ich farmakokinetyki mogą doprowadzić do bardzo istotnych konsekwencji klinicznych. Dlatego w takich przypadkach monitorowanie terapeutyczne staje się niezbędnym narzędziem umożliwiającym prowadzenie bezpiecznej terapii.

3. Efekt farmakologiczny leku jest trudny do zmierzenia

Prowadzenie terapeutycznego monitorowania leku jest nieuzasadnione w przypadkach, kiedy istnieją proste metody diagnostyczne umożliwiające ocenę skuteczności leczenia, na przykład pomiar ciśnienia krwi, pomiar stężenia glukozy czy pomiar parametrów krzepnięcia krwi. Jeżeli natomiast efekt farmakologiczny jest niemierzalny bądź trudny do zmierzenia (na przykład wielkość efektu cytotoxycznego, przeciwbakteryjnego, przeciwdrgawkowego, przeciwdepresyjnego), wówczas pomiar stężenia może stanowić wczesny marker osiągnięcia zamierzonego efektu farmakoterapii.

4. Istnieje korelacja pomiędzy stężeniem leku we krwi a efektem farmakologicznym; zakres terapeutyczny został określony

Powyższy warunek ma kluczowe znaczenie przy kwalifikacji leku do monitorowania klinicznego. Jest też podstawowym powodem, dla którego monitorowanie leków cytotoxycznych stosowanych w onkologii jest utrudnione (brak ustalonych zakresów terapeutycznych z uwagi na niewystarczającą liczbę badań). Stężenia we krwi muszą w sposób dokładny definiować wielkość efektu farmakologicznego, w przeciwnym razie uzyskane wyniki nie będą miały znaczenia klinicznego.

Wskazania do monitorowania terapeutycznego mogą wynikać z sytuacji klinicznej:

PROWADZENIE TERAPII MONITOROWANEJ STĘŻENIAMI LEKU WE KRWI NIE MOŻE FUNKCJONOWAĆ W ODERWANIU OD OBRAZU KLINICZNEGO, A DECYZJA O ZMIANIE DAWKOWANIA W CELU OSIĄNIĘCIA POZIOMU TERAPEUTYCZNEGO ZAWSZE MUSI BYĆ ODZWIERCIEDLENIEM STANU PACJENTA

Które leki należy monitorować?

Prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami nie jest ani wymagane, ani nawet wykonalne dla wszystkich leków stosowanych w szpitalnictwie. Postępowanie to uzasadnione jest jedynie w ściśle określonej grupie, spełniającej odpowiednie kryteria farmakologiczno-kliniczne:

1. Brak korelacji pomiędzy dawką a efektem farmakologicznym

Jeżeli dawka leku jest wystarczającym markerem odpowiedzi farmakologicznej, prowadzenie monitorowania terapeutycznego nie jest wymagane. Jeżeli natomiast lek wykazuje tzw. farmakokinetykę nieliniową, wchodzi w liczne interakcje oraz wykazuje duże międzyosobnicze różnice w działaniu, wynikające z różnic w zależności dawka-stężenie we krwi, wówczas można zakładać, że podanie takiej

1. Przystępuje się do leczenia chorego w stanie krytycznym, który wymaga precyzyjnego dawkowania.
2. Brak oczekiwanego działania terapeutycznego lub wystąpienie nieoczekiwanych działań niepożądanych lub toksycznych po zastosowaniu konwencjonalnego schematu dawkowania leku.
3. Współistnienie chorób wpływających na farmakokinetykę leków, na przykład niewydolności nerek, której może towarzyszyć upośledzenie eliminacji leków wydalanych głównie z moczem, ciężkiego schorzenia wątroby zmieniającego metabolizm leków, chorób przewodu pokarmowego zmieniających dostępność biologiczną leków, niewydolności krążenia.
4. Jednoczesne stosowanie innych leków wchodzących w interakcje, powodujące, że efekt farmakologiczny farmakoterapii staje się nie do przewidzenia.

W związku z powyższym zasady prowadzenia terapii monitorowanej określone zostały tylko dla wąskiej grupy leków:

1. antybiotyki: wankomycyna, gentamycyna, amikacyna, tobramycyna,
2. digoksyna,
3. teofilina,
4. leki przeciwpadaczkowe (kwas walproinowy, karbamazepina, fenytoina, fenobarbital),
5. leki antyarytmiczne (prokainamid, propafenon, amiodaron),
6. trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne,
7. immunosupresyjne (cyklosporyna A),
8. leki przeciwnowotworowe (metotreksat, 5-fluorouracyl, paklitaksel, docetaksel, imatynib).

Wankomycyna

Prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami dla wankomycyny powinno być rutynowanym postępowaniem u każdego pacjenta leczonego tym lekiem. Wynika to z faktu znacznej nefro- i ototoksyczności wankomycyny, w szczególności przy równoczesnym stosowaniu z aminoglikozydami, diuretykami pętlowymi, cisplatyną czy cyklosporyną A. Ponadto, z uwagi na fakt, że wankomycyna jest antybiotykiem zarezerwowanym do leczenia ciężkich zakażeń wywołanych przez bakterie Gram-dodatnie odporne na metycylinę, konieczność zapewnienia szybkiego i właściwego efektu przeciwbakteryjnego jest celem priorytetowym.

Terapię wankomycyną u dorosłych rozpoczyna się od dawki nasycającej, wyznaczonej na podstawie aktualnej masy ciała. Następnie na podstawie wartości wskaźnika przesączania kłębuszkowego (eGFR) po 12 lub 24 h stosuje się wstępną dawkę podtrzymującą. Tuż przed podaniem czwartej dawki wankomycyny, po osiągnięciu stanu stacjonarnego, należy pobrać krew celem oznaczenia stężenia minimalnego leku. Kolejne dawki ustala się na podstawie zmierzonego stężenia leku we krwi. Sposób postępowania w tym zakresie powinien wynikać z aktualnego piśmiennictwa¹. Zakres terapeutyczny wankomycyny wynosi 10-15 µg/mL, a w przypadku zapalenia płuc, sepsy, zapalenia kości i szpiku oraz zapalenia wsierdza wywołanego przez MRSA: 1520 µg/mL. Kolejne pomiary i modyfikacje dawki są konieczne, jeżeli: nie uzyskano właściwego stężenia terapeutycznego lub zmienił się eGFR. W przypadku długotrwałej kuracji kontrolne oznaczenia stężenia powinno się wykonywać raz w tygodniu. W czasie leczenia należy także kontrolować codziennie kreatyninę i mocznik. Celem uniknięcia działań niepożądanych wankomycyny związanych z infuzją (tzw. zespół czerwonego karku) należy zachować odpowiedni czas i szybkość wlewu: czas infuzji – minimum 60 min., szybkość infuzji – maksimum 10 mg/min.

Aminoglikozydy – gentamycyna

Antybiotyki aminoglikozydowe to silnie działające leki przeciwbakteryjne o wąskim wskaźniku terapeutycznym, wykazujące działanie oto- i nefrotoksyczne oraz duże międzyosobnicze zróżnicowanie pod względem farmakokinetyki. W receptariuszu szpitalnym można rozważyć ujęcie następujących aminoglikozydów: gentamycyny, amikacyny i tobramycyny. Amikacyna powinna być stosowana, gdy występuje podejrzenie lub gdy została potwierdzona oporność na gentamycynę wśród bakterii Gram-ujemnych. Najbardziej nefrotoksyczna jest gentamycyna, dalej tobramycyna i amikacyna (choć różnice w nefrotoksyczności pomiędzy nimi są niewielkie). Z kolei amikacyna częściej niż gentamycyna powoduje uszkodzenie przedsionka ucha środkowego. Dlatego, w celu ograniczenia powstawania działań niepożądanych związanych ze stosowaniem aminoglikozydów, najważniejsze jest przestrzeganie wskazań do ich stosowania, prowadzenie monitorowania terapeutycznego oraz skracanie czasu kuracji.



www.adobe.stock.com

W zależności od sytuacji klinicznej gentamycynę u dorosłych dawkuje się jednym z trzech schematów:

- a. dawkowanie 2,5-5 mg/kg co 24 h;
- b. dawkowanie 1,5 mg/kg co 12 h (w zapaleniu wsierdza);
- c. dawkowanie 3 mg/kg co 8 h (u kobiet ciężarnych, u chorych z mukowiscydozą, w przypadku ciężkich oparzeń).

Dawkę nasycającą gentamycyny wyznacza się na podstawie masy dawkowania (DW), która wynika z idealnej masy ciała (IBW) według wzoru: $DW = IBW + 0,4^*$ (aktualna masa ciała – IBW). Najbardziej korzystne pod względem bezpieczeństwa i skuteczności wydaje się dawkowanie 1 x 24 h. Dawka wstępna w tym schemacie wynosi 5-2,5 mg/kg w zależności od eGFR. Celem terapeutycznym dla dawki podtrzymującej jest osiągnięcie stężenia minimalnego (tuż przed podaniem kolejnej dawki) $c_{min} < 1 \mu\text{g/mL}$. Jeżeli zmierzone stężenie minimalne wynosi 1-2 $\mu\text{g/mL}$, należy wydłużyć odstęp pomiędzy dawkami o 36-48 h, jeżeli funkcja nerek jest stała. Jeżeli zmierzone stężenie minimalne wynosi powyżej 2 $\mu\text{g/mL}$, należy pominąć kolejną dawkę i ponownie zmierzyć poziom leku we krwi; wznowić podawanie leku dopiero wówczas, kiedy $c_{min} < 1 \mu\text{g/mL}$.

Teofilina

Wskazania do monitorowania stężenia teofiliny w surowicy wynikają wprost z charakterystyki produktu leczniczego. W przypadku teofiliny stężenie w surowicy jest ważnym markerem skuteczności oraz toksyczności leczenia. Teofilina posiada wąski zakres terapeutyczny (10-20 $\mu\text{g/mL}$). Stężenia powyżej 20 $\mu\text{g/mL}$ określane są jako toksyczne, a powyżej 30-40 $\mu\text{g/mL}$ – jako potencjalnie śmiertelne. Objawy zatrucia teofiliną są niespecyficzne (niepokój, bezsenność, bóle głowy, nudności, wymioty, tachykardia, hipotensja). Niebezpieczne dla życia objawy toksyczności obejmują: drgawki, arytmie komorowe, migotanie komór i nagłe zatrzymanie krążenia.

Ponieważ proces eliminacji teofiliny wykazuje duże różnice osobnicze, korelacja pomiędzy dawką a efektem farmakologicznym tego leku jest niewielka, co utrudnia, a nawet uniemożliwia opracowanie schematu dawkowania. Czynniki, które w istotny sposób przyczyniają się do zmian klirensu tego leku to: wiek, choroby wątroby, płuc, serca, choroby wirusowe, palenie papierosów i dieta. Przykładowo średni okres półtrwania teofiliny u dorosłych niepalących wynosi 8 godzin, a u palaczy oraz u dzieci – 4 godziny.

Co więcej, teofilina ulega bardzo licznym, istotnym interakcjom między innymi z antybiotykami makrolidowymi, fluorochinolonami i allopurynolem. Stąd można uznać, że efekt farmakologiczny teofiliny jest mało przewidywalny i wymaga monitorowania terapeutycznego. W czasie terapii teofiliną konieczne jest monitorowanie stężenia potasu. Dawka nasycająca wynosi 5 mg/kg (beztłuszczowej masy ciała), podana jako trzydziestominutowy wlew z maksymalną szybkością wlewu 25 mg/min. Dawka podtrzymująca zależy od stanu pacjenta i wynosi odpowiednio

- 0,3 mg/kg/h u osób starszych;
- 0,4 mg/kg/h u pacjentów z zastoinową niewydolnością krążenia i niewydolnością wątroby,
- 0,5 mg/kg/h u dorosłych,
- 0,7 mg/kg/h u dorosłych palących.

Próbki do analizy poziomu w surowicy należy pobierać co 4-6 godzin od rozpoczęcia ciągłej infuzji, a następnie co 24 h do momentu zakończenia terapii dożylniej.

5-fluorouracyl

5-fluorouracyl (5-FU) stosowany jest w onkologii od ponad 50 lat. Powszechnie przyjęta metoda doboru dawki tego leku oparta jest na wskaźniku powierzchni ciała. Doniesienia z rozlicznych prac naukowych wskazują jednak, że metoda ta nie pozwala ustalić optymalnego stężenia terapeutycznego, zapewniającego maksymalną skuteczność przy akceptowalnym poziomie toksyczności nawet u 85% pacjentów, przy czym u 68% pacjentów osiągnane stężenia są poniżej poziomu terapeutycznego. Co więcej, wyznaczona na podstawie powierzchni ciała dawka może dawać stężenia różniące się nawet dziesięciokrotnie od poziomu terapeutycznego. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że wyznaczanie dawki na podstawie powierzchni ciała nie uwzględnia wielu osobniczych czynników fizjologicznych i środowiskowych, które w istotny sposób mogą wpływać na działanie leku. Zgodnie z wynikami badań prowadzonych przez ośrodek Angers we Francji, kliniczne efekty leczenia 5-fluorouracylem wydają się być bardziej związane z całkowitym stężeniem leku w organizmie,

wyrażonym jako pole powierzchni pod krzywą (AUC). Docelowy zakres wartości AUC dla 5-FU wyznaczono doświadczalnie jako 20-30 mg h/ml. W dostępnym piśmiennictwie istnieje prosty protokół korekty dawki na podstawie uzyskanej wartości AUC dla 5-FU². Wskaźnik AUC można wyznaczyć w prosty sposób – na podstawie pomiaru stężenia leku we krwi. Co istotne, wykazano, że dawkowanie 5-FU oparte na monitorowaniu jego stężenia we krwi zmniejsza toksyczność i zwiększa skuteczność leczenia. W badaniach klinicznych monitorowanie stężenia 5-FU w ramach schematów FOLFOX i FOLFIRI w grupie pacjentów chorych na rozlanego raka jelita grubego powodowało zmniejszenie ilości działań niepożądanych, takich jak biegunka, zapalenie błon śluzowych oraz neutropenia 3. i 4. stopnia. Co więcej, procedura ta przyczyniała się do zwiększenia odsetka odpowiedzi, czasu do progresji i całkowitego przeżycia. Skuteczność schematu FOLFOX z monitorowaniem stężenia we krwi 5-FU była podobna do skuteczności skojarzenia tradycyjnego schematu dawkowanego względem powierzchni ciała z lekami celowanymi, przy niższym koszcie terapii.

W podsumowaniu należy jeszcze podkreślić, że prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami leku we krwi, choć korzystne w określonych przypadkach, nie może funkcjonować w oderwaniu od obrazu klinicznego, a decyzja o zmianie dawkowania celem osiągnięcia poziomu terapeutycznego musi zawsze być odzwierciedleniem stanu pacjenta. Szacuje się, że rutynowo w praktyce klinicznej w Polsce terapię monitorowaną stosuje się w przypadku ok. 15-20 leków. W szpitalnictwie postępowanie to dotyczy przede wszystkim antybiotyków aminoglikozydowych oraz wankomycyny. W neurologii dziecięcej rutynowo monitoruje się kwas walproinowy. Coraz więcej ośrodków onkologicznych przystępuje także do monitorowania 5-FU, w tym przypadku głównie w ramach badań naukowych z uwagi na wysoki koszt pojedynczego oznaczenia. 🌿



dr n. farm.

KATARZYNA REGULSKA
Wielkopolski konsultant wojewódzki
w dziedzinie farmacji szpitalnej.

LITERATURA:

1. Surrey and Sussex NHS Healthcare Trust – Vancomycin TDM <https://viewer.microguide.global/SASH/ADULT#content,d9fa0ea-9f69-488e-a01e-77d38bab2127>

2. Gamelin E, et al. *Individual fluorouracil dose adjustment based on pharmacokinetic follow-up compared with conventional dosage: results of a multicenter randomized trial of patients with metastatic colorectal cancer.* J Clin Oncol. 2008; 26(13):2099-105.

MARCIN JÓZEFIAK

APTEKA

NIE TYLKO DLA APTEKARZA?

„Twarde prawo, ale prawo” (Dura lex sed lex) – to stara rzymska reguła prawnicza, które przez wieki strzegła jednej z zasad interpretacji przepisów prawa. Niestety – lub na szczęście – dzięki rozwojowi myśli humanistycznej doszliśmy także do innych metod poznawania prawa. Efektem tego, oprócz dobrze znanej tzw. falandyzacji prawa, jest również powiedzenie: „ilu prawników, tyle opinii plus jedna”.

Co powyższy wywód ma wspólnego z wykonywaniem zawodu farmaceuty? Okazuje się, że bardzo wiele, czego przykładem jest nowelizacja prawa farmaceutycznego, znana jako tzw. apteka dla aptekarza. W myśl przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, obowiązujących do dnia 25 czerwca 2017 r., każdy podmiot po spełnieniu określonych prawem warunków i otrzymaniu zezwolenia mógł prowadzić aptekę. Podzielając całkowicie zasadność zmian wprowadzonych ustawą z 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2017 r., poz. 1015), wskazać należy, że w uzasadnieniu projektu ustawy

(druk 1126) podkreślono, iż dotychczas obowiązujące przepisy umożliwiły powstawanie w sposób niekontrolowany dużej liczby aptek w tym samym rejonie, co z kolei spowodowało walkę o pacjenta i obniżanie jakości świadczonych usług. Wiemy z doświadczenia, że wielu właścicieli aptek, zwłaszcza nefarmaceutów, zdecydowało się na proceder (tzw. łańcuch odwrócony) wywożenia leków za granicę i ich sprzedaży z dużym zyskiem. Inni z kolei właściciele aptek, którzy nie potrafili sobie poradzić z konkurencją, popadli w kłopoty finansowe, co skutkowało albo zamykaniem aptek, albo ich sprzedażą poniżej ich wartości. To z kolei sprzyjało koncentracji rynku i powstawaniu ogólnokrajowych sieci aptek.

Pogłębiające się problemy rynku aptek ogólnodostępnych, o których konsekwentnie informował polityków samorząd aptekarski, skłoniły ustawodawcę do zmiany przepisów. Od 25 czerwca 2017 r. weszły w życie znowelizowane przepisy ustawy Prawo farmaceutyczne, porządkujące między innymi kwestie własności aptek (zasada „apteka dla aptekarza”, stanowiąca, że prowadzenie nowych aptek jest zastrzeżone dla farmaceutów lub spółek, w których wspólnikami odpowiedzialnymi za prowadzenie spraw spółek są farmaceuci), a także ograniczające możliwość wydania zezwolenia na prowadzenie apteki ze względu na liczbę mieszkańców czy aptek w danej miejscowości. Przepisy

te mają chronić pacjentów przed nadmierną koncentracją rynku detalicznego aptek.

Niestety, pomimo uzasadnienia projektu nowelizacji, podmioty odpowiedzialne za nadzór nad rynkiem farmaceutycznym dokonały niezgodnej z celem nowelizacji interpretacji przepisów ustawy i uznały, że dla zezwoleń wydanych przed 25 czerwca 2017 r. stosuje się przepisy dotychczasowe. Zgodnie z tą interpretacją zezwolenie na prowadzenie apteki może być przeniesione na dowolny podmiot (zob. interpretacje przepisów prawa z 2019 r. Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, dostępne na stronie internetowej organu). Co ciekawe – za taką interpretacją opowiedziały się również prof. Zofia Duniewska oraz dr Agnieszka Rabięga-Przyłęcka (<https://www.rp.pl/Rzecz-o-prawie/311199980-Farmaceuci-utrata-prawa-wykonywania-zawodu-a-zezwolenie-na-sprzedaz-lekow-przez-apteke.html>). Sądy administracyjne stoją z kolei na stanowisku, że wbrew opinii organów do postępowań dotyczących przeniesienia zezwoleń wszczętych po 25 czerwca 2017 r. należy stosować przepisy nowe, a nie stare – czyli niezależnie od tego, że zezwolenie wydano przed 25 czerwca 2017 r., przenieść zezwolenie można tylko i wyłącznie na farmaceutę lub spółkę osobową farmaceutów (por. wyrok WSA w Warszawie, sygn. akt VI SA/Wa 902/19 i VI SA/Wa 903/19).

Mając na uwadze cele nowelizacji określanej jak tzw. apteka dla aptekarza, za trafny należy



www.adobe.stock.com

uznać pogląd prezentowany przez sądy administracyjne, że przenieść zezwolenie można jedynie na farmaceutę lub spółkę osobową farmaceutów, a wszelkie zmiany osobowe w podmiocie prowadzącym aptekę (na przykład zmiana wspólników i dołączenie osoby niebędącej farmaceutą) są sprzeczne z ustawą Prawo farmaceutyczne.

Należy też podkreślić, że przedsiębiorca, który uzyskał korzystną dla siebie interpretację przepisów prawa (zgodnie z ustawą Prawo przedsiębiorców), dotyczącą przepisów

ustawy Prawo farmaceutyczne, a następnie otrzymał niekorzystną decyzją administracyjną – będzie mógł się starać o odszkodowanie od organu, który wydał tę interpretację. A ponieważ interpretację wydaje zawsze organ w imieniu Skarbu Państwa, więc za błędne interpretację zapłacimy my wszyscy – podatnicy. 🌿



MARCIN JÓZEFIAK
Radca prawny Wielkopolskiej
Okręgowej Izby Aptekarskiej.



dr n. farm. **MAREK JĘDRZEJCZAK**
Aptekarz, specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej,
były wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Wystrychnięci na dudka

Dudek jest aktywnym kolorowym ptakiem, dziwnie się poruszającym, podskakującym i przysiadającym na ziemi. Sprawia wrażenie zdezorientowanego. Pod Przemysłem ptaszek dudka, uwijając się za smakowitymi owadami, zaliczył twarde lądowanie. Tak bardzo obniżył lot, że wpadł do smoły, którą robotnicy latali dziurę w asfalcie. Mocno się poturbował, cały okleił się lepka mazią i nie mógł się już wzbic w powietrze. Ale dzielni lekarze zoperowali go i dudka powrócił w pełni do życia.

Los biednego dudka przypomina mi sytuację zdezorientowanych polskich farmaceutów, którzy czekając na dzielnych lekarzy mających rozwinąć im skrzydła (kilkudziesięciu parlamentarzystów w obu izbach, ściśle kierownictwo Ministerstwa Zdrowia), pogrążeni są we wszechobecnym marazmie i wzdychają do farmaceutycznych standardów zachodniej Europy.

Licząc na dobrą wolę decydentów, farmaceuci od wielu lat wyraźnie obniżali loty, głównie z powodu braku zapotrzebowania na ich wiedzę. Kaganek farmaceutycznej oświaty stanowczo przygasł także w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym. Kiedyś, jeszcze za czasów PRL-owskich, PTFarm był azylem dla spauperyzowanych aptekarzy, obecnie podmiot z nazwy naukowej, w praktyce jest instytucją uzurpującą sobie miejsce w kształceniu i stanowieniu o kwalifikacjach kadr farmaceutycznych. Środowisko od kilku kadencji oczekuje rzetelnego sprawozdania z działalności PTFarm. Chcemy wiedzieć, ile rocznie jest przyznawanych stypendiów naukowych, w ilu konferencjach organizowanych przez towarzystwo

możliśmy uczestniczyć, takich na wzór Wielkiej Interny czy podsumowujących działalność Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), czy też konferencji organizowanych przez Weterynarię Polską.

Nasz establishment polityczny zrelatywizował to, co oczywiste jest dla każdego dziecka: zła prawda jest lepsza niż najlepsze kłamstwo. Farmaceuci! Zacznijmy mówić prawdę i dokonajmy środowiskowego katharsis. Uruchommy mechanizmy obronne i uwolnijmy się od kompleksów, które niszczą naszą zawodową świadomość i praktykę. Zacznijmy mówić zrozumiałym dla społeczeństwa językiem. Dokonajmy podsumowania, oceńmy, ile kroków do przodu możemy zrobić w dzisiejszej rzeczywistości prawnej.

Na poddawaną nieustannym przeróbkom ustawę o zawodzie farmaceuty powoli trzeba przestać liczyć. Jeżeli w końcu ustawa ujrzy światło dzienne, będzie w takim kształcie, że z pewnością nie spełni swojej roli – azymutu oczekiwanego przez środowisko farmaceutów. Obecnie o jej treści decydują organizacje pracodawców, między innymi Konfederacja Lewiatan, PharmaNET itp., które mają zastrzeżenia na przykład do kwestii sposobu podnoszenia kwalifikacji przez farmaceutów (a może chodzi też o podważenie jej zasadności w ogóle) czy roli kierownika apteki.

Naczelna Izba Lekarska od lat zgłasza do tego dokumentu standardowe uwagi: zapisy w projekcie są ogólnikowe, praktyka farmaceutyczna będzie wchodzić w kolizję z postępowaniem lekarskim, brak określenia sposobu udostępniania farmaceutom dokumentacji medycznej pacjenta w podmiotach

wykonujących działalność leczniczą, jaka będzie rola usługi farmaceuty klinicznego itd. Kilka lat temu miałem okazję uczestniczyć w telewizyjnej rozmowie z ówczesnym prezesem NIL Maciejem Hamankiewiczem. Była to dosyć długa dyskusja na różne tematy dotyczące ochrony zdrowia i działalności medycznej. Pod koniec programu prowadzący dziennikarz zapytał z humorem, czy lekarz i farmaceuta mogą w pewnych sytuacjach ze sobą konkurować. Szczerze mówiąc, nie pamiętam, co powiedział prezes Hamankiewicz. Przypominam sobie, że mówił długo, mnie pozostało niewiele czasu. Niemniej jednak podkreśliłem, że między nami nie może być konkurencji, ponieważ są to dwa różne zawody. Farmaceuta patrzy na terapię poprzez pryzmat produktu leczniczego, jego cząsteczek czynnie działających, ich farmakodynamiki, ale również ma umiejętność opisanie losu leku w ustroju. Dodałem jeszcze, że te zawody nigdy nie będą wobec siebie konkurencyjne. Dowodem tego jest fakt szerokiego wykorzystywania od dziesięcioleci usług farmaceutycznych w USA, Wielkiej Brytanii, Holandii i innych państwach europejskich. Przynosi to wymierne korzyści dla pacjentów i budżetu tych państw. Inną kwestią jest pytanie: czy mentalnie dorodziśmy do współpracy lekarz – farmaceuta? Na co dzień się wspomagamy w swojej pracy, ale jeżeli chcielibyśmy to prawnie formalizować, trudno

powiedzieć... Na tą chwilę odpowiedzią na to pytanie jest chyba tryb, w jakim projekt ustawy o zawodzie farmaceuty zaczyna tonąć. W każdym razie za sterami tej dryfującej łodzi nie stoi farmaceuta.

Pod koniec stycznia delegaci z całej Polski zjadą na Krajowy Zjazd Aptekarzy, na którym wybiorą Naczelną Radę Aptekarską – reprezentacją farmaceutyczną, rządzącą naszą aptekarską ojczyzną. Jak duży wpływ na wybór poszczególnych osób do NRA będą miały duże farmaceutyczne podmioty

gospodarcze? Czy będą miały jeszcze większy wpływ na decyzje delegatów niż w czasie wyborów w 2016 roku?

Jaka ma być przyszłość polskiej farmacji? To pytanie trzeba zadać i rozwinąć na wspólnej konferencji farmaceutycznych grup zawodowych: naukowców, aptekarzy (farmaceutów zatrudnionych w aptekach), konsultantów krajowych i wojewódzkich z farmacji aptecznej, szpitalnej, klinicznej,



Henryk Sawka

przedstawicieli samorządu aptekarskiego. Jeżeli nie ruszymy z miejsca i nie zaczniemy zmieniać naszej farmacji, naszej codziennej zawodowej rzeczywistości, to wkrótce opustoszeją sale wykładowe wydziałów farmaceutycznych, a młodzi farmaceuci zmienią zawód lub wyjadą z Polski. A ci, którzy dalej będą czekać na swojego doktora z ul. Miodowej czy Wiejskiej, zobaczą w końcu to, co siedzący na dachu i patrzący przez lupę poczciwy dudek, spoglądający na księżyc. 🍀

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

AUDYTY, KONTROLE, INSPEKCJE, NADZÓR

Prawidłowo zorganizowany i przeprowadzony audyt w świadomej i dojrzałej organizacji, nawet jeśli dokona wypunktowania różnych niezgodności, w ostatecznym rozrachunku przynosi cenne korzyści.

Powracając do cyklu tekstów poświęconych zagadnieniom zarządzania jakością, chciałbym omówić problemy związane z szeroko rozumianą kontrolą w branży farmaceutycznej. Działalności prowadzone w sektorze farmaceutycznym na ogół podlegają licznym i szczegółowym uregulowaniom prawnym. W zasadzie na wszystkich etapach łańcucha dostaw leku do pacjenta wymagane jest posiadanie urzędowego zezwolenia. Ingerencja władz nie sprowadza się jednak wyłącznie do samego wydania zezwolenia, ale również do cyklicznej weryfikacji prawidłowości działań objętych koncesją. Te same przepisy narzucają również na uczestników branży wdrożenie własnych systemów nadzoru.

Definicje

Zacznijmy jednak od definicji pojęć wymienionych w tytule, jak by się mogło wydawać równoznacznych. Najszerszym z pojęć niewątpliwie jest nadzór, rozumiany jako pilnowanie poprzez kontrolę oraz wydawanie zarządzeń i decyzji na podstawie jej wyników. W branży farmaceutycznej pod pojęciem nadzoru rozumiemy więc działalność Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej. Z kolei słownikowa definicja inspekcji to kontrola prowadzona w miejscu poprzez bezpośrednią obserwację. W prawie farmaceutycznym pojęcie inspekcji zarezerwowane jest dla czynności nadzorczych prowadzonych na etapie wytwarzania i hurtowej dystrybucji leków. Te same przepisy jako kontrolę definiują czynności nadzorcze nad jakością produktów leczniczych

będących przedmiotem obrotu detalicznego – a zatem przede wszystkim w aptekach.

Czym zatem jest audyt? Czym się różni od kontroli i inspekcji i na czym polega jego wartość dodana?

Audyt jako weryfikacja działania systemu jakości

Prawo farmaceutyczne nie definiuje jednoznacznie, czym jest audyt. Pewne odpowiedzi znajdziemy jednak w normach zapewnienia jakości, mających tak szerokie zastosowanie w branży farmaceutycznej. ISO 9001 poświęca audytowi rozdział 9.2, nakładając na organizację wymóg cyklicznego sprawdzania, czy stosowany przez nią system zarządzania jakością jest zgodny z wymaganiami własnymi i tymi określonymi przez samą normę



www.adobe.stock.com

oraz czy jest skutecznie wdrożony i utrzymywany. Podobnie Dobra Praktyka Wytwarzania, czyli branżowa norma wytwórców farmaceutyków, w rozdziale 9. mówi o „inspekcjach wewnętrznych”, prowadzonych w celu kontrolowania i przestrzegania jej wymagań. Nie inaczej wygląda to na poziomie hurtowej dystrybucji leków – rozdział 8. Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej narzuca na hurtownię wymóg prowadzenia regularnych „kontroli wewnętrznych”, weryfikujących przestrzeganie własnych zapisów (na przykład procedur) oraz wytycznych wynikających bezpośrednio z samej normy. Choć zatem przytoczone przepisy używają zamiennych definicji, można przyjąć, iż pod pojęciem audytu kryje się własna, wewnętrzna weryfikacja działania organizacji.

Kto nie pracuje, ten się nie myli, czyli systemowe podejście do jakości

Z przytoczonych powyżej opisów audytów rozumianych jako kontrola wewnętrzna wyłania się pewien ważny wspólny mianownik: weryfikacji podlega system zapewnienia jakości, a nie pojedyncze zdarzenie. Normy jakościowe nie wymagają bowiem od organizacji bezbłędności w swoim działaniu. To oczywiste, że przy realizacji wielu procesów, operacji, zadań i transakcji raz po raz dochodzi do powstawania błędów skutkujących dostarczeniem wadliwego produktu lub niewłaściwej usługi i generujących szeroko rozumiane reklamacje. Audyty mają na celu nie tyle ich wypunktowanie, ile sprawdzenie,

czy stosowany system jakości pozwala na wykrycie błędów, odpowiednie ich zdiagnozowanie, naprawienie i – co najważniejsze – podjęcie próby zapobieżenia im w przyszłości.

Domniemanie niewinności i eksperckie standardy

W tym kontekście prowadzenie audytu jest poszukiwaniem zgodności postępowania organizacji z normą, zasadami i przepisami. Niewłaściwym sposobem prowadzenia wewnętrznej kontroli jest zatem skupienie się na tropieniu potknięć, jako że jednorazowe pomyłki nie mogą przesądzać o niedziałaniu systemu jakości. Dlatego też normy – zarówno ISO, jak i branżowe GMP

i DPD – podkreślają konieczność zachowania maksymalnej bezstronności, a także powierzą prowadzenie czynności kontrolnych doświadczonemu, odpowiednio przeszkolonemu personelowi. Regułą jest, że osoby zajmujące się audytami w branży farmaceutycznej posiadają wysokie kwalifikacje, płynące zarówno z doświadczenia zawodowego, jak i certyfikowanych szkoleń audytorskich.

Farmaceutyczny „metr z Sèvres”

W zasadach dotyczących prowadzenia audytów i kontroli

wewnętrznych wspólnie występuje jeszcze jeden ważny aspekt: audytowanie polega na porównywaniu stanu faktycznego ze wzorcem, jakim są wytyczne tych norm, a także przepisy wewnętrzne (na przykład procedury) i zewnętrzne (akty prawne). W tym – wydawałoby się – banalnym stwierdzeniu kryje się niezmiernie istotna sprawa dla rzetelności przeprowadzonego audytu, ale i pułapka dla audytorów. Nie jest bowiem zgodne z zasadami, ani tym bardziej profesjonalne, aby porównywać audytowaną organizację i jej procesy do innych podmiotów.

Nie można stwierdzić, że dany sposób postępowania lub zorganizowania audytowanego podmiotu jest nieprawidłowy na podstawie subiektywnych odczuć audytora, iż inny podmiot robi to lepiej. Weryfikując zgodność kontrolowanego obszaru należy zawsze „chłodno” zestawiać poczynione obserwacje z konkretnymi wymaganiami opisanymi w dokumentach.

Planowanie i zapobieganie

Zakładając, że prawidłowo przeprowadzony audyt charakteryzuje się opisanymi powyżej cechami, czyli podejściem systemowym,



www.adobe.stock.com

poszukiwaniem zgodności oraz bezstronnym stosowaniem przepisów, będzie on skuteczny, nawet jeśli zostanie odpowiednio wcześniej zapowiedziany. Audyt planowy, w przeciwieństwie do kontroli doraźnych, daje czas audytowanemu na poczynienie stosownych przygotowań, co jest niewątpliwą dla niego korzyścią, niemniej jednak takie podejście przynosi również pewne ułatwienia dla audytora. Ponieważ systemu jakości nie można wdrożyć wstecznie, kontrolujący nadal będzie w stanie wykazać niezgodności występujące w przeszłości. Natomiast audytowany, poprzez wprowadzenie korekt do swojego modelu działania w ramach przygotowań do kontroli, przyczyni się do zapobieżenia występowania niezgodności w przyszłości. Tym samym główny cel zapewnienia jakości zostanie spełniony jeszcze przed podjęciem czynności kontrolnych.

Oczywiście wiedząc, że kontrole mają charakter zapowiedziany, zawsze istnieje ryzyko, iż dany podmiot nie wdroży kosztownego systemu zapewnienia jakości do czasu uzyskania zapowiedzi audytu. Nie można jednak zapominać, że działalność w branży farmaceutycznej podlega zezwoleniom, a ich wydanie jest najlepszym momentem, pozwalającym sprawdzić, czy system został wdrożony. Po wtóre, mając na uwadze niewątpliwie korzyści, jakie płyną z posiadania systemu jakości, odpowiedzialne firmy o dojrzałej organizacji wdrażają je niezależnie od odgórných wymogów prawnych.

W tym miejscu warto zauważyć, że jeszcze do niedawna

na stronach Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego publikowany był ze stosowanym wyprzedzeniem wykaz podmiotów wskazanych do planowych inspekcji GDP. Taki model działania nadzoru nie został jednak przyjęty w relacjach z hurtem farmaceutycznym ani z aptekami.

Wyciąganie wniosków

Dla uzyskania pełnej skuteczności audytów konieczne jest, by audytor przedstawił wyniki kontroli bez zbędnej zwłoki, co pozwoli audytowanemu na szybkie wdrożenie działań naprawczych i zapobiegawczych. Jakakolwiek zwłoka lub nawet odstąpienie od przedstawienia raportu z przeprowadzonych czynności kontrolnych skutkuje niepotrzebnie wydłużonym okresem potencjalnie nieprawidłowego postępowania przez audytowanego. Ponadto, wobec szybko zmieniającego się otoczenia prawnego istnieje ryzyko utraty aktualności uwag poczynionych w trakcie audytu, co prowadzi ostatecznie do bezcelowości jego przeprowadzenia.

Doskonalenie jako wartość dodana kontroli

Podsumowując, prawidłowo zorganizowany i przeprowadzony audyt w świadomej i dojrzałej organizacji, nawet jeśli dokona wypunktowania różnych niezgodności, w ostatecznym rozrachunku przynosi cenne korzyści. Jest doskonałym sprawdzianem działania systemu jakości, przyczyniając się bezpośrednio do eliminacji ryzyk i nieprawidłowości oraz ograniczenia

reklamacji, tym samym działając na rzecz doskonalenia.

Przyszłość czy świat idealny?

Z pewnością nikt nie przepada za byciem kontrolowanym, jednak pracując w branży farmaceutycznej, należy sobie uświadomić, że jest to integralna część charakteru tej działalności. Dobrze więc zastanowić się, co możemy zrobić dla pozytywnego wykorzystania efektów kontroli i audytów. Jak zbudować profesjonalne relacje pomiędzy poszczególnymi uczestnikami rynku farmaceutycznego, aby audyt nie był przykrą koniecznością, ale okazją do samodoskonalenia? Konieczne jest zarówno dojrzałe podejście audytowanych, osiągane między innymi w drodze wdrażania systemów zapewnienia jakości, jak i profesjonalne podejście kontrolujących poprzez świadomość wagi wyników audytu. Takie relacje obserwujemy podczas audytów prowadzonych wzajemnie przez podmioty, dla których środowisko systemów jakości jest od dawna naturalne. Czas pokaże, czy w przyszłości doświadczymy podobnego podejścia w kontaktach aptek i hurtowni z instytucjami nadzorującymi rynek. Nie ma przecież takiej jakości, której nie można udoskonalić. 🌱



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.



EUGENIUSZ JAROSIK

Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej”

Kapitał początkowy

Ostatni rok VI kadencji Naczelnej Izby Aptekarskiej zapowiadał dobry czas dla polskiego aptekarstwa. Prof. Marian Zembala, następca Bartosza Arłukowicza na stanowisku ministra zdrowia, na spotkaniu z przedstawicielami NIA 21 lipca 2015 r. z zainteresowaniem pochylił się nad postulatami Naczelnej Izby Aptekarskiej i zaproponował skoncentrowanie się w pierwszej kolejności na koncepcji mapy potrzeb farmaceutycznych oraz wprowadzeniu do polskiego porządku prawnego kryteriów demograficznych i geograficznych przy wydawaniu zezwolenia na prowadzenie apteki. Pomysł ten wraz z projektem konkretnych przepisów ówczesny wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr n. farm. Marek Jędrzejczak przedstawił w sierpniu 2015 r. podczas konferencji na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Zespół pracujący nad projektem ustawy o izbach aptekarskich i zawodzie farmaceuty, któremu przewodniczył dr Marek Jędrzejczak, zakończył działalność. Projekt ustawy przygotowany przez Naczelną Izbę Aptekarską porządkował w jednym akcie prawnym wymagania kwalifikacyjne uprawniające do podejmowania i wykonywania zawodu farmaceuty, zasady dostępu do wykonywania

zawodu farmaceuty, wymogi formalne, które muszą być spełnione w przypadku świadczenia przez farmaceutów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej usług w tym zakresie oraz zasady doskonalenia zawodowego. Projekt konsultowany z okręgowymi izbami aptekarskimi, odzwierciedlający faktyczne oczekiwania polskich farmaceutów, przygotowany został z myślą o przekazaniu go nowemu kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Tak też się stało – projekt ustawy został przedstawiony ministrowi Konstantemu Radziwiłłowi na spotkaniu z przedstawicielami NIA w grudniu 2015 r., a następnie na specjalnym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia 13 stycznia 2016 r. Nowego ministra zdrowia udało się również przekonać do poparcia idei „apteki dla aptekarza”, zakładającej wprowadzenie zasady, że aptekę mogą prowadzić wyłącznie farmaceuci lub spółki kontrolowane przez farmaceutów. Swoje poparcie dla tej regulacji minister Konstanty Radziwiłł, który zapoznał się z propozycją konkretnych przepisów opracowanych w NIA i przetłumaczoną na język polski ustawą porządkującą kwestie własnościowe na węgierskim rynku aptek, wyraził podczas wystąpienia na Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Jachrance.

Bezprecedensowym wydarzeniem było specjalne posiedzenie Komisji Zdrowia

Dobra Praktyka Apteczna

■ Wszystkich delegatów na Krajowy Zjazd Aptekarzy zachęcam do poparcia apelu redakcji „Czasopisma Aptekarskiego” o określenie polskich zasad Dobrej Praktyki Aptecznej, które powinny być przestrzegane przez farmaceutów wykonujących zawód w aptekach. Dla wspierania tej praktyki sprawą podstawową jest stworzenie krajowych struktur standardów jakości i wytycznych. W najnowszym wydaniu „Czasopisma Aptekarskiego” można przeczytać tekst dotyczący Dobrej Praktyki Aptecznej przyjęty przez Międzynarodową Federację Farmaceutyczną (FIP) i Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Senatu Rzeczypospolitej Polskiej poświęcone sytuacji ekonomicznej aptek oraz problemom związanym z dostępem aptek i ich pacjentów do leków refundowanych, które dzięki przychylności marszałka Senatu dr. Stanisława Karczewskiego i przewodniczącego senackiej komisji dr. Waldemara Kraski zorganizowane zostało z inicjatywy Naczelnej Izby Aptekarskiej 13 stycznia 2016 r. Senatorowie i przedstawiciele strony rządowej, w tym ówczesny wiceminister zdrowia Krzysztof Łanda, nie tylko wysłuchali prezentacji przygotowanych przez NIA, ale i zapoznali się z treścią proponowanych przez samorząd aptekarski przepisów prawnych. Najważniejsze postulaty samorządu aptekarskiego, nazwane „PAKTEM DLA FARMACJI”, dotyczyły praw polskich pacjentów, podstaw funkcjonowania aptek jako placówek ochrony zdrowia publicznego oraz zasad wykonywania zawodu farmaceuty. Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz zwrócił się do parlamentarzystów i rządu Rzeczypospolitej Polskiej o podjęcie pilnych prac legislacyjnych w celu uchwalenia przepisów mających poprawić sytuację polskich aptek. Przewodniczącemu senackiej Komisji Zdrowia i ministrowi zdrowia przekazano projekty ustaw uwzględniających niektóre propozycje zawarte w „Pakcie dla farmacji”.

Były też inne sukcesy. We współpracy z Centrum Systemów Informacyjnych powstał wreszcie Centralny Rejestr Farmaceutów (koordynowałem te działania ze strony NIA). Samorząd aptekarski skutecznie sprzeciwił się próbom zmiany przepisów dotyczących zakazu reklamy aptek. Tylko dzięki interwencji przedstawicieli Naczelnej Izby Aptekarskiej z ustawy o zmianie ustawy o samorządzie gminnym, wprowadzającej poprawki do ustawy Prawo Farmaceutyczne, wykreślona została poprawka nakładająca wysokie kary na apteki nieprzestrzegające obowiązkowego rozkładu godzin pracy.

Przypominając te fakty, chcę podkreślić, jakim kapitałem dysponowały nowe władze NIA, przejmując samorządowe stery pod koniec stycznia 2016 r. Czy kapitał ten został należycie zagospodarowany



Archiwum Eugeniusz Jarosika

PRZEDSTAWICIELE NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ (EUGENIUSZ JAROSIK, ELŻBIETA WANIEWSKA, PREZES NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ GRZEGORZ KUCHARIEWICZ, WICEPREZES NRA MAREK JĘDRZEJCZAK, KRZYSZTOF BAKA I ALINA FORNAL) NA SPOTKANIU Z MINISTREM ZDROWIA PROF. MARIANEM ZEMBAŁĄ I PODSEKRETARZEM STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA IGOREM RADZIEWICZEM-WINNICKIM W LIPCU 2015 ROKU

i wykorzystany? Jest ogromny kontrast między samozadowoleniem ustępujących władz NIA a listą spraw niezadowolonych czy wręcz zaniedbanych. Nieporadnie prowadzona kampania wizerunkowa (jeśli farmaceuci cieszą się tak ogromnym zaufaniem w społeczeństwie, to po co ta kampania?) pokazała, że nie wystarczy zdecydować: „zrobmy coś”, ale trzeba jeszcze mieć wizję, strategię i umiejętności. Obserwatorzy i uczestnicy życia politycznego, w tym niektórzy parlamentarzyści, w wielu wypadkach krytycznie oceniają działania przedstawicieli NIA w Sejmie i Senacie (zabrakło zdecydowanego stanowiska samorządu na kilku ważnych posiedzeniach komisji sejmowych).

„Z powodu wygranej w wyborach i wyraźnego pokonania konkurenta nie przypisuję sobie wielkich zasług, ponieważ wygrałam rywalizację dzięki rzeczowości programu i wymiernej perspektywie jego realizacji (...)” – napisała prezes NRA Elżbieta Piotrowska-Rutkowska w liście skierowanym do farmaceutów (luty 2016 r.). Strona internetowa, na której powinien być opublikowany ten list, jest obecnie niedostępna.

Spes ultima moritur.

mgr farm. IZABELA AUGUSTYNIAK

MĘSKIE SPRAWY

Co powinien przyjmować mężczyzna, by w pełni poczuć się mężczyzną



Stres, szybkie tempo życia, brak czasu na odpoczynek i zła dieta. Tak właśnie można opisać codzienność współczesnego mężczyzny, a to dlatego, że w naszych czasach męskość często mierzona jest sukcesem w karierze zawodowej, zajmowaną pozycją społeczną i stanem konta.

Konsekwencją takiego trybu życia jest gorsze samopoczucie, odczucie zmęczenia czy nawet depresja. Mogą się również pojawić choroby układu krążenia i problemy z erekcją. Czy istnieją suplementy, które dostarczą do organizmu niezbędne składniki i jednocześnie ochronią przed rozwojem chorób?

Jako aktywna zawodowo farmaceutka wiem, jak niewielu mężczyzn w wieku rozrodczym zwierza się ze swoich problemów i szuka ich rozwiązania w aptece. O witaminy zwykle pytają współmałżonki, które doskonale zdają sobie sprawę z niedyspozycji partnera. Zwracam na to uwagę, tym bardziej że model „prawdziwego” mężczyzny nierzadko skłania panów do sięgania po sposoby radzenia sobie ze stresem, które nie wychodzą im na zdrowie. Są to przyjęte od dawna, utrwalone schematy postępowania, którym trudno się przeciwstawić. W powszechnym mniemaniu prawdziwy facet nie powinien przecież ujawniać swoich słabości, a tym bardziej nie może przyznawać się, że coś dla niego jest za trudne. Napotykanne trudności, których natychmiast nie sposób rozwiązać, odbierane są jako klęski osobiste, a nie jako przeszkody do pokonania lub ominięcia. To wszystko sprawia, że współcześnie panowie żyją w ciągłym napięciu, przekładającym się na stan zdrowia i związane z tym problemy w życiu osobistym. Na szczęście na rynku aptecznym dostępne są preparaty, które mogą wesprzeć męski organizm. Ich składniki dodają energii i witalności. Należy jednak pamiętać, że ich przyjmowanie nie może być długotrwałe i ma za zadanie jedynie wspomóc organizm. Najważniejsze jest prowadzenie zdrowego stylu życia.

Żeń-szeń to roślina stosowana w medycynie ludowej od tysięcy lat. Posiada wyjątkowe właściwości, dzięki czemu stanowi panaceum na wiele dolegliwości. Zawdzięcza je ginsenozydom, stanowiącym najważniejszą substancję aktywną w korzeniu żeń-szenia.

Ziolo dodaje energii, zwiększa zdolność organizmu zarówno do wysiłku fizycznego, jak i umysłowego, a także podnosi odporność na stres. Dodatkowo obniża poziom tzw. złego cholesterolu, chroniąc organizm przed chorobami układu sercowo-naczyniowego. Ponadto wspomaga układ odpornościowy i życie seksualne, gdyż podnosi libido i pomaga w zaburzeniach erekcji. Żeń-szeń stanowi wsparcie dla organizmu w stanach wyczerpania. Jego suplementację proponuję dwa razy do roku – wiosną oraz jesienią.

Cynk z kolei określa się jako pierwiastek męskości. Obecny jest właściwie w każdym preparacie wieloskładnikowym przeznaczonym dla mężczyzn. Cynk przyczynia się do utrzymania prawidłowego poziomu testosteronu we krwi, a tym samym wpływa na popęd płciowy i potencję. Wykazano również, że kilkumie-

CZY MOŻNA WSPOMÓC PŁEĆ MĘSKĄ I DOSTARCZYĆ DO ORGANIZMU WSZYSTKO TO, CO NIEZBĘDNE, BY PANOWIE JAK NAJDŁUŻEJ MOGLI ZACHOWAĆ ZDROWIE I SATYSFAKCJĘ SEKSUALNĄ?

siężne przyjmowanie cynku w zwiększonej dawce wpływa na zwiększenie liczby plemników i ich odsetka wykazującego prawidłowy ruch postępowy. Stosowany jest więc w leczeniu męskiej niepłodności. Cynk wspomaga też układ odpornościowy i ma właściwości antyoksydacyjne. Duże jego ilości znajdziemy w ostrygach, krewetkach i innych skorupiakach. W okresie zwiększonego zapotrzebowania można sięgnąć po preparaty z cynkiem, gdzie występuje w dobrze przyswajalnej formie soli organicznej (glukonian, cytrynian).

Inną z wielu substancji wykorzystywanych w suplementacji u mężczyzn jest L-arginina, aminokwas wpływający na wiele funkcji organizmu i zarazem stosowany w wielu schorzeniach. L-arginina wpływa na prawidłowe funkcjonowanie wątroby. Powstający z niej działający wazodylatacyjnie tlenek azotu, cząsteczka sygnałowa – wyzwała reakcje rozszerzania naczyń krwionośnych, jako tzw. śródbłonkowy czynnik rozkurczający. Arginina pomaga w syntezie białek i replikacji komórek, odgrywając ważną rolę w procesie spermatogenezy. L-arginina pomaga indukować i poprawiać erekcję.

WŁAŚCIWA SUPLEMENTACJA MOŻE UZUPEŁNIĆ NIEDOBORY I ZAPOBIEC NIEKORZYSTNYM ZMIANOM, JEDNAK NIE ZASTĄPI ZRÓŻNICOWANEJ DIETY. SZYBKIE TEMPO ŻYCIA POWINNO BYĆ TEŻ ZAWSZE RÓWNOWAŻONE ODPOWIEDNIĄ ILOŚCIĄ SNU

Kolejnym obiecującym, męskim wspomagaczem jest L-karnityna. To substancja występująca w komórkach organizmu, a syntetyzowana w wątrobie, nerkach i mózgu. L-karnityna pełni ważną rolę w metabolizmie lipidów. Wykazuje zdolność do obniżania poziomu triacylogliceroli i cholesterolu. Podwyższa status antyoksydacyjny podczas starzenia się organizmu. Głównym źródłem L-karnityny w diecie jest mięso i przetwory mleczne. L-karnityna dodatkowo wspomaga męską płodność – chroni DNA plemników przed uszkodzeniami oraz zwiększa ich ilość w nasieniu. Wpływa też na poprawę morfologii plemnika, jego ruchliwość, a tym samym zwiększa szansę na ciążę. Jest to istotne, tym bardziej że obecnie przyczynę niepłodności w ponad pięćdziesięciu procentach stanowi czynnik męski. Dodatkowo uważa się, że L-karnityna powinna

być stosowana jako pierwszy przeciwutleniacz w terapii zaburzeń męskiej płodności. Bo to właśnie w dużej mierze stres oksydacyjny odpowiada za upośledzenie męskiej płodności. Ważne jest zatem, by dbać o odpowiednią ilość antyoksydantów w diecie. Należy do nich wspomniana L-karnityna i cynk oraz witaminy C i E, a także glutation i resweratrol. Wszystkie te związki w przypadku niedoboru mogą być suplementowane. Istnieją też na rynku preparaty wieloskładnikowe, co stanowi spore ułatwienie przy doborze suplementu. Mankamentem jest jednak ich wysoka cena.

Buzdyganek ziemny, podobnie jak żeń-szeń, jest rośliną znaną od tysięcy lat. Naturalnie występuje tylko w tropikalnych rejonach świata. Buzdyganek jest używany w medycynie chińskiej i indyjskiej jako środek tonizujący, wzmacniający oraz jako afrodyzjak. Według ajurwedy zioło zwiększa płodność, produkcję nasienia i laktację. Ceniony przez mężczyzn jako środek zwiększający potencję i wspomagający erekcję. Przez sportowców bywa wykorzystywany w celu podnoszenia poziomu hormonów anabolicznych. Znajduje też zastosowanie w leczeniu zaburzeń oddawania moczu, stanów zapalnych gruczołu krokowego, nadciśnienia, podniesionego poziomu cholesterolu we krwi, chorób wątroby, nerek i układu krążenia.

W skrajnych przypadkach, kiedy mężczyzna w wyniku stresu i przemęczenia doznaje problemów z erekcją, od niedawna może sięgnąć po lek zawierający sildenafil. Substancja wpływa na utrzymanie wzwodu, co zapewnia satysfakcję seksualną. Należy jednak zaznaczyć, że powtarzające się i długotrwałe problemy z erekcją wymagają konsultacji lekarskiej. Wynika to z faktu, że mężczyźni z takim problemem są bardziej narażeni na wystąpienie incydentów sercowo-naczyniowych niż osoby bez tych zaburzeń.

Mężczyzna ma niełatwą i wyboistą drogę do osiągnięcia męskości. Jest w stanie wiele pokonać, by wygrać walkę o uznanie. Często jest to dewastujące dla organizmu i prowadzi do życia w ciągłym stresie, co odbija się na zdrowiu, satysfakcji seksualnej i płodności. Właściwa suplementacja może uzupełnić niedobory i zapobiec niekorzystnym zmianom, jednak nie zastąpi zróżnicowanej diety. Szybkie tempo życia powinno być też zawsze równoważone odpowiednią ilością snu, co zapewni właściwą regenerację organizmu. 🌿

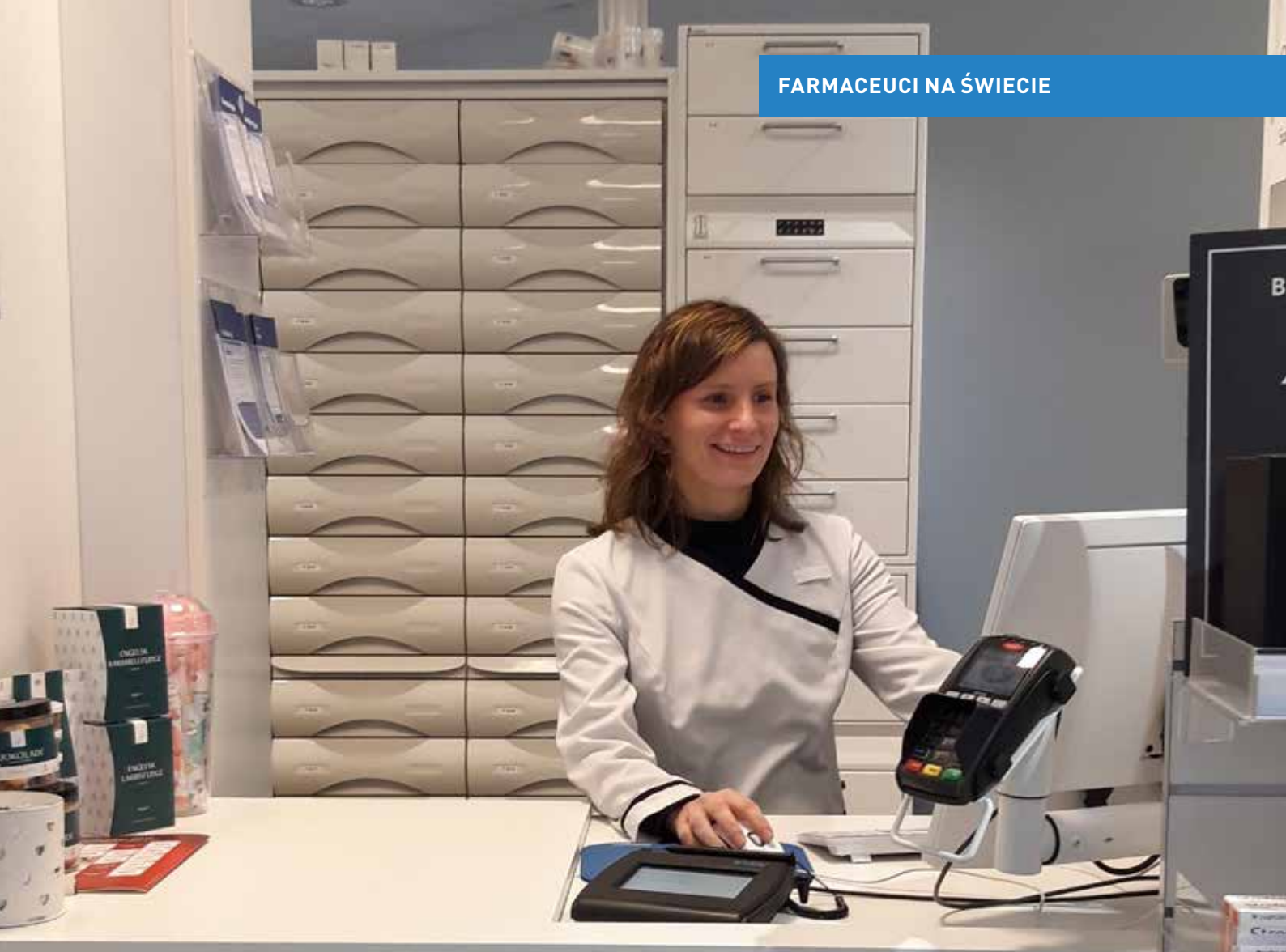


mgr farm.

IZABELA AUGUSTYNIAK

Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego Poznaniu.

Przygodę z macierzyństwem uwiecznia na swoim blogu w sieci, gdzie dzieli się wiedzą i doświadczeniem.



Archiwum Aleksandry Gryczyńskiej

FARMACJA

W KRAINIE FIORDÓW PÓŁNOCY

„Jestem farmaceutą ambulatoryjnym. Pracuję w różnych aptekach w zależności od zlecenia, potrzeb i moich możliwości. Nietypowe jest to, że mieszkam w Polsce, a pracuję w Norwegii” – mówi mgr farm. **ALEKSANDRA GRYCZYŃSKA** w rozmowie z mgr farm. Aliną Górecką z „Farmacji Wielkopolskiej”.

ALINA GÓRECKA, „Farmacja Wielkopolska”: Jest Pani jedną z absolwentek Wydziału Farmaceutycznego w Poznaniu pracujących poza granicami naszego kraju. Pani wybrata Norwegię. Skąd ta decyzja? Dlaczego Norwegia?

ALEKSANDRA GRZYCZYŃSKA: Właściwie przez przypadek. Pamiętam, że już w 2008 roku chciałam wyruszyć za granicę. Jak wielu moich kolegów i koleżanek planowałam wyjechać do Wielkiej Brytanii. Musiałam jedynie podszlifować język angielski, ponieważ maturę zdawałam z języka niemieckiego. Według mojego planu powinnam była być gotowa w listopadzie lub w grudniu 2009 roku, ale pod koniec lutego znalazłam ogłoszenie firmy Adecco, rekrutującej w owym czasie farmaceutów dla norweskiego Boots'a. Była to bardzo dobra oferta pracy. Zawierała

W NORWEGII UTWORZONO STANOWISKO FARMACEUTY AMBULATORIJNEGO, KTÓRY JEDZIE DO POTRZEBUJĄCEJ FARMACEUTY APTEKI I PRACUJE OKREŚLONĄ LICZBĘ GODZIN, DNI CZY TYGODNI

sześciomiesięczny kurs nauki języka norweskiego z polskim lektorem w kampusie w Szaflarach oraz pomoc w załatwieniu wszystkich niezbędnych dokumentów i pozwoleń. Kontrakt był zagwarantowany na minimum 3 lata. Pamiętam, że wysłałam podanie w niedzielę, a już w poniedziałek rano odebrałam telefon od konsultantki z zapytaniem, czy faktycznie jestem zainteresowana ofertą. Zgodziłam się na wstępną rozmowę rekrutacyjną, którą przeszedłam bez problemu. W trybie superszybkim postarałam się o wszystkie wymagane dokumenty i pojechałam na rozmowę z pracodawcą do Krakowa. Nie miałam wielkich nadziei. Widać było, że Norwegowie byli bardzo dobrze przygotowani do rekrutacji. Musieliśmy przejść test językowy sprawdzający nasze zdolności do uczenia się języków obcych, a później była rozmowa z szefem HR, specjalistą ds. rekrutacji w Boots'ie, odpowiedzialnym za projekt pracownikiem Adecco oraz tłumaczką. Zależało im bardzo na tym, żeby wybrać kandydatów, którzy jak najszybciej się zasymilują i nauczą się języka, a najlepiej

takich, którzy by zostali u nich w kraju. Jeszcze tego samego dnia dostałam pozytywną odpowiedź. I tak zaczęła się moja przygoda z Norwegią.

Widzimy dość spore zainteresowanie młodych polskich farmaceutów pracą w Norwegii. Język norweski nie jest popularny w Polsce. Jak pokonuje się barierę językową?

Tak, to prawda – języki skandynawskie nie są zbyt popularne w Polsce. Pewnie, dlatego, że w Europie i w ogóle na świecie jest stosunkowo mało ludzi, którzy komunikują się w tych językach. Podczas wspomnianego sześciomiesięcznego kursu w każdym wolnym czasie słuchałam norweskiego radia przez Internet. Z początku nawet nie starając się zrozumieć, co się mówi. Chciałam tylko osłuchać się z melodią języka. Po pewnym czasie zaczęłam rozumieć pojedyncze słowa, a jeszcze później zdania i sens wypowiedzi. Na szczęście lektorka zaczynała zajęcia każdego dnia od ćwiczenia wymowy. To bardzo pomogło, ponieważ człowiek może słyszeć tylko te dźwięki, które sam potrafi wytworzyć. Poza tym powtarzanie na głos pozwala wyćwiczyć aparat głosu i przyzwyczaić się do nowych dźwięków wydawanych przez siebie, w takim stopniu, że po pewnym czasie nie musimy już myśleć, jak wyprodukować dany dźwięk, a nauka najczęściej używanych fraz i słownictwa pozwala nam na automatyczną odpowiedź. Ja chciałam przyspieszyć trochę ten proces, wymyślając dla siebie ćwiczenie. Przede wszystkim starałam się „myśleć po norwesku”, ćwicząc w ten sposób budowanie zdań i słownictwo. Bardzo pomogło mi także oglądanie filmów. Później zaczęłam czytać książki, co dodatkowo wzbogacało moje słownictwo. Bardzo skrupulatnie podeszłam do nauki języka, ponieważ uważam, że nasz zawód opiera się głównie na dobrej komunikacji. Rozumieć i być rozumianą było dla mnie sprawą kluczową. Mogłam spokojnie skoncentrować się na różnicach kulturowych oraz uczyć się jak najprościej komunikować się z ludźmi chorymi. A to nie była dla mnie taka łatwa sprawa, ponieważ miałam tylko doświadczenie z pracy w aptece szpitalnej.

Skąd tak duże zainteresowanie farmaceutami z Polski?

Norwegia potrzebuje wykwalifikowanego personelu medycznego – lekarzy, farmaceutów czy pielęgniarek. W latach 2007–2009 Polska zaczęła zasilać rynki zachodnioeuropejskie w wykwalifikowaną kadrę,

między innymi w pracowników reprezentujących zawody medyczne. Norwegia, należąc do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, również sięgnęła do tego źródła i stworzyła konkurencyjne miejsca pracy na bardzo dobrych warunkach. Po jakimś czasie farmaceuci sami zaczęli się interesować pracą w Norwegii. Bardzo dużo osób przyjechało z krajów byłej Jugosławii, a kilka lat później z państw zachodnioeuropejskich przeżywających kryzys ekonomiczny – z Portugalii, Hiszpanii czy Włoch.

Norwegowie radzą sobie z brakiem farmaceutów w różnoraki sposób. Skrócili studia farmaceutyczne do trzech lat, żeby szybciej wykształcić nowych farmaceutów. Farmaceuta z licencjatem ma takie same obowiązki jak farmaceuta po studiach magisterskich, ale nie dostanie koncesji na prowadzenie apteki. Farmaceuti po trzyletnich studiach mogą podjąć dalsze kształcenie i przystąpić do dwuletnich studiów magisterskich.

W Norwegii utworzono stanowisko farmaceuty ambulatoryjnego, który jedzie do potrzebującej farmaceuty apteki i pracuje określoną liczbę godzin, dni czy tygodni. Po zakończonym zleceniu jedzie do następnej, tam gdzie zostanie przydzielony przez koordynatora HR. Nadmienię tylko, że według norweskiego prawa farmaceutycznego apteka nie może być otwarta bez dyżurującego farmaceuty, a to dlatego, że wyłącznie farmaceuta ma prawo wydawać leki. W praktyce wygląda to tak, iż przy małej liczbie farmaceutów na zmianie technik obsługuje pacjenta, a farmaceuta tylko sprawdza recepty i interweniuje (poprawia, dzwoni do lekarza), jeżeli uważa, że jest taka potrzeba.

Jak farmaceuci docierają do ofert pracy w aptekach norweskich?

Na przykład przez magazyn wydawany przez Związek Zawodowy Farmaceutów (NFF), w którym właściciele aptek zamieszczają aktualne oferty pracy. Sieci aptek umieszczają także oferty pracy na swoich stronach internetowych lub na stronach urzędu pracy (NAV).

Czy trzeba nostryfikować dyplom magistra farmacji uzyskany w Polsce?

Nie, nie ma takiej potrzeby, ponieważ Norwegia należy do Europejskiego Obszaru Gospodarczego i jest stroną układu z Schengen. Wystarczy zatem



Archiwum Aleksandry Gryczyńskiej



MGR FARM. ALEKSANDRA GRYCZYŃSKA W TZW. POKOJU INFORMACYJNYM

Archiwum Aleksandry Gryczyńskiej

zeskanować dyplom w języku angielskim, przesłać przez odpowiednią stronę internetową (Altinn) i poczekać na odpowiedź.

Jakie zasadnicze różnice widzi Pani w funkcjonowaniu aptek w Norwegii i Polsce?

Jest kilka różnic, które od razu rzucają się w oczy. Na przykład:

Każda apteka posiada część samoobsługową, gdzie pacjent sam może wybrać leki OTC, kremy, kosmetyki czy suplementy diety, oraz część, gdzie wydaje się leki na receptę. Są to stanowiska oddzielone od siebie ściankami.

Każda apteka musi posiadać tzw. pokój informacyjny, gdzie w spokoju można wykonywać usługi opieki farmaceutycznej.

W aptekach nie ma receptury. Leki nieprodukowane przez przemysł robi się na zamówienie w zbiorczym laboratorium produkcyjnym (istnieją dwa takie laboratoria) lub w laboratorium apteki szpitalnej. W aptekach otwartych receptura jest ograniczona do przygotowywania syropów z antybiotykami przez dodanie odpowiedniej ilości wody oczyszczonej.

Na każdy lek naklejane są etykiety z informacją, jak należy go stosować, imieniem i nazwiskiem pacjenta, nazwiskiem przepisującego receptę lekarza oraz nazwą apteki, która dany lek wydała. Dodatkowo farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta, jak dany lek używać, czego unikać i kiedy należy zgłosić się do lekarza, aby zapewnić jak największe bezpieczeństwo stosowaniu leku.

Apteczny system komputerowy ma możliwość przechowywania danych pacjenta i historię pobranych w danej aptece leków. Dzięki temu interakcje sprawdzane są w stosunku do wszystkich leków wydanych pacjentowi przez aptekę w ciągu ostatniego roku

Farmaceuta może nanieść poprawki na receptę. Jeżeli uzna, że jest to konieczne, może zadzwonić do lekarza i nanieść poprawki w porozumieniu z lekarzem. Może nawet zmienić substancję czynną i odpowiednio jej dawkowanie, jeżeli lekarz tak zaleci.

Lekarz ma możliwość zatelefonowania do apteki i podyktowania recepty przez telefon (taką receptę może odebrać wyłącznie farmaceuta) oraz przesłania jej faksem. Takie recepty mogą być refundowane. Można na nich przepisać najmniejsze opakowania leków z grupy B i A. Mimo iż system e-recepty działa już od kilku lat, jest to nadal praktykowane.

W asortymencie apteki są też leki typowo weterynaryjne.

Jeżeli farmaceuta popełni błąd, odpowiada za to właściciel apteki. Dlatego, aby móc otworzyć aptekę, potrzebna jest określona minimalna suma przeznaczona na odszkodowania.

Norweskie prawo farmaceutyczne używa niekiedy zwrotu: należy posługiwać się „farmaceutycznym

zdrowym rozsądkiem”, tak by bezpieczeństwo pacjenta było najwyższym priorytetem. Jeżeli sytuacja tego wymaga, czyli jest niestandardowa i potrzebna jest natychmiastowa pomoc, a takie sytuacje się zdarzają w służbie zdrowia dosyć często, daje to farmaceucie możliwość działania niestandardowego, czyli ominięcie lub skrócenie procedur. Oczywiście chodzi o działanie w zakresie kompetencji farmaceuty, ale taki zapis motywuje do aktywnej postawy wobec trudnych sytuacji, przed którymi stoi pacjent

Jak wygląda system refundacji leków w Norwegii?

System refundacyjny jest bardzo prosty. Obowiązuje:

1. Refundacja na tzw. niebieską receptę, czyli refundacja przez norweską kasę chorych (HELFO). Na taką receptę przepisywane są leki na choroby przewlekłe, czyli takie, które się leczy dłużej niż trzy miesiące, a także paski do glukometrów, pieluchy, worki stomijne i cewniki. Pacjent płaci tzw. wkład własny, czyli 39% wartości leku, a resztę pokrywa kasa chorych. Wkład własny nie może być większy niż 520 koron norweskich na trzy miesiące, czyli jeżeli lek jest bardzo drogi i 39% jego wartości stanowiłoby więcej niż 520 koron, to pacjent i tak płaci tylko 520 koron. Jeżeli pacjent bierze kilka leków i recepta jest przepisana przez tego samego lekarza, wartość wkładu własnego się sumuje i pacjent też płaci jedynie 520 koron. Nadmienię, że norweska recepta jest ważna rok od daty jej wystawienia. Oczywiście lekarz może ograniczyć ilość przepisywanego leku, ale jeżeli stan pacjenta jest stabilny i przychodzi on tylko na kontrolę, to lekarz może przepisać receptę z ilością leku na rok. Jeżeli jest to recepta refundowana, to apteka może wydać jednorazowo ilość leku odpowiadającą mniej więcej trzymiesięcznej kuracji.
2. Refundacja na tzw. receptę H. Jest to recepta przepisywana wyłącznie przez lekarzy specjalistów zatrudnionych w szpitalu i w całości jest opłacana przez przedsiębiorstwo opieki zdrowotnej, czyli szpital. Na tej receptce głównie przepisywane są leki biologiczne (Enbrel, Humira) i leki cytostatyczne.
3. Refundacja leków antykoncepcyjnych dla dziewcząt od 16. do 21. roku życia. Leki antykoncepcyjne refundowane są przez norweską kasę chorych (HELFO) w wysokości 118 koron norweskich (w 2019

roku). Refundacja obejmuje leki antykoncepcyjne w różnej postaci. Recepty na te leki ważne są przez 3 lata od daty ich wystawienia.

4. Dodatkowo Norwegowie, jeżeli spełnione są odpowiednie wymogi, mogą starać się o refundację leków na leczenie bezpłodności.

Jak zorganizowany jest dostęp do aptek w porze nocnej i w święta? Kto płaci aptecze za te dyżury?

Na wsiach, w małych i trochę większych miejscowościach nie ma aptek dyżurujących nocą. Jeżeli dzieje się coś niepokojącego poza godzinami otwarcia apteki i gabinetu lekarza rodzinnego, pacjent udaje się do lokalnej izby przyjęć, gdzie lekarz pełni dyżur nocny. Chory otrzymuje niezbędne leki i jeżeli sytuacja tego wymaga, zaopatruje się pacjenta w niewielką ilość leku. Zarówno gabinety lekarza rodzinnego, jak i izby przyjęć finansowane są przez samorządy gminne.

Z aptekami dyżurującymi w porze nocnej spotkałam się tylko w Oslo. Dyżur pełnią tam jedynie dwie apteki, należące do dwóch różnych sieci. Jedna położona jest przy centralnej izbie przyjęć, która obsługuje bardzo dużo pacjentów. Druga zlokalizowana jest naprzeciwko Dworca Centralnego – to jedna z największych aptek otwartych w Norwegii. Kiedyś były wspierane przez dotację z budżetu państwa, ale obecnie muszą utrzymywać się same.

W Polsce trwa ożywiona dyskusja na temat opieki farmaceutycznej. Wiele krajów europejskich wdrożyło już w różnych zakresach takie świadczenie w aptekach. Jak wygląda to w Norwegii? Czy jest zainteresowanie takimi serwisami? Kto za nie płaci? Jaki zakres opieki farmaceutycznej i dla kogo jest realizowany w aptecze?

Przeglądając poprzednie numery „Farmacji Wielkopolskiej” zauważyłam, że trwa ożywiona dyskusja na ten temat. I bardzo się cieszę... Pamiętam jednak, że toczyła się już ona, kiedy kończyłam studia w 2007 roku. Martwię się, że jeżeli będzie się przeciągać, to rząd w porozumieniu z lekarzami narzuci nam, jak te usługi będą miały wyglądać. Moje pytania są takie: Czy jesteśmy zgodni, jakie usługi farmaceutyczne chcemy wprowadzić w pierwszej kolejności? Jak będą wyglądać? I czy mamy kogoś, kto będzie w imieniu nas, farmaceutów, negocjował?

W Norwegii wprowadzono już kilka usług z zakresu opieki farmaceutycznej:

Wydawanie metadonu pacjentom, którzy są objęci programem rehabilitacyjnym. Jest to usługa opłacana przez przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej (czyli szpitale). Lek może być wydawany raz na tydzień lub codziennie, a pacjent przyjmuje dawkę w aptece bądź w domu (w zależności od tego, jaka jest umowa z lekarzem prowadzącym).

Rozmowa z farmaceutą – jest to półgodzinna rozmowa z farmaceutą, przeprowadzana w specjalnym pomieszczeniu na konkretny temat związany z lekami, jakie pacjent przyjmuje i problemami z tym związanymi. Usługa ta wprowadzana została 10 lat temu. Ma swój standard i proce-

radzić ze skutkami ubocznymi. Usługa opłacana jest ze środków publicznych.

Szczepienia przeciw grypie – podanie szczepionki przeciw grypie w aptece. Procedura przewiduje podanie szczepionki na receptę realizowaną w tejże aptece. Usługa dedykowana jest dla osób powyżej 18. roku życia, które spełniają określone warunki (nie biorą leków rozrzedzających krew, nie są uczulone na jajka, nie mają gorączki itd.). Usług, opłacana przez pacjenta, wprowadzona została w 2019 roku.

Kto przygotowuje farmaceutów do wykonywania tej usługi?

Oczywiście, żeby wykonać konkretną usługę, farmaceuta musi zostać najpierw przeszkolony. Za opracowanie szkolenia odpowiedzialny jest Związek Apteczny, a za ich przeprowadzenie każdy kierownik apteki. Szkolenie odbywa się w godzinach pracy.

Czy w związku ze świadczeniem opieki farmaceutycznej istnieje jakaś szczególna forma współpracy farmaceutów z lekarzami rodzinnymi i pielęgniarkami środowiskowymi?

Usługi opieki farmaceutycznej na pewno zacieśniają współpracę z lekarzami pierwszego kontaktu. Uważam, że ta współpraca jest dosyć dobra, ale to od kierownika danej apteki zależy, jaką ma umowę z danym gabinetem lekarskim i jak ją realizuje. Szczególnie jest to widoczne w małych miejscowościach.

Jest Pani członkiem Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Czy w Norwegii też funkcjonuje samorząd zawodowy farmaceutów?

Norweskie środowisko farmaceutyczne jest trochę inaczej zorganizowane. Do Związku Aptecznego (Aptekforeningen) należą wszystkie apteki w Norwegii i ich właściciele. Ma on pomagać aptekom w wywiązywaniu się z zadań zleconych przez Ministerstwa Zdrowia, czyli między innymi wspomagać rozwój zawodowy personelu (platforma szkoleniowa), komunikację z pacjentem (platforma informacyjna dla pacjentów), a także opracowywać i wdrażać standardy branży farmaceutycznej oraz różne projekty specjalistyczne.

W Norwegii działają też inne organizacje, między innymi Związek Zawodowy Farmaceutów (Norges Farmaceutiske Forening NFF) oraz Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych (Farmasiforbundet). Członkostwo w tych związkach



www.mojanorwegia.pl

durę. Niestety, usługa ta nie zyskała popularności, ponieważ nie udało się wynegocjować refundacji z budżetu państwa i pacjent musi za nią sam zapłacić.

Instrukcja stosowania leków wziewnych – jest to usługa opłacana przez rząd. Kierowana jest do pacjentów stosujących leki wziewne. Standardy i procedura przewidują, że usługa ma trwać 5-7 minut. W aptece pacjent przyjmuje dawkę leku, pokazując swoją technikę inhalacji, a farmaceuta instruuje go oraz informuje, na co zwracać szczególną uwagę, jak przechowywać i czyścić inhalator itp.

Medisinstart – są to dwie rozmowy z farmaceutą monitorujące, jak pacjent reaguje na nowe leki stosowane w chorobach układu krążenia. Celem tych rozmów jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pacjentowi, który właśnie zaczął stosować leki z konkretnych grup ATC. Farmaceuta sprawdza, czy pacjent rozumie, dlaczego musi brać te leki codziennie o określonej porze i czy potrafi sobie

jest dobrowolne. Związki te reprezentują swoich członków w negocjacjach z pracodawcami na temat warunków pracy i wysokości wynagrodzenia, wspomagają ich prawnie oraz wspierają, ogólnie rzecz biorąc, rozwój zawodu i podnoszenie kompetencji farmaceutów i techników.

Jest jeszcze Norweskie Towarzystwo Farmaceutyczne (Norsk Farmasøytisk Selskap), które między innymi co roku organizuje największy farmaceutyczny kongres w Norwegii, rozdziela stypendia na rozwój badań i nauk farmaceutycznych, obsługuje program mentorski dla świeżo wykształconych farmaceutów oraz nadaje odznaczenie Crux Venenifera dla zasłużonych farmaceutów. Organizacje te potrafią ze sobą współpracować. Farmaceuci wspierają się nawzajem. Przyjemnie się pracuje w poczuciu bezpieczeństwa i wspólnoty.

Dość nietypowa jest Pani forma zatrudnienia w Norwegii.

Może nam Pani przybliżyć, na czym ona polega.

Jestem farmaceutką ambulatoryjnym. Pracuję w różnych aptekach w zależności od zlecenia, potrzeb i moich możliwości. Nietypowe jest to, że mieszkam w Polsce, a pracuję w Norwegii, co wiąże się z częstymi wyjazdami. Pracuję na umowę zlecenie z dwoma sieciami aptek. Staram się planować moje wyjazdy z dużym wyprzedzeniem. Z jednej strony jest to dosyć męczące, ale z drugiej strony można się wielu ciekawych rzeczy nauczyć. Na przykład pracowałam kiedyś w aptece, która miała rozszerzoną ofertę pomocy w leczeniu ran, pielęgnacji stomii oraz opieki nad pacjentami cierpiącymi na cukrzycę i nietrzymanie moczu. Były tam zatrudnione, oprócz zwykłego personelu aptecznego, dwie pielęgniarki. Apteka była wyposażona w pokój pielęgniarski z łóżkiem, gdzie mogły pomóc pacjentowi z danym problemem oraz osobny magazyn na sprzęt medyczny. Apteka przyjmowała zamówienia na dostawę potrzebnego sprzętu do domu. Pracowałam także w aptece, gdzie była zatrudniona kosmetyczka, która w specjalnym pomieszczeniu świadczyła usługi doradcze w zakresie pielęgnacji skóry i paznokci.

Jak wygląda w Norwegii kształcenie podyplomowe farmaceutów? Jest obowiązkowe? Kto je organizuje i finansuje?

Kształcenie podyplomowe obejmuje głównie kursy i szkolenia na platformach cyfrowych, gdzie można wybrać kursy przygotowane przez Centrum

Szkolenia i Rozwoju Zawodowego APOKUS, założone przez Związek Apteczny, obejmujące zagadnienia z farmakoterapii i farmakologii, a także praktyczne kursy dotyczące na przykład stomii czy problemów i produktów związanych z nietrzymaniem moczu. Są także wewnętrzne szkolenia sieci aptek dla nowych pracowników oraz kursy o produktach pielęgnacji skóry czy suplementach diety, organizowane przez producentów. Związek Apteczny ustala aktualny plan szkoleń, które należy w konkretnym terminie ukończyć. Są również płatne szkolenia całodniowe w formie spotkań czy wykładów, ale jeżeli ktoś ma ochotę pogłębić swoją wiedzę i związać się z firmą na dłużej, można wnioskować o dofinansowanie u pracodawcy. W Norwegii istnieje też możliwość studiów podyplomowych w zakresie farmacji klinicznej, organizowanych przez uniwersytet w Oslo.

Jak wygląda obsada personalna aptek?

Jak już wspomniałam, żeby apteka mogła zostać otwarta danego dnia, musi być obecny przynajmniej jeden dyżurujący farmaceuta, ponieważ tylko farmaceuta może wydawać leki, a w praktyce sprawdzać i podpisywać elektronicznie recepty. Często zatrudniani są również technicy i pomoc apteczna (bez wykształcenia, osoba przyuczona) – ci pracownicy często pracują w części samoobsługowej apteki i pomagają obsłużyć pacjentów z receptami. Mogą być także zatrudnione pielęgniarki i kosmetyczki. Pracowałam w aptece z dziewczyną, która była czynną zawodowo pomocą stomatologiczną. Zakaz pracy w aptece oraz posiadania aptek mają głównie osoby, które mają prawo do przepisywania leków (na przykład lekarze i lekarze dentyści).

Serdecznie dziękuję za niezwykle interesującą rozmowę.

Jest Pani jedną z osób, których losy pokazują, że droga zawodowa farmaceuty, formy wykonywania zawodu i miejsce mogą być tak naprawdę naszym wyborem. Przynależność Polski do Unii Europejskiej daje farmaceutom zupełnie nowe możliwości, z których wielu z nas korzysta. Cieszę się, gdy farmaceuci wracają do Polski i dzielą się swoim doświadczeniem zawodowym zdobytym w odmiennych warunkach.

**Rozmawiała ALINA GÓRECKA
„Farmacja Wielkopolska”**

dr HANNA CYTRYŃSKA

PROJEKT „LINIA” W ŁOBŻENICKIEJ APTECE

HISTORIA RODZINY REINHOLZÓW A ZAŁOŻENIA ARCHITEKTONICZNE „APTEKI POD KORONĄ” W ŁOBŻENICY

W 2004 r. powstał projekt architektoniczny apteki w Łobżenicy pt. „Linia”. W założeniach projektowych patriotyczną sagę rodu aptekarzy Reinholzów wkomponowano w dzieje miasta i historię zabytkowych, łobżenickich aptek. W zleceniu inwestor zawarł klauzulę obligującą projektanta do przetransponowania archiwalnych danych w artystyczną wizję designu izby ekspedycyjnej. Bazą struktury projektowej było zwieńczenie pieca kaflowego z pierwszej apteki pod „Czarnym Orłem”, wnętrza apteki Józefa Reinholza w zachowanej kamienicy z drugiej połowy XIX wieku, artefakty apteczne ocalałe z pożarów i pożogi wojennej, literatura historyczna oraz archiwum rodzinne, zawierające zdjęcia i dokumenty. Po przeprowadzeniu badań nad historią miasta i apteki, o której pierwsza wzmianka dotycząca aptekarza Piotra sięga 1585 r.¹

oraz dokonaniu inkorporacji materiałów rodziny Reinholzów, powstał projekt zrealizowany w 2005 r.²

Apteka i jej kolejni właściciele na tle historii Łobżenicy

Motywytem przewodnim i unifikatorem projektu była linia, która według definicji jest jednowymiarowym tworem geometrycznym w przestrzeni lub na płaszczyźnie utworzonym przez poruszający się punkt³. W abstrakcyjnym założeniu architektonicznym punktem, który kreślił dzieło, były losy apteki i jej kolejnych właścicieli wpisane w historię miasta.

Łobżenica otrzymała przywilej lokacyjny w 1314 r. Wkrótce stała się największym miastem Krajny i w epoce renesansu liczyła dwa i pół tysiąca mieszkańców. W tym samym czasie w Poznaniu w obrębie murów rezydowało prawie osiem tysięcy osób. Miasto leżało na szlaku handlowym

między Polską centralną a Pomorzem Gdańskim, co przyczyniało się do rozwoju infrastruktury i bogacenia się mieszczan⁴. Łobżenica stała się konglomeratem narodowościowym, w którym swoje interesy obok Polaków lokowali również Niemcy i Żydzi. Po osiedleniu się Szkotów i braci czeskich w 1606 r. miejscowość zyskała miano Małego Gdańska⁵. Pomiędzy rokiem 1612 a 1630 istniała w Łobżenicy mennica, w której bito denary Krotowskich oznaczone herbem (Leszczyc) Bróg, a w latach 1627-1630 ternary dla Zygmunta III Wazy. W tak dużej i wielokulturowej aglomeracji istnienie apteki było koniecznością i akta gminne z różnych powodów wzmiankują o łobżenickich aptekarzach (na przykład: „w 1610 roku syn starego aptekarza Piotra Lennika, Wojciech, w publicznym miejscu obraził burmistrza”). Istnieje dokument z 1793 r., w którym aptekarz Engel składa wniosek o udzielenie przywileju wykluczającego dla

istniejącej już apteki pod „Czarnym Orłem”⁶. Jedynym artefaktem z izby dawnej apteki Engla było terakotowe zwieńczenie pieca, przechowywane przez aptekarzy Reinholzów, które po gruntownej renowacji stało się hipotetycznym punktem rozpoczynającym linię projektową.

Apteka Engla działała do 1811 r. w domu własnym przy łobżenickim rynku pod numerem 178⁷, a następnie została przeniesiona do nowej siedziby przy ul. Długiej 175. Izba ekspedycyjna nowej apteki „posiadała dwa krzyżowe sklepienia, które w środku spoczywały na dwóch mocnych filarach”⁸. W 1819 r. podczas wielkiego pożaru miasta apteka uległa spaleni⁹. Po raz kolejny przeniesiono ją do nowego lokalu, umiejscowionego na narożniku ulic Gdańskiej i Różanej pod numerem 208¹⁰ lub odbudowano w tym samym miejscu, a zmianie uległa nazwa ulicy. Przez następne sto lat apteka zmieniała właścicieli, funkcjonując pod nazwą „Friedrichs – Apotheke”¹¹. Praktykowali w niej lekarze, fizyk, zarządzał administrator. W 1862 r. właścicielem był L. Brendt, w 1863 r. Emil Bohrig, a od 1910 r. D. Littmann. Następnym właścicielem apteki został Józef Reinholz¹² i na ścianie kamienicy usytuowanej na narożniku ulic Gdańskiej i Różanej zawiesił tablicę: „Józef Reinholz – aptekarz”. Tablica z pietyzmem przechowywana w archiwum rodzinnym wyznaczyła kolejny punkt na linii projektowej.

Józef Reinholz, urodzony 29 kwietnia 1884 r. w Koronowie, uczęszczał do gimnazjum księży salezjanów w Pelplinie. Następnie wyjechał na studia

farmaceutyczne do Berlina i Fryburga, gdzie w 1911 r. otrzymał dyplom aprobowanego aptekarza¹³. Po powrocie do rodzinnego Koronowa w 1913 r. objął posadę administratora w „Aptece pod Orłem”¹⁴. W 1918 r. wraz z żoną Haliną z Szykulskich przeprowadził się do Łobżenicy i kupił od aptekarza D. Littmanna „Aptekę pod Czarnym Orłem”¹⁵. Rok 1918 jest wyjątkowy w historii Europy. Kończy się I wojna światowa, a Polska po 123 latach niewoli odzyskuje niepodległość. Ale te oficjalne daty nie mają przełożenia na życie społeczności Łobżenicy. Od grudnia 1918 r. do lutego 1919 r. mieszkańcy walczą o przyłączenie ich ziem do odrodzonej Rzeczypospolitej. Pod dowództwem młodego aptekarza Józefa Reinholza, prezesa Rady Ludowej Łobżenicy, oddział ochotników włączony do kompanii wyrzyckiej dowodzonej przez ppor. Teofila Spychałę walczą o Wysoką. Niestety, bitwę wygrali Niemcy i zmusili powstańców do wycofania się z powiatu wyrzyckiego¹⁶. W Łobżenicy zarządzanej przez Genschutz rozpoczęto prześladowania, które objęły również aptekarza Józefa Reinholza. Traktat wersalski, podpisany w czerwcu 1919 r., definitywnie zakończył niemiecką okupację na ziemiach wyzwolenia Łobżenica musiała czekać pół roku, ponieważ dopiero 25 stycznia 1920 r. miasto zostało formalnie wyzwolone. Na Starym Rynku odbyła się uroczystość powitania 7. Pułku Strzelców Wielkopolskich pod dowództwem por. Stanisława Bujakiewicza. Miasto reprezentował prezes Rady Ludowej i podkomisarz rządowy



JÓZEF REINHOLZ



BOGDAN REINHOLZ

aptekarski Józef Reinholz, upoważniony przez starostę wyrzyskiego dr. Stanisława Nowakowskiego do przejęcia władzy administracyjnej miasta od niemieckiego burmistrza Lehmana¹⁷. Wraz z uzyskaniem niepodległości aptekarz zmienił nazwę apteki na „Uprzywilejowana Apteka w Łobżenicy, właśc. Józef Reinholz”¹⁸.

W 1920 r. Józef Reinholz zaprosił do swojej apteki fotografa, aby uwiecznić jej wnętrze i pracowników. Powstaje bardzo ważny punkt kreślący linię sagi aptekarskiej rodziny Reinholców. Przez dwa kolejne lata Józef Reinholz pełnił funkcje komisarzycznego burmistrza Łobżenicy. Mając dostęp do archiwów miej-

sktóre nawiązywało do istniejącego od 1693 r. Bractwa Kurkowego. Był inicjatorem powstania sztandaru bractwa poświęconego w 1924 r.¹⁹ Mając świadomość wartości historycznej łobżenickiej fary, zbudowanej w 1141 r.²⁰, wspierał jej przebudowę, będąc jednym z głównych fundatorów prowadzonych prac.

Kierowanie apteką, w której jak w soczewce skupiały się wszystkie ludzkie problemy i bolączki społeczności łobżenickiej, dawało Józefowi Reinholzowi doskonale rozeznanie nastrojów społecznych. W 1930 r. kandydował do Sejmu z listy Narodowej Demokracji. W 1935 r. został aresztowany i osadzony w więzieniu

a następnie trafił do więzienia w Bydgoszczy. Na początku II wojny światowej aptekarz Józef Reinholz wraz z przedstawicielami miejscowej inteligencji i działaczami społeczno-politycznymi Łobżenicy został aresztowany i osadzony w więzieniu. Nocą z 11 na 12 listopada 1939 r. został przewieziony do Paterka koło Nakła i rozstrzelany. Śmierć aptekarza Józefa Reinholza, patrioty i burmistrza społeczności łobżenickiej, była istotnym punktem na linii projektowej izby ekspedycyjnej apteki „Pod Koroną”.

Patriotyczną działalność kontynuował syn Józefa – Bogdan Reinholz (1918-1985). W 1938 r. zdał równolegle egzaminy na studia farmaceutyczne w Poznaniu i do Szkoły Podchorążych Broni Pancernej w Modlinie²². Zgodnie z rodzinną tradycją („najpierw obowiązek wobec ojczyzny”) wybrał edukację w szkole podchorążych, którą skończył w stopniu kaprała podchorążego²³. Wziął udział w kampanii wrześniowej. W Suchej Woli niedaleko Garwolina dostał się do niewoli, ale udało mu się zbiec z transportu. Po powrocie do Łobżenicy został aresztowany i skierowany do budowy drogi Bydgoszcz – Piła jako kamieniarz i kierownik ciężarówki. W 1942 r. nawiązał kontakt z szefem sztabu Armii Krajowej Pomorze Północ i zorganizował placówkę Armii Krajowej w Łobżenicy. Zajmował się dostarczaniem informacji na temat ruchów wojsk niemieckich w terenie Krajny oraz organizowaniem akcji sabotażowych. Po zakończeniu działań wojennych w 1945 r. został komendantem Milicji Obywatelskiej w Łobżenicy. Aby kontynuować pracę



ŁOBŻENICKA APTEKA W ROKU 1920

skich opracował „Krótki zarys historii miasta Łobżenicy” i wydał go własnym sumptem w 1924 r. Będąc aktywnym działaczem Narodowej Demokracji utożsamiał się z hasłami „szacunek dla biednych i potrzebujących” oraz „człowiek członkiem wielu wspólnot”. Popierał harmonijny i bezkonfliktowy rozwój swojej gminy, stawiając na solidaryzm społeczny. Działał w reaktywowanym Bractwie Strzeleckim,

w Wyrzysku. Internowanie znanego aptekarza i działacza politycznego odbiło się szerokim echem w prasie: „(...) policja przeprowadziła rewizję w aptecce Reinholza w Łobżenicy. Rewizja trwała od godziny 22.00 do godziny 24.00 w nocy. Aptekarza Reinholza (...) aresztowano i w kajdanach pod eskortą 2 policjantów z karabinami zaprowadzono do więzienia śledczego w Wyrzysku”²¹. Potem został przetransportowany do Nakła,

w rodzinnej aptece, w 1946 r. podjął studia farmaceutyczne w Poznaniu, które ukończył dopiero w 1951 r. W latach 1949-1950 był więziony przez ówczesne władze z powodu przynależności do struktur Armii Krajowej²⁴.

Po otrzymaniu w 1951 r. dyplomu farmaceuty i powrocie do Łobżenicy został kierownikiem w rodzinnej aptece, która wkrótce została znacjonalizowana i funkcjonowała już jako apteka społeczna nr 97²⁵. Aptekarz Bogdan Reinholz rozpoczął zapisywanie nowych kart historii aptekarskiej sagi rodziny Reinholców w rodzinnym mieście. Następnym punktem zwrotnym wytyczającą linię projektową był rok 1963, w którym przedsiębiorstwo PZF „Cefarm” wybudowało w Łobżenicy nowoczesną aptekę. Był to dwukondygnacyjny budynek, zaprojektowany według obowiązujących wówczas standardów. Na parterze i w piwnicy usytuowano pomieszczenia apteki, a na piętrze mieszkanie dla aptekarza i technika.

Dużą część czasu Bogdan Reinholz poświęcał pracy społecznej oraz kreowaniu nowego ładu obywatelskiego swojego miasta. Pełnił funkcje prezesa Zarządu Banku Spółdzielczego oraz był członkiem Rady Nadzorczej Gminnej Spółdzielni Samopomoc Chłopska. Przez wiele lat zasiadał w Radzie Miejskiej Łobżenicy. Został uhonorowany między innymi Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi i odznaką 1000-lecia Państwa Polskiego.

Kolejnym punktem na linii architektonicznej była działalność mgr farm. Iwony

Reinholz-Cynajek, która zainicjowała trzeci rozdział historii aptekarskiej rodziny Reinholców. Studia na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Poznaniu ukończyła w 1978 r. i rozpoczęła pracę w łobżenickiej aptece na stanowisku stażysty. Po roku została zastępcą kierownika, a w 1985 r., po nagłej śmierci

pracując w komisji oświaty, zdrowia i opieki społecznej. Bractwo Kurkowe dla uhonorowania Józefa Reinholza, inicjatora reaktywowania bractwa, wybrało mgr farm. Iwonę Reinholz-Cynajek na matkę chrzestną sztan-daru stowarzyszenia²⁶. „Apteka pod Koroną” nadal działa, zaopatrując mieszkańców w leki.



MGR FARM. IWONA REINHOLZ-CYNAJEK W „APTECE POD KORONĄ”

Hanna Cytirajska

ojca, objęła stanowisko kierownika apteki. Kontynuując społecznikowskie tradycje rodzinne, od 1991 r. działa we władzach samorządowych Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu jako członek okręgowej rady aptekarskiej i delegat na zjazd. W 1998 r. mgr farm. Iwona Reinholz-Cynajek wykupiła aptekę i zmieniła jej nazwę na „Apteka pod Koroną”. Przez dwie kadencje w latach 2006-2014 zasiadała w Radzie Miejskiej Łobżenicy,

W 2016 r. mgr farm. Iwona Reinholz-Cynajek zdobyła nagrodę Anioła Farmacji²⁷ za „serce, troskę o pacjentów i nieustającą gotowość niesienia pomocy”.

Projekt architektoniczny apteki

Finalizacja projektu „Linia” skutkowałą przetransponowaniem zebranych materiałów w architektoniczną wizję nowej apteki²⁸.

Abstrakcyjne założenie projektowe, jakim była linia wyznaczana przez historyczne punkty i artefakty, przetransponowano w czarny fryz meandrujący po zwieńczeniach repozytoriów i pierwszych stołów. Jego zadaniem było zdefiniowanie w oku widza linii mebla, ekspozując symultanicznie wybrane artefakty. Bardzo oszczędne, wręcz ascetyczne operowanie formą pozwoliło uzyskać efekt



dr **HANNA CYTRYŃSKA**

Architekt wnętrz. Autorka książki „Poznańskie apteki. Wnętrza, historia, wyposażenie” (Poznań 2016) oraz artykułów związanych z historią farmacji i układami przestrzennymi wnętrz.

synergicznej zależności projektowanego wnętrza. Prawidłowe ergonomii mebli oraz szczegółowe opracowanie stanowisk pracy farmaceutów zostało zsynchronizowane z obowiązującymi przepisami. Pacjent, który w założeniach projektowych był priorytetem, zyskał możliwość wygodnego i szybkiego dostępu do uzyskania porady farmaceutycznej przed wykupieniem leków. W stanowiskach obsługi pacjenta zainstalowano komputery najnowszej generacji, a szuflady w repozytoriach i pierwszych stołach wyposażono w stalowe prowadnice. Projekt oświetlenia wykonano ze szczególną starannością, proponując najnowsze rozwiązania technologiczne oraz indywidualne podświetlenia wyeksponowanych artefaktów. Punkt retaksacji recept usytuowano za szklanym parawanem²⁹, nawiązując do historycznej konsoli dawnej receptury. Indywidualny projekt mebli w okleinie dębowej uwzględnił stylistyczne paralele dawnego

wnętrza łobżenickiej apteki. Na blatach pierwszych stołów położono płyty czarnego granitu, odnosząc się do ustnych przekazów o dotyczących takiego wykończenia mebli XIX-wiecznej apteki. W zwieńczeniu narożnego regału zlokalizowano zegar, który był nieodłącznym atrybutem łobżenickiej apteki. W założeniach projektowych uwzględniono obowiązujące standardy Ministerstwa Zdrowia, opublikowane w Dzienniku Ustaw z 2002 r. dotyczące projektowania aptek ogólnodostępnych. Projekt uzyskał pozytywną opinię rzeczoznawców Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Pracy i Zabezpieczeń Przeciwożarowych. Po zrealizowaniu dzieła można skonstatować, że w nowoczesnym wnętrzu został zachowany klimat starej apteki, a wyeksponowane artefakty podkreślają związek łobżenickiej apteki z historią miasta i jej mieszkańców. 🌿

Zdjęcia z archiwum Iwony Reinholz-Cynajek

¹ J. Dubiela, *Aptekarstwo w Łobżenicy*, scan, Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu, sygn. T.1/2018.

² M. Pietrusiewicz, I. Pietrusiewicz, *Farmaceutycznym szlakiem. Przewodnik po Polsce*, Farmedia, Warszawa 2012, s. 399-400.

³ *Mała encyklopedia powszechna PWN*, Warszawa 1959.

⁴ A. Mietz, J. Pakulski, *Łobżenica, portret miasta i okolicy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2014, s. 36.

⁵ J. Reinholz, *Krótki zarys historii miasta Łobżenicy*, cz. 1, Łobżenica, 30 lipca 1924 r., Drukarnia P. Piątek, Łobżenica, s. 8.

⁶ L. Kostrzeński, *Materiały do historii aptek wielkopolskich*, t. 2, nakładem F. Heroda, Warszawa 1929, s. 119.

⁷ Prawdopodobnie budynek, w którym była apteka, znajdował się na posesji (nr geodezyjny 925, ul. 1 Maja nr 1 narożnik Plac Wolności – dane z 6 czerwca 2018 r).

⁸ L. Kostrzeński, op. cit., s. 121.

⁹ J. Reinholz, op. cit. s. 11.

¹⁰ L. Kostrzeński, op. cit., s. 121.

¹¹ Sygnaturka zachowana w zbiorach rodzinnych Reinholców.

¹² L. Kostrzeński, op. cit., s. 121.

¹³ W archiwum rodzinnym Reinholców zachowała się farmakopea wydana w 1910 r. w Berlinie, oznaczona exlibrisem Józefa Reinholza, zawierająca jego osobiste notatki oraz podpis J. Reinholza, stud. pharm. Berlin.

¹⁴ L. Kostrzeński, op. cit., s. 80.

¹⁵ Ibidem, s. 121.

¹⁶ W. Chwaliszewski, *Komisaryczny burmistrz Łobżenicy*, „Ekspress Lokalny” z 9 (60), 6 marca 2007 r.

¹⁷ J. Reinholz, op. cit., s. 22 załącznik IV.

¹⁸ Druk apteczny, *Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu*, sygn. T.1/2018.

¹⁹ W. Chwaliszewski, *Komisaryczny burmistrz Łobżenicy*, „Ekspress Lokalny” z 9 (60), 6 marca 2007 r.

²⁰ J. Reinholz, op. cit., s. 6.

²¹ „Dziennik Bydgoski” 1935, 21 września 1935 r.

²² I. Reinholz-Cynajek, *Biuletyn Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej* nr 1/2006, s. 92-96.

²³ J. Majewski, *Zmarli*, „Farmacja Polska”, 1986, nr 6, s. 334 i s. 335.

²⁴ https://www.facebook.com/permalink.php?id=690771064340393&story_fbid=691144217636411, dostęp 14 maja 2018 r., h. 8.30.

²⁵ Kolejne nazwy: Apteka Cefarm nr 97 i Apteka nr 57-0-37.

²⁶ https://www.facebook.com/permalink.php?id=690771064340393&story_fbid=691144217636411, dostęp 14 maja 2018 r., h. 9.00.

²⁷ <http://fundacja-anioly.org/aktualnosci/>, dostęp 15 maja 2018 r., h 21.00.

²⁸ Projekt powstał w Pracowni Architektonicznej dr Hanny Cytryńskiej w 2004 r.

²⁹ Parawan wg indywidualnego projektu dr Hanny Cytryńskiej został wykonany w Pracowni Witraży Adama Gołębowskiego z Poznania.

mgr inż. DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI

MARZENIE MŁODEGO BRAUNA

Jak skromna apteka stała się wiodącą firmą medyczną świata czyli rola farmaceuty w rozwoju nauki i podnoszeniu bezpieczeństwa procesów medycznych.

Jakie plany miał 31-letni Juliusz Wilhelm Braun, gdy w roku 1839 postanowił kupić aptekę „Rose” w Melsungen? Zapłacił 14 tysięcy talarów, co w tamtych czasach było całkiem pokaźną sumą. Młody przedsiębiorca miał odwagę i głowę do biznesu. Jego wizja była jasna: marzył, by małą aptekę zamienić w coś większego. Nawet w swoich najśmielszych marzeniach nie mógł jednak przewidzieć, że jego skromna inwestycja pewnego dnia stanie się firmą globalną.

Juliusz Wilhelm Braun rozpoczął działalność od sporządzania naturalnych, kojących środków ziołowych. Wkrótce rozszerzył ofertę swojej apteki poprzez dodanie nowego „modelu biznesowego”: usługi wysyłkowej dla preparatów ziołowych. Młody Braun pragnął poszerzać wiedzę i rozwijać swoje przedsięwzięcie.



APTEKA „ROSE” W MELSUNGEN



JULIUSZ WILHELM BRAUN

Te cechy charakteru odziedziczyły jego dzieci. Najstarszy syn Juliusza Wilhelma, Bernhard Braun, również zainteresowany był rozwojem rodzinnego przedsiębiorstwa i ciągle poszukiwał nowych, innowacyjnych rozwiązań. Opracował medykamenty na rozmaite, bolesne

uciążliwości, jak bóle głowy i kolan. Jego pomysły to między innymi pomadka na migrenę i opaska ochronna. Rozpoczął też produkcję środka farmaceutycznego „Höllenstein Stick”, skutecznego w leczeniu brodawek. Produkcja nici Katgut była pierwszym krokiem Bernharda Brauna

na drodze do tworzenia produktów medycznych na dużą skalę. Swoje wizje potrafił urzeczywistnić także jego wnuk Carl Braun.

W kolejnych latach, między innymi pod kierownictwem Otto Brauna i jego syna Ludwiga Georga Brauna, firma nadal rozwijała się dynamicznie. Kontynuowano ekspansję międzynarodową. Liczba pracowników na całym świecie w ciągu kilku dekad wzrosła do ponad 50 tys. osób. Pomimo ogromnego wzrostu jedna zasada nie uległa zmianie: „pozostajemy autonomiczną, rodzinną firmą”.

W latach trzydziestych rozwijała się produkcja roztworów do infuzji, metalowych kaniul i szklanych fiolek. Sterofundin był jednym z pierwszych roztworów do infuzji, które produkowano przemysłowo. Doskonalenie produktu i podążanie za najnowszymi osiągnięciami wiedzy medycznej zaowocowało opracowaniem płynu infuzyjnego Sterofundin ISO, bez którego trudno sobie wyobrazić nowoczesną medycynę. Opakowanie płynów infuzyjnych Ecoflac plus dokonało w tym wieku rewolucji na rynku płynowym w Polsce, wypierając z niego niebezpieczne opakowania z lekami, wymagające otwarcia systemu infuzyjnego. W poprzednim wieku sztywne, metalowe igły były niewygodne, a szklane pojemniki łatwo było stłuc. Wysoki koszt tych drugich oznaczał, że używano ich wielokrotnie, co wiązało się ze zwiększonym ryzykiem skażenia bakteryjnego.

Otto Braun, dyrektor handlowy, zadbał o zapewnienie rentowności produktu. Dr Bernd Braun był

naukowcem i wynalazcą, który wraz z inżynierami przeprowadzał eksperymenty w poszukiwaniu najlepszego rozwiązania. Skupiono się na bezpieczeństwie użytkowników i komforcie pacjenta. B. Braun dokonał przełomu i w 1950 r. rozpoczęto produkcję sprzętu jednorazowego użytku do infuzji, wykonanego z tworzywa sztucznego. Prawdziwą żyłą złota okazała się kaniula dożylna Braunüle, która pozwoliła zagwarantować pacjentom większe bezpieczeństwo, a personel medyczny otrzymał wygodny i elastyczny materiał zamiast metalowej igły. Firma wprowadziła na rynek pompy infuzyjne, które stale są unowocześniane. Już w 1951 r. B. Braun zaferował urządzenie, które z czasem stało się Perfusorem – pompą do dożylnego podawania leku.

Infusomat był pierwszą wolumetryczną pompą infuzyjną, wdrożoną w 1971 r. Do dnia dzisiejszego B. Braun jest liderem w terapii infuzyjnej, a pierwsze kaniule Braunüle i pompa Perfusor stały się symbolami jakości i bezpieczeństwa. W 2012 r. wprowadzono kaniulę Introcan Safety 3, wyposażoną w zintegrowany, samouszczelniający się zawór, który zapobiega wyciekowi krwi i chroni przed infekcjami.

Terapia żywienia medycznego jest możliwa od 1960 r. Amino-kwasy, tłuszcze, węglowodany, witaminy i pierwiastki śladowe – substancje te są niezbędne do przeżycia. Ale jak można podawać je osobom chorym sposobem pozajelitowym, omijając układ trawienny? To, co było niemożliwe przez wiele lat

(a zwłaszcza podaż tłuszczów), w końcu stało się możliwe.

Innowacyjne idee naukowe przynoszą konkretne owoce w dożylniej terapii żywieniowej. W 1962 r. B. Braun wprowadza na rynek preparat Lipofundin, pierwszą emulsję lipidową opracowaną w Niemczech. Kolejne generacje emulsji to Lipofundin MCT/LCT i LIPIDem. Następnym osiągnięciem stały się roztwory aminokwasów i gotowe do użycia rozwiązania dla leczenia żywieniowego. Pierwszym takim systemem był Nutriflex, potem Nutriflex Lipid, Nutriflex Omega, wreszcie Lipoflex i Omegaflex – przyjazne i kompletne rozwiązania dla pacjenta, wprowadzone przez firmę B. Braun w 1990 r.

Zagwarantowanie sterylności szwów aż do początku XX wieku stwarzało duży problem. Jest bowiem bardzo ważne, aby upewnić się, że żadne infekcje nie zagrażają procesowi gojenia się rany. Carl Braun, wnuk Juliusza Wilhelma Brauna, podczas swoich podróży spotykał dr. Franza Kuhna, chirurga z Kassel, zajmującego się problemem ran zarażonych po zamknięciu. Podzielił się on z Carlem Braunem swoim pomysłem. Sterylny, chłonny materiał szwów – wówczas był to rewolucyjny pomysł. W 1908 r. z B. Braun nadeszła rewelacyjna wiadomość: sterylny materiał szwów może być produkowany i sprzedawany. Co więcej, jest on w pełni chłonny, co oznacza, że rozpuszcza się, gdy rana jest prawie wyleczona. Catgut rozpoczyna nową erę w chirurgii.

Do przełomu w klinicznej dializie dochodzi w 1950 r. B. Braun zainwestował



PIERWSZA KANIULA Z ROKU 1962



w najnowszą technologię i stał się dostawcą produktów do pozaustrojowej terapii krwi. Dziesięć lat później firma zaczęła produkować własne maszyny do dializy pozaustrojowej. B. Braun działa w centrach dializacyjnych od wczesnych lat 90. XX wieku (pierwsze otwarto w Budapeszcie w 1991 r.).

W Polsce firma B. Braun jest reprezentowana przez Aesculap Chifa z siedzibą w Nowym Tomysłu, gdzie obecnie zatrudnia około 2000 osób. Produkowane są tam zestawy kardiologiczne oraz narzędzia medyczne o światowych parametrach jakościowych, znajdujące zastosowanie we wszystkich działach chirurgii.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych CHIFA powstała w 1945 r. W 1953 r. rozpoczęto eksport do Niemiec, a 10 lat później

PRODUKCJA PŁYNÓW
INFUZYJNYCH

2005





NOWOCZESNA FABRYKA LIFE N, W KTÓREJ PRODUKOWANE SĄ WORKI TRZYKOMOROWE LIPOFLEX I OMEGAFLEX

została otwarta szkoła przyzakładowa, funkcjonująca do dzisiaj. W latach 70. następuje ekspansja wytwarzanych w Nowym Tomyszu wyrobów na rynki zachodnie (USA, Niemcy, Wielka Brytania, Japonia, Francja i Włochy). W roku 1990 zapada decyzja o prywatyzacji firmy z udziałem partnera strategicznego – Aesculap AG. Rok później powstaje firma Aesculap Chifa Sp. z o.o.

Kolejne lata charakteryzuje jeszcze bardziej dynamiczny rozwój firmy w Polsce. Produkcja rozszerza się o zestawy kardiologiczne, powstaje szpital Ortopedicum w Krakowie i Chifa II, czyli fabryka narzędzi chirurgicznych w Radzynie Podlaskim.

Dwa lata później swoje podwoje otwiera Aesculap Akademia.

Wspomaganie postępu medycyny w interesie pacjentów – to pragnienie motywujące firmę cały czas. Obecnie głównym celem jest tworzenie i wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań w terapiach medycznych oraz rozpoznawanie tego, co jest ważne podczas spotkania z personelem medycznym. Przez sześć pokoleń przedsiębiorstwo rozwinęło się w globalną spółkę z filiami prawie na każdym kontynencie, a początkiem była wizja młodego i kreatywnego farmaceuty sprzed 180 lat. 🌱

Zdjęcia: archiwum B. Braun i Eugeniusz Jarosik



mgr inż.

DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI

Product Manager w Aesculap Chifa Sp. z o.o., Dział Hospital Care, B. Braun.

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

SKARBY Z ULICY FLORIAŃSKIEJ

Krakowskie muzeum to największe w Polsce i jedno z największych w Europie muzeów związanych z historią farmacji.

Muzeum Farmacji w Krakowie powstało w 1946 r. Jego organizatorem i pierwszym dyrektorem był dr Stanisław Proń, ówczesny radca prawny i dyrektor administracyjny Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie. Do końca lat 80. muzeum mieściło się w kamienicy przy ul. Basztowej 3, gdzie warunki ekspozycyjne (kilka niezbyt jasnych pokoi) nie były optymalne.

Poprawiły się radykalnie, kiedy zbiory zostały przeniesione do wyremontowanej kamienicy przy ul. Floriańskiej 25. Kamienica ta, podobnie jak wiele innych w jej sąsiedztwie, została zbudowana w XV wieku. Była kilkakrotnie przebudowywana, ale niektóre z jej zabytkowych elementów zachowały się do dzisiaj – na przykład starannie o d r e s t a u r o w a n y

dziewiętnastowieczny fresk na ścianach jednego z pomieszczeń, przedstawiający ogród w pastelowych barwach.

Związani z uczelnią

Zarówno przeszłość i terażniejszość, jak i przyszłość krakowskiego Muzeum Farmacji związana jest ściśle z Uniwersytetem Jagiellońskim. Choć pierwotnie zostało utworzone przy Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Krakowie, niemal przez cały czas swojego istnienia związane było z uczelnią. Finansowane jest przez Collegium Medicum UJ. Muzeum stanowi przede wszystkim zaplecze naukowo-dydaktyczne dla studentów i doktorantów Wydziału Farmaceutycznego oraz dla pracowników naukowych nie tylko macierzystej uczelni. „Zbiory tego największego w Polsce i jednego z największych w Europie muzeów związanych z historią farmacji z jednej strony tworzą repozytorium zabytków kultury materialnej dawnego aptekarstwa, nie tylko polskiego, z drugiej zaś jest to muzeum historii nauki, stanowiące thesaurus historii farmacji” – podkreśla dr n. farm. Agnieszka Rzepiela, p.o. dyrektor Muzeum Farmacji.



PROF. DR HAB. ZBIGNIEW BELA



Muzeum Farmacji w Krakowie

Majoliki, fajanse, porcelana

Zgromadzone eksponaty pochodzą z aptek całej Polski. „Jesteśmy dumni z naszych zbiorów, do których należą bardzo cenne obiekty, między innymi tzw. kolekcja Grabowskiego” – mówi dr Agnieszka Rzepiela.

Kolekcja Grabowskiego liczy 83 naczynia apteczne, które przekazał krakowskiemu muzeum mgr farm. Mateusz Bronisław Grabowski z Londynu w 1976 r. Zbiór liczy 48 majolik włoskich (XVI-XIX w.), pozostałe to naczynia fajansowe pochodzenia holenderskiego i brytyjskiego (XVIII-XIX w.) oraz puszki z porcelany europejskiej (XIX w.). Kolekcja Grabowskiego jest uważana za jedną z najcenniejszych kolekcji naczyń aptecznych

tego typu nie tylko w zbiorach polskich. Katalog wszystkich naczyń opracowała mgr farm. Iwona Dymarczyk w książce „Aptekarz i majoliki. O Mateuszu B. Grabowskim i jego krakowskiej kolekcji ceramiki aptecznej”.

To dla nich ważne

Dużym atutem muzeum jest lokalizacja placówki – obecnie mieści się przy tzw. drodze królewskiej w Krakowie, w zabytkowej kamienicy przy ul. Floriańskiej. Zachowało się w niej wiele cennych pozostałości dawnej architektury, między innymi piwnice, renesansowe i barokowe stropy, także z polichromią, papierowa tapeta z początków XVIII w. czy XIX-wieczne freski.



AGNIESZKA RZEPIELA W KRAKOWSKIM MUZEUM FARMACJI

Muzeum Farmacji w Krakowie ugruntowało w ostatnim czasie swoją pozycję jako placówka muzealna i naukowa, współpracująca z wieloma instytucjami w całej Polsce. Do istotnych działań związanych z popularyzacją spuścizny i tradycji polskiego aptekarstwa należy zaliczyć na przykład współpracę z Małopolskim Instytutem Kultury w projekcie „Wirtualne Muzea Małopolski”. Popularyzacji zabytków kultury materialnej aptekarstwa służyły także konkursy plastyczne i literackie, organizowane w muzeum z inicjatywą

poprzedniego dyrektora, prof. Zbigniewa Beli, zmarłego we wrześniu 2018 r., który kierował placówką przez 16 lat. Muzeum kontynuuje swoją dotychczasową działalność, między innymi współorganizując różne wydarzenia. Jednym z nich był jubileusz 70-lecia Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, któremu towarzyszyła publikacja okolicznościowa, opracowana przez dr Monikę Urbanik.

Na straży dziedzictwa

„Obecnie, w momencie wchodzenia w życie zmian strukturalnych w szkołach wyższych, rola muzeów uniwersyteckich tym bardziej postrzegana jest jako rola instytucji, które mają być strażnikami dziedzictwa uniwersyteckiego. Plany muzeum uzależnione są więc w dużej mierze od polityki Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jedno z głównym zadań na najbliższy czas to opracowanie i wdrożenie nowego wspólnego systemu ewidencjonowania i inwentaryzacji zbiorów UJ” – mówi dr Agnieszka Rzepiela. Planowany jest też udział muzeum w wielu wydarzeniach i przedsięwzięciach w ramach współpracy między innymi z Urzędem Miasta Krakowa (na przykład Krakowska Noc Muzeów, w której Muzeum Farmacji bierze udział od roku 2004; Dni Otwartych Drzwi Muzeów Krakowskich), Małopolskim Instytutem Kultury i innymi muzeami w Polsce. W dalszym ciągu placówka będzie współpracować również z Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym, zwłaszcza z Sekcją Historii Farmacji. Muzeum nadal będzie prowadzić zajęcia dydaktyczne dla studentów i doktorantów Wydziału Farmaceutycznego UJ, a także uczestniczyć w życiu wydziału i całej uczelni.

W dobie cyfryzacji placówka przygotowuje się, wraz z innymi muzeami Uniwersytetu Jagiellońskiego do wspólnej ewidencji zbiorów. Program obejmuje ewidencjonowanie i inwentaryzację całego zasobu zbiorów uniwersytetu oraz częściowe ich udostępnianie. W przyszłości może uda się zorganizować również ekspozycję wirtualną z prawdziwego zdarzenia (kiedyś zrealizowany został jedynie spacer wirtualny po obiekcie). Ok. 180 najciekawszych obiektów można oglądać na stronie „Wirtualne Muzea Małopolski” (na razie dostępna jest tylko część). 🌿

Spacerkiem po muzeum

Stała ekspozycja Muzeum Farmacji jest rozmieszczona na pięciu kondygnacjach, od piwnic począwszy, na strychu kończąc – co ma również merytoryczne uzasadnienie. Na przykład przechowywane w beczkach wino służyło aptekarzom do sporządzania win leczniczych. W drugiej piwnicy ekspozycyjnej zgromadzone zostały przedmioty związane z pracą laboratoryjną dawnego aptekarza, takie jak miedziane aparaty destylacyjne, retorty i alembiki, filtry, tygle, prasy różnych typów do wyciskania soków i olejów, młynki – a więc przedmioty służące do rozdzielania, topienia, rozdrabniania i oczyszczania substancji leczniczych.

Na parterze obejrzyć można meble z dawnych aptek klasztornych, na przykład barokową komodę na zioła lecznicze, poza tym godła własne dawnych aptek (między innymi godło Murzyn, symbolizujące modne w późnym średniowieczu i w okresie renesansu surowce lecznicze sprowadzane z krajów egzotycznych).

W dwóch salach na pierwszym piętrze na szczególną uwagę zasługują meble apteczne w stylu Empire, portrety pierwszych krakowskich profesorów farmacji, między innymi Jana Szastera (1746-1793), Józefa Sawiczewskiego (1762-1825) i Floriana Sawiczewskiego (1797-1876) oraz portrety seniorów Gremium Aptekarzy Krakowskich. W drugiej sali – meble apteczne w stylu neobarokowym i Biedermeier, kolekcja moździerzy i wag aptecznych. Na tym samym piętrze jest też mały pokój poświęcony Ignacemu Łukasiewiczowi (1822-1882) – farmaceucie (farmację studiował w Krakowie i Wiedniu), który wydestylował z oleju skalnego naftę i skonstruował pierwszą na świecie lampę naftową (1853 r.). W pokoju tym, oprócz prototypu pierwszej lampy naftowej, są jeszcze domowa apteczka Łukasiewicza, z własnoręcznie przez niego wypisanymi sztyldzikami, sekretarzyk, rękopiśmienny manual apteczny i inwentarz apteki w Brzostku, też sporządzone ręką Łukasiewicza.



Michał Łepecki / Agencja Gazeta

Na ścianach wzdłuż schodów znajdują się portrety i cenniejsze dyplomy, nadane farmaceutom polskim przez uniwersytety krajowe i zagraniczne. W tej kolekcji na szczególną uwagę zasługuje dyplom magisterski siostry zakonnej Konstancji Studzińskiej z apteki szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Na drugim piętrze prezentowane są dawne naczynia apteczne, pochodzące z różnych okresów, wykonane z drewna i cyny, szkła przezroczystego i barwnego, fajansu i porcelany – na przykład seria szklanych naczyń pochodzenia klasztornego (wśród nich dwa w kształcie monstrancji, jedno na olejek z kwiatu muszkatowego, drugie na olejek cynamonowy) czy kolekcja naczyń majolikowych, ofiarowana do zbiorów muzeum w 1976 r. przez farmaceutę Mateusza Grabowskiego. W tejże sali popiersie Teodora Torosiewicza (1789-1876) przypomina o aptekarzu, który pierwszy (w publikacji z 1839 r.) zwrócił uwagę na przydatność dla celów aptecznych naczyń



Mateusz Skwarczek / Agencja Gazeta

ze szkła brunatnego. Zgromadzone tu również takie osobliwości dawnego aptekarstwa, jak porcję teriaku (po staropolsku dryjakiew) w oryginalnym siedemnastowiecznym opakowaniu, bezoar (konkrement rosnący w przewodzie pokarmowym niektórych zwierząt przeżuwających, ceniony przez wieki jako antidotum), liposomalną witaminę C w pierwszej dostępnej formie, tzw. róg jednoroźca, czyli ząb narwała, też używany po sposzkowaniu jako odtrutka, majolikowe naczynia z napisem „Axungia hominis” („Tłuszcz ludzki”) i „Mumia vera” („Mumia prawdziwa”) czy naczynie z napisem „Cantharides” (tzw. hiszpańskie muchy).

Ostatnia sala ekspozycyjna w krakowskim Muzeum Farmacji została urządzona na strychu - to przestronne miejsce było często wykorzystywane



ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Dziennikarka zajmująca się tematyką społeczną i zdrowotną, nagrodzona tytułem „Dziennikarza Medycznego Roku”. Była prezes Zarządu Wielkopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich.

przez dawnych aptekarzy do suszenia i przechowywania ziół leczniczych. Na drewnianej konstrukcji tego pomieszczenia umieszczone zostały drewniane ramy obciążone płótnem, służące do suszenia ziół, a na podestach ułożono różnego rodzaju krajalnice do krojenia ziół. Poza tym są tu sita różnej gęstości, prasy do wyciskania soku, perkolatory służące do sporządzania wyciągów roślinnych, ludowe repozytoria z szufladami do przechowywania poszczególnych części ziół (liście, łodygi, korzenie itd.), skrzynie na zioła, a także słomiane kosze opatrzone drewnianymi sztyldami z nazwami przechowywanych w nim ziół. Uzupełnieniem zbioru przedmiotów związanych z zielarstwem jest tzw. kolekcja Mercka, czyli naukowo opracowany, dziewiętnastowieczny zbiór leczniczych surowców roślinnych, przechowywanych w specjalnych szklanych tubusach, przeznaczony do celów dydaktycznych i wystawienniczych.



Michał Łepecki / Agencja Gazeta

Służąca dobru

Dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz
wyróżniona prestiżowym odznaczeniem Bono Servienti

Podczas Wieczoru św. Łukasza w październiku 2019 r. dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz została wyróżniona prestiżowym odznaczeniem Bono Servienti. W uzasadnieniu przyznania tego wyróżnienia dr hab. Szczepan Cofta w imieniu kapituły napisał: „Na przestrzeni ponad 195 lat historii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego pojawiło się wiele osób niezwykłych, wybitnych, wyjątkowych w bardzo różnych wymiarach sprawowanej tutaj usługi. Docenienie wyników osób nam współczesnych, starających się tworzyć nowe oblicze szpitala na miarę zarówno tradycji, jak i dnia dzisiejszego, pozwala podkreślić szczególnie cenne wartości, wyjątkowość osiągnięć i jednoznaczne szlachetne postawy. Osoba Pani Doktor niewątpliwie zasługuje na wyróżnienie Bono Servienti w uznaniu szczególnej postawy farmaceuty cechującego się merytoryczną kompetencją, ofiarowaniem, nowatorstwem i dynamizmem, przy zachowaniu umiejętności kierowania zespołem. Wymagający uznania jest sposób zarządzania z zapewnieniem harmonii wśród współpracowników. (...) W postaci pani Doktor honorujemy wszelkie postawy ukazujące najlepsze tradycje zawodu

farmaceuty i usługi w zawodach medycznych”.

Dr Hanna Jankowiak-Gracz jest specjalistą w dziedzinie farmacji aptecznej i szpitalnej. Od 1995 r. jest członkiem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej. W latach 2000-2018 pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. farmacji szpitalnej. Jest także ekspertem ds. opracowywania programu specjalizacji z zakresu farmacji szpitalnej. Bardzo dużą aktywność wykazała, działając w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym. Od 2000 r. do 2004 r. była wiceprzewodniczącą Sekcji Farmacji Szpitalnej Poznańskiego Oddziału PTFarm, a w latach 2005-2010 przewodniczyła tej sekcji, organizując spotkania i szkolenia dla farmaceutów szpitalnych z Wielkopolski.

Dr Hanna Jankowiak-Gracz angażuje się także w działalność Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego na poziomie ogólnokrajowym. Od roku 2000 do 2003 była wiceprzewodniczącą ogólnopolskiej Sekcji Farmacji Onkologicznej. Jest założycielką, a w latach 2005-2012 była przewodniczącą ogólnopolskiej Sekcji Żywienia Do- i Pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Jest inicjatorem i współautorem Farmaceutycznych Standardów Sporządzania Mieszanin do Żywienia



Eugeniusz Jarośnik

Pozajelitowego PTFarm i Standardów Jakościowych Farmacji Onkologicznej PTFarm.

Gratulujemy dr Hannie Jankowiak-Gracz i jej zespołowi tego pięknego wyróżnienia, jakim jest Bono Servienti (służący dobru).

mgr farm. Alina GÓRECKA

PODRÓŻ DO ŹRÓDEŁ

Wieczór autorski dr Hanny Cytryńskiej
w „Galerii u Jezuitów” w Poznaniu

Kilkadziesiąt osób, w tym przedstawiciele poznańskich aptek szpitalnych i zakonów, przybyło na spotkanie z dr Hanną Cytryńską, autorką książki „Apteki klasztorne i szpitalne Poznania”, które odbyło się 29 listopada 2019 r. w „Galerii u Jezuitów” w Poznaniu.

Słowo wstępne wygłosiła prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej Alina Górecka, podkreślając wagę oraz znaczenie prezentowanej publikacji. „Apteki szpitalne są we współczesnych szpitalach niezbędne, ale dla pacjenta bywają niewidzialne. Wielu z nich byłoby wręcz zdziwionych informacją, że nad

nimi w szpitalu czuwają, oprócz lekarzy, pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych, także farmaceuci w aptece szpitalnej” – zauważyła prezes Wlkp. ORA

Apteki szpitalne Poznania mają bardzo ciekawą historię jako miejsca w przestrzeni publicznej. Ale historię ich rozwoju i roli w opiece nad chorym leżącym



PROF. DR. HAB. LUCJUSZ ZAPRUTKO PODCZAS WIECZORU AUTORSKIEGO DR HANNY CYTRYŃSKIEJ

Eugeniusz Jarošik

w szpitalu tworzyli i ciągle tworzą sami farmaceuci szpitalni. Książka dr Hanny Cytryńskiej odkrywa apteki klasztorne i szpitalne w Poznaniu, pokazując jednocześnie kontekst historyczny ich funkcjonowania, a także niezwykle historie aptekarzy, którzy swoje życie zawodowe poświęcili dla pacjentów. Są niewidoczni, ale niech ich działalność zawodowa farmaceuty szpitalnego, której poświęcają najczęściej całe życie, nie pozostanie dla poznaników anonimowa.

Następnie głos zabrał prof. dr hab. Lucjusz Zaprutko, kanclerz poznańskiego Kolegium Nauk Farmaceutycznych. Swoją wypowiedź rozpoczął od metafory przedstawiającej aptekarstwo pod postacią drzewa... Nowoczesna farmacja jest jak młode liście na dopiero co ukształtowanych gałęziach. Pniem możemy nazwać stałe reguły i receptury obowiązujące w aptekarstwie od tysiącleci. Natomiast najnowsza książka dr Hanny Cytryńskiej wpisuje się w korzenie tego drzewa. Bez dawnych aptek klasztornych, które stanowiły podwaliny średniowiecznego aptekarstwa, „ukorzeniając” zawód farmaceuty w otaczającym nas świecie groźnych zjawisk pogodowych oraz nieokiełzanej przyrody, nie byłoby współczesnej farmacji. To aptekarze potrafili odróżnić leczące rośliny od trujących. Dzięki książce możemy przyjrzeć się korzeniom i funkcjonowaniu aptekarstwa na początku jego istnienia.

Bardzo ciekawe było również wystąpienie księdza dr. Adama Sikory, który z upoważnienia arcybiskupa Stanisława Gądeckiego zaproponował podróż do narodzenia Jezusa: „Prezentując tę



Eugeniusz Jarosik

książkę trzeba by było zacząć od Jezusa” – powiedział duszpasterz służby zdrowia Archidiecezji Poznańskiej. To Jezus obecny w każdej roślinie i każdym działaniu aptekarza przyczynia się do uzdrowienia chorego. Bardzo często spersonifikowany pod postacią człowieka przedstawiany jest na obrazach jako aptekarz, czyli... ten co leczy!

Arcybiskup Kazachstanu Tomasz Peta wsparł duchowo wieczór autorski dr Hanny Cytryńskiej, pisząc: „Laudetur Jesus Christus! Droga Hanno! Bardzo dziękuję za zaproszenie! Gratuluję! Będę obecny duchem! Szczęść Boże w dobrych dziełach! + Tomasz Peta, abp w Astanie”.

Następnie autorka publikacji przedstawiła multimedialną prezentację, w której omówione zostały wszystkie klasztory i apteki szpitalne. Książka dr Hanny Cytryńskiej, która

ukazała się we wrześniu 2019 r., to kontynuacja tematyki dotyczącej farmacji poznańskiej, poruszonej w publikacji „Poznańskie apteki, wnętrza, historia, wyposażenie” (2016 r.). Podzielona została na dwa bloki spięte prezentacją świadomości postrzegania zagadnień dotyczących zdrowia i leczenia w poszczególnych epokach. Żeby w przejrzysty sposób przybliżyć czytelnikowi istnienie i działalność aptek szpitalnych, autorka zastosowała unitarny schemat:

1. Opis architektury kompleksu klasztornego lub szpitalnego.
2. Lokalizacja budynków w kontekście zabudowy miejskiej.
3. Wnętrza szpitala i jego infrastruktura techniczna.
4. Osoby lub instytucje finansujące zamierzenie.
5. Profil szpitala.
6. Pomieszczenia apteki szpitalnej w strukturze kompleksu szpitalnego.



Eugeniusz Jarosik

DR HANNA CYTRYŃSKA I KS. DR ADAM SIKORA

7. Aptekarze i ich praca w odniesieniu do zmieniających się epok.

Pierwszy blok obejmuje okres od 1244 r., a więc od lokacji zakonu dominikanów w Poznaniu z udokumentowanym istnieniem apteki poprzez działalność apteki jezuickiej w latach 1571-1793. W bloku tym omówiono również

xendochia (przytułki), zwane w Polsce szpitalami, funkcjonujące w przestrzeni publicznej. Drugi blok obejmuje 26 szpitali, które działały i działają na terenie Poznania. Pierwszym zaprezentowanym szpitalem jest Szpital Przemienienia Pańskiego, założony w 1823 r. przez społeczny komitet na czele z ks. Marcinem Duninem, a zarządzany przez

siostry ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo. Szczególną uwagę poświęcono działalności siostry Filipiny Studzińskiej, pierwszej kobiety farmaceutki posiadającej dyplom magisterski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ostatnim, 26 szpitalem prezentowanym w publikacji jest Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia przy ul. Szwajcarskiej, otwarty w 1989 r.

Publikacja powstała dzięki kwerendom w archiwach zakonnych, udostępnieniu niepublikowanych dotychczas materiałów znajdujących się w archiwach szpitalnych, uniwersyteckich oraz dzięki ogromnej życzliwości współczesnych aptekarzy, pracujących w aptekach szpitalnych. Książka, której wydawcą jest Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska, nie ukazałaby się bez wsparcia sponsorów, między innymi Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, Stowarzyszenia Bono Serviamus, Lideo, Urtica oraz Fundacji Zakłady Kórnickie.

Eugeniusz JAROSIK



Prof. dr hab. JERZY HAUZIŃSKI: „Temat jest wysoce specjalistyczny, bo nikt jak dotąd nie przeanalizował aptekarstwa poznańskiego w kontekście jego dziejów klasztornych i szpitalnych. Praca została pokazana na tle zmieniającej się architektury miasta, grup społecznych, jak i formacji zakonnych Europy i instytucji religijnych. Praca ma charakter panoramiczny. Książka Hanny Cytryńskiej ukazuje wytwory aptekarstwa w ścisłym, ale i rozległym kontekście potrzeb duchowych i poniekąd medycznych mieszkańców, ale także przybyszów (w rodzaju pielgrzymów) zdanych na pomoc poznańskiego aptekarstwa i szpitalnictwa. Dzieło jest wydane bardzo atrakcyjnie, bogato ilustrowane, a narracja także stanowi wyśmienitą lekturę. Autorce i wydawcy gratuluję tego nowego dokonania”.

PIŁKARZE DZIECIOM

Daria Miszczuk

Pierwsza odsłona Pharmacy Football Challenge odbyła się 1 grudnia 2019 r. w hali Gminnego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Dopiewie. Choć można by odnieść wrażenie, że był to mały turniej futsalowy, jakich wiele, to tym razem chodziło o coś więcej. Gra toczyła się dla wyjątkowych bohaterów – podopiecznych Domu Dziecka w Kórniku-Bninie.

W turnieju wzięło udział 7 drużyn – reprezentacje Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, Hasco-Lek Wrocław, Nivea, United, Czarno To Widzę, Zachodniopomorskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i Gminy Dopiewo. Cel był jeden – dobra zabawa. Dlatego, mimo rywalizacji, sędzia zawodów nie musiał często odgwiżdzywać fauli. Gra toczyła się w duchu fair play, a poprawność taktyczna, częściej niż zwykle, ustępowała miejsca piłkarskiej fantazji. Oglądaliśmy wiele bramek, szybkich „klepek” i założonych „siatek”.

Turniej rozgrywany był w systemie „każdy z każdym”, a o ostatecznym triumfie decydowała liczba zgromadzonych punktów. Zwyciężyła drużyna United, a z nią na podium stanęły zespoły Czarno To Widzę i Nivea. Za najlepszego gracza zawodów uznano zawodnika United Piotra Skrzypczaka, królem strzelców został napastnik Czarno To Widzę Wojciech Tabiszewski, a najlepszym bramkarzem (miły, farmaceutyczny akcent) dr Rafał Olijarczyk z reprezentacji Włkp. OIA.

Tak wielki sukces tego wydarzenia nie byłby możliwy, gdyby nie zaangażowanie wszystkich

drużyn i sponsorów, w tym partnera głównego – firmy Solgar, która przekazała na ten cel aż 5 000 zł. Swoje cegiełki dołożyła również firma Hasco-Lek Wrocław oraz aptekarze. Ostatecznie udało się przekazać Domowi Dziecka w Kórniku-Bninie aż 9 670 zł i sprzęt medyczny o wartości 1 300.

I choć turniej się zakończył, to mam nadzieję, że nie był to koniec idei i zobaczymy się również za rok – w pierwszą niedzielę grudnia – by wspólnie pomagać. Przy okazji gorąco zachęcam wszystkich farmaceutów do udziału we wspólnych treningach. Jak widać, grając nie tylko można zadbać o kondycję i zdrowie, ale też pomagać. I o to w sporcie chodzi! Chętnych zachęcam do kontaktu z Darkiem (tel. 781 635 353) lub Tomkiem (tel. 504 427 318). Do zobaczenia!

Piotr MISZCZUK





MERCEDES-BENZ GLC

SUV-Y SKROJONE NA MIARĘ

Jak z aptekarską precyzją trafić do coraz bardziej wymagających kierowców? Wszystko wskazuje na to, że receptę znalazł Mercedes-Benz ze swoją gamą SUV-ów i crossoverów.

Po pełnych sukcesach latach istnienia na rynku SUV-ów i crossoverów, o ich wyższości nad innymi segmentami na rynku nie trzeba chyba już nikogo przekonywać. Dzięki większej wszechstronności i możliwościom, są one idealnymi towarzyszami zarówno bliższych, jak i tych trochę dalszych podróży. Zwiększony prześwit czy standardowy lub opcjonalny napęd na wszystkie koła, pozwalają obrać skrót często niedostępne dla klasycznych

samochodów osobowych. W ostatnich latach przedstawiciele tego modnego segmentu nabrali ogłady – te uterenowione pojazdy w niczym nie ustępują swoim „niższym” odpowiednikom pod względem komfortu, technologii, designu, czy osiągnięć. Coraz wyższe wymagania klientów wymuszają na producentach także poszerzenie oferty modelowej o coraz to nowsze i ciekawsze konstrukcje, trafiające w najbardziej indywidualne potrzeby i gusta. Szczególnie interesująco na tym tle prezentuje się aktualna i nadchodząca oferta SUV-ów od Mercedes-Benz.

Wybór się naSUVa

Najmłodszym dzieckiem w aż „siedmioosobowej” rodzinie SUV-ów spod znaku gwiazdy, jest **kompaktowe GLA**, którego najnowsza generacja wchodzi właśnie na rynek. Ten miejski, modny crossover, w swojej najnowszej odsłonie zyskuje nieznacznie większe wymiary na zewnątrz oraz więcej miejsca w przestrzeni pasażerskiej. Na pokładzie debiutuje znany z innych modeli system komunikacji z samochodem MBUX, oraz pakiet off-roadowy w wersjach z napędem na wszystkie koła 4MATIC. Już w standardzie znajdziemy system aktywnego hamowania w sytuacjach awaryjnych. Dodatkowo bezpieczeństwo nasze i innych może być wspomagane przez: asystenta skręcania, ostrzegania przy wysiadaniu, czy zbliżaniu się pieszych i rowerzystów.

Dla tych, którzy potrzebują większego towarzysza podróży, producent oferuje świetnie przyjęty na rynku **model GLC**, który w ubiegłym roku przeszedł facelifting, zarówno w nadwoziu SUV, jak i Coupe. Przestronne wnętrze, pojemny bagażnik, napęd na wszystkie koła oraz wiele zaawansowanych technologii na pokładzie, są gwarancją niezwyklej przygody, niezależnie od kierunku i długości podróży. Prawie nieograniczone możliwości konfiguracji samochodu pozwalają na stworzenie idealnie dopasowanego dla siebie auta.

Dla poszukujących bezkompromisowych rozwiązań, stworzono najnowszą **generację GLE**, modelu który kilkanaście lat temu zapoczątkował modę na duże SUV-y z segmentu premium. Dynamiczna sylwetka zachowała najbardziej charakterystyczne cechy modelu, zaś wszystko pozostałe zaprojektowano tu od nowa. Dzięki temu zyskaliśmy inteligentne i komfortowe auto, które odpowiada na potrzeby kierowcy i pasażerów. Z ciekawszych



MERCEDES-BENZ GLA



MERCEDES-BENZ GLB



MERCEDES-BENZ GLE

cech pojazdu na uwagę zasługują m.in.: rozszerzona rzeczywistość dla nawigacji, obsługa głosowa, pneumatyczne zawieszenie skanujące drogę przed autem, czy asystent manewrowania z przyczepą.

Flagowy model w ofercie Mercedes-Benz to **GLS**, który pojęcie komfortu i luksusu wnosi na nieznaną w tym segmencie poziom. Ten największy oferowany w Europie SUV, którym wygodnie może podróżować do 7 osób, wyposażono m.in. w pneumatyczne zawieszenie E-ACTIVE BODY CONTROL, pakiet kamer 360, czy wszechstronny bagażnik, który można powiększyć maksymalnie do aż 2400 litrów.

W najbliższych tygodniach na rynku zadebiutuje zupełnie nowy SUV niemieckiego producenta – **model GLB**. Jest to idealna propozycja dla wszystkich, którzy poszukują niestandardowych rozwiązań, odważnej stylistyki czy nieoczywistych połączeń. Kompaktowy z zewnątrz, przestronny w środku. Dzięki swoim wymiarom i proporcjom, nie ogranicza w codziennym

użytkowaniu, oferując jednocześnie wiele swobody przy dłuższych podróżach. Na pokładzie znajdziemy wszystkie nowoczesne systemy znane z innych modeli Mercedes-Benz oraz nowości takie, jak: przesuwany wzdłużnie drugi rząd foteli, podgrzewana kierownica czy kłapa bagażnika otwierana ruchem nogi.

Chcesz sprawdzić, który z powyżej opisanych modeli najlepiej pasuje do Ciebie i potrzeb Twoich oraz Twojej rodziny? Dowiedz się o nich więcej na www.duda-cars.pl oraz sprawdź największy w Polsce park samochodów dostępnych od ręki. Zapytaj też o szeroką możliwość finansowania zakupu Twojego Mercedesa u naszego doradcy flotowego i umów się na jazdę próbną dowolnie wybranym Mercedeselem.

Ilona Raszewska, doradca handlowy ds. sprzedaży flotowej samochodów osobowych

tel. +48 885 700 241

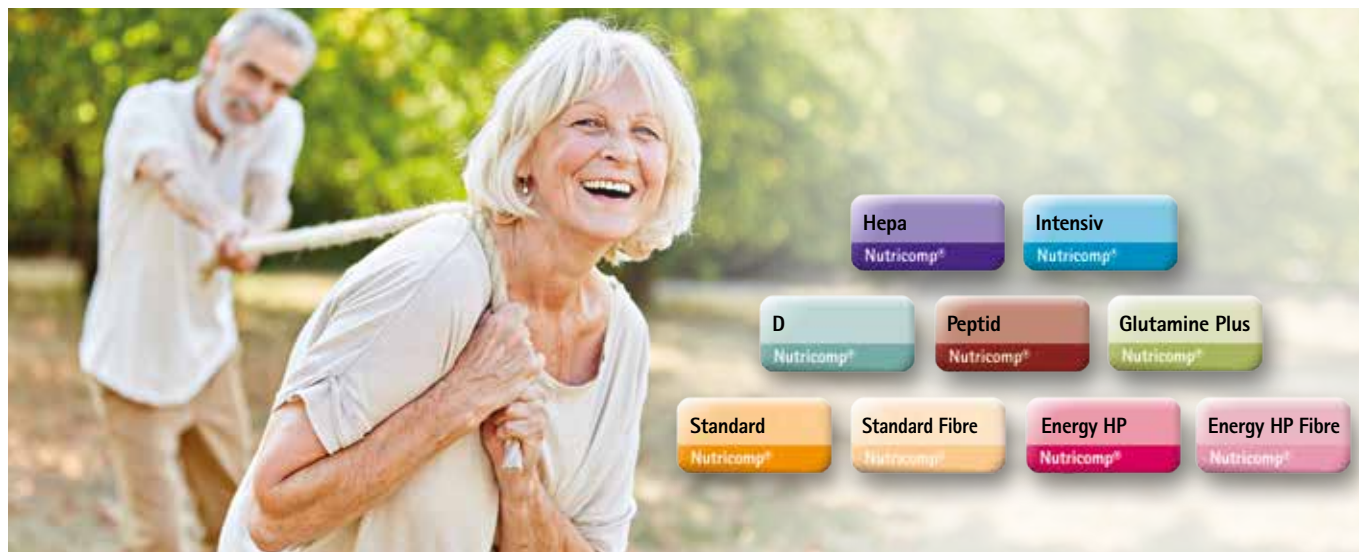
ilona.raszewska@duda-cars.mercedes-benz.pl

MERCEDES-BENZ GLS



Nutricomp®

NABIERAJ SIŁ ZE SMAKIEM



Nutricomp® Drink Plus 200 ml



- To doustna dieta
- Zawiera kompletny zestaw składników odżywczych
- Wysokokaloryczna! W małej objętości 200ml zawiera aż 300 kcal!
- Wzbogacona olejem rybim – zawiera kwasy omega 3
- Dobrze tolerowana przez pacjentów dzięki niskiej osmolarności 470mOsm/l
- Do stosowania od 4 roku życia
- Może być dodawana do posiłków by zwiększyć ich kaloryczność
- Do wyboru smak waniliowy, czekoladowy, bananowy i truskawkowy!

Nutricomp® Standard 500 ml



- To dieta kompletna odżywczo, normokaloryczna, normobiałkowa
- Bogata w olej rybi (wspomaga prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego)
- Bardzo dobrze tolerowana przez pacjentów dzięki niskiej osmolarności 200mOsm/l!!!!
- Dostępna również w wersji z błonnikiem
- Do stosowania od 4 roku życia
- Smak neutralny

* Oferta diet Nutricomp obejmuje także diety specjalistyczne o składzie dostosowanym do zapotrzebowania wynikającego z choroby czy dysfunkcji narządu

**NUTRICOMP® – TO BOGATA GAMA DIET DOJELITOWYCH RÓWNIEŻ DO STOSOWANIA DOUSTNEGO!
TERAZ DOSTĘPNE W WYGODNYCH PLASTIKOWYCH BUTELKACH 500ml!**

