



Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 1 (26) styczeń-marzec 2024 • ISSN 2545-2290

FARMACJA WOBEC WYZWAŃ ZDROWOTNYCH XXI WIEKU



EM - 3513572SC	Omniflush® 3 ml ze SwabCap®
EM - 3513575SC	Omniflush® 5 ml ze SwabCap®
EM - 3513576SC	Omniflush® 10 ml ze SwabCap®
EM - SCXT3	SwabCap® - pojedynczy korek

Komórki bakterii są niszczone przez IPA

Szkodliwe bakterie wystawione na działanie 70% izopropanolu (IPA) absorbują alkohol, w wyniku czego nabrzmiwają, rozpadają się i giną.



SwabCap® dezynfekuje zawór po ekspozycji przez 30 sekund i utrzymuje zdezynfekowaną powierzchnię zaworu do siedmiu dni, jeśli nie zostanie usunięty.

Zastosowanie wyrobu Omniflush® z SwabCap® : strzykawka do przepłukiwania z roztworem soli fizjologicznej ze zintegrowanym korkiem SwabCap®. System do dezynfekcji dostępów bezigłowych.

SwabCap®



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Aesculap Chifa sp. z o.o. | www.bbraun.pl



afw

mgr farm. **MATEUSZ
SZAMAŁEK**

Prezes Wielkopolskiej
Okręgowej Rady Aptekarskiej

Moja wizja samorządu zawodowego farmaceuty

Pragnąc przybliżyć rolę, zadania i kształt samorządu zawodowego studentom farmacji, którzy już za kilka lat staną się jego członkami, swoje wykłady rozpoczynam od zadania z pozoru łatwego pytania: „co to jest izba aptekarska?”. W podchwytliwej podpowiedzi, a bardziej próbie skłonienia do zastanowienia, rzucam trzy błędne podpowiedzi: „urząd”, „budynek biura przy ul. Palacza 87 w Poznaniu” i „władza aptekarzy”. Po chwili napięcia rozwiązuję zagadkę, stwierdzając największą oczywistość, choć – jak się okazuje – zwykle nieprzewidzianą w dyskusji: „Izba to my. Farmaceuci. Tak po prostu”.

Widząc zaciekawienie tak rozpoczętym wykładem, kontynuuję prowokacyjne pytania. „Czy ufasz swojemu lekarzowi w postawioną diagnozę i przepisane metody leczenia?”. „Czy zaufasz notariuszowi, który przeprowadzi Cię przez procedurę zakupu mieszkania?”. „Czy masz zaufanie do prawnika, z którym skonsultujesz sprawę z zakresu prawa pracy?”. „A do pielęgniarki, która opiekuje się Twoim chorym bliskim w szpitalu?”. Odpowiedzi zwykle są twierdzące. Wówczas pytam: „Czy w takim razie chciał(a)byś, aby pacjent, któremu doradzasz w zakresie stosowanych leków, również darzył Cię zaufaniem?”. Tu już nikt nie ma wątpliwości. Co łączy lekarza, notariusza, radcę prawnego czy farmaceutę? Każdy z tych zawodów to zawód zaufania publicznego. Zawody te spełniają najistotniejsze społecznie funkcje, stąd potrzebują szczególnej opieki. Mogą je wykonywać tylko określone osoby – kierunkowo wykształcone, stale podnoszące swoje kwalifikacje i dopuszczone do tego zawodu przez stojące na straży jego wykonywania samorzady. W trosce o najwyższą jakość dla dobra naszego odbiorcy. W naszym przypadku – dla pacjenta.

Prawo do tworzenia samorządów zawodowych zapisane jest wprost w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Izby to zatem nie relikty poprzednich epok, ale samorządność i niezależność zawodów zaufania publicznego, zbudowana na fundamencie praw demokratycznych. Przypomnijmy nasze ustawowe zadania: reprezentowanie i ochrona interesów członków zawodu, troska o godność i niezależność, kodyfikowanie i piecza nad wartościami etycznymi, współpraca z instytucjami i środowiskiem, a także samopomoc i wewnętrzna integracja.

Zadania samorządu zawodu farmaceuty zdefiniowane zostały ponad 30 lat temu, pozostają wciąż aktualne, jednak dobrze wyrazić je we współczesnym, bardziej nowoczesnym brzemieniu, spełniającym zmieniające się oczekiwania nowych pokoleń farmaceutów. Można je zatem zdefiniować jako: promowanie naszego zawodu przez pryzmat potrzeb pacjentów, kreowanie atmosfery szacunku i doceniania osiągnięć, budowanie naszych kompetencji i wysokich standardów, konstruktywny wkład w szerokie spektrum inicjatyw oraz troska o koleżeńskie relacje wewnątrz organizacji, stymulujące zaangażowanie i chęć dzielenia się doświadczeniami.

Jak możemy osiągnąć nakreślone wyżej współczesne zadania? Chciałbym, aby nasz samorząd rozwijał się w czterech kierunkach. Po pierwsze, przyjmując perspektywę wspólnego celu, jakim jest dobro pacjenta. To ono przyświeca nam przecież niezależnie od miejsca zatrudnienia i formy wykonywania zawodu. Zamiast na tym, co nas różni, skupmy się na tym, co nas łączy. Wspólnie pracujemy przecież na budowanie pozytywnego wizerunku farmaceuty jako dostępnego dla pacjenta wszechstronnie wykształconego specjalisty. Samorząd zawodowy jako instytucja jest właściwą platformą do zintegrowania indywidualnych działań w tym zakresie.

Drugi, niemniej ważny kierunek aktywności to dbałość o wysokie standardy. Osiągamy je poprzez aktywną edukację z wykorzystaniem bogatej palety możliwości: od studiów podyplomowych i specjalizacji, po liczne webinary. Wysokie standardy to też dbałość o przestrzeganie zasad odnowionego Kodeksu Etyki Farmaceuty, realizowana przez kompetentnych reprezentantów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Aptekarskiego. Wysoka jakość to także kultura organizacyjna naszego biura, które na co dzień zajmuje się szybkim i sprawnym załatwianiem codziennych spraw zawodowych członków izby.

Trzeci wymiar działania samorządu to nastawienie na wszechstronną współpracę. Kooperacja instytucjonalna musi obejmować szeroki zakres podmiotów: urzędy i ich jednostki, w tym samorządy lokalne, uczelnie, organizacje naukowe i studenckie, a także inne zawody zaufania publicznego – nie tylko medyczne. Współpraca w ramach zawodu to z kolei nasz głośny i wyraźny udział w strukturach Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz partnerska relacja i wymiana doświadczeń z pozostałymi okręgowymi izbami. Wreszcie, wewnętrzny wymiar współpracy to wspólne działanie w komisjach i podgrupach tematycznych, interakcje międzypokoleniowe oraz aspekty pozazawodowej integracji.

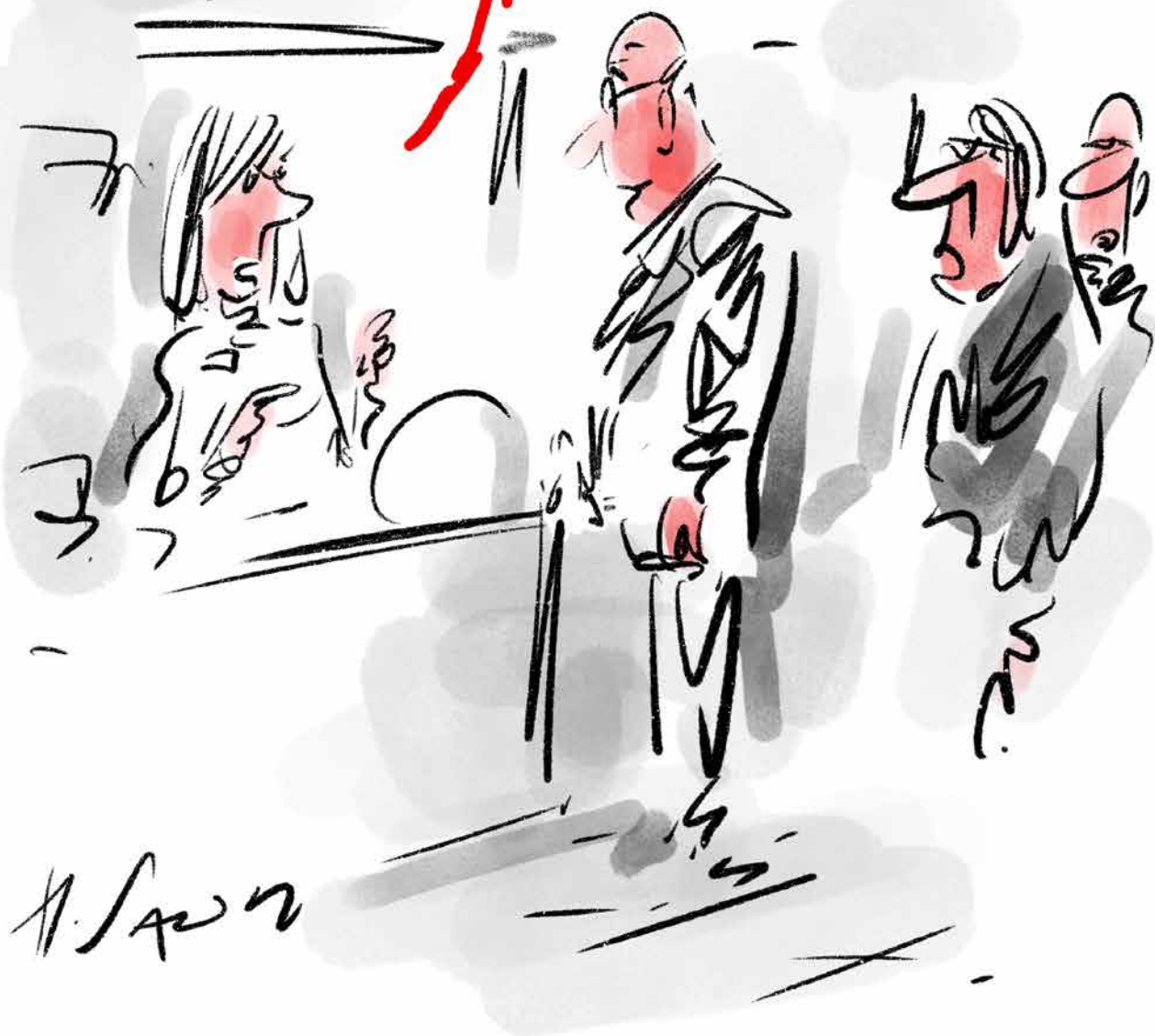
Po czwarte: proaktywna komunikacja, bez której nie sposób funkcjonować w społeczeństwie informacyjnym. Zróżnicowana i wielokanałowa – począwszy od klasycznych form, takich jak aktualne informacje na stronie internetowej, newsletter czy niniejsze czasopismo, poprzez media społecznościowe pozwalające na szybkie i szerokie dotarcie do naszych członków aż po aktywny udział i reprezentowanie zawodu w możliwie zróżnicowanej palecie wydarzeń branżowych. Krótko mówiąc – widoczność w działaniu.

Truizmem jest stwierdzenie, że świat się zmienia. Zmieniają się ludzie, zmieniają się pokolenia. Każdy z nas z osobna, ale i jako grupa zawodowa chcemy ewoluować, aby coraz lepiej dostosowywać się do zmieniającego się otoczenia. Rozwijajmy nasz samorząd na fundamencie dawno zdefiniowanych wartości. Korzystajmy z zasobów, które już posiadamy: wsparcia instytucjonalnego, ochrony wzajemnych praw, możliwości edukacyjnych oraz po prostu naszego wspólnego miejsca. Dobrym działaniem i przykładem budujmy indywidualne zaangażowanie. Wierzę, że takie podejście będzie kluczem do ewolucji naszej Izby i wewnętrznych relacji. Po to, aby przekuć pytania „po co?” i „dlaczego?” na „czego potrzebuję?” i „co mogę wnieść od siebie?”. Aby zaimek osobowy „oni” ewoluował do „my”.

Taka jest moja wizja samorządu zawodu farmaceuty. I w taki sposób będę starał się ją realizować w IX kadencji.



Zioto?!
ZiółKA!



spis treści



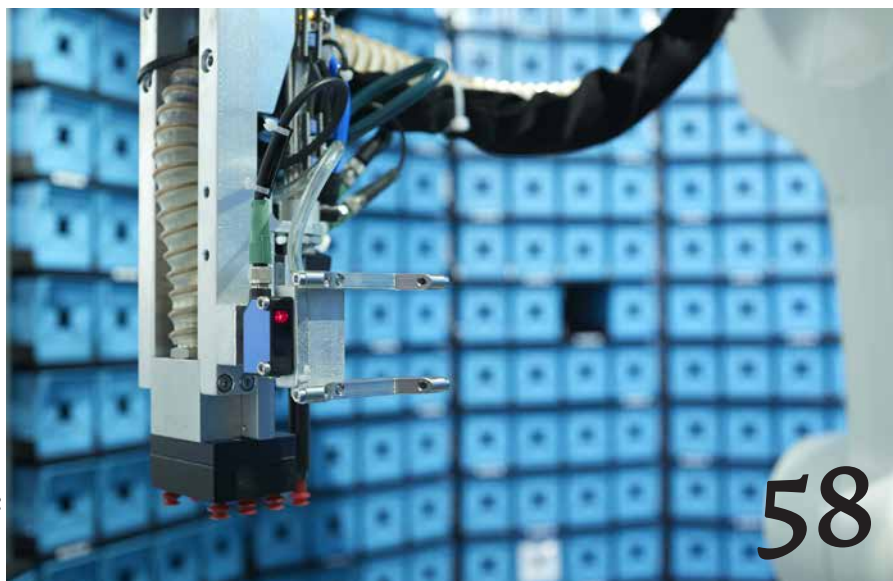
22



10



29



58

8 Poczta

10 Zmiana roli farmaceuty
| Rozmowa z prezesem
Naczelnej Rady Aptekarskiej
**mgr. farm. MARKIEM
TOMKOWEM**

- 21** Druga kadencja
- 22** Farmacja wobec wyzwań zdrowotnych XXI wieku
- 29** Chip Muska
- 32** Farmaceuta w dziale *safety*
- 38** Hurtownie farmaceutyczne leków weterynaryjnych
- 41** Laboratorium Synoptis Industrial
- 42** Przepięstwo a prawo wykonywania zawodu
- 48** W kręgu zawodów medycznych
- 54** Problemy i wyzwania
- 58** Serce szpitala
- 62** W obliczu deglobalizacji
- 64** Legendarny dar natury
- 69** Opieka farmaceutyczna w praktyce
- 70** Trzy dni w stolicy

- 73** Etyka farmaceutów
74 Matrix 2024
82 U progu nowego etapu
86 Organy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu
92 Idealy zapisane w DNA
95 Statuetka
96 Zawsze dla dobra pacjenta
99 Lekcja w muzeum
100 Laury dla studentów
103 Ślubuję uroczycie...
104 W stronę przemysłu
106 Wiara w cuda
108 W hołdzie pomordowanym
110 Ofiary terroru z lat 1939-1945
112 Zbrodnia i pamięć
119 Losy utrwalone w brzozy
120 Tajemnica nieprawości
122 Farmacja bez granic
128 Życie usłane ziołami
131 Lecznictwo na prowincji
132 Nostalgia kresowa
133 Ślady dawnych dziejów
134 Zakochani w Wiedniu
136 Ratujmy ostańce!



www.stock.adobe.com



Przemysław Błoch



Mirosław Baryga



www.stock.adobe.com



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

Redakcja
 60-273 Poznań, ul. Palacza 87
 www.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
 dr Alina Górecka i Eugeniusz Jarosik

Koncepcja redakcyjna i graficzna (współautor projektu)
 Eugeniusz Jarosik

Rada Programowa
 dr Alina Górecka (przewodnicząca Rady Programowej),
 Eugeniusz Jarosik, prof. dr hab. Anna Jelińska,
 dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Stefan Piechocki

Okładka
 Eugeniusz Jarosik (koncepcja) i Wiesław Wiszowaty (wykonanie), zdjęcie: www.stock.adobe.com

Projekt graficzny, typograficzny i skład
 Wiesław Wiszowaty/www.grawisz.pl

Autorzy
 Mirosław Baryga, Antoni Biatek, Przemysław Błoch,
 prof. dr hab. Wiesława Byłka, prof. dr hab. Franciszek Główna, dr Alina Górecka,
 Alina Ibatulina, Eugeniusz Jarosik, Tatiana Jarosik, Marcin Józefiak,
 dr hab. Agnieszka Karbownik, Anna Kopras-Fijotek, mgr farm. Marcin Kubicki,
 mgr farm. Patrycja Lisowska, mgr farm. Emilia Łapkiewicz-Przygodzka,
 prof. inż. Dariusz Łukaszyński, prof. dr hab. Anita Magowska,
 dr n. farm. Jan Majewski, mgr farm. Maria Mroczkiewicz-Walczak,
 dr n. farm. Wojciech Musiał, mgr farm. Tomasz Nawrocki,
 dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwara, dr n. farm. Stefan Piechocki,
 Izabela Podolec, mgr farm. Iwona Reinholz-Cynajek, ks. dr Adam Sikora,
 prof. dr hab. Edyta Szatek, mgr farm. Mateusz Szamatek, Łukasz Świdorski,
 prof. dr hab. Maria Barbara Topolska, dr hab. n. farm. Magdalena Waszyk-
 Nowaczyk, mgr farm. Paulina Wojna, mgr farm. Anna Wypych

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.



WSPÓŁPRACA FARMACEUTY I LEKARZA

■ Coraz więcej mówi się o potrzebie zmian w zawodzie farmaceuty, głównie przez wprowadzenie opieki farmaceutycznej (niestety, głosy pochodzą i są słyszalne przeważnie w środowisku farmaceutycznym). Jako lekarz stażysta, pochodzący jednakże z wielopokoleniowej rodziny aptekarskiej, widziałem praktykę opieki farmaceutycznej na własne oczy uprawianą przez moich rodziców (nie w formie sformalizowanej, książkowej, ale praktycznej). Z przekazów wiem, że również dziadkowie i pradiadek opiekowali się swoimi pacjentami. Z okresu swoich studiów nie mam jednak doświadczeń promujących współpracę na linii lekarz – farmaceuta, a na podstawie obserwacji i znajomości kompetencji zawodowych moich rodziców uważam, że taka droga może prowadzić do lepszej i efektywniejszej terapii pacjentów. Przy ograniczonym czasie, jaki lekarz może poświęcić pacjentowi, opieka farmaceuty mogłaby zapewnić nie tylko skuteczniejszą farmakoterapię (wyjaśnienie wszystkich aspektów związanych z przyjmowaniem leków), ale też rozwiązać problemy kontynuacji recept w przypadku przewlekłe chorych (nadciśnienie, cukrzyca) i poziomu refundacji leków. Ciekawym, acz kontrowersyjnym rozwiązaniem jawi się możliwość szczepień w aptekach. Wydaje się, że mogłoby to pomóc w zwiększaniu poziomu wyszczepialności, lecz wiąże się zarazem z przejmowaniem przez farmaceutów kompetencji lekarskich w zakresie kwalifikacji do szczepień. Istotnym problemem są także dalsza opieka nad zaszczepionym pacjentem oraz odpowiedzialność w przypadku wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

lek. med. MARCIN PIECHOCKI

ŚLUBOWANIE

■ 11 kwietnia 2024 r. ślubowanie złożyli tegoroczni absolwenci kierunku farmacja Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Ponadto uroczystość wręczono im prawo wykonywania zawodu. Absolwenci stali się członkami Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Po raz kolejny uroczystość zorganizowano w Muzeum Farmacji im. Włodzimierza Witolda Głowackiego przy Alejach Karola Marcinkowskiego 11 w Poznaniu. Młodzi farmaceuci złożyli ślubowanie w obecności prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr. farm. Mateusza Szamałka. Spotkania z prezesem Wlkp. ORA odbywały się w grupach liczących około 20 osób. Ja byłam również jedną z nich. Absolwentom przedstawiono zarówno prawa, jak i obowiązki, jakie niesie ze sobą członkostwo w Wielkopolskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej. Wyjątkowość wnętrza oraz eksponaty, jakie znajdują się w Muzeum Farmacji, zapewniły niezapomniany klimat tego podniosłego dla każdego młodego adepta farmacji wydarzenia.

mgr farm. KATARZYNA GĘBKA

STAŻ W APTECE

■ *Od wielu lat studenci farmacji w Polsce walczą, by ich praca podczas sześciomiesięcznego stażu w aptece wiązała się z otrzymywaniem wynagrodzenia. Były już petycje i prośby, temat poruszany jest przy każdej nadarzającej się okazji. Niestety, efektów brak, a tysiące młodych ludzi po zakończeniu zajęć na kierunku farmacja poświęca 720 godzin na (nie)dobrowolny wolontariat w aptece, obsługując pacjentów, dzieląc się poradą, przyjmując napływający towar itd. W końcu jest to niezbędny warunek otrzymania dyplomu ukończenia studiów farmaceutycznych, a następnie prawa wykonywania zawodu. Jak bardzo, w praktyce, różni się wiedza i doświadczenie studenta pracującego w piątym miesiącu stażu, a farmaceuty rozpoczynającego swoją drogę zawodową? Dziś, kończąc staż, mogę stwierdzić, że niewiele. Sytuacja jest wygodna z wielu perspektyw – pomijając oczywiście tę studencką – brak finansowania młodych adeptów sztuki farmacji nie wymaga organizowania funduszy ze środków publicznych (jak wszyscy wiemy, niezależnie od dziedziny życia, tych zawsze brak), nie wymaga również wkładu finansowego ze strony apteki, która na pół roku zyskuje darmowego magistra do zadań wszelkich, którym może dysponować wedle własnego uznania. Pomijanie w tym schemacie postępowania potrzeb studenta już teraz wiąże się z coraz mniejszym zainteresowaniem licealistów tym kierunkiem studiów. „Pół roku za darmo? Z czego się utrzymać? Jak dorobić, skoro większość dnia jest się w aptece?” – te pytania towarzyszą zarówno odbywającym staż, jak i tym, których dopiero on czeka. Czy w perspektywie czasu mamy szansę na zmianę? Czy kolejne pokolenia studiujących farmację zostaną postawione przed tymi samymi pytaniami?*

mgr farm. PATRYCJA LISOWSKA

PROBIOTYKI NA ZDROWIE

■ *Z artykułu mgr farm. Elżbiety Popiół „Probiotyki na zdrowie” („Farmacja Wielkopolska”, nr 25) dowiedziałam się, że pacjenci polskich aptek mają do wyboru ponad 300 różnych preparatów probiotycznych. Niestety, ułatwiony dostęp do tych farmaceutyków i uleganie marketingowym przekazom nieuchronnie wiąże się z nadużywaniem, a nawet nieprawidłowym stosowaniem probiotyków. Inny problem to działania niepożądane, które pacjent powinien zgłaszać lekarzowi. Niemniej jednak prawidłowa probiotykoterapia jest konieczna i niezastąpiona w procesie odbudowy mikroflory jelitowej lub podczas profilaktyki i uzupełniania codziennej diety. Ogromne korzyści przynosi stosowanie probiotyków zwłaszcza podczas antybiotykoterapii. Istotna jest rekomendacja autorki artykułu, która podkreśla, że „aby korzystać z probiotyków w sposób skuteczny i bezpieczny, ważne jest dokładne zapoznanie się z produktem, jego składem i źródłem zakupu”.*

ANNA JAROSIK

Studentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu



ZMIANA ROLI FARMACEUTY

„Priorytetem w naszej strategii będzie zmiana roli farmaceuty, która z jednej strony koncentrować się będzie na budowaniu nowych świadczeń i umacnianiu naszej pozycji jako zaufanego zawodu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony naszym celem będzie obrona wartości, które udało się nam osiągnąć w ciągu ostatnich lat” – podkreśla mgr farm. **MAREK TOMKÓW**, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, odpowiadając na pytania, które w imieniu „Farmacji Wielkopolskiej” zadał redaktor naczelny **Eugeniusz Jarosik**.

EUGENIUSZ JAROSIK: Rola farmaceuty w aptece ogólnodostępnej w ciągu ostatnich dekad została zmarginalizowana do czynności formalnych, przede wszystkim do realizacji recepty lekarskiej, wydania leku, sprzedaży suplementu diety... Takie wykonywanie zawodu – opieka farmaceutyczna, zwłaszcza refundowana, to nadal melodia przyszłości – dalekie jest od istniejącego już w niektórych krajach modelu podejmowania interwencji klinicznych przez farmaceutę w sytuacji, gdy zidentyfikuje on rzeczywisty lub potencjalny problem lekowy. W jaką stronę zmierza polskie aptekarstwo wobec zmian właścicielskich na rynku aptek i presji podmiotów biznesowych, nastawionych przede wszystkim na maksymalizację zysku?

MAREK TOMKÓW: Trudno nie zauważyć znaczących zmian, które miały miejsce na rynku farmaceutycznym w ostatnim czasie. Kluczowe dla naszego

zawodu ustawy, w tym te dotyczące realnego świadczenia usług zdrowotnych przez farmaceutów – jak ustawa o zawodzie farmaceuty, „Apteka dla Aptekarza 1.0” oraz „Apteka dla Aptekarza 2.0” – przyczyniły się do istotnej ewolucji w branży. Te zmiany, dotyczące zarówno kwestii właścicielskich, jak i nacisków biznesowych, nie tylko zostały wprowadzone do porządku prawnego po gruntownych konsultacjach i obronie w mediach, ale również otworzyły farmaceutów na nowe role w systemie opieki zdrowotnej.

Po raz pierwszy w historii farmaceuci zaczęli pełnić funkcję udzielających świadczeń zdrowotnych, co nie tylko pozwoliło na pozyskanie dodatkowych środków – na przykład 200 milionów złotych z tytułu szczepień – ale także na rozszerzenie



zakresu usług. Obecnie farmaceuci mają prawo do wykonywania 20 zalecanych szczepień ochronnych i mogą świadczyć realną opiekę zdrowotną, między innymi poprzez przeglądy lekowe czy badania diagnostyczne.

Dodatkowe korzyści, zarówno pośrednie, jak i bezpośrednie, wpływają na wynagrodzenia farmaceutów. Uznanie aptek za podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych otwiera drogę do dalszych profitów. Ponadto 11 tysięcy farmaceutów, którzy ukończyli kursy szczepień, i trzy miliony wykonanych przez nich szczepień świadczą o sukcesie tej inicjatywy. To dopiero początek, ponieważ kolejne świadczenia zdrowotne powinny być sukcesywnie wprowadzane.

Nowe usługi, takie jak szczepienia, testowanie czy pobieranie wymazów w aptekach ogólnodostępnych, nie stanowią remedium na poprawę rentowności aptek, szczególnie w mniejszych miejscowościach i w ośrodkach o dużym nasyceniu aptek. Ponadto poziom wyszczepienia Polaków maleje – ten trend się utrzymuje. Legislacja farmaceutyczna – prawo farmaceutyczne, ustawa o refundacji leków, a przede wszystkim ustawa o zawodzie farmaceuty – definiuje wydanie produktu leczniczego z apteki nie jako sprzedaż, lecz usługę farmaceutyczną. Jak Pan zapatruje się na możliwość uzupełnienia lub zastąpienia marży ze sprzedaży leków, będącej obecnie podstawowym źródłem finansowania apteki, refundowaną opłatą dyspensyjną za usługę wydania leku z apteki? Takie rozwiązanie mogłoby przeciwzdecydowanie poprawić rentowność aptek.

Aby zwiększyć rentowność aptek, Naczelna Rada Aptekarska (NRA) aktywnie angażowała się w prace nad nowelizacją ustawy refundacyjnej, co doprowadziło do zmiany w tabeli marż. Po 11 latach apteki otrzymały ich podwyżkę o wartości około 300 milionów złotych rocznie. Ponadto nasze działania przyczyniły się do potrojenia wysokości stawki taxa laborum, co przełożyło się na dodatkowe ponad 100 milionów złotych. Kolejne niemal 40 milionów złotych to środki, które Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczy na wynagrodzenie aptek za dyżury nocne, rozwiązując problem oczekiwany przez branżę od 30 lat.

Propozycja wprowadzenia opłaty dyspensyjnej, złożona przez NRA wraz z odpowiednimi wyliczeniami, napotkała jednak na sprzeciw ze strony Ministerstwa Zdrowia i z powodu ograniczonego czasu na

procedowanie ustawy w Sejmie dyskusja na ten temat została przesunięta na czas kolejnej nowelizacji. Warto jednak zauważyć, że proponowana opłata przyniosłaby porównywalne korzyści finansowe do obecnych podwyżek marż. Moim zdaniem klucz do poprawy rentowności aptek oraz wynagrodzeń farmaceutów leży w innych świadczeniach – marże zawsze będą przedmiotem negocjacji między aptekami, które dążą do ich maksymalizacji, a płatnikiem, który poszukuje oszczędności. Jako przykład warto wspomnieć, że wykonanie jednego szczepienia przeciwko COVID-19 przynosi wartość równą stukrotności marży na popularnym leku refundowanym.

W czasach, kiedy odnotowujemy spadkową tendencję do szczepień, a pacjent może kupić i wykonać samodzielnie test, trudno jest podtrzymywać tezę, że działania te zaradzą dzisiejszym problemom, z jakim borykają się aptekarze. Jakie w takim razie są według Pana jeszcze inne możliwości rozwoju zawodowego i ekonomicznego farmaceutów – zarówno pracowników, jak i właścicieli – w aptekach?

Skupienie się na jednym badaniu jest niepotrzebnym redukowaniem naszego potencjału i możliwości. Pomijając fakt, że po 30 latach farmaceuci uzyskali prawo do pomiaru ciśnienia i masy ciała, należy patrzeć na temat szeroko i traktować komplet badań, które możemy wykonywać, jako tożsamy z pakietem badań wymaganych w programach profilaktycznych, na przykład chorób układu krążenia. To właśnie profilaktyka prowadzona w aptekach ma szansę na ogromny rozwój, biorąc pod uwagę aktualne trendy polityczne i zdrowotne, jako świadczenie zdrowotne udzielane przez farmaceutę i skuteczne narzędzie finansowo wzmacniające apteki. Nie sposób zgodzić się też z tezą, że liczba szczepień spada, bowiem doświadczenie pokazuje, że apteki będą rozwijać portfolio szczepień, mając już dzisiaj możliwość wykonywania 26 szczepień, z czego trzech finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym także szczepień całorocznych.

W ubiegłym roku weszły w życie zmiany w ustawie Prawo farmaceutyczne, które zmodyfikowały zasadę „apteka dla aptekarza”, wprowadzoną do polskiego systemu prawnego w 2017 r. Niestety, przyjęte kilka lat temu przepisy były nieprecyzyjne, a ponadto interpretowano je niezgodnie z duchem i celem wspomnianej nowelizacji. Efektem była dalsza monopolizacja rynku usług farmaceutycznych

i bankructwo wielu polskich przedsiębiorców prowadzących apteki. W 2017 r. był Pan wiceprezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej. Jak to się stało, że podczas prac legislacyjnych samorząd nie dostrzegł furtek pozostawionych w prawie dla podmiotów sieciowych? Dlaczego środowisko aptekarskie tak długo musiało czekać na doprecyzowanie przepisów? Czy nie sądzi Pan, że zmiany na rynku aptek są już nieodwracalne?

Nie można przejść obojętnie obok zmian, które nieodwracalnie wpłynęły na rynek farmaceutyczny, w tym kluczowej „Apteki dla Aptekarza 2.0”. W 2017 r. udało się wprowadzić „Aptekę dla Aptekarza 1.0”, co stanowiło znaczący sukces. Ważne jest jednak uświadomienie sobie, że żadne dodatkowe ograniczenia poza tymi już wprowadzonymi nie spotkałyby się z politycznym poparciem żadnej ze stron sceny politycznej.

Niestety, nie przewidziano wówczas słabości samych farmaceutów – naszych koleżanek i kolegów, którzy za niewielkie wynagrodzenie zgadzali się na „słupowanie” własnym imieniem i nazwiskiem, co stało się popularną i skuteczną metodą przejmowania rynku. W odpowiedzi na te praktyki, z pełnym wsparciem i zaangażowaniem Naczelnej Rady Aptekarskiej wprowadzono „Aptekę dla Aptekarza 2.0”, która za naruszenie przepisów przewiduje kary do pięciu milionów złotych.

Należy również podkreślić, że prawnicy Naczelnej Rady Aptekarskiej aktywnie uczestniczą w procesach sądowych przeciwko firmom naruszającym te przepisy, skutecznie wpływając na kształt orzecznictwa. Problemem pozostaje także przenoszenie zezwoleń wbrew decyzjom wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, co stanowi przedmiot obecnych działań sądowych.

Rok 2017, w którym uchwalono „Aptekę dla Aptekarza”, można uznać za punkt kulminacyjny tych działań i absolutny sukces. Argument, że ustawa nie spełniła swoich oczekiwań, jest sprzeczny z faktami. Przed jej wprowadzeniem notowano upadłość 800-1000 indywidualnych aptek rocznie, liczba ta spadła do około 200 po wprowadzeniu ustawy, co pozwoliło ochronić setki aptek w Polsce przed upadłością. Ustawa wprowadziła także zasady dotyczące geografii i demografii, chroniąc apteki przed nadmierną konkurencją. Od tego czasu apteki mogą być prowadzone wyłącznie przez farmaceutów,

a także uregulowano kwestie zbywania i dziedziczenia aptek oraz możliwość sprzedaży towarów, które wcześniej byłyby utylizowane.

Bagatelizowanie osiągnięć roku 2017 i twierdzenie, że nie spełniły one swojej roli, jest absolutnie nieuprawnione. Jednocześnie musimy przyznać, że nasze środowisko również miało swoje „czarne owce”. Warto jednak pamiętać, że gdyby podczas procedowania „AdA 1.0” zasugerowano brak zaufania do farmaceutów, mogłoby to podważyć samą ideę, że „apteka jest dla aptekarza”.

W lutym minister zdrowia Izabela Leszczyna w rozmowie z dziennikarzami Wirtualnej Polski stwierdziła, że nowelizacja określana jako „Apteka dla Aptekarza 2.0” „powinna zostać cofnięta”. Z wypowiedzi minister Leszczyny, wynika, że nie rozumie reguł funkcjonowania polskiego rynku farmaceutycznego. Jakie działania podjęła Naczelna Izba Aptekarska po publikacji tego wywiadu i wraźliwych w nim poglądów dotyczących przyszłości wspomnianej nowelizacji?

Przede wszystkim podkreślić należy, że była to wypowiedź Pani Minister jednocześnie opatrzona komentarzem, iż w ministerstwie nie toczą się żadne prace, które miałyby na celu uchylanie „Apteki dla Aptekarza”. Drugą ważną informacją jest fakt, że sama Pani Minister jeszcze jako poseł głosowała za tą nowelizacją. Naczelna Rada Aptekarska poprosiła o spotkanie z Panią Minister, to spotkanie się odbyło, wyjaśniliśmy na nim wszelkie, a przynajmniej dużą część tych wszystkich wątpliwości, które zostają podnoszone również w kontekście „Apteki dla Aptekarza 2.0” i uzyskaliśmy zapewnienie, że w tej chwili nie toczą się w ministerstwie żadne prace zmierzające do uchylenia tego przepisu.

Minęły już trzy lata od uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty. To dobry moment, by dokonać oceny zawartych w niej regulacji. Piotr Sędkak, prawnik, jeden z uczestników debaty, jaka toczyła się na łamach „Farmacji Wielkopolskiej”, napisał: „(...) ustawa o zawodzie powinna nadać realne uprawnienia samorządowi zawodowemu w zakresie stania na straży zawodowej niezależności. Obecnie jego rola sprowadza się do wydawania niewiążących opinii. Ustawa powinna również wprowadzić bardziej dotkliwe sankcje za naruszanie niezależności zawodowej wszystkich farmaceutów zatrudnianych w aptekach, a nie tylko kierowników aptek”. Czy zgodzi się Pan z tą opinią? Co ustawa

zmieniła w wykonywaniu zawodu farmaceuty? Czy według Pana spełnia ona oczekiwania środowiska aptekarskiego? Które przepisy budzą największe kontrowersje i należałoby je zmienić?

Nawet pobieżna lektura ustawy o zawodzie farmaceuty pokazuje, że znajdują się tam niezwykle ważne z punktu widzenia niezależności przepisy. Kwestia polecenia służbowego, które z mocy prawa nie jest ważne, jeżeli ingeruje w czynności wykonywane przez farmaceutę. Możliwość unieruchomienia apteki do trzech miesięcy, jeśli uniemożliwiane jest wykonywanie obowiązków kierownika apteki. Czy wreszcie sankcja cofnięcia zezwolenia za naruszenia wynikające z niezależności – to są bardzo mocne narzędzia, których współautorem była Naczelna Rada Aptekarska. Żeby potwierdzić nasze stanowisko, wystarczy spojrzeć na wystąpienia również moje, ale też przedstawicieli innych osób z NRA w Sejmie, gdzie z pełnym poświęceniem broniliśmy właśnie tych zapisów, mając po przeciwnej stronie organizacje biznesowe. Warto podkreślić, że przy poparciu Ministerstwa Zdrowia pierwotna treść projektu, która zakładała tak drastyczne obostrzenia, nie zmieniła się nawet o przecinek i wszystkie przepisy zostały uchwalone w treści proponowanej i akceptowanej przez NRA. Jeżeli zatem chodzi o niezależność farmaceutów, ustawa spełnia nasze oczekiwania. Trzeba też dodać, że obecnie uchwalone zmiany w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej również w ogromnej mierze opierają się na niezależności farmaceutów i podkreślaniu tej wartości jako nadrzędnej przy sprawowaniu nie tylko opieki farmaceutycznej, ale także wykonywaniu wszystkich pozostałych czynności zawodowych przez farmaceutów. Nie tylko zresztą w aptece.

Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym wartość rynku OTC jest wyższa od wartości rynku leków na receptę. Leki dostępne w placówkach obrotu pozaaptecznego, których jest około 400 tysięcy, w praktyce pozostają poza systemem kontroli i nadzoru Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej. Tymczasem w ostatnich latach wzrosła liczba nieletnich pacjentów hospitalizowanych z powodu zatrucia paracetamolem. Odrębnym problemem staje się także uzależnienie od leków kategorii OTC, zawierających fosforan kodeiny, pseudoefedrynę czy dekstrometorfan, które wydawane są bez recepty w ilości jednego opakowania, jednak w każdym mieście, nawet kilkutysięcznym,

z łatwością można zdobyć większą liczbę opakowań. Osoby poniżej 18. roku życia nie mogą kupić w sklepach alkoholu i papierosów, ale mają ułatwiony dostęp do leków, których nieprawidłowe stosowanie może być groźne dla zdrowia. Dlaczego do tej pory nie udało się uporządkować pozaaptecznego obrotu lekami OTC? Jakie działania w tej sprawie podejmowane były w poprzedniej kadencji NRA? Jak NIA zamierza przekonać obecne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia do zmiany liberalnego podejścia w kwestii uregulowania pozaaptecznego obrotu lekami OTC?

Naczelna Rada Aptekarska prowadziła bardzo dużą kampanię związaną z lekami dostępnymi poza aptekami i ryzykiem wynikającym z takiego prowadzenia obrotu, zresztą pytanie Pana Redaktora świadczy o tym, że Pan dokładnie zapoznał się z danymi, które przedstawiła NRA, nieznacznie je jedynie przekręcając. Jeśli chodzi o produkty zawierające pseudoefedrynę, dekstrometorfan i kodeinę, należy pamiętać, że to dzięki pracy Naczelnej Rady Aptekarskiej w ogóle istnieją jakiekolwiek obostrzenia przy wydawaniu tych leków, zarówno w kontekście wiekowym, jak i w kontekście jednego opakowania. I wreszcie niezwykle istotny przepis, który mówi, że farmaceuta lub technik może odmówić wydania takiego produktu, jeżeli uważa, że może zostać on użyty w celu pozamedycznym. Należy pamiętać, że mówimy o lekach OTC, a nie lekach dostępnych na receptę, w związku z czym wobec tych produktów i tak bardzo mocne regulacje zostały przyjęte. Jeżeli zobaczymy chociażby na przykład na przepisy dotyczące zakazu zbywania leków z apteki do podmiotów nieuprawnionych, to o ile w przypadku leków dostępnych na receptę są one bardzo klarowne, o tyle w przypadku leków OTC możemy je sprzedać przypadkowo na rzecz podmiotu gospodarczego znowu z wyłączeniem tych produktów, o których Pan wspominał. Liberalizacja tego rynku jest dla nas bardzo dużym problemem, natomiast, niestety, rządzący nie chcą go ograniczać w radykalny sposób. Ostatnie takie próby podjęte były w roku 2017 bezskutecznie ze względu na dużą presję po pierwsze pacjentów, a po drugie dużych koncernów farmaceutycznych.

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski obiecywał, że jeszcze w 2023 r. przeglądy lekowe trafią do koszyka świadczeń gwarantowanych. Ta obietnica nie została spełniona, a perspektywa finansowania opieki farmaceutycznej ze środków publicznych staje się coraz bardziej mglista,

zwłaszcza wobec opinii Rady Przejrzystości Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która w specyficzny sposób zinterpretowała wyniki pilotażu Przeglądu Lekowego, wskazując, że nie potwierdzają one redukcji wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia. Jakie działania podejmie Naczelna Izba Aptekarska, by opieka farmaceutyczna zajęła należne jej miejsce w systemie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego?

Przyczyną takiego stanu rzeczy, który dotyczy Przeglądu Lekowego, jest w naszej ocenie błędnie przeprowadzony pilotaż, który już na samym początku zawierał wadliwe elementy, takie jak dobór osób, które brały udział w pilotażu, czy w naszej ocenie błędne założenia. Jego celem powinno być wykazanie oszczędności płatnika, bo to stanowi ogromną zachętę do tego, żeby finansować dowolne świadczenie zdrowotne w aptece. Niemniej jednak sam raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wskazuje, że opieka farmaceutyczna jest niezwykle potrzebna i powinna być refundowana. Jedyną odpowiedzią na takie słowa może być stworzenie kolejnych świadczeń, tym razem przygotowanych w sposób zupełnie inny ze wskazaniem oszczędności po stronie płatnika i takie świadczenia są w tej chwili przygotowane przez środowisko naukowe we współpracy z Naczelną Radą Aptekarską – mówimy tutaj chociażby o takich kwestiach jak nowe świadczenie, czyli Nowy Lek. Zespoły do spraw opieki farmaceutycznej działające przy Naczelnej Radzie Aptekarskiej przygotowały choćby takie wytyczne jak badanie diagnostyczne. Dodatkowo będziemy starali się o włączenie aptek właśnie na tej podstawie do programu chorób układu krążenia, który jest świadczeniem refundowanym.

Rada Przejrzystości AOTMiT podkreśla, że postulowane przez autorów Pilotażu Przeglądów Lekowych wymagania ukończenia „krótkiego kursu” przez farmaceutów przed możliwością świadczenia opieki farmaceutycznej stanowi „warunek nadmierny”, bowiem kwalifikacje farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu obejmują opiekę farmaceutyczną. Czy podziela Pan opinię Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, że wykonywanie przeglądu lekowego to umiejętność, do której farmaceutyci zostali przygotowani podczas studiów oraz w ramach szkoleń ciągłych?

Absolutnie nie podzielam argumentu twórców pilotażu, jakoby farmaceutyci musieli zdobywać



mgr farm. MAREK TOMKÓW

■ Od 2024 r. prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, wybrany na to stanowisko na IX Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Warszawie (26–28 stycznia 2024 r.). W 1995 r. ukończył Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej we Wrocławiu. Posiada specjalizację pierwszego stopnia z farmacji aptecznej. Ma ponad dwudziestopięcioletnie doświadczenie w sektorze farmaceutycznym. Pełnił funkcje wiceprezesa NRA (2016–2024), prezesa Opolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej (2015–2023) i wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (2002–2007).

NIA

dotatkowe uprawnienia czy certyfikaty. Zgodnie z przepisami prawa ustawy o zawodzie, o które walczyła Naczelna Izba Aptekarska, każdy farmaceuta ma prawo do sprawowania opieki farmaceutycznej. Nielicznym wyjątkiem są badania diagnostyczne, gdzie trzeba ukończyć dodatkowy kurs. I to jest oczywiste, ponieważ wymaga specjalistycznych często procedur, związanych chociażby z przerywaniem ciągłości skóry pacjenta. W mojej ocenie każdy farmaceuta musi samodzielnie podejmować decyzje, czy i na ile jest gotów do poszczególnych świadczeń. Jedni z nas będą woleli szczepić, inni będą woleli wykonywać przeglądy lekowe. Natomiast to do nas powinna należeć decyzja, gdzie chcemy to robić i na podstawie jakiego doświadczenia. Farmaceuci szukają wiedzy na swój sposób i w różnych miejscach, w zależności od tego, czy chcą skończyć podyplomowe studia, czy chcą uczestniczyć w webinarach, czy wolą się doksztalać samodzielnie. To jest ich decyzja, natomiast prawo nie przewiduje w tym zakresie uzyskiwania dodatkowych uprawnień. Wielokrotnie to podkreślaliśmy również w trakcie składania uwag przed prowadzeniem pilotażu. Nasza reakcja, jeżeli chodzi o wypowiedzi organizatorów pilotażu o dodatkowych uprawnieniach, była bardzo ostra i stanowcza – została też zaakceptowana przez Ministerstwo Zdrowia.

Komunikacja farmaceutów z lekarzami w naszym kraju jest na ogół jednostronna i dotyczy kwestii formalnych, co zresztą bywa źródłem nieporozumień. Asymetria relacji lekarz–farmaceuta, wynikająca z posiadanej przez lekarzy władzy do stawiania diagnozy i wystawiania recept, często wiąże się z niezrozumieniem przez to środowisko roli, jaką może odegrać farmaceuta w procesie terapeutycznym. Jak wyjść z tego poziomu izolacji i zacząć tworzyć uwarunkowania sprzyjające współpracy międzyzawodowej?

Sytuacja między naszymi samorządami układa się coraz lepiej. Rola farmaceutów jest zmieniana i postrzegana. Dotychczas była bardzo mocno zamazana ze względu na trudną sytuację związaną z wystawianiem i realizacją recept, to bowiem stanowiło podstawowy element konfliktu. A więc niezrozumienie trudnych i zawiłych przepisów, gdzie z jednej strony my traktowaliśmy jako lekarzy tych, którzy przysparzali nam problemów, z drugiej strony oni patrzyli na nas jako na osoby nadmiernie interpretujące przepisy i będące źródłem

problemów dla ich środowiska. Dzisiaj sama wypowiedź konsultantów krajowych, którzy twierdzą, że farmaceuci powinni znaleźć swoje miejsce nawet w zespołach medycyny rodzinnej czy opieki koordynowanej, gdzie farmaceuci kliniczni zaczynają rozwijać pierwsze usługi na oddziałach, na których pracują, gdzie wspólnie z lekarzami ustalamy, jak powinny wyglądać nowe przepisy dotyczące realizacji recept, gdzie organizowane są konferencje, na których sławy środowiska lekarskiego wypowiadają się bardzo pozytywnie o opiece farmaceutycznej, zachęcając do jej tworzenia, gdzie największe autorytety z dziedziny wakcynologii zachęcają do wykonywania szczepień w aptekach, wskazując, że powinno być rozszerzane portfolio, ale również zakres wiekowy szczepionych pacjentów – to pokazuje nam, w jak odmiennej roli znajdują się już dzisiaj nasze samorządy. Zamiast dyskusji o tym, gdzie powinny być sprzedawane szczepionki, z jakim podatkiem VAT, czy właściwy jest transport z apteki do przychodni – rozmawiamy dzisiaj o bardzo szerokich szczepieniach populacyjnych, gdzie mając doświadczenia trzech milionów podań w przypadku COVID, możemy już mówić o zupełnie innym rozwoju. Mamy nadzieję, że doprowadzenie do końca prac nad ustawą w zakresie przepisów dotyczących wystawiania i realizacji recept również ten element współpracy czy potencjalnych konfliktów zniweluje. Dzisiaj cieszymy się z bardzo dużego poparcia i akceptacji naszych pomysłów zgłaszanych na posiedzeniach zespołu do spraw recept. Sytuacja, która ciągnęła się kilkadziesiąt lat, nie jest łatwa do naprawienia w ciągu kilku czy kilkunastu miesięcy. Natomiast widząc teraz przychyłność bardzo wielu lekarzy, uważam, że jesteśmy w zupełnie innym miejscu, niż byliśmy kiedyś.

Z badań ankietowych przeprowadzonych w ramach programu „Recepta na Sukces”, organizowanego przez firmę Gedeon Richter, wynika, że zdecydowana większość studentów farmacji nie zamierza pracować w aptece. Zainteresowanie studiowaniem farmacji z roku na rok jest coraz mniejsze. Czy zatem grozi nam deficyt fachowego personelu w aptekach? Nie obawia się Pan, że skoro farmaceuci nie chcą pracować w aptekach, zostaną w końcu zastąpieni technikami farmaceutycznymi, którzy przejmą część ich uprawnień? Jakie działania na poziomie legislacyjnym, politycznym i systemowym powinny zostać



podjęte, żeby rozwiązać problem powstającej luki pokoleniowej wśród aptekarzy?

Stwierdzenie, że powstanie luka pokoleniowa tylko dlatego, że została przeprowadzona ankieta, to zbyt daleko idący wniosek. Założenie, że farmaceuci chcieli i marzyli o pracy w aptekach wtedy, kiedy nie było możliwości świadczenia opieki farmaceutycznej, a nie chcą jej wykonywać dzisiaj, kiedy te możliwości się pojawiają, wydaje się sprzeczne nie tylko z faktami, ale również z logiką. Opinia studentów farmacji na temat tego, jak wygląda praca w naszym zawodzie, oparta może być głównie na podstawie przekazów z mediów społecznościowych, w tym również krytycznych artykułów na temat naszego zawodu i dziwnymi pytaniami stawianymi przez część redaktorów. Ryzyko, które jest dla naszego zawodu, widzę w dwóch miejscach: po pierwsze, w ucieczce studentów na nowo tworzone kierunki lekarskie, które sprawiają, że każdy będzie miał możliwość studiowania bliżej, taniej i na kierunku, który gwarantuje wyższe wynagrodzenia. Po drugie, w sytuacji, kiedy nasz zawód byłby bardzo mocno zepchnięty na margines w związku z postępującą cyfryzacją i automatyzacją. Jedynym sensownym

rozwiązaniem, o którym mówiliśmy bardzo głośno nie tylko w trakcie kampanii wyborczej, ale również w ciągu kilku ostatnich lat, jest po prostu zmiana roli farmaceuty i wiązanie go ze świadczeniami. Wiązanie go nie tylko ze szczepieniami, ale również na przykład z receptą kontynuowaną, przeglądami lekowymi czy nowymi świadczeniami wprowadzonymi do aptek, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki. To jest jedyna w tej chwili sensowna droga. Nie jest ona zresztą jedynie pomysłem polskim, ale czerpiemy te modele z wzorców wielu innych rozwiniętych krajów, choćby Wielkiej Brytanii.

W ubiegłym roku zakończył prace zespół Ministerstwa Zdrowia do spraw opracowania zmian standardu kształcenia przygotowującego do zawodu farmaceuty. Jakiego Pana zdaniem zmiany w kształceniu są potrzebne zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, pacjenta, jak i dla farmaceuty, któremu należy stworzyć ścieżki kariery i możliwości rozwoju?

Ustawa o zawodzie umożliwia wykonywanie zawodu nie tylko w aptece, ale również poza nią, chociażby w gabinetach opieki farmaceutycznej. A zatem ta

ścieżka kariery już dzisiaj zaczyna nam się zmieniać. Nie wszystkie świadczenia związane z opieką farmaceutyczną muszą być wykonywane w aptece. Należy zmienić sposób kształcenia w ten sposób, żeby odbarczyć studia z gigantycznej liczby godzin chemii i sposobu kształcenia opartego na uczeniu się na pamięć kolorów osadów z przeniesieniem naszych możliwości i umiejętności chociażby w kierunku takim, jak prowadzenie badań diagnostycznych czy szczepień. Nie musi to być wówczas dokonywane w kształceniu podyplomowym, ale mogłoby się stać jednym z elementów studiów. Kolejna ważna propozycja, która jest po stronie Ministerstwa Zdrowia – to skrócenie okresu studiów o czas praktyki, która odbywałaby się już na przykład na piątym roku. Wówczas mielibyśmy rozwiązany problem bezpłatnych sześciu miesięcy praktyki, za którą farmaceuci tuż przed uzyskaniem swoich uprawnień dzisiaj nie otrzymują żadnego wynagrodzenia.

Zgodnie z art. 93 ustawy Prawo farmaceutyczne kierownikiem apteki szpitalnej lub zakładowej może być farmaceuta, który posiada tytuł specjalisty w dziedzinie farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej lub farmacji aptecznej. Czy Pana zdaniem obowiązek posiadania specjalizacji nie powinien obejmować również kierownika apteki ogólnodostępnej? Wprowadzenie odpowiedniej regulacji z uwzględnieniem okresu przejściowego, na przykład dziesięcioletniego, mogłoby podnieść rangę zawodu i wzmocnić pozycję farmaceuty kierującego apteką.

Po pierwsze, trzeba mieć świadomość, że obowiązek posiadania specjalizacji wystąpił przy tworzeniu ustawy o zawodzie na prośbę samych zainteresowanych, a więc farmaceutów szpitalnych. Nie miał jednak wiele wspólnego z podnoszeniem rangi tego zawodu, a jedynie z umieszczeniem farmaceutów szpitalnych w nieco wyższym pułapie siatki płac. Jeżeli chodzi o kierowników aptek ogólnodostępnych, nie jestem przekonany czy obowiązkowa specjalizacja, zwłaszcza kiedy płacą za nią sami farmaceuci, miałaby cokolwiek poprawić. Wystarczy sięgnąć wstecz do końcówki lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, kiedy wprowadzono obowiązkową specjalizację i pięcioletni staż, żeby móc wykonywać funkcje w aptekach. I wycofano się z tego pomysłu, ponieważ nie tylko nie przyniosło to poprawy rangi zawodu, ale spowodowało utrudnienie wejścia w zawodowe życie młodym

farmaceutom. Wycofano się z tego pomysłu, uznając, że był po prostu nietrafiony i bezsensowny. Tworzenie kolejnych regulacji po to, żeby blokować obejmowanie funkcji w aptekach, nie rozwiąże problemów tego rynku.

Czy Naczelna Izba Aptekarska będzie strzegła nienaruszalności przepisów dotyczących zakazu reklamy aptek w rozumieniu art. 94a ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne, które są przedmiotem krytyki ze strony organizacji reprezentujących interesy dużych podmiotów funkcjonujących na polskim rynku farmaceutycznym? Twierdzą one, moim zdaniem bezpodstawnie, że zakaz reklamowania aptek oraz ich działalności ogranicza swobodę świadczenia usług, a ponadto narusza regulacje unijne, tzw. dyrektywę o handlu elektronicznym.

Obiekcje do tego przepisu zgłaszają nie tylko organizacje biznesowe, ale również organy Unii Europejskiej, które wytoczyły postępowanie przeciwko Polsce w tym zakresie. W mojej ocenie zmienia się rola aptek i przepisy dotyczące zakazu reklamy będą utrudniały informowanie o świadczeniach zdrowotnych wykonywanych w aptekach. Po raz pierwszy zderzyliśmy się z tym problemem, kiedy część aptek szczepiła i nie było wiadomo, w jaki sposób mogą poinformować o tym pacjentów. Kiedy apteki będą nam się nadal dzieliły na te, które wykonują poszczególne świadczenia – jedni będą wykonywali przeglądy lekowe, inni szczepienia, a jeszcze inni badania diagnostyczne czy programy profilaktyczne – musimy mieć możliwość informowania o tym fakcie. W ocenie Naczelnej Rady Aptekarskiej i w mojej własnej opinii istotna jest taka zmiana przepisów, która pozwoliłaby na to na przykład w zuniifikowany sposób, dokładnie tak, jak wygląda to w przypadku logo e-recepty czy obowiązku informowania o możliwości zakupu tańszego zamiennika. Wówczas zyskalibyśmy prawo do informacji, a nie umożliwilibyśmy kolejnych ścieżek, które powodowałyby nadużywanie zakazu reklamy. Oczywiście zakaz reklamy nadużywany był wielokrotnie nawet w przypadku zwykłych godzin czynności czy mapy dojazdowej do konkretnej apteki. Dzisiaj przy tak bogatym orzecznictwie bardzo łatwo jest odróżnić, co jest reklamą, a co jest informacją. Należy pamiętać o tym, że przepis ten ma 12 lat i niezmodyfikowany będzie utrudniał funkcjonowanie aptek świadczących opiekę



Ustawa o zawodzie umożliwia wykonywanie zawodu nie tylko w aptece, ale również poza nią, chociażby w gabinetach opieki farmaceutycznej

farmaceutyczną. A więc w tym zakresie powinien być lekko skorygowany. W każdym pozostałym nadal absolutnie stoimy na stanowisku, że ani podmiot prowadzący aptekę nie powinien jej reklamować, ani farmaceuta wykonujący zawód także.

Czy w zmieniającej się rzeczywistości, w jakiej funkcjonują polskie apteki, widzi Pan sens dalszego istnienia receptury

aptecznej? Czy Pana zdaniem obecne wartości stawki taxa laborum (wzrosła po wielu latach, jednak nadal nie jest powiązana z najniższym wynagrodzeniem za pracę) oraz marża, która nie może być wyższa niż 25%, lecz nie większa niż taxa laborum za lek jałowy, są wystarczające, aby pokryć koszty wytwarzania leku recepturowego?

Przypomnijmy, że przez ostatnie lata receptura apteczna mimo spadku o połowę liczby recept podniosła wartość refundacji po stronie płatnika o prawie 580 milionów złotych. To pokazuje, że w sytuacji, kiedy recepta na stugramowy żel z ketoprofenem kosztowała płatnika 180 tysięcy złotych – sposób wyliczania nie był prawidłowy, co więcej, można śmiało powiedzieć, że dla przynajmniej kilku lub kilkunastu podmiotów stał się sposobem na pozyskiwanie dużych środków bezpośrednio z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – wykorzystywali funkcjonujące przepisy. Dzięki staraniom Naczelnej Rady Aptekarskiej trzykrotnie została podniesiona taxa laborum, a zatem opłacalność wykonywania receptury w tym zakresie zdecydowanie się poprawiła. Pamiętajmy, że propozycja Naczelnej Rady Aptekarskiej polegała na zawieszeniu tego wskaźnika również w oparciu o najniższe wynagrodzenie i takie też będzie nasze stanowisko, kiedy procedowana będzie ustawa w sprawie recept, obecnie opracowywana w zespole do spraw preskrypcji i realizacji recept oraz receptury aptecznej. Pytanie o sens prowadzenia przez każdą aptekę receptury to odrębna kwestia. Trzeba mieć na uwadze, że już dzisiaj w bardzo wielu miejscowościach nie pojawia się ani jedna recepta na lek robiony. Na Krajowym Zjeździe Aptekarzy padła propozycja uchwały, przyjęta dużą liczbą głosów delegatów, która wskazywała, że może wyjściem jest zlecenie receptury tym aptekom, które będą ją prowadziły na bardzo wysokim poziomie, a w przypadku pozostałych aptek wykorzystanie tych pomieszczeń do prowadzenia opieki farmaceutycznej.

Katalog możliwości wykonywania zawodu przez farmaceutę jest znacznie szerszy niż praca w aptece. Jak już wspomniano powyżej, wielu absolwentów farmacji upatruje swoją zawodową przyszłość w innych obszarach branży. Jaką ofertę i wizję ma NRA dla farmaceutów niepracujących w aptekach? Czy dostrzega Pan potrzebę legislacyjnego doprecyzowania możliwości świadczenia opieki

farmaceutycznej poza aptekami, a także wprowadzania ułatwień dla uruchamiania nowych usług w tzw. praktykach farmaceutycznych?

Gabinety opieki farmaceutycznej, a więc prowadzenie tych świadczeń poza apteką to coś, co nie wymaga dodatkowego uregulowania w prawie. Zresztą mówi to bardzo jasno stanowisko Naczelnej Rady Aptekarskiej sprzed kilku lat. Oczywiście będziemy się starali, żeby ten katalog był poszerzony również w takich obszarach, jak praca farmaceutów na przykład w domach pomocy społecznej przy szczyptach czy w innych miejscach. Dzisiaj ten zawód zyskał ogromne możliwości, jeżeli chodzi o samodzielne wykonywanie właśnie dzięki ustawie o zawodzie – i tę zmianę warto podkreślić. Kolejne świadczenia na pewno będą miały swoje znaczenie, pamiętać jednak należy, że świadczenie opieki farmaceutycznej nie jest możliwe w drodze usług teleinformatycznych, a zatem zawsze w pewnym sensie będzie to ograniczało te możliwości. Naczelna Rada Aptekarska stoi jednak na stanowisku, że ten zakaz jest absolutnie sensowny, unika bowiem ryzyka związanego z odpowiednikiem receptomatów w środowisku lekarskim.

Zamieszanie, jakie wywołało podczas styczniowego Krajowego Zjazdu Aptekarzy wyproszenie z sali obrad zaproszonych dziennikarzy, pokazało, jak ważna jest współpraca z przedstawicielami mediów oraz ciągła profesjonalna praca nad wizerunkiem samorządu aptekarskiego i farmaceutów jako zawodu zaufania publicznego. To istotne również dlatego, że – jak wynika z badań „Różnicowanie wizerunku apteki i aptekarza w miastach o odmiennej strukturze demograficznej” – „większość pacjentów aptek ogólnodostępnych nie jest zainteresowana wykształceniem obsługującego ich personelu”. Ma Pan pomysł na skuteczne działania wizerunkowe?

Naczelna Rada Aptekarska przeprowadzała skuteczne kampanie wizerunkowe pod hasłem „Co może dla Ciebie zrobić farmaceuta?”, opisujące również to, czym się zajmujemy i w jaki sposób pracujemy. Nie tylko ze względu na to, co robimy w aptece, ale również w innych miejscach, w których pracują farmaceuci, w przemyśle czy w hurtowniach także. Od kilku lat współpracujemy bardzo blisko z dziennikarzami, i niefortunna sytuacja, do której doszło na Krajowym Zjeździe Aptekarzy, nie ma na to absolutnie żadnego wpływu – wszystko zostało

zresztą wyjaśnione bezpośrednio z samymi zainteresowanymi. Bierzymy udział we wszystkich możliwych wydarzeniach, w których mówi się o zawodzie farmaceuty. A nasza codzienna praca powoduje, że dotychczas niewidziani farmaceuci również w poprzednich kadencjach, których rzecznikami były osoby bardzo mało zaangażowane we współpracę z mediami – pokazują, że ma to sens, nasz zawód staje się rozpoznawalny, a zasięgi monitorowane przez Naczelną Radę Aptekarską wskazują, że równowartość naszych wypowiedzi i stanowiska zajmowane we wszelkich kluczowych sprawach zyskują oglądalności na poziomie setek milionów odsłon i równowartości reklamowej liczonej w dziesiątkach milionów złotych. Zamierzamy nadal kontynuować ten kierunek, nie zamykając się, jak nasi poprzednicy, na media.

Czy mógłby Pan wskazać swoje priorytety w pracy na stanowisku prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej w perspektywie najbliższego roku oraz całej kadencji?

Priorytetem w naszej strategii będzie zmiana roli farmaceuty, która z jednej strony koncentrować się będzie na budowaniu nowych świadczeń i umacnianiu naszej pozycji jako zaufanego zawodu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony naszym celem będzie obrona wartości, które udało się nam osiągnąć w ciągu ostatnich lat. Obejmuje to takie inicjatywy jak „Apteka dla Aptekarza 1.0” i „Apteka dla Aptekarza 2.0”, zakaz reklamy oraz niezależność zapewniona przez ustawę o zawodzie farmaceuty.

Ponadto będziemy uważnie obserwować wszelkie zmiany dotyczące sprzedaży wysyłkowej leków na receptę, które były przedmiotem dyskusji w poprzedniej kadencji Sejmu. Dzięki staraniom Naczelnej Rady Aptekarskiej, która wykazała wszystkie ryzyka związane z wejściem w życie tego przepisu, udało się doprowadzić do jego uchylecia. Nasze działania będą kontynuacją tych wysiłków, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa i jakości obsługi pacjentów w aptekach.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

**Rozmawiał EUGENIUSZ JAROSIK
„Farmacja Wielkopolska”
Zdjęcia PRZEMYSŁAW BŁOCH**

DRUGA KADENCJA

Prof. dr hab. Anna Jelińska ponownie dziekanem
pozańskiego Wydziału Farmaceutycznego

W kwietniu 2024 r. prof. dr hab. Anna Jelińska, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej, została ponownie wybrana na stanowisko dziekana Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jest to niewątpliwy dowód uznania dla ogromnych zalet i umiejętności Pani Profesor w kierowaniu tak znakomitym wydziałem, który będąc ośrodkiem myśli naukowej, kształci kolejne pokolenia farmaceutów wypełniających szlachetną misję pomagania ludziom (prof. dr hab. Annę Jelińską przedstawiła prof. dr hab. Marianna Zajac w artykule „Nowy dziekan pozańskiego Wydziału Farmaceutycznego”, „Farmacja Wielkopolska”, nr 12/2020).

Miałem przyjemność być uczniem Pani Profesor na zajęciach z chemii leków na trzecim roku studiów. Przedmiot ten zawsze uchodził za jeden z najtrudniejszych. Był to swoisty moment przejścia w życiu adepta farmacji, w trakcie którego naszą dotychczasową wiedzę chemiczną przekuwaliśmy w znajomość mechanizmów działania leków. Z przyjemnością wspominam seminaria prowadzone przez Panią Profesor, która tę jakże złożoną i przede wszystkim ogromną tematykę potrafiła przedstawić nam w sposób przyjazny, ciekawy i bardzo dobrze usystematyzowany. Jej otwarte podejście zachęcające nas do samodzielnego myślenia pozostało dla mnie modelowym przykładem budowania autorytetu i szacunku do nauczyciela.

Życzę Pani Profesor dalszych dobrych, mądrych i odważnych decyzji, służących całej społeczności akademickiej Wydziału Farmaceutycznego oraz sprzyjających warunków do jego dalszego rozwoju.

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK



PROF. DR HAB. ANNA JELIŃSKA

Mirosław Baryga

FARMACJA WOBEC WYZWAŃ ZDROWOTNYCH XXI WIEKU

Przyszłością aptek będzie człowiek – nowoczesny farmaceuta ze swoją wszechstronną wiedzą kliniczną, bazujący na nowoczesnym programie nauczania, posiadający empatię dla chorych i umiejętność współpracy w zespole terapeutycznym z lekarzami i innymi przedstawicielami zawodów medycznych.

Farmacja to głównie apteki ogólnodostępne, apteki szpitalne, które są podstawowym miejscem pracy farmaceutów, ale także hurtownie i przemysł farmaceutyczny oraz wydziały farmaceutyczne na uniwersytetach medycznych. Zgodnie z definicją apteki zawartą w art. 86 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U.2022.2301): „Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne (...)”,

zatem, podobnie jak inne placówki ochrony zdrowia: szpitale, przychodnie lekarskie, poradnie lekarza rodzinnego, apteki stanowią ważne miejsce w ochronie zdrowia społeczeństwa.

Czynniki rozwoju farmacji

Każda epoka stawia wyzwania. Nie omijają one farmacji jako całości, a w szczególności farmaceutów, którzy muszą na nie stale odpowiadać poprzez rozwój swojej profesji zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami zdrowotnymi

społeczeństwa. Zasadniczymi czynnikami, które determinują wyzwania, to postępujący w XXI wieku w wyjątkowo szybkim tempie rozwój cyfryzacji, ogarniający wszystkie dziedziny życia. Bardzo ważnym wyznacznikiem jest też zmiana struktury wiekowej społeczeństwa w Polsce. Następuje wydłużenie długości życia, do czego przyczyniają się zarówno skuteczna profilaktyka, jak i leczenie chorób z użyciem najnowszych, ale i drogich technologii medycznych oraz nowoczesnych leków, a także rosnąca świadomość



www.stock.adobe.pl

społeczeństwa przy wyraźnym wsparciu wiedzy z cyfrowych nośników i powszechność dostępu do wiedzy przez Internet.

Cyfryzacja

Żyjemy w erze mocno zaawansowanej cyfryzacji i ten czynnik będzie determinował rozwój farmacji w kolejnych latach. Już w 2013 r. Królewskie Towarzystwo Farmaceutyczne (Wielka Brytania) w swoim raporcie na temat przyszłości farmacji podkreśliło potrzebę zmiany przez apteki swojej strategii polegającej wyłącznie na dostarczaniu leków na świadczenie usług odpowiadających potrzebom pacjentów. Opublikowany w 2019 r. długoterminowy plan NHS (*National Health Service of England*) dotyczący przyszłości farmacji uwzględnił potrzebę stosowania przez farmaceutów technologii cyfrowej w celu ulepszenia swoich usług i lepszej

interakcji z pacjentami¹. Pojawiło się wiele doniesień w literaturze odnośnie kierunków rozwoju farmacji. Zasadnicze zmiany będą wiązały się z poznaniem nowych dróg dostępu pacjentów do opieki zdrowotnej. W miarę jak technologia informatyczna staje się wszechobecna i zintegrowana z inteligentnym domem, rola apteki i farmaceuty będzie podlegać głębokiej ewolucji. Już widzimy konwergencję zdrowia i dobrego samopoczucia wraz ze zwiększoną rolą teleporad i wirtualnej opieki zdrowotnej. Prawdopodobnie będą jednak też osoby, które nie zastosują się do nowych zasad, nie będą chciały czy też nie będą mogły korzystać z cyfrowych technologii zdrowotnych (nawet przy drastycznym spadku kosztów) i będą potrzebować opieki osobistej – dla nich pozostanie tradycyjny model opieki farmaceutycznej.

W obecnym systemie opieki zdrowotnej farmaceuta jest zaufanym, ale też często niewykorzystanym członkiem zespołu służby zdrowia. W miarę jak branża farmaceutyczna będzie rozwijała wykorzystanie technologii wspomagających, farmaceutyci mogą znaleźć się na rozdrożu zawodowym: będą zwiększać zakres i wartość swojej roli w opiece zdrowotnej albo staną w obliczu potencjalnej dezintermediacji. Wiąże się to zazwyczaj z usuwaniem pośredników między świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami opieki. Zaburza to status quo, a takie zaburzenie proponują obecnie firmy posiadające nowe technologie. Proponowana innowacja obejmuje nie tylko technologię, ale także rekonfigurację opieki zdrowotnej. Przecież w niedalekiej przyszłości roboty prawdopodobnie będą podawać leki pacjentom, drukarki 3D będą

mogły drukować terapie skojarzone, a algorytmy będą mogły zająć się analizą większości zmian klinicznych u ludzi. Już dzisiaj pojawia się pytanie, kto leczy: lekarz czy algorytm? Można śmiało powiedzieć, że bez algorytmów nie ma medycyny przyszłości, ale i farmaceutów, którzy będą ściśle współpracować w zespole terapeutycznym z lekarzami, pielęgniarkami i innymi zawodami opieki zdrowotnej. Algorytmy predykcyjne oparte na AI (*artificial intelligence*), sztucznej inteligencji, już mają powszechne zastosowanie, jak chociażby do analizy zdjęć rentgenowskich czy obrazów magnetycznego rezonansu jądrowego. Nowoczesne rozwiązania wykorzystujące AI stosowane są również w obszarze farmacji. W połączeniu z takimi technologiami jak inteligentne soczewki kontaktowe, które wykorzystują rzeczywistość rozszerzoną (*augmented reality* – AR), mogą pomóc diabetikom kontrolować poziom glukozy we krwi. Kolejne lata dzięki zastosowaniu AI przyniosą zmiany w dziedzinie odkrywania i badań nad nowymi lekami, wprowadzaniu nowych terapii lekowych, a także transformacji procesów produkcyjnych. Okres tworzenia nowego leku, który trwa obecnie 10-12 lat, może zostać znacznie skrócony. Koncerny farmaceutyczne już wykorzystują AI do wyszukiwania pacjentów do badań klinicznych, a tym samym do przyśpieszenia opracowania leków i ostatecznie szybszego wprowadzenia ich do lecznictwa.

Rozwój sztucznej inteligencji i AR pomaga pracownikom służby zdrowia w zapewnianiu bardziej spersonalizowanych opcji

leczenia i planowaniu złożonych procedur w celu zagwarantowania lepszych wyników i jakości opieki zdrowotnej. Można je wykorzystać w praktyce farmaceutycznej, w tym do edukacji farmaceutycznej, w farmakogenomice, opracowywaniu leków i przewidywaniu efektów leczenia. Ponadto AR i AI mogą również pomóc w stworzeniu interaktywnego środowiska uczenia się dla studentów farmacji, aby mogli zdobywać wiedzę o rzeczywistych doświadczeniach, nie tylko w laboratoriach. Co więcej, włączenie sztucznej inteligencji i AR może pomóc w ulepszeniu sposobu, w jaki podmioty świadczące opiekę zdrowotną wykorzystują elektroniczną dokumentację medyczną do skutecznej interakcji z pacjentami w celu optymalizacji wyników leczenia. Dzięki tym technologiom istnieje ogromny potencjał, aby przyszłość farmacji była bardziej zaawansowana i wydajna w zapewnianiu pacjentom opieki zdrowotnej².

Demografia

Prognozy demograficzne wskazują, że do roku 2050 populacja Polski będzie stawała się coraz starsza. Równoległe do przewidywanego spadku liczby ludności o 4,3 mln osób do 2050 r. spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym. Wśród mieszkańców miast udział osób w wieku senioralnym wzrośnie z 27,8 proc. w 2020 r. do 42,4 proc. w 2050 r., a udział osób starszych w populacji polskiej wsi zwiększy się z 22,3 proc. do 37,8 proc. Najwięcej przybędzie osób w najstarszej kategorii wiekowej: 85 lat i więcej. Prognozuje się, że

liczebność tej grupy zwiększy się ponad dwuipółkrotnie w porównaniu z rokiem 2020³.

Nowe możliwości

Zachodzące zmiany to nie tylko problemy, ale też nowe szanse i możliwości. Dla wielu farmaceutów jest to doskonała okazja do zdobycia nowego doświadczenia zawodowego, skupienia się na byciu częścią zespołu opieki zdrowotnej poprzez edukację na temat stanu chorobowego, doradztwo w zakresie leków, szczepień, zapewnianie wraz z lekarzami zarządzania opieką przewlekłą i inne usługi poznawcze. Już dzisiaj obserwujemy w polskich szpitalach klinicznych potrzebę ściślejszej współpracy farmaceutów z lekarzami w zakresie wykrywania interakcji lekowych, czy wzmocnienia efektywnej terapii przez terapeutyczne monitorowanie leków. Ustalanie indywidualnych dawek dla chorego, oparte na pomiarach stężenia, a nie tradycyjnym często jeszcze leczeniu w myśl zasady „podajemy lek, a jak nie zadziała, to nowy lek jest wprowadzany”, to jest już niemal rzeczywistość – przynajmniej w szpitalach klinicznych.

Rosnące stale zapotrzebowanie na lekarzy, w połączeniu z prognozami dotyczącymi dłuższego życia ludzi, powinno stworzyć farmaceutom możliwości ewolucji i rozszerzenia ich roli. Być może nawet staną się kolejnym pokoleniem podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną (*primary care providers* – PCP), którzy leczą pacjentów z ostrymi chorobami i prowadzą terapię chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie czy astma.

Przykładem takich pozytywnych zmian było powierzenie farmaceutom w Polsce szczepień przeciwko COVID-19. Żeby móc sprostać wyzwaniom zdrowotnym XXI wieku, farmaceuci będą potrzebować specjalizacji cyfrowej we wdrażaniu i zarządzaniu cyfrowymi rozwiązaniami terapeutycznymi i nielekowymi (żywność), specjalizacji medycznej – obejmującej leczenie chorych z chorobami przewlekłymi z uwzględnieniem polimorfizmu genetycznego pacjentów oraz specjalizacji behawioralnej, aby móc spotykać się z pacjentami wirtualnie, tam gdzie przebywają, w ośrodkach medycznych lub w domu. Wszystko to wymaga też nowego spojrzenia na kształcenie studentów już na poziomie uniwersyteckim.

Kształcenie studentów farmacji

Musimy przygotować naszych studentów zarówno do wszystkich

wyzwań, jak i możliwości stojących przed farmaceutami XXI wieku. Zatem jako wieloletni nauczyciel akademicki skupię się na kształceniu przyszłych farmaceutów, którzy po ukończeniu długich i trudnych studiów umiejętnie sprostają wyzwaniom współczesnej służby zdrowia i wykształconego społeczeństwa, byłiby mocnym wsparciem dla lekarzy stosujących nowoczesne technologie medyczne czy leki biologiczne, żeby uzyskać jak najlepsze efekty terapeutyczne u swoich pacjentów. Ten cel łatwiej jest osiągnąć w interaktywnym zespole terapeutycznym, którego mocnym ogniwem oprócz lekarzy są w wielu krajach wysokorozwiniętych właśnie farmaceuci. Lekarze prowadzący leczenie pacjentów onkologicznych, gdzie oprócz przyjętych schematów leczenia podawane są inne jeszcze leki: antybiotyki, leki przeciwwgrzybicze czy przeciwpadaczkowe, już

dzisiaj oczekują udziału farmaceutów w ocenie interakcji lekowych oraz monitorowania poziomów leków przy opracowaniu indywidualnych dawek. Powoduje to także konieczność zmian w programach nauczania z ogólnoakademickiego na bardziej specjalistyczne, które sprostałyby przynajmniej oczekiwaniom środowiska medycznego, jak to się dzieje w takich krajach, jak USA czy Kanada. W tamtejszych szpitalach na pytanie zadane o dawkę leku: „Dose?” słychać odpowiedź: „Go to PharmD” (Doctor of Pharmacy). Tam też farmaceuta jako specjalista od leków jest aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego, ponoszącym współodpowiedzialność w procesie leczenia chorych. Podstawą do zmian jest konieczność zrozumienia tego nieustannie zachodzącego procesu. Musimy się z nimi zmierzyć i sprostać wyzwaniom, żebyśmy zawodowo nie wymarli jak niegdyś dinozaury.



www.stock.adobe.pl



www.stock.adobe.pl

Ważnym czynnikiem w tym procesie przystosowawczym do zmieniających się warunków otoczenia, w którym funkcjonować będzie zawód farmaceuty, jest edukacja, obejmująca kształcenie zarówno na poziomie wyższym jak i średnim. Pojawia się pytanie, dlaczego ciągle tkwimy w przestarzałym programie nauczania, którego szkic nakreślił prof. Konstanty Hrynakowski prawie wiek temu. Dlaczego wiedza, chociażby z farmakoterapii, nie jest wykładana przez specjalistów z doświadczeniem klinicznym oraz nie jest sprawdzana w praktyce, na oddziałach szpitalnych już podczas studiów? W Polsce jednolite studia magisterskie na kierunku farmacja trwają nie krócej niż 11 semestrów. Jest to długi okres kształcenia, ale nadal nie ma zajęć praktycznych w aptekach ogólnodostępnych, aptekach szpitalnych czy wręcz na oddziałach szpitalnych w ciągu

całego roku akademickiego (program kształcenia studentów medycyny czy pielęgniarstwa przewiduje takie zajęcia). Dlaczego uniwersytety medyczne, a ściślej, wydziały farmaceutyczne w Polsce, z założenia mające być miejscem kreatywnego myślenia, gdzie powinno wybiegać się wprzód z pomysłami dotyczącymi przyszłości zawodu, z takim oporem, wręcz niechęcią podchodzą do zmian, a często nawet brak im pomysłu? Trwanie w dobrze poznanym, bezpiecznym stanie może i jest wygodne, ale nie rozwija. Trzeba wyjść ze strefy komfortu, jak podpowiada psychologia, pokonywać siebie, nawet jak to jest trudne, bo później będzie jeszcze trudniej. Można to porównać do sytuacji związanej z naszym zdrowiem. Gdy idziemy na trening do siłowni czy zajęcia fitness, podczas wykonywania ćwiczeń cierpimy, ale gdy nie podejmiemy

tych ćwiczeń, siedząc na przysłowiowej kanapie, cierpimy jeszcze bardziej z powodu otyłości, nadciśnienia, cukrzycy czy innych dolegliwości zdrowotnych. Zatem warto podjąć trud zmian, żeby na końcu odczuć pozytywne efekty, a przynajmniej satysfakcję z dobrze wykonanej pracy dla siebie i innych.

Dlaczego czas specjalizacji dla farmaceutów jest pierwszym tak naprawdę momentem powiązania teorii z praktyką, czy nie można tego zrobić wcześniej? Dlaczego tak niewielu studentów myśli o pracy w aptekach przed ukończeniem studiów? Po studiach rzeczywistość koryguje oczekiwania i więcej absolwentów trafia do aptek. Dlaczego brakuje tego entuzjazmu u młodych adeptów sztuki farmaceutycznej już na studiach? Wiele pytań można jeszcze stawiać, trzeba też poszukiwać odpowiedzi na nie. Nasze działania, jak często przypominała mi

prof. Joanna Szymura-Oleksiak, muszą znajdować się w obowiązującym porządku prawnym, mieć formę ustaw i rozporządzeń wykonawczych. Musimy zadbać u ustawodawcy o odpowiednie zapisy, które będą promowały rozwój zawodu farmaceuty, dadzą podstawę do działania, do wykonywania usług farmaceutycznych, które byłyby opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Może na początek skorzystajmy z tego, co przy obecnym stanie prawnym dotyczącym farmacji możemy zrobić. W istniejącym porządku prawnym musimy zadbać o nasz zawód, począwszy od kształcenia studentów.

W 2019 r. proponowałem na łamach „Farmacji Wielkopolskiej” („Farmaceuta kliniczny w zespole terapeutycznym”, nr 4/2019) wprowadzenie nowoczesnego modelu kształcenia studentów farmacji według amerykańskiego programu PharmD (Doctor of Pharmacy), przygotowującego do współpracy z lekarzami w zespole terapeutycznym. Program PharmD był realizowany w latach 2009-2022 w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, nie doczekał się jednak odniesienia w programie nauczania polskiej farmacji⁴. Byłby to znaczący krok w kierunku wykształcenia nowoczesnego farmaceuty klinicznego, który sprostałby wymaganiom rysującym się przed farmaceutami XXI wieku. Podobne oczekiwania dotyczą kształcenia podyplomowego, zwłaszcza z farmacji klinicznej i farmacji szpitalnej, ale nie można pominąć w tym klinicznym szkoleniu farmaceutów z aptek ogólnodostępnych. Ponawiam mój

apel o utworzenie Polskiej Rady Farmacji, skupiającej samorząd aptekarski, samorząd studencki, przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego, towarzystwa i wydziały farmaceutyczne. Wymiana doświadczeń i potrzeb pozwoliłaby stworzyć program na miarę oczekiwań XXI wieku, który dałby świeży powiew nowoczesności, wytyczając nowe możliwości rozwoju zawodu farmaceuty. Nie można w tych planach zapomnieć o grupie techników farmaceutycznych. Przyjęte rozwiązania muszą znaleźć unormowania prawne w ustawodawstwie polskim i jest to warunek konieczny.

Trendy rozwoju farmacji

Nie można jednoznacznie określić, jak będzie rozwijała się farmacja. Wraz z medyczną rewolucją technologiczną tradycyjna, jednoznaczna rola apteki, polegająca głównie na dyspensowaniu leków przepisanych przez lekarza, odchodzi w przeszłość. Pacjenci mają coraz większą wiedzę o swoim zdrowiu, jak też znaczną wiedzę o lekach. Nowe technologie wspierają demokratyzację opieki; następuje przesunięcie hierarchicznej relacji lekarz-pacjent na poziom partnerski, to samo dotyczy farmaceutów. Wraz z ewolucją pacjentów XXI wieku ewoluują apteki i farmaceuci. W dobie cyfrowego zdrowia muszą także na nowo zdefiniować swoje miejsce w opiece zdrowotnej. Różne scenariusze można spotkać w literaturze odnośnie przyszłości farmacji.

Kioski medyczne z ofertą farmaceutyczną. Najmniej praw-

dopodobny, ale nadal rozwijany jest scenariusz wykorzystania kiosków medycznych do świadczenia usług farmaceutycznych. Dotyczy to budek znajdujących się w centrach handlowych lub strefach gastronomicznych, do których pacjenci mogą wejść, aby poddać się podstawowym badaniom lekarskim i porozmawiać z pracownikiem służby zdrowia za pośrednictwem telekomunikacji. Pomimo zebranych funduszy takie przedsięwzięcia w USA okazały się nietrafione i ostatecznie pierwsze zbankrutowały już w 2015 r. Przyczyn niepowodzenia upatruje się zarówno w kosztach związanych z budową i dostawą kiosków, jak i organizacji pracy, gdyż istniała konieczność wcześniejszego umawiania spotkań z pacjentami. Tak naprawdę nie była to opieka zdrowotna na żądanie, a technologia ewoluowała poza to, co mogły zaoferować te fizyczne kioski. Pacjenci mają dostęp do tej samej technologii z telefonu w kieszeni, stąd apteki raczej nie będą inwestować w tego typu kioski, posiadające te same funkcje. Niemniej jednak nadal trwają próby budowania ścieżki kiosku medycznego z ofertą farmaceutyczną, aby zwiększyć dostęp do opieki zdrowotnej.

Konsultacje zdrowotne. Powszechny schemat realizacji recepty w aptece to: poczekaj w kolejce, pokaż receptę od lekarza, weź leki, zapłać rachunek. Te komercyjne aspekty aptek są zbyt powszechne. I takie postrzeganie zbyt często odbywa się kosztem braku przekazywania ważnych informacji medycznych. Jednak dzięki cyfrowej ofercie zdrowotnej apteki mogą zmienić się

z prostych maszyn do dystrybucji leków, do których jesteśmy przyzwyczajeni, w firmy konsultingowe w zakresie zdrowia. Jest to bardziej prawdopodobny scenariusz w perspektywie krótkoterminowej, biorąc pod uwagę, że technologia i harmonogramy organizacyjne już to umożliwiają. Farmaceuci będą mieli możliwość zapewnienia podstawowej opieki pacjentom z prostymi problemami i/lub konsultacji w zakresie zarządzania zdrowiem. W ten sposób apteki osiągnęłyby niemal ten sam poziom, co praktyki podstawowej opieki zdrowotnej. Z praktycznego punktu widzenia w tym scenariuszu widać największy potencjał, gdyż apteki mogłyby z łatwością inwestować w tego typu rozwiązania i oferować tego typu usługi diagnostyczne. Farmaceuci mogą dodatkowo pomóc pacjentom

analizować wygenerowane dane i wyciągać z nich istotne wnioski. Ponadto farmaceuci szczególnie nadają się do tego celu, ponieważ mają czas do poświęcenia, luksus, którego pozbawiona jest większość spotkań lekarz-pacjent⁵. Badania opisane w JAMA wykazały nawet, że pacjenci odwiedzają apteki ogólnodostępne częściej niż lekarzy podstawowej

opieki zdrowotnej. W ten sposób farmaceuci lokalni zapewniają cenny dostęp do służby zdrowia, a dodatkową zaletą jest możliwość korzystania z większej ilości czasu i kontaktu face to face. Dzięki robotom wykonującym proste, rutynowe zadania farmaceuci będą mogli poświęcić więcej czasu pacjentom, pomóc im interpretować dane z urządzeń i stawić czoło wyzwaniom wymagającym kreatywności⁶.

Apteki jako wyspecjalizowane punkty opieki zdrowotnej. Ten scenariusz idzie o krok dalej w wyobrażaniu sobie przyszłości aptek. Przedstawia apteki jako wyspecjalizowane ośrodki przyłóżkowe, w których możliwe są spersonalizowane terapie. Takie centra będą drukować w 3D wiele leków w jednej pigułce, sekwencjonować genom i łączyć takie oferty, aby dostosować dawkowanie zarówno na podstawie danych genomicznych, jak i fenotypu danej osoby. Zautomatyzowane dozowniki mogą dodatkowo ładować pigułki na drony dostawcze w celu dostawy do domu. Ośrodki takie będą stanowić bramę do wygodnego dostępu do zaawansowanych technologii opieki zdrowotnej. Możliwości te nie są wytworem naszej wyobraźni, ale istnieją i są dostępne już dzisiaj. W Europie 30-40% aptek korzysta z automatów dozujących. Dostawy medyczne dronami medyc-

zynymi są rutynowo realizowane w Rwandzie. Firma FabRx udostępniła pierwszą farmaceutyczną drukarkę 3D do produkcji spersonalizowanych leków. Ich urządzenie M3DIMAKER umożliwia druk leków według potrzeb. Jednak nawet jeśli niektóre zaawansowane technologie zostaną wcześniej wprowadzone do aptek, scenariusz ten jest nadal długoterminowy, mimo że dostępne są już technologie, które to umożliwiają. Ograniczenia z tytułu regulacji prawnych mogą utrudniać przyjęcie tego scenariusza. Niemniej jednak takie ograniczenia stanowią część procesu, który finalnie umożliwi bezpieczne i budzące zaufanie wprowadzenie tego scenariusza i zapewni tym samym najlepsze wyniki leczenia pacjentów⁵.

Podsumowanie

Nie można oprzeć się stwierdzeniu, że mimo postępującej cyfryzacji w placówkach służby zdrowia, stałym elementem, który będzie integralną częścią apteki przyszłości, jest pierwiastek ludzki. Przyszłością aptek będzie człowiek – nowoczesny farmaceuta ze swoją wszechstronną wiedzą kliniczną, bazującą na nowoczesnym programie nauczania, posiadający empatię dla chorych i umiejętność współpracy w zespole terapeutycznym z lekarzami i innymi przedstawicielami zawodów medycznych. 🌱



prof. dr hab.
**FRANCISZEK
GŁÓWKA**

Kierownik Katedry
i Zakładu Farmacji Fizycznej
i Farmakokinetyki Uniwersytetu
Medycznego w Poznaniu

PRZYPISY:

- <https://www.rpharms.com/recognition/all-our-campaigns/policy-a-z/future-of-pharmacy>. The future of pharmacy in a sustainable NHS. Data wejścia 28.02.2024.
- Rewolucja AI w branży farmaceutycznej – leki, terapie i efektywność produkcji. <https://www.kierunekfarmacja.pl/arttykul,102129>,
- <https://www.prawo.pl/kadry/ile-osob-starszych-bedzie-mieszkac-w-polsce-w-2050>. Data wejścia 1.03.2024

⁴ Franciszek Główka: *Farmaceuta kliniczny w zespole terapeutycznym*. „Farmacja Wielkopolska” nr 4/ 2019, s. 15-20.

⁵ Bertalan Mesko, *The future of pharmacies in 3 scenarios*. <https://medicalfuturist.com/the-bright-future-of-pharmacies/>. Data wejścia 4.03. 2024.

⁶ Lucas A Berenbrok 1, Nico Gabriel 1, Kim C Coley 1, Inmaculada Hernandez: *Evaluation of Frequency of Encounters with Primary Care Physicians vs Visits to Community Pharmacies Among Medicare Beneficiaries*. JAMA Netw Open. 2020;3(7):e209132. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9132



afw

EUGENIUSZ JAROSIKRedaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej”

Chip Muska

*Trwa wyścig gigantów technologicznych,
którzy zaciekle walczą o supremację kwantową.*

Neuralink, firma Elona Muska, wyprodukowała chip Telepathy, który wszczepiono do mózgu trzydziestoletniego Amerykanina sparaliżowanego po wypadku podczas nurkowania. Niedawno na portalu x.com zamieszczono film pokazujący, jak Noland Arbaugh gra w szachy, sterując komputerem bez użycia rąk czy systemu obsługi głosowej. Podobne rozwiązania co prawda były już znane wcześniej, ale opierały się na wykorzystaniu zewnętrznych elektrod EEG. Ta kolejna innowacja, wspomagająca pacjenta w sytuacji, gdy tradycyjna medycyna nie może na razie radykalnie poprawić komfortu jego życia, z pewnością będzie stanowiła impuls do dalszych poszukiwań. Neuralink deklaruje, że celem prowadzonych w firmie badań jest stworzenie ogólnie dostępnego interfejsu mózgowego, który umożliwi komunikację i funkcjonowanie osobom częściowo lub całkowicie sparaliżowanym. „W dłuższej perspektywie możliwe będzie przekierowanie sygnałów z kory ruchowej poza uszkodzoną część kręgosłupa, co umożliwi ludziom ponownie chodzić oraz normalnie używać rąk” – zapowiedział Elon Musk na platformie X.

Nic już nie powstrzyma rewolucji AI (*artificial intelligence*), która ogarnia kolejne przestrzenie naszego życia. Zmiany technologiczne w obszarze sztucznej inteligencji mają również transformacyjny wpływ na system ochrony zdrowia, rozwój badań naukowych i opiekę nad pacjentem. Potencjał AI wykorzystują firmy opracowujące tzw. terapie cyfrowe (*digital therapeutics*)

– platformy i aplikacje mobilne wspierające pacjentów w zarządzaniu chorobami przewlekłymi, takie jak AI Nurse, inteligentna platforma wspierająca pacjentów, lekarzy i pielęgniarki w zarządzaniu chorobami serca.

Algorytmy pomagają diagnozować chorych, leczyć i opracowywać nowe leki. Jednym z największych atutów sztucznej inteligencji (AI) w medycynie jest jej zdolność do analizy ogromnej ilości danych. To z kolei stwarza możliwości rozwoju precyzyjnej medycyny – podejścia, które zakłada indywidualne traktowanie każdego pacjenta na podstawie jego wyjątkowych cech genetycznych, biochemicznych i stylu życia. Sztuczna inteligencja może przetwarzać te dane i pomagać lekarzom w formułowaniu dokładniejszych diagnoz oraz tworzeniu spersonalizowanych planów leczenia. Te zmiany są wręcz konieczne, na co wskazują badania statystyczne, z których na przykład wynika, że w Stanach Zjednoczonych nawet kilkaset tysięcy osób umiera co roku w wyniku błędów medycznych (to trzecia przyczyna zgonów – po chorobach nowotworowych i układu krążenia), między innymi z powodu niewłaściwej diagnozy. Tymczasem onkolodzy wskazują, że opóźnione o miesiąc leczenie raka powoduje wzrost ryzyka zgonu o około 10%.

Sztuczna inteligencja przyczynia się do przyspieszenia procesów badawczych. AI może pomóc w przeprowadzaniu badań klinicznych, analizując dane z różnych źródeł, takich jak elektroniczne karty zdrowia, genomika czy obrazowanie

medyczne, aby zidentyfikować odpowiednie grupy pacjentów do badań, przewidzieć wyniki czy monitorować bezpieczeństwo. Z roku na rok wzrasta liczba publikacji dotyczących skuteczności algorytmów w ochronie zdrowia.

Wyzwaniem są choroby rzadkie, których przyczyn rozwoju nie znamy lub nie jesteśmy w stanie szybko wykryć. W tych obszarach potencjał dla sztucznej inteligencji jest największy. Przykładem może być udostępnione niedawno przez Google DeepMind – narzędzie, które może znacznie przyspieszyć proces wykrywania zmian genetycznych odpowiedzialnych za występowanie chorób rzadkich, takich jak mukowiscydoza czy anemia sierpowata.

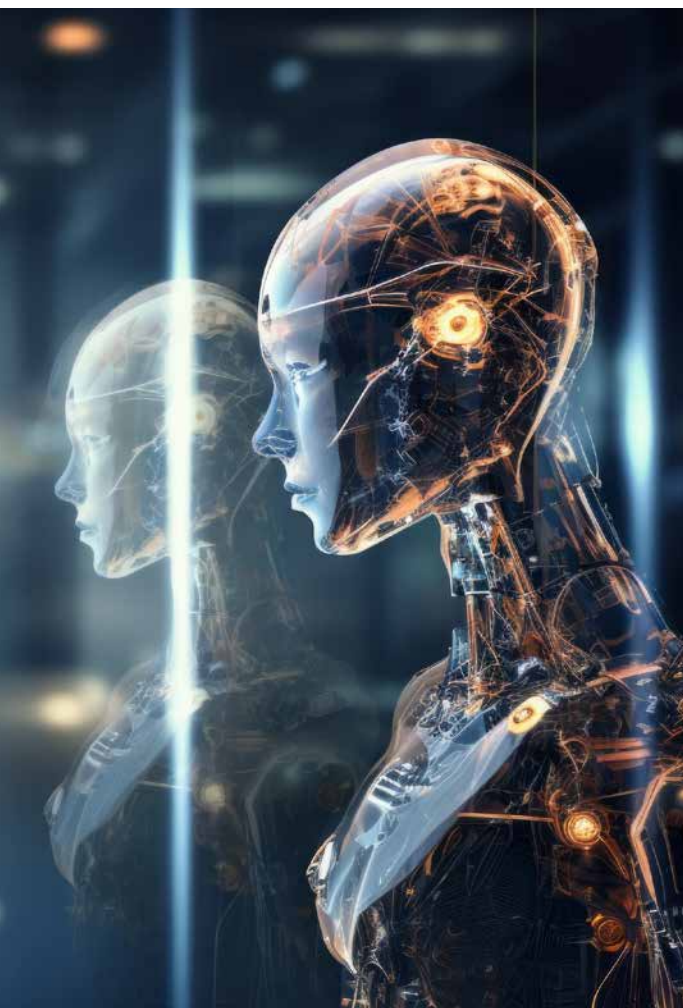
Nowoczesne rozwiązania, oparte na sztucznej inteligencji i uczeniu maszynowym, istotnie przyczyniają się do skrócenia procesu odkrywania leków oraz wspierają prace nad nimi na wczesnym etapie, co pozwala firmom zaoszczędzić czas i pieniądze. National Center for Biotechnology Information podaje, że od odkrycia leku do udostępnienia go pacjentom mija na ogół 10-12 lat. Same badania kliniczne trwają przeciętnie sześć–siedem lat. Koszty są ogromne – opracowanie nowego leku kosztuje firmę farmaceutyczną od 1,5 do 2,5 mld dolarów. Najwięcej kosztów pochłaniają końcowe fazy badań klinicznych.

W ubiegłym roku pojawiła się informacja o pierwszym leku w pełni wygenerowanym przez sztuczną inteligencję, który trafił do badań klinicznych z udziałem ludzi. Produkt leczniczy INSO18_055 opracowany został przez startup biotechnologiczny Insilico Medicine, firmę z Hongkongu, z myślą o leczeniu idiopatycznego (samoistnego) włóknienia płuc. Choroba jest szczególną postacią przewlekłego, postępującego śródmiąższowego zapalenia ograniczonego do płuc, którego przyczyna nie jest znana. Główne objawy, duszność i suchy kaszel, stopniowo nasilają się przez wiele miesięcy,



prowadząc do niewydolności oddechowej. Prace nad tego typu lekiem za pomocą tradycyjnych metod kosztowałyby ponad 400 mln dolarów i zajęłyby około sześciu lat. Tymczasem AI Insilico osiągnęła założone cele za jedną dziesiątą wspomnianych wyżej kosztów, przechodząc do pierwszej fazy badań klinicznych zaledwie dwa i pół roku od momentu rozpoczęcia projektu.

Początkowo firma skupiała się na algorytmach do odkrywania i projektowania nowych cząsteczek. Nie planowała wprowadzania leków stworzonych przez sztuczną inteligencję do badań klinicznych, ale okazało się, że AI jest bardzo skuteczna w realizacji tych zadań. Obecnie Insilico wykorzystuje AI w pracach nad dwoma innymi produktami leczniczymi, między innymi lekiem przeciwnowotworowym



www.stock.adobe.pl

(inhibitor USP1 do leczenia guzów litych), który wkrótce trafi do badań klinicznych.

Kolejnym przełomem w rozwoju AI będą komputery kwantowe o mocy obliczeniowej nieporównywalnie wyższej od klasycznych komputerów. W grudniu 2020 r. naukowcy z Chin stworzyli komputer kwantowy Jiuzhang, oparty na fotonach, który użyto do wykonania obliczeń praktycznie niemożliwych do przeprowadzenia na klasycznych maszynach. Mowa o tzw. gaussowskim próbkowaniu bozonu (GBS), które nawet na najmocniejszych superkomputerach zajęłoby miliony lat. Jiuzhang dokonał tego w ciągu zaledwie 180 sekund. (najpotężniejszy obecnie japoński superkomputer Fugaku potrzebowałby na to aż 600 mln lat). Niedawno koncern IBM ogłosił, że posiada 65-kubitowy komputer kwantowy oraz zapowiedział, że wkrótce zbuduje maszynę o mocy obliczeniowej 1000 kubitów, a celem jest komputer

Bezpieczny ekosystem AI

■ 13 marca 2024 r. Parlament Europejski przyjął rozporządzenie w sprawie AI (*Artificial Intelligence Act*). Unijne regulacje z jednej strony zapewnią możliwość rozwoju sztucznej inteligencji, a z drugiej gwarantują poszanowanie praw człowieka i minimalizują zjawisko dyskryminacji. Jednym z ważnych celów EU AI Act jest stworzenie listy aplikacji wysokiego ryzyka oraz określenie obowiązków podmiotów, które je dostarczają i wdrażają.

Nowe przepisy przewidują wprowadzenie kategorii zakazanych praktyk w zakresie sztucznej inteligencji, do których zaliczono między innymi stosowanie rozwiązań opartych na technikach podprogowych czy takich, które dyskryminują określone grupy osób. Niedozwolone będzie także stosowanie systemów AI do tzw. oceny osób obywatelskich (*social scoring*). Tak więc AI nie będzie można wykorzystywać do śledzenia stylu życia obywateli.

Rozporządzenie zakłada powołanie Europejskiej Rady ds. Sztucznej Inteligencji oraz wyłonienie organów krajowych w poszczególnych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Ich zadaniem będzie zapewnienie skutecznego egzekwowania nowych przepisów na poziomie krajowym oraz stworzenie przyjaznego i bezpiecznego ekosystemu sztucznej inteligencji.

o mocy 1 000 000 kubitów. Nic już nie powstrzyma wyścigu gigantów technologicznych, którzy z determinacją walczą o supremację kwantową.

W obliczu rozwoju badań w obszarze medycyny i farmacji z wykorzystaniem AI konieczne jest stworzenie jasnych reguł etycznych, między innymi dotyczących użycia danych pacjentów. Odpowiadając na wyzwania związane z rozwojem AI, 13 marca 2024 r. Parlament Europejski przyjął rozporządzenie (tzw. AI Act), które ma uporządkować zasady używania narzędzi wykorzystujących sztuczną inteligencję. Regulacja wprowadza mechanizmy mające chronić użytkowników przed – jak napisano w AI Act – „systemem sztucznej inteligencji wysokiego ryzyka”.

Eugeniusz Jaworski

mgr farm. PAULINA WOJNA

FARMACEUTA W DZIALE SAFETY

„Pani magister, a czy ten lek jest bezpieczny?“,
czyli krótko o pracy w obszarze
bezpieczeństwa farmakoterapii.

W pharmacovigilance chcesz pracować? Ty? Z Twoim charakterem? Będziesz się nudzić!” – takie komentarze słyszałam wielokrotnie, kiedy aplikowałam do GSK Global Safety. Czy żałuję? Absolutnie nie! Intuicja mnie nie zawiodła. Praca w safety, dziale ds. bezpieczeństwa farmakoterapii, jest niezwykle ciekawa, wymagająca i umożliwia skorzystanie z wszystkich zasobów, które posiadamy – zarówno znajomość specjalistycznej wiedzy z tego obszaru (farmakoterapii, medycyny, statystyki itp.), jak i umiejętności interpersonalne są tu na wagę złota.

Każdy dzień przynosi nowe wyzwania i pozwala odpowiadać na kolejne pytania – jak to bywa w świecie nauki. Nie ma pytań bez odpowiedzi, a w każdym razie my nie możemy sobie pozwolić na pominięcie najmniejszego szczegółu i na niedociągnięcia podczas pracy. Decyzje, jakie podejmujemy, mają przecież realny wpływ na zdrowie, a nieraz nawet życie pacjenta. Nie mam wątpliwości, że jest to główna myśl, która motywuje mnie do rozwoju i pogłębiania aktualnej wiedzy. Nie tylko w zakresie leków, za które jestem odpowiedzialna, ale również znajomości ogólnych zasad, którymi kieruje się *pharmacovigilance*.

Głównymi źródłami wiedzy specjalisty z tego obszaru są rekomendacje Europejskiej Agencji Leków (EMA¹) zebrane w moduły GVP², czy też rekomendacje Rady Międzynarodowych Towarzystw Medycznych (CIOMS³), związanych ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO)⁴. Praca działu ds. bezpieczeństwa farmakoterapii jest bardzo złożona; przy jej opisie należałoby uwzględnić między innymi podział na grupy terapeutyczne czy na stopień zaawansowania leków w rozwoju (badania przedkliniczne, kliniczne kolejnych faz oraz produktów już dostępnych na rynku). Ostatecznym rezultatem naszych działań jest możliwość wprowadzenia na rynek oraz nadzoru bezpieczeństwa dużej liczby leków, które przyczyniają się do poprawy zdrowia i jakości życia pacjentów. Każdy z tych produktów ma udokumentowany profil bezpieczeństwa, czyli stosunek korzyści do ryzyka, jakie może nieść za sobą terapia. Jest on nieustannie monitorowany i oceniany na bieżąco wraz z pojawianiem się nowych informacji.

Początki *pharmacovigilance*

Geneza *pharmacovigilance* sięga drugiej połowy XX wieku i związana jest z wprowadzeniem na rynek



www.stock.adobe.pl

talidomidu – leku mającego być remedium w przypadku mdłości u ciężarnych, a także środkiem o działaniu uspokajającym. Swoją niechlubną sławę zyskał za sprawą następstw leczenia, z których zdano sobie sprawę około czterech lat po wprowadzeniu leku do obrotu. Ze względu na niezdefiniowaną teratogenność leku, spowodowaną zahamowaniem angiogenezy płodu w wyniku terapii, talidomid był odpowiedzialny za kalectwo ponad 10 tysięcy dzieci (dotkniętych tzw. talidomowym zespołem wad wrodzonych). Raportowano również przypadki śmierci niemowląt wskutek ekspozycji na ten lek.

To tragiczne zdarzenie bezpośrednio przyczyniło się do rozwoju przemysłu farmaceutycznego w zakresie monitorowania bezpieczeństwa leków. Wnioski z tego zdarzenia miały ogromny wpływ na regulacje dotyczące badań klinicznych i oceny bezpieczeństwa stosowania leków, doprowadzając do ustanowienia bardziej rygorystycznych standardów bezpieczeństwa. Dzisiaj gromadzimy dane dotyczące bezpieczeństwa i analizujemy profil bezpieczeństwa leku na każdym etapie jego powstawania – od badań przedklinicznych, poprzez badania

kliniczne, wprowadzenie leku na rynki aż po zaprzestanie produkcji i wygaśnięcie licencji (zdarza się, że podmiot odpowiedzialny jest zobligowany do monitorowania bezpieczeństwa leku nawet kilka lat po wygaśnięciu zezwolenia i przekroczeniu daty ważności ostatnich partii leków).

W trosce o bezpieczeństwo farmakoterapii

Wspomniałam wcześniej, że profil bezpieczeństwa produktu leczniczego definiujemy na podstawie dostępnych informacji. Skąd się biorą te informacje? Z jakich źródeł korzystamy? Co bierzemy pod uwagę w trakcie analizy? Ściśle monitorujemy wszelkie dostępne informacje, potencjalnie mające związek z naszym lekiem. Wliczamy w to rutynowe przeglądy raportowanych na całym świecie zdarzeń niepożądanych⁵, literaturę opisującą skutki działania danego leku, a także analizę statystyczną, weryfikującą, czy dane zdarzenie niepożądane pojawia się w dostępnych źródłach wyraźnie częściej niż dotychczas.

Uważnie obserwujemy, czy występują jakieś zauważalne trendy, zmiany, które dają nam

wystarczającą ilość informacji, by zagłębić się w konkretny temat. Jeśli tak się dzieje, to rozpoczynamy proces weryfikacji – sprawdzamy aktualne ulotki, weryfikujemy, czy już kiedyś mieliśmy podobne podejrzenia i ustalamy, czy dane działanie niepożądane jest dla tego produktu zdefiniowane. Z pewnych powodów korelacja z lekiem mogła też zostać odrzucona podczas poprzednich przeglądów. Jest to uzasadnione, między innymi, gdy dana reakcja organizmu pozostaje w związku z obrazem choroby podstawowej. Za idealny przykład może posłużyć zwiększone pragnienie u diabetyka, czy utrzymujący się na wysokim poziomie wynik LDL u pacjenta ze zdiagnozowaną miażdżycą. Jeśli jednak po wstępnej weryfikacji nadal twierdzimy, że zaraportowane zjawisko nie zostało wcześniej zbadane, a dane te nie widnieją w dokumentach opisujących profil bezpieczeństwa leku (ChPL⁶/ulotce) i nie widzimy historycznych przeglądów z tego zakresu – zaczyna się drażnienie tematu w stylu Sherlocka Holmesa.

W stosunkowo krótkim czasie sprawdzamy absolutnie wszystkie dostępne bazy danych, zgłębiamy każdy szczegół w dostępnych źródłach, weryfikujemy mechanizmy działania leków przy terapiach skojarzonych, definiujemy profil pacjenta, u którego dana reakcja wystąpiła, a także sprawdzamy raporty z badań klinicznych. Taka analiza może (ale oczywiście nie musi) skończyć się zmianą treści w ulotkach, zwykle dopisaniem danego działania niepożądanego lub uszczegółowieniem treści w danej sekcji. Opisane postępowanie to tzw. sygnał, który jest niesamowitym impulsem do zacieśniania współpracy, dzielenia się wiedzą i możliwością zweryfikowana hipotez naukowych z ekspertami. Takie partnerstwo umożliwia kompleksową ocenę sytuacji i skoordynowaną reakcję na potencjalne ryzyka. Analiza sygnału jest jednym z kluczowych elementów zapewnienia bezpieczeństwa dla pacjentów na całym świecie, dlatego tak ważne jest raportowanie zdarzeń niepożądanych zgłaszanych na każdym etapie rozwoju leku i jego obecności na rynku.

Raportowanie zdarzeń niepożądanych

Pamiętajmy, że prawidłowe zgłoszenie zdarzeń niepożądanych musi zawierać co najmniej dane

pacjenta (anonimowe, ale umożliwiające indywidualne odróżnienie, na przykład płeć, wiek itp., w zgodzie z lokalnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi prywatności oraz poufności danych), dane osoby raportującej (imię, nazwisko, kontakt dający możliwość późniejszej aktualizacji informacji o zdarzeniu i obserwacji zmian stanu pacjenta w czasie), nazwę leku i opis zdarzenia niepożądanego. Mamy prawo zgłosić zarówno zdarzenia istotnie szkodliwe, jak i takie, które powodują jedynie uczucie dyskomfortu podczas terapii danym lekiem, albo nawet po zaprzestaniu leczenia (jedną z kategorii działań niepożądanych są tak zwane *delayed ADRs*⁷, których skutki są dostrzegane dopiero po latach od zakończenia terapii).

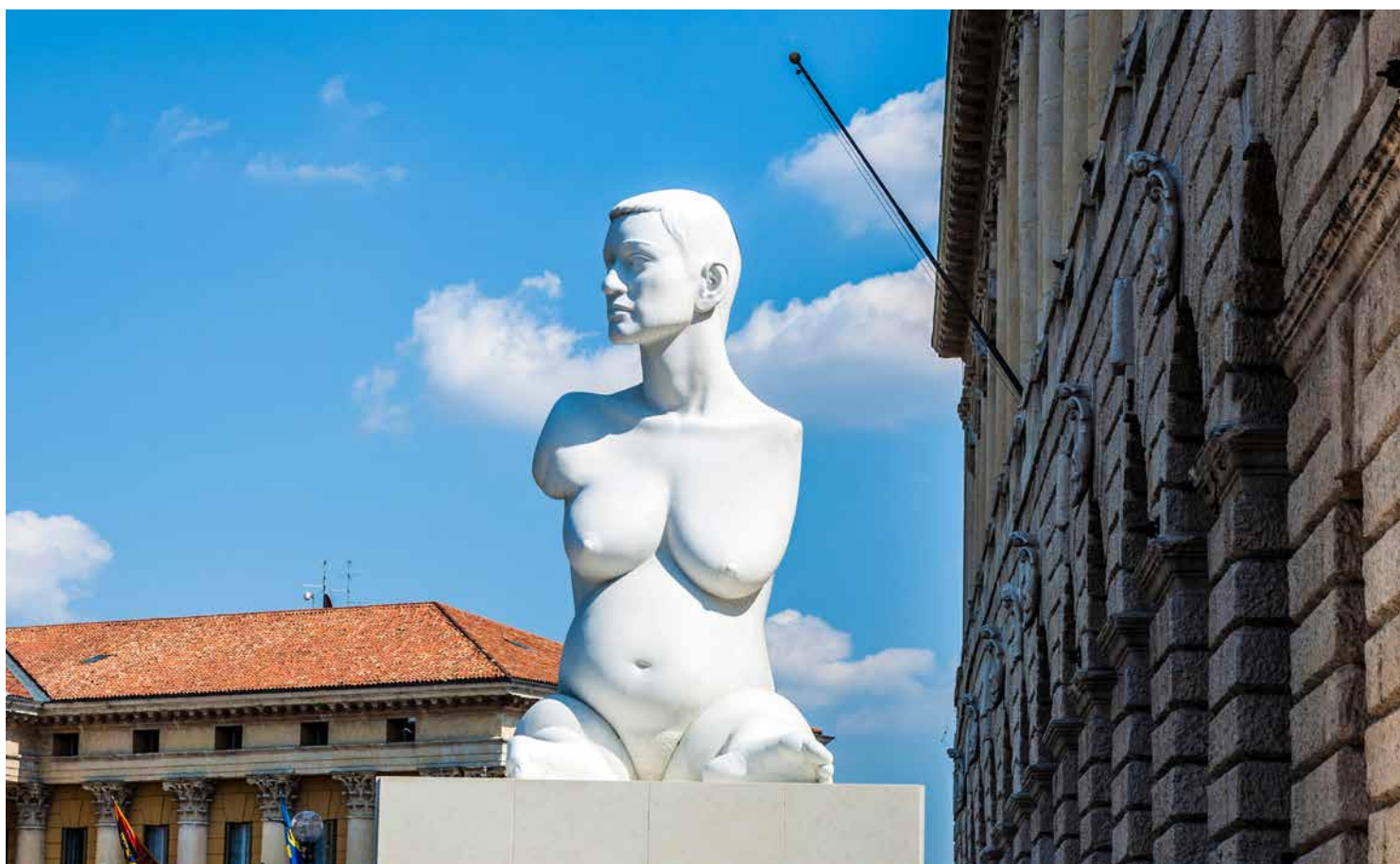
Powinniśmy zgłosić zdarzenia niepożądane w myśl zasady „jeśli masz wątpliwości – zgłoś”. To właśnie specjaliści ds. bezpieczeństwa wraz z całym sztabem wykwalifikowanych osób są odpowiedzialni za weryfikację, czy opisana reakcja organizmu jest spowodowana konkretnym lekiem (wówczas *zdarzenie* niepożądane staje się *działaniem* niepożądanym, w którym związek przyczynowo-skutkowy między opisaniem zdarzeniem a produktem jest potwierdzony), czy jest to sytuacja jednostkowa, a jeśli tak, to czym może być spowodowana. Kondycją pacjenta? A może jest na tyle niebezpieczna, że już jeden raport wystarczy, by zapoczątkować działania sygnałowe? Czy widzimy związane z nią nowe trendy, które trzeba zgłębić i przeanalizować, a następnie wszcząć adekwatne działania, by zapobiec tego typu reakcjom w przyszłości lub chociażby je zminimalizować? Spisując raport dotyczący działania niepożądanego, warto podać jak najwięcej szczegółów – wszystkie, nawet z pozoru nieistotne kwestie, mogą dostarczyć nam wartościowych informacji. Sporo przydatnej wiedzy na temat działań niepożądanych leków dostarcza Centrum Monitorowania w Uppsali (*Uppsala Monitoring Center*), które we współpracy z organami regulacyjnymi ds. leków i lokalnymi ośrodkami nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii na całym świecie prowadzi coroczną kampanię w mediach społecznościowych (#MedSafetyWeek), starając się zwiększyć świadomość odbiorców w tym zakresie. Zachęcam do śledzenia wspomnianej kampanii (odbędzie się jak zwykle w drugim tygodniu listopada).

Czy dane dotyczące ryzyka są dostępne w aptece?

Zgłoszenia zdarzeń niepożądanych to punkt wyjścia do zrozumienia aktualnego profilu leku i identyfikacji obszarów, które mogą wymagać szczególnej uwagi. Specjaliści analizują setki takich raportów, które napływają z różnych źródeł – od badań klinicznych po zgłoszenia pacjentów czy pracowników opieki zdrowotnej. Zadaniem specjalisty jest precyzyjna ocena i stwierdzenie, które z tych sygnałów mogą wskazywać na potencjalne ryzyka dla zdrowia pacjentów. Jeśli takie występują, należy je opisać i przedstawić agencjom (EMA, FDA⁸ czy też lokalnym agencjom leków; co jest prawnym obowiązkiem każdej firmy farmaceutycznej), a następnie jak najszybciej wdrożyć działania minimalizujące zdefiniowane wcześniej ryzyka (na przykład wdrożenie materiałów edukacyjnych, dodatkowe badania epidemiologiczne, listy otwarte do personelu medycznego lub nawet wycofanie leku z rynku, gdy zajdzie taka potrzeba).

Wszelkie działania podjęte przez podmiot odpowiedzialny w celu zapewnienia bezpieczeństwa stosowania produktu są dokładnie podsumowane w tzw. RMP (*Risk Management Plan* – Plan Zarządzania Ryzykiem), a ten zgodnie z najnowszymi decyzjami EMA od drugiej połowy października 2023 r. jest publikowany na stronie agencji i dostępny dla ogółu społeczeństwa. Warto mieć na uwadze, że działania niepożądane opisane w ChPL dotyczą użycia leku zgodnego z zarejestrowanym wskazaniem. W przypadku użycia leku poza wskazaniami (tzw. użycie leku *off-label*), możemy spodziewać się innych reakcji organizmu, których firma farmaceutyczna z oczywistych względów nie jest w stanie opisać w dokumentach i tym samym nie jest do tego zobligowana. Niemniej jednak raporty opisujące tego typu przypadki są obserwowane i one również są dla nas źródłem cennych informacji.

Myślę, że istotną kwestią, a nie tak oczywistą dla farmaceuty aptecznego, jest fakt, że każdy aptekarz ma dostęp do statystyk dotyczących działań niepożądanych zaraportowanych



RZEŻBA MARKA QUINNA. MODELKĄ RZEźBIARZA BYŁA BRITYJSKA ARTYSTKA ALISON LAPPER, JEDNA Z OFIAR TRAGEDII TALIDOMIDOWEJ

www.stock.adobe.pl



Raportowanie zdarzeń niepożądanych

www.stock.adobe.pl

ANALIZA sygnału jest jednym z kluczowych elementów zapewnienia bezpieczeństwa dla pacjentów na całym świecie, dlatego tak ważne jest raportowanie zdarzeń niepożądanych zgłaszanych na każdym etapie rozwoju leku i jego obecności na rynku.

POWINNIŚMY zgłosić zdarzenia niepożądane w myśl zasady „jeśli masz wątpliwości – zgłoś”. To właśnie specjaliści ds. bezpieczeństwa wraz z całym sztabem wykwalifikowanych osób są odpowiedzialni za weryfikację, czy opisana reakcja organizmu jest spowodowana konkretnym lekiem.

KAŻDY aptekarz ma dostęp do statystyk dotyczących działań niepożądanych zareportowanych w systemie EudraVigilance.

KTO MOŻE zgłosić zdarzenie niepożądane: pacjent; jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny; osoba wykonująca zawód medyczny.

JAK ZGŁOSIĆ zdarzenie niepożądane: korzystając z formularza elektronicznego na stronie Systemu Monitorowania Zagrożeń (<https://smz.ezdrowie.gov.pl>); wypełniając papierowy formularz dostępny na stronie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych - można go przestać pocztą, faksem, pocztą elektroniczną, za pośrednictwem platformy ePUAP.

NIEZBĘDNE informacje, które należy zawrzeć: nazwa produktu leczniczego; opis reakcji niepożądanej; dane chorego (inicjały, płeć, wiek lub masa ciała); dane zgłaszającego – imię, nazwisko, sposób kontaktu (adres, telefon, faks, e-mail).

w systemie EudraVigilance, które są jednym z wielu źródeł danych pozyskiwanych przez podmiot odpowiedzialny w trakcie analiz (www.adrreports.eu). Chcę tu podkreślić, że system nie powinien być wykorzystywany jako podstawowe źródło wiedzy dla personelu medycznego przy podejmowaniu decyzji dotyczącej leczenia pacjenta, ale może w znacznym stopniu stanowić wsparcie w jednostkowych sytuacjach, gdy historia choroby wskazuje na zwiększone ryzyko dla pacjenta w danym zakresie. Nie zastąpi on jednak tradycyjnego ChPL. Podałam zaledwie parę przykładów źródeł informacji, z których korzystamy, ale sądzę, że już na tej podstawie można się domyślać, jak może wyglądać ewaluacja sygnału. Nie próżnujemy i analizujemy wszystkie dostępne dane, by zapewnić rzetelną ekspertyzę dotyczącą potencjalnych zagrożeń. Bywa intensywnie. W praktyce możliwość podsumowania przez specjalistę ds. bezpieczeństwa farmakoterapii wszystkich dostępnych zgłoszeń umożliwia przegląd danych dotyczących danej substancji czynnej. Dzięki temu nie zawężamy naszych analiz do produktu z konkretną nazwą handlową, ale jesteśmy w stanie zapewnić, że zarówno lek oryginalny, jak i jego odpowiedniki mają pozytywny profil bezpieczeństwa.

I tutaj odpowiadam na pytanie często zadawane przez lekarzy i farmaceutów: „Czy proponując odpowiedniki, możemy sugerować się profilem bezpieczeństwa leku oryginalnego?”. W teorii, kiedy wydajemy w aptecce tańsze/dostępne odpowiedniki zaordynowanego leku, możemy mieć z tyłu głowy, że profil bezpieczeństwa jest zwykle bardzo zbliżony – różnice, jeśli się pojawiają, mogą wynikać z obecności różnych substancji pomocniczych. Stąd warto się upewnić, że pacjent nie doświadczył w przeszłości żadnych reakcji nadwrażliwości (w tym anafilaktycznych) – ani na substancję aktywną leku, ani na substancje pomocnicze. Kolejnym aspektem, który należy wziąć pod uwagę, jest specyfika substancji aktywnej – stopień wchłaniania się leku, który może mieć potencjalnie wpływ na różnice w odpowiedzi klinicznej między lekiem oryginalnym a genericznym. Rozbieżności mogą być spowodowane

też wąskim zakresem terapeutycznym leku, nieliniowym profilem farmakokinetycznym czy nawet dotyczyć konkretnych grup terapeutycznych, gdzie rekomendacja odpowiedników nie jest zalecana (na przykład leki psychotropowe). W takich przypadkach ekspertyza farmaceuty wydającego lek jest bezcenna. Można zatem stwierdzić, że mimo zagwarantowanej biorównoważności leków generycznych występują wyjątki, których nie możemy lekceważyć. Dokładny wywiad z pacjentem podczas rekomendacji odpowiedników jest w tym zakresie fundamentalny i uważam, że we wspomnianych przypadkach należy zwiększyć swoją czujność, zwłaszcza jeśli mamy możliwość wydania leku zaordynowanego albo po prostu leku, który był już wcześniej stosowany przez pacjenta i nie spowodował dyskomfortu czy różnic w odpowiedzi klinicznej.

Współpraca z agencjami rejestracyjnymi

W dziale *pharmacovigilance*, poza rutynowym monitoringiem zaraportowanych zdarzeń niepożądanych, jesteśmy również odpowiedzialni za terminowe i rzetelne przedstawienie nowych informacji dotyczących profilu bezpieczeństwa produktów oraz zidentyfikowanych przypadków niewłaściwego stosowania leków, które mogą nasilić występowanie działań niepożądanych. Raporty te są cyklicznie składane do agencji rejestracyjnych, osobno dla każdego leku, a ich częstotliwość zależy od kilku zmiennych – takich jak okres obecności na rynku produktu czy ilość nowych informacji, jakie wciąż pojawiają się dla danego leku, niezależnie od tego, jak długo zalega już w aptecznych szufladach. Raporty opisują wszelkie aktywności, jakie są prowadzone w celu zapewnienia zgodności z przepisami i wymaganiami agencji, plus proaktywne działania podmiotu odpowiedzialnego, takie jak ewaluacje sygnałów czy status badań postmarketingowych. Zdarza się również,

że agencje rejestracyjne składają wnioski o opisanie nowego ryzyka czy uszczegółowienie informacji już zawartej w raporcie – w takich sytuacjach mamy z góry określone ramy czasowe, których musimy przestrzegać przy weryfikacji niejasnych informacji i udostępnić wyniki naszych analiz. Nieterminowe złożenie raportu czy odpowiedzi na pytania agencji mogą doprowadzić do anulowania licencji dla danego produktu, a w rezultacie do braku dostępności leku dla pacjentów.

Ciągle monitorowanie produktów leczniczych to kluczowa praktyka w dzisiejszym świecie farmacji, gdzie zarówno lekarze, jak i pacjenci oczekują nie tylko skuteczności terapii, ale przede wszystkim zrównoważonego profilu bezpieczeństwa. Bardzo pozytywną kwestią jest wzrastająca świadomość pacjentów i ich dociekliwość, spowodowana troską o własne zdrowie i bezpieczeństwo. Firmy farmaceutyczne dokładają wszelkich starań, by stworzyć swoisty most między innowacją skutkującą wzrostem efektywności procesów a troską o zdrowie publiczne. Praca w dziale bezpieczeństwa kształtuje coraz bardziej wiarygodne i oparte na najnowszych danych analizy, bezpośrednio przekładające się na terażniejszość i przyszłość prowadzonych terapii. Musimy mieć świadomość, że lek bez działań niepożądanych nie istnieje. Każda substancja, która jakkolwiek ingeruje w procesy biologiczne zachodzące w ludzkim organizmie, wywołuje specyficzne reakcje, przyczyniając się do skutecznej terapii. Pamiętajmy jednak, że z tego samego względu jej stosowanie może stać się też potencjalnym źródłem zdarzeń niepożądanych. Naszą rolą jest zapewnienie, że dostępne leki mają pozytywny profil bezpieczeństwa, ryzyka są zmniejszone do minimum, a dane dotyczące zarówno korzyści, jak i potencjalnych zagrożeń są w pełni dostępne dla pacjenta. 🌱



mgr farm.

PAULINA WOJNA

Safety Evaluation and Risk Management Principal Scientist w dziale Global Safety, GSK

PRZYPISY:

- ¹ EMA – The European Medicines Agency – Europejska Agencja Leków
- ² GVP – Good pharmacovigilance practice – Dobra Praktyka Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii
- ³ CIOMS – The Council for International Organizations of Medical Sciences – Rada Międzynarodowych Towarzystw Medycznych
- ⁴ WHO – World Health Organization – Światowa Organizacja Zdrowia

⁵ Zdarzeniem niepożądanym (wg. Dz. U. 2022 poz. 2301): „jest każde zdarzenie natury medycznej wywołujące negatywne skutki u pacjenta lub uczestnika badania klinicznego, któremu podano produkt leczniczy lub badany produkt leczniczy albo badany produkt leczniczy weterynaryjny, chociażby nie miały one związku przyczynowego ze stosowaniem tego produktu”

⁶ ChPL – Charakterystyka Produktu Leczniczego

⁷ ADR – Adverse Drug Reaction – działanie niepożądane leku

⁸ FDA – Food and Drug Administration + Agencja Żywności i Leków

HURTOWNIE FARMACEUTYCZNE LEKÓW WETERYNARYJNYCH

Rozważając o hurcie farmaceutycznym jako gałęzi działalności branży farmaceutycznej oraz miejscu wykonywania zawodu farmaceutów, zwykle skupiamy się na dystrybucji produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Nie można jednak zapomnieć, że farmacja to także leki, które stosowane są u zwierząt.

Procesy wytwarzania, rejestracji i dystrybucji leków weterynaryjnych charakteryzują się swoją specyfiką, która odzwierciedlona jest między innymi dedykowanymi przepisami prawa i jednostkami administracji regulującymi ten sektor. Rynek leków weterynaryjnych to również wyspecjalizowane podmioty. W niniejszym tekście pragnę przybliżyć czytelnikom wybrane aspekty ze specyfiki hurtowej dystrybucji produktów leczniczych dla zwierząt.

Obrót dedykowany

Hurtowa dystrybucja produktów leczniczych weterynaryjnych zdefiniowana została w prawie farmaceutycznym w ogólnym przepisie dotyczącym obrotu hurtowego lekami, co w naturalny sposób rodzi wiele podobieństw formalno-organizacyjnych

dla podmiotów zajmujących się taką działalnością. Hurtownie weterynaryjne, podobnie jak hurtownie produktów ludzkich, otrzymały także własny zakres asortymentowy, w którym poza lekami weterynaryjnymi mogą prowadzić obrót również paszami, środkami higienicznymi, produktami biobójczymi oraz wyrobami medycznymi stosowanymi u zwierząt. Najważniejszą kwestią regulacyjną jest jednak fakt, że hurtownia weterynaryjna nie może prowadzić obrotu produktami przeznaczonymi dla ludzi i vice versa – stąd łańcuchy dostaw leków ludzkich i zwierzęcych są od siebie formalnie i fizycznie rozdzielone.

W praktyce: podobieństwa i różnice

W organizacji obrotu hurtowego lekami weterynaryjnymi istnieje bardzo wiele podobieństw do obrotu



www.stock.adobe.pl

produktami dla ludzi, jednak poszczególne elementy posiadają własną specyfikę i stąd w przepisach prawa znajdujemy równolegle zestawione szczegóły dla jednego i drugiego typu obrotu.

I tak zezwolenie na obrót hurtowy produktami leczniczymi weterynaryjnymi wydawane jest przez Głównego Lekarza Weterynarii, a nie Państwową Inspekcję Farmaceutyczną. Również cały dalszy nadzór nad prowadzoną działalnością leży w kompetencjach Inspekcji Weterynaryjnej. Szczegółowe rozporządzenia regulujące obrót lekami dla zwierząt wydawane są nierzadko przez Ministra Rolnictwa, a nie tylko Ministra Zdrowia. Proces uruchamiania hurtowni weterynaryjnej co do zasady jest analogiczny jak dla hurtowni ludzkich, z tą specyfiką, że lokal przeznaczony na taką działalność podlega dodatkowemu opiniowaniu przez wojewódzkiego lekarza weterynarii. Również kontrole działalności przeprowadzane są w tym przypadku przez wojewódzkich inspektorów weterynaryjnych – w odróżnieniu od hurtowni produktów ludzkich, dla których organem kontrolno-nadzorczym jest

Główny Inspektor Farmaceutyczny, a nie inspektorzy wojewódzcy. Pod względem regionalizacji nadzoru sytuacja hurtowni weterynaryjnych przypomina więc sytuację hurtowni ludzkich sprzed zmian legislacyjnych z 2015 r. Pozwala to jednak na zwiększenie częstotliwości prowadzenia kontroli, które w praktyce odbywają się tu raz w roku, lecz przy jednoczesnym mniejszym zaangażowaniu czasowym na poszczególnej inspekcję. Z perspektywy podmiotu prowadzącego działalność ma to swoje dobre strony – bliższy, bieżący nadzór z pewnością ułatwia szybsze reagowanie na potrzeby zmian i dostosowań, daje też większą przewidywalność, co jakże istotne w tak regulowanym biznesie jak farmacja.

Hurtowa dystrybucja weterynaryjna posiada też swoją specyfikę raportowania. W weterynarii pozostały wciąż aktywne, podobnie jak to było przed kilkoma latami w hurtowniach ludzkich, tzw. kwartalne raporty dotyczące obrotu. Mają one bardzo uproszczony charakter, a ich obsługa polega na załadowaniu odpowiednio przygotowanego pliku do systemu informatycznego Państwowego Instytutu

Weterynaryjnego. Obrót weterynaryjny nie jest natomiast objęty Zintegrowanym Systemem Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Produkty weterynaryjne naturalnie nie podlegają również pod przepisy tzw. dyrektywy fałszywkowej i dlatego nie są serializowane. Co oczywiście nie zmienia faktu, że aspekty zapewnienia szczelności łańcucha dostaw są ważne także dla leków weterynaryjnych.

Problematyka legislacyjna i jej konsekwencje dla Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej

Najistotniejsza problematyka legislacyjna przekładająca się wprost na warunki prowadzenia hurtowni weterynaryjnej leży w kwestii wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. Wynika to z istniejących obecnie dwóch systemów: starszego i prostszego, opartego na krajowym rozporządzeniu oraz nowocześniejszego, wprowadzonego rozporządzeniem unijnym.

W polskim prawodawstwie nadal funkcjonuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 października 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej produktów leczniczych weterynaryjnych. Przytoczony akt prawny jest analogiczny w stosunku do wymagań DPD hurtowni ludzkich sprzed wdrożenia wytycznych unijnych. Zakłada on dość proste zasady organizacji hurtowni weterynaryjnej w zakresie stanu technicznego, infrastruktury i wyposażenia magazynu oraz zasad przejmowania, wydawania i transportowania produktów. Akt prawny nakazuje hurtowniom weterynaryjnym wprowadzenie kilku podstawowych procedur regulujących zarówno wymienione wcześniej procesy logistyczne, jak i aspekty związane z postępowaniem

reklamacyjnym oraz wstrzymywaniem i wycofywaniem z obrotu produktów. Rozporządzenie reguluje też w nieskomplikowany sposób kwestię zastępowania Osoby Odpowiedzialnej.

Równolegle i niezależnie od opisanego powyżej krajowego prawodawstwa, Dobra Praktyka Dystrybucyjna produktów weterynaryjnych regulowana jest także rozporządzeniem wykonawczym Komisji (UE) 2021/1248 z 29 lipca 2021 r. w sprawie środków w zakresie dobrej praktyki dystrybucyjnej dotyczącej weterynaryjnych produktów leczniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/6. Akt ten w swoim kształcie i treści jest bardzo zbliżony do Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej produktów ludzkich, dla której komisja UE nie wydała rozporządzenia, lecz jedynie wytyczne będące podstawą do powołania dedykowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia. W myśl przedmiotowego rozporządzenia UE podmioty prowadzące hurtownie weterynaryjne powinny spełniać daleko bardziej złożone zasady jakościowe niż te określone w polskim rozporządzeniu z 2015 r. Z drugiej strony przepisy unijne nie wniosły sankcji za niedostosowanie systemu do nowych wymagań – to powinno być przedmiotem krajowej regulacji, która do dnia dzisiejszego nie została wydana. Hurtownicy weterynaryjni są zatem zmuszeni funkcjonować w podwójnym systemie jakości, które co prawda nie wykluczają siebie wzajemnie, jednak poziom złożoności obu odmian jest diametralnie różny.

Jak zatem widać w przytoczonym powyżej przykładzie, układ podobieństw i różnic pomiędzy hurtem weterynaryjnym a ludzkim najistotniej wyraża się właśnie w tym najważniejszym aspekcie prowadzenia działalności: zapewnieniu systemu jakości.



Hurt weterynaryjny jako miejsce pracy farmaceuty

Z perspektywy codziennej pracy hurtowni farmaceutycznej – zarówno produktów ludzkich, jak i weterynaryjnych – aspekt zapewnienia bezpieczeństwa dystrybucji jest najistotniejszy dla zatrudnionego w niej personelu fachowego. Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne Osobą Odpowiedzialną w hurtowni produktów leczniczych weterynaryjnych może być farmaceuta spełniający analogiczne warunki jak dla tzw. kierownika hurtowni farmaceutycznej produktów ludzkich. Ustawodawca dopuścił również możliwość pełnienia funkcji kierownika w hurtowni weterynaryjnej przez lekarza weterynarii z minimum dwuletnim doświadczeniem zawodowym, jednak pod warunkiem, że jest to jego jedyne miejsce zatrudnienia w zawodzie oraz nie jest właścicielem zakładu leczniczego dla zwierząt itp.

Biorąc pod uwagę wdrażanie nowego systemu jakości – Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej w myśl rozporządzenia UE – warto zauważyć, że hurtownie farmaceutyczne produktów leczniczych weterynaryjnych stają się ciekawym miejscem wykonywania zawodu dla farmaceutów, a zwłaszcza tych z posiadanym już doświadczeniem w zakresie wdrażania systemów jakości w innych obszarach branży farmaceutycznej, przede wszystkim w hurtowniach farmaceutycznych produktów ludzkich. Aktualny wykaz takich podmiotów liczy już ponad 100 pozycji. Głos farmaceutów związanych z hurtowniami weterynaryjnymi jest coraz wyraźniej zauważalny w naszej grupie zawodowej i niezmiernie cieszy mnie fakt, że nasze wysokie kompetencje znajdują zastosowanie w kolejnym obszarze branży farmaceutycznej. 🌱



MB/a/w

mgr farm.
MATEUSZ SZAMAŁEK
Prezes Wielkopolskiej Okręgowej
Rady Aptekarskiej



Laboratorium Synoptis Industrial

Otwarta została nowa część laboratorium kontroli jakości leków Synoptis Industrial w Swarzędzu. To kolejny etap rozbudowy zdolności analitycznych w zakresie produktów farmaceutycznych przez spółkę Synoptis Industrial, należącej do Grupy Neuca. Laboratorium od trzech lat z powodzeniem prowadzi badania leków, które ostatecznie trafiają do pacjentów w całej Europie. Zatrudnienie znalazło w nim 25 wysokiej klasy specjalistów analityki farmaceutycznej, którzy mają do dyspozycji najnowocześniejszy sprzęt, taki jak chromatografy gazowe, chromatografy cieczowe, zautomatyzowane aparaty do uwalniania leków czy inny sprzęt analityczny do badania leków zwiewnych i donosowych.

W uroczystości otwarcia laboratorium 25 stycznia 2024 r. uczestniczyli między innymi dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Anna Jelińska, dyrektor Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej UMP Jacek Wajda, prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Mateusz Szamałek. Zarząd Grupy Neuca reprezentował Tomasz Chmiel, dyrektor oferty handlowej. Mając na uwadze potencjał labo-



Mateusz Szamałek

laboratorium jako miejsca pracy farmaceutów, w wydarzeniu wzięli udział również przedstawiciele środowiska studentów farmacji. Mgr farm. Tomasz Nawrocki, prezes spółki Synoptis Industrial, absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, powiedział: „Relacja z Wydziałem Farmaceutycznym jest dla spółki kluczowa w kontekście dalszego pozyskiwania wykwalifikowanej kadry pracowników. Chcemy także rozwijać istniejącą współpracę z CITF, uzupełniając kompetencje, których dziś nasze laboratorium nie posiada”.

Otwarcie laboratorium było okazją do podsumowania 10 lat działalności spółki w Swarzędzu i procesu rozwoju od pakowni leków do centrum serwisu logistyczno-jakościowego farmaceutycznego łańcucha dostaw, które dostarcza usługi importu, badań laboratoryjnych, certyfikacji serii i produkcji dla globalnych koncernów, między innymi z Indii, Korei Południowej i Chin, realizujących dostawy leków do Europy.

mgr farm. TOMASZ NAWROCKI

ALINA IBATULINA
ŁUKASZ ŚWIDERSKI

PRZESTĘPSTWO A PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU

Prawomocne skazanie za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo karnoskarbowe powoduje obligatoryjnie utratę prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z 10 grudnia 2010 r. o zawodzie farmaceuty farmaceuta traci prawo wykonywania zawodu farmaceuty w przypadku prawomocnego skazania za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo karnoskarbowe. Powyższy przepis oznacza, że prawomocne skazanie za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo karnoskarbowe powoduje obligatoryjnie utratę prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Utrata prawa wykonywania zawodu następuje z mocy prawa, a powyższa okoliczność zostaje tylko potwierdzona przez okręgową radę aptekarską albo Naczelną Radę Aptekarską w formie uchwały.

W celu szerszego omówienia przedmiotowego przepisu należy wyjaśnić, czym jest przestępstwo i jakie są różnice pomiędzy nim a wykroczeniem. W dalszej

części artykułu zostanie także poruszona kwestia umyślnego bądź nieumyślnego charakteru przestępstwa, kiedy przestępstwo jest ścigane z oskarżenia publicznego oraz czym jest przestępstwo skarbowe. Należy w tym miejscu wskazać, że odpowiedzialność karna może wynikać nie tylko z kodeksu karnego lub kodeksu karnego skarbowego, ale także z innych ustaw, między innymi kodeksu spółek handlowych lub ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Prawomocne skazanie

W pierwszej kolejności wyjaśnić trzeba, że przez pojęcie prawomocnego skazania należy rozumieć orzeczenie skazujące sądu pierwszej instancji, od którego nie został wniesiony środek oskarżenia, albo orzeczenie sądu odwoławczego wydane w wyniku rozpoznania środka odwoławczego, z którego wynika skazanie za określone przestępstwo.



www.stock.adobe.pl

Przestępstwo

Przestępstwo jest to czyn zabroniony, zachowanie o znamionach określonych w ustawie karnej, bezprawny, zabroniony przez ustawę pod groźbą kary, zawiniony przez sprawcę i społecznie szkodliwy w stopniu większym od znikomego. Przestępstwo może mieć charakter występku lub zbrodni. W przypadku występku sprawcy grozi grzywna powyżej 30 stawek dziennych albo powyżej 5000 zł, kara ograniczenia wolności przekraczająca miesiąc albo kara pozbawienia wolności przekraczająca miesiąc. Przykładem takiego przestępstwa może być czyn z art. 178a kodeksu karnego, dotyczący prowadzeniu pojazdu mechanicznego (do katalogu takich pojazdów zalicza się samochody osobowe, motocykle, skutery, pojazdy szynowe, helikoptery, samoloty oraz motorówki) w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego. Należy wskazać, że rower oraz hulajnoga nie są zaliczane do pojazdów mechanicznych. Powyższe oznacza, że farmaceuta,

który dokona takiego czynu, nie utraci uprawnień do wykonywania zawodu, gdyż czyn taki nie stanowi przestępstwa.

Innym przykładem występku najczęściej popełnianego jest czyn z art. 62 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, zgodnie z którym ten, kto wbrew przepisom ustawy posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech. Jakikolwiek posiadanie narkotyków jest bezwzględnie karalne, co także zostało potwierdzone uchwałą Sądu Najwyższego: „posiadaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej w rozumieniu art. 62 ustawy z 21 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii jest każde władanie takim środkiem lub substancją, a więc także związane z jego użyciem lub zamiarem użycia”.

Kolejnym występkiem, który grozi utratą prawa wykonywania zawodu farmaceuty, jest czyn z art. 209 kodeksu karnego, zgodnie z którym za uchylenie się od wykonywania obowiązku alimentacyjnego

określonego w orzeczeniu sądowym, w ugodzie zawartej przed sądem lub innym organem albo w innej umowie, pod warunkiem że łączna wysokość zaległości stanowi równowartość co najmniej trzech świadczeń okresowych albo jeżeli opóźnienie zaległego świadczenia innego niż okresowe wynosi co najmniej 3 miesiące, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. W tym miejscu należy podkreślić, że uchylenie się od obowiązku łożenia na utrzymanie osoby uprawnionej do alimentacji zachodzi wtedy, gdy zobowiązany, mając obiektywną możliwość wykonania tego obowiązku, nie dopełnia go ze złej woli. Występku tego może zatem dopuścić się tylko ten, kto mógłby wykonać ciężący na nim obowiązek, a tego nie czyni, mimo że ma taką możliwość (wyrok SN z 24 listopada 2022 r., IV KK405/22).

Poniżej lista innych występków, za popełnienie których farmaceuta utraci prawo wykonywania zawodu:

1. Groźba karalna z art. 190 kodeksu karnego: kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub na szkodę osoby dla niej najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w osobie, do której została skierowana lub której dotyczy, uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech, przy czym do dokonania przestępstwa konieczne jest wzbudzenie w zagrożonym uzasadnionej obawy, że groźba będzie spełniona.
 2. Kradzież z art. 278 § 1 kodeksu karnego: kto zabiera w celu przywłaszczenia cudzą rzecz ruchomą, podlega karze pozbawienia wolności od trzech miesięcy do lat pięciu. Warto dodać, że jeżeli wartość przedmiotu nie przekracza 500 zł, nie jest taki czyn traktowany jako przestępstwo, a więc w tym przypadku farmaceuta nie straci prawa wykonywania zawodu.
 3. Fałszerstwo materialne faktur z art. 270 § 1 kodeksu karnego: kto, w celu użycia za autentyczną podrabia lub przerabia fakturę w zakresie okoliczności faktycznych mogących mieć znaczenie dla określenia wysokości należności publiczno-prawnej lub jej zwrotu albo zwrotu innej należności o charakterze podatkowym lub takiej faktury jako autentycznej używa, podlega karze pozbawienia wolności od sześciu miesięcy do lat ośmiu.
- Jeżeli sprawca popełnił błąd, nie zostanie pociągnięty do odpowiedzialności.
4. Oszustwo z art. 286 § 1 kodeksu karnego: kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od sześciu miesięcy do lat ośmiu. Możemy mówić o popełnieniu ww. przestępstwa tylko wtedy, gdy:
 - 1) sprawca wprowadził pokrzywdzonego w błąd, wyzyskał jego błąd lub wyzyskał jego niezdolność do należytego pojmowania przedsiębranego działania; przez wprowadzenie w błąd należy rozumieć podstępny zabieg, prowadzący do wywołania u pokrzywdzonego mylnego wyobrażenia o rzeczywistości, na przykład pracownik apteki wprowadził w błąd Narodowy Fundusz Zdrowia co do istnienia podstaw do wypłaty refundacji za leki, posługując się dokumentami w postaci recept poświadczających nieprawdę, czego skutkiem było niekorzystne rozporządzenie przez NFZ mieniem w kwotach stanowiących równowartość refundacji leków;
 - 2) sprawca wyzyskał błąd pokrzywdzonego – wykorzystanie tego, że pokrzywdzony już jest w błędnym przekonaniu co do określonych okoliczności, przykładowo: pokrzywdzony błędnie postrzega sprawcę jako osobę posiadającą określone kwalifikacje, na przykład farmaceutę, a sprawca nie posiada prawa wykonywania zawodu farmaceuty lub nie jest wpisany do rejestru farmaceutów, a mimo to świadczy usługi farmaceutyczne;
 - 3) sprawca wyzyskał niezdolność pokrzywdzonego do należytego pojmowania przedsiębranego działania – taka niezdolność może wynikać na przykład z upośledzenia umysłowego pokrzywdzonego, jego młodego wieku oraz nadużywania alkoholu lub innych środków odurzających.
- Sprawcy zbrodni natomiast grozi kara pozbawienia wolności na czas nie krótszy niż 3 lata albo kara surowsza. Najczęściej popełnianą zbrodnią jest czyn z art. 148 § 1 kodeksu karnego, zgodnie z którym

kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat dziesięciu albo karze dożywotniego pozbawienia wolności.

Wykroczenie

Wykroczenie jest czynem szkodliwym społecznie oraz zabronionym. Sprawcy wykroczenia może grozić kara aresztu, ograniczenia wolności, grzywny do 5000 zł lub nagany. Najważniejszą różnicą pomiędzy wykroczeniem a przestępstwem jest mniejsza szkodliwość społeczna, co skutkuje mniejszym wymiarem kary. Popelnienie wykroczenia nie skutkuje utratą prawa wykonywania zawodu farmaceuty na podstawie omawianego przepisu.

Przestępstwa karnoskarbowe

Omawiając art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z 10 grudnia 2010 r. o zawodzie farmaceuty, należy także wspomnieć o przestępstwach oraz wykroczeniach karnoskarbowych. Są to czyny godzące w interes finansowy Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego oraz Unii Europejskiej. Podstawową różnicą pomiędzy wykroczeniem skarbowym a przestępstwem jest rodzaj kary. Przy wykroczeniu skarbowym występuje grzywna, w przypadku przestępstwa skarbowego zaś mamy do czynienia z grzywną w stawkach dziennych, karą ograniczenia wolności oraz karą pozbawienia wolności. Osoba skazana za popelnienie wykroczenia skarbowego zachowuje status osoby niekaranej oraz nie traci prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Poniżej zostanie przedstawiona lista najczęściej popelnianych przestępstw skarbowych:

1. Uchylenie się od opodatkowania z art. 54 § 1 kodeksu karnego skarbowego: podatnik, który uchylając się od opodatkowania, nie ujawnia właściwemu organowi przedmiotu lub podstawy opodatkowania lub nie składa deklaracji, przez

co naraża podatek na uszczuplenie, podlega karze grzywny do 720 stawek dziennych albo karze pozbawienia wolności, albo obu tym karom łącznie. Przepis ten dotyczy sytuacji, gdy sprawca nie dokonuje zgłoszenia przedmiotu opodatkowania. Może to nastąpić poprzez niezgłoszenie obowiązku podatkowego, niezłożenie zeznania. Najczęściej takie przestępstwo będzie polegało na nieuwajnieniu dochodu.

2. Wystawienie nierzetelnej faktury z art. 62 § 2 kodeksu karnego skarbowego: kto fakturę lub

rachunek wystawia w sposób nierzetelny albo takim dokumentem się posługuje, podlega karze grzywny do 720 stawek dziennych albo karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od roku, albo obu tym karom łącznie. Przepis ten dotyczy faktury, która nie dokumentuje rzeczywistego zdarzenia gospodarczego lub rzeczywistej transakcji, tzw. pusta faktura. Przez posłużenie się nierzetelną fakturą lub rachunkiem rozumie się każde wykorzystanie takiego dokumentu w obrocie prawnym dla celów podatkowych, na przykład zaliczenie wydatków do kosztów uzyskania przychodów.

3. Bezpodstawny zwrot podatku z art. 76 § 2 kodeksu karnego skarbowego: kto przez podanie danych niezgodnych ze stanem rzeczywistym lub zatajenie rzeczywistego stanu rzeczy wprowadza w błąd właściwy organ, narażając na nienależny zwrot podatkowej należności publicznoprawnej, w szczególności podatku naliczonego w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług, podatku akcyzowym, zwrot nadpłaty lub jej zaliczenie na poczet zaległości podatkowej lub bieżących albo przyszłych zobowiązań podatkowych, podlega karze grzywny do 720 stawek dziennych albo karze pozbawienia wolności,



albo obu tym karom łącznie. Sprawcy wystarczy tylko narazić organ na bezpodstawną wypłatę należności publicznoprawnej. Należy wskazać, że nie wymaga się szczególnie podstępnego działania sprawcy, a więc samo podanie w deklaracji danych niezgodnych ze stanem faktycznym lub nieujawnienie istotnych okoliczności jest zachowaniem wystarczającym.

4. Paserstwo akcyzowe z art. 65 § 2 kodeksu karnego skarbowego: kto nabywa, przechowuje, przewozi, przesyła lub przenosi wyroby akcyzowe stanowiące przedmiot czynu zabronionego określonego w art. 63-64 (bezprawny przywóz towaru akcyzowego oraz sprzedaż wyrobów akcyzowych bez oznaczenia ich znakami akcyzy), art. 69 § 1 lub 3 (podjęcie czynności bezpośrednio z produkcją, importem lub obrotem wyrobami akcyzowymi bez przeprowadzenia urzędowego sprawdzenia), art. 69a (dokonywanie czynności poza składem podatkowym), art. 73 (zmiana oznaczenia wyrobu akcyzowego) lub art. 73a (niewłaściwe użycie wyrobu akcyzowego), lub pomaga w ich zbyciu, albo te wyroby akcyzowe przyjmuje lub pomaga w ich ukryciu, podlega karze grzywny do 720 stawek dziennych albo karze pozbawienia wolności, albo obu tym karom łącznie.

Prawomocne skazanie między innymi za wyżej opisane przestępstwa karnoskarbowe skutkuje utratą prawa wykonywania zawodu farmaceuty z mocy prawa.

Umyślność i nieumyślność przestępstw

Przechodząc dalej, wskazać należy, że czyn zabroniony popełniony jest umyślnie wtedy, gdy sprawca ma zamiar jego popełnienia. To znaczy, że chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi. Można wyróżnić dwa rodzaje tego zamiaru: zamiar bezpośredni oraz zamiar ewentualny. Z zamiarem bezpośrednim będziemy mieli do czynienia w sytuacji, gdy sprawca chce popełnić czyn zabroniony. Powyższe także znajduje potwierdzenie w jednym z orzeczeń Sądu Najwyższego, w którym sąd wskazał: „Przy zamiarze bezpośrednim niezbędna jest świadomość sprawcy co do celu i środków do tego prowadzących, czyli znamion czynu zabronionego oraz wola ich realizacji” (postanowienie SN z 20 kwietnia 2017 r., II KK 104/17).

Przykładem takiego przestępstwa może być czyn z art. 286 kodeksu karnego, o którym wspomniano wcześniej, oraz czyn z art. 278 kodeksu karnego, mówiący o przywłaszczeniu cudzej rzeczy. Zamiar ewentualny dotyczy sytuacji, gdy sprawca ma świadomość możliwości popełnienia czyni zabronionego. Zamiar ten oznacza godzenie się, akceptację możliwości, że zachowanie sprawcy może zrealizować znamiona czynu zabronionego (wyrok SA we Wrocławiu z 11 września 2013 r., II AKa 278/13). Przykład takiego przestępstwa stanowi czyn z art. 178a kodeksu karnego oraz czyn z art. 148 § 1 kodeksu karnego. Z kolei czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć.

Zdecydowana większość przestępstw może być popełniona tylko i wyłącznie umyślnie, tj. tylko za ich umyślne popełnienie można być ściganym karnie. Aby ponosić odpowiedzialność za przestępstwo popełnione nieumyślnie, musi to być wyraźnie wskazane w ustawie karnej (na przykład kodeksie karnym). Jeżeli ustawa przewidująca odpowiedzialność karną za dany czyn nie wskazuje wprost, że dane przestępstwo może być popełnione w sposób nieumyślny, oznacza to, że odpowiedzialność karna przewidziana jest tylko za jego umyślne popełnienie. Jako przykłady przestępstw, które mogą być popełnione nieumyślnie, można wskazać:

1. Podanie fałszywych danych, czyli przestępstwo z art. 587 kodeksu spółek handlowych – zgodnie z tym przepisem, kto przy wykonywaniu obowiązków wymienionych w tytule III i IV kodeksu spółek handlowych (na przykład członkowie zarządu, likwidatorzy, pracownicy spółki) nieumyślnie ogłasza dane nieprawdziwe albo przedstawia je organom spółki, władzom państwowym lub osobie powołanej do rewizji (na przykład poprzez niedbałe podanie nieprawdziwych danych przez likwidatorów w bilansie otwarcia likwidacji przedstawionym zgromadzeniu wspólników do zatwierdzenia, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.
2. Niegospodarność/nadużycie zaufania w obrocie gospodarczym (art. 296 kodeksu karnego).

Przestępstwo nazywane popularnie przestępstwem „niegospodarności”. Zgodnie z art. 296 § 4 kodeksu karnego, kto, będąc obowiązany na podstawie przepisu ustawy, decyzji właściwego organu lub umowy do zajmowania się sprawami majątkowymi lub działalnością gospodarczą osoby fizycznej, prawnej albo jednostki organizacyjnej niemającej osobowości prawnej (na przykład członek zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością), przez nieumyślne nadużycie udzielonych mu uprawnień lub nieumyślne niedopełnienie ciążącego na nim obowiązku wyrządza jej znaczną szkodę majątkową (powyżej 200 tys. zł), podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech. Jako przykład tego przestępstwa można wskazać członka zarządu spółki kapitałowej, który:

- 1) nie ma świadomości faktu nadużywania uprawnień lub niewykonywania obowiązków (na przykład nie wie, że w zakresie obowiązków każdego członka zarządu leży monitorowanie sytuacji finansowej spółki) i w konsekwencji wyrządza szkodę poprzez zawarcie kolejnej umowy, której spółka nie zrealizuje;
- 2) nie chcąc przekroczyć uprawnień i obowiązków, przeczuwa, że powinien skonsultować z działem prawnym, czy dana decyzja nie wymaga dodatkowych zgód korporacyjnych (na przykład rady nadzorczej), ale przecucie to ignoruje i w konsekwencji wyrządza spółce szkodę (zawiera niekorzystną umowę).
3. Nieumyślne spowodowanie śmierci. Zgodnie z art. 155 kodeksu karnego, kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od trzech miesięcy do lat pięciu. Jako przykłady można wskazać:
 - 1) bójkę/pobicie/szarpaninę, której efektem jest śmierć jej uczestnika (osoba popchnięta uderza głową o twarde podłoże);
 - 2) wypadek drogowy spowodowany nadmierną prędkością sprawcy, w wyniku którego ginie człowiek;
 - 3) błędne wydanie produktów leczniczych przez farmaceutę skutkujące śmiercią pacjenta;
 - 4) niewłaściwe zabezpieczenie wykopu w drodze, w który wpada dziecko i w wyniku upadku ponosi śmierć.

Przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego i prywatnego

Przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego to są takie przestępstwa, których ściganie odbywa się przy użyciu organów policyjno-prokuratorskich. Powziąwszy informacje, organ policyjno-prokuratorski zobowiązany jest do wszczęcia postępowania. Drugą kategorią przestępstw ściganych z oskarżenia publicznego są przestępstwa ścigane na wniosek. W tym przypadku niezbędne jest złożenie wniosku dla wszczęcia postępowania. Trzecim trybem jest tryb prywatnoskargowym. Akt oskarżenia kieruje pokrzywdzony, a organy ścigania mają możliwość przystąpienia do takiego postępowania. Do czynów ściganych z oskarżenia prywatnego należy zaliczyć między innymi:

1. Czyn z art. 212 kodeksu karnego, czyli przestępstwo zniesławienia.
2. Czyn z art. 216 kodeksu karnego, czyli przestępstwo znieważenia innej osoby.
3. Czyn z art. 217 kodeksu karnego, czyli przestępstwo naruszenia nietykalności cielesnej innej osoby.

Podkreślić jednak należy, że większość czynów objętych sankcją karną jest ścigana z oskarżenia publicznego, co oznacza, że postępowanie karne jest wszczynane przez organy ścigania.

PODSUMOWUJĄC, wskazać należy, że skazanie za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo karnoskargowe powoduje utratę prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Utrata tego prawa następuje „automatycznie”. W przypadku zajścia ww. okoliczności, o których sąd wydający wyrok w sprawie powiadamia właściwą okręgową izbę aptekarską z urzędu (na podstawie art. 21 § 1 pkt 2) kodeksu postępowania karnego), właściwa okręgowa rada aptekarska albo Naczelna Rada Aptekarska potwierdza utratę prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Jest to jedynie potwierdzenie faktu utraty prawa, które następuje z momentem prawomocnego skazania. 🌿



ALINA IBATULINA
Prawnik w „Świderski
i Świderski Radcowie Prawni”
Spółka partnerska



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

dr n. med. ALINA GÓRECKA

W KREĞU ZAWODÓW MEDYCZNYCH

Obowiązują nowe regulacje prawne, które dotyczą wykonywania zawodu technika farmaceutycznego. Jaki będą miały wpływ na pracę aptek?

Farmaceuci jako osoby odpowiedzialne merytorycznie za prowadzenie aptek z uwagą śledzą nieustające zmiany w otoczeniu prawnym działalności aptecznej. 26 marca 2024 r. weszła w życie ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1972). Nie dotyczy ona, rzecz jasna, zasad wykonywania zawodu farmaceuty, bo te regulacje są zawarte w ustawie z 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97 z późn. zm.), ale będzie regulować zasady wykonywania 15 zawodów medycznych, które nie mają swoich ustaw o zawodzie. Wśród nich są nowe zawody, na przykład optometryści, ortoptystki, podiatry, ale także zawód technika farmaceutycznego. Ustanowienie wspólnych zasad wykonywania tak odległych od siebie zawodów wydaje się dość karkołomnym przedsięwzięciem. Ustawa określa wspólne zasady wykonywania tych zawodów, zasady ustawicznego rozwoju zawodowego i odpowiedzialności zawodowej.

Co ciekawe, nie jest to pierwsza ustawa, która w sposób ogólny reguluje wykonywanie wybranych zawodów uznanych za zawody medyczne. Zastąpi ona ustawę z 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności

fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. poz. 332 oraz z 2001 r. poz. 1207). Aż nieprawdopodobne, że ustawa rodem z okresu stalinizmu do dnia dzisiejszego regulowała zasady pracy fachowych pracowników dzisiejszego systemu ochrony zdrowia. Oczywiście tych, które nie posiadają swojego samorządu zawodowego i odrębnej ustawy o zawodzie.

Jako farmaceuci, zawód zaufania publicznego, mamy swoją ustawę o zawodzie, mamy swój samorząd zawodowy, a technicy farmaceutyczni towarzyszą nam w pracy przez dziesięciolecia w ramach swoich uprawnień zawodowych w aptekach ogólnodostępnych i szpitalnych. To my odpowiadamy za powierzanie im obowiązków, które nie mogą wykraczać poza ich kompetencje zawodowe opisane w ustawie Prawo farmaceutyczne. Jako kierujący ich pracą ponosimy odpowiedzialność zawodową za wykonywanie przez nich usług farmaceutycznych zgodnie z normami prawa farmaceutycznego szeroko rozumianego.

Warto zapoznać się z regulacjami zawartymi w ustawie o niektórych zawodach medycznych, aby znać zakres odpowiedzialności zawodowej techników farmaceutycznych i formy jej egzekwowania



www.stock.adobe.pl

określone przez ustawodawcę. Warto przyrzeć się zasadom ustawicznego rozwoju zawodowego technika farmaceutycznego i nowym zasadom, na jakich ten zawód powinien być wykonywany. Przecież nierzadko to my jesteśmy pracodawcami dla techników farmaceutycznych. Z pewnością warto też znać wymagania, jakie powinniśmy stawiać zatrudnianym technikom, a także wiedzieć, jakimi dokumentami powinni się legitymować, aplikując o pracę w zespole aptecznym.

Technik farmaceutyczny zawodem medycznym

Wprawdzie ustawodawca nie określa tego zawodu jako samodzielnego zawodu medycznego, tak jak to jest w przypadku farmaceutów, ale jednoznacznie zalicza go do grupy zawodów medycznych. Technik zawsze wykonuje pracę pod nadzorem farmaceuty, ale aby mógł swój zawód wykonywać, musi spełniać następujące warunki:

- musi mieć pełną zdolność do czynności prawnych,
- nie może być prawomocnie skazany za umyślne przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,

- musi korzystać w pełni z praw publicznych,
- musi wykazywać znajomość języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu, ale wystarczy oświadczenie, że włada językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu medycznego; (dołącza dodatkowo oświadczenie o treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”; w naszym zawodzie jest inaczej, farmaceuci nostryfikujący dyplom muszą zdać egzamin z języka polskiego na zasadach określonych w ustawie o zawodzie farmaceuty).

Ustawodawca określił także wymagania w zakresie wykształcenia. Technik farmaceutyczny powinien legitymować się kwalifikacjami uzyskanymi w systemie oświaty, wymaganymi do wykonywania tego zawodu, którymi są:

- 1) rozpoczęcie po 31 sierpnia 2019 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie technik farmaceutyczny lub
- 2) rozpoczęcie przed dniem 1 września 2018 r. szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej

o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik farmaceutyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik farmaceutyczny.

Dodatkowo ustawa opisuje możliwości uznania kwalifikacji uzyskanych poza Polską i Unią Europejską, które uprawniają do wykonywania zawodów medycznych, w tym technika farmaceutycznego.

Nowością jest obowiązek wynikający z art. 2 ust. 3 ustawy: „Osoba wykonująca zawód medyczny (...) podlega wpisowi do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego. Zawód można wykonywać od dnia uzyskania tego wpisu”.

Wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Z mocy ustawy o niektórych zawodach medycznych powstanie Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, w którym będą zarejestrowane wszystkie osoby wykonujące 15 zawodów wymienionych w tej ustawie, w tym technicy farmaceutyczni. Jest to rejestr publiczny, którego administratorem jest minister do spraw zdrowia. Dla każdego zawodu rejestr jest prowadzony odrębnie.

Dane gromadzone w rejestrze osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego są zakresem zbliżone do tych, które gromadzone są w rejestrze farmaceutów (w tym przypadku wpisów dokonuje właściwa okręgowa rada aptekarska). Jako dodatkowe dane gromadzone w rejestrze (w stosunku do rejestru farmaceutów) można wskazać:

- 1) informację dotyczącą odbycia praktyki w aptece przez technika farmaceutycznego, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 91 ust. 3 ustawy z 6 września 2021 r. – Prawo farmaceutyczne,
- 2) nazwę i adres miejsca wykonywania zawodu wraz z NIP, REGON oraz ID apteki;
- 3) numer telefonu do kontaktu oraz adres poczty elektronicznej.

W rejestrze (analogicznie do rejestru farmaceutów) będą gromadzone także informacje o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu technika farmaceutycznego, zaprzestaniu jego wykonywania oraz dacie zgonu osoby wykonującej zawód

medyczny. W rejestrze zachowuje się odwzorowania cyfrowe dokumentów, które składa do rejestru wnioskodawca. Nie wszystkie jednak dane zawarte w rejestrze będą jawne. Jawne będą jedynie:

- 1) numer wpisu;
- 2) indywidualny identyfikator wpisu;
- 3) data wpisu;
- 4) nazwa wykonywanego zawodu medycznego;
- 5) imię (imiona) i nazwisko;
- 6) nazwa i adres miejsca wykonywania zawodu medycznego wraz z NIP lub REGON, lub numer księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub nr ID apteki;
- 7) informacja o zawieszeniu uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego;
- 8) informacja o zaprzestaniu wykonywania zawodu medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) informacja o wznowieniu wykonywania zawodu medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) data utraty uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego wraz z podaniem przyczyny;
- 11) informacja o tymczasowym zawieszeniu uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego albo o ograniczeniu zakresu czynności w jego wykonywaniu.

Wpis do rejestru jest obowiązkowy, a złożenie wniosku w tej sprawie podlega opłacie w wysokości 100 zł. Nie podlegają dodatkowym opłatom wnioski o zmiany danych w rejestrze, takich jak zmiana nazwiska czy miejsca wykonywania zawodu.

Ustawa określa także, kiedy technik farmaceutyczny traci uprawnienia do wykonywania zawodu. Są to następujące okoliczności:

- urata lub ograniczenie zdolności do czynności prawnych,
- pozbawienie praw publicznych,
- prawomocne skazanie za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
- pozbawienie uprawnienia do wykonywania zawodu za przewinienia zawodowe na podstawie orzeczeń Komisji Odpowiedzialności Zawodowej.

Technik farmaceutyczny, który w dniu wejścia w życie ustawy posiada pełną zdolność do czynności prawnych, nie był prawomocnie skazany za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, korzysta z pełni praw



www.stock.adobe.pl

publicznych, wykazuje znajomość języka polskiego (patrz wyżej) oraz posiada wymagane wykształcenie, może wykonywać zawód technika farmaceutycznego bez wpisu do rejestru do 26 marca 2025 r. Osoby takie powinny jednak złożyć wniosek o wpis do rejestru nie później niż do 26 września 2024 r.

Zasady wykonywania zawodu technika farmaceutycznego

Ustawa o niektórych zawodach medycznych nie rozszerza dotychczasowych kompetencji zawodowych techników, nie znajdziemy też w niej żadnego uszczegółowienia tych kompetencji. Ustawodawca wskazuje, że wykonywanie zawodu technika polega na wykonywaniu go w zakresie i na zasadach określonych w ustawie z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Osoba uprawniona do wykonywania zawodu technika farmaceutycznego ma prawo do posługiwania się tytułem zawodowym odpowiadającym nazwie zawodu. Tytuł ten podlega ochronie prawnej.

Określone zostały zasady powrotu do zawodu po przerwie w jego wykonywaniu przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich sześciu lat. Technik farmaceutyczny, który ma taką przerwę w wykonywaniu zawodu, a zamierza podjąć jego wykonywanie, musi przez 6 miesięcy wykonywać go pod nadzorem farmaceuty, który posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe oraz zasób wiedzy i umiejętności zapewniający właściwą realizację czynności

zawodowych technika wracającego po przerwie do zawodu. Takiego farmaceutę, który sprawuje nadzór, wyznacza pracodawca.

Obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego

Ustawiczny rozwój zawodowy jest prawem i obowiązkiem każdego zawodu medycznego wymienionego w ustawie. Może być realizowany przez kształcenie podyplomowe lub doskonalenie zawodowe. Koszty takiego kształcenia ponosi osoba wykonująca zawód medyczny bądź jej pracodawca. Do organizacji i prowadzenia kursów doskonalących uprawnione są podmioty, których listę publikuje i aktualizuje Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Techników farmaceutycznych będą obowiązywały, tak jak pozostałe zawody wymienione w ustawie, pięcioletnie okresy rozliczania obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego, dokumentowane w karcie rozwoju zawodowego. Bardzo enigmatyczne jest określenie organu, który wydaje taką kartę i odbiera ją po zakończeniu okresu edukacyjnego. Organem tym jest wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania technika farmaceutycznego, zwany organem właściwym. Czy będą nim specjalnie powołane do tego celu jednostki podległe wojewodzie? Należy oczekiwać specjalnego rozporządzenia ministra zdrowia (wydanego na podstawie art. 39 ust. 7 ustawy), które określi formy samokształcenia, ilość



www.stock.adobe.pl

punktów edukacyjnych za poszczególne formy kształcenia, a także wzór karty rozwoju zawodowego. Technikowi farmaceutycznemu będzie też przysługiwał urlop szkoleniowy w wymiarze do sześciu dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. Termin takiego urlopu musi być każdorazowo uzgadniany z pracodawcą. Sfinansowanie takich urlopów szkoleniowych będzie nie lada wyzwaniem dla pracodawców.

Odpowiedzialność zawodowa technika farmaceutycznego

W art. 41 ustawy czytamy: „Osoby wykonujące zawód medyczny podlegają odpowiedzialności zawodowej za zawinione naruszenie przepisów związanych z wykonywaniem danego zawodu medycznego, zwane dalej «przewinieniem zawodowym»”.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej będzie prowadzone przez rzecznika dyscyplinarnego. Będzie obejmowało czynności sprawdzające i postępowanie wyjaśniające. Gdy rzecznik postawi zarzuty lub skieruje wniosek o ukaranie – dalsze postępowanie będzie prowadzone

przez Komisję Odpowiedzialności Zawodowej w celu pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej osoby winnej przewinienia zawodowego.

Bardzo ciekawy jest sposób powołania Komisji Odpowiedzialności Zawodowej. Otóż powoływana jest ona na czteroletnią kadencję przez ministra zdrowia. W jej skład wchodzi:

- po czterech przedstawicieli wykonujących dany zawód medyczny,
- czterech przedstawicieli tzw. dietetyków (nie są zakwalifikowani jako zawód medyczny),
- ośmiu przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia.

Przewodniczącym komisji jest osoba z wykształceniem prawniczym, będąca przedstawicielem ministra zdrowia. Minister powołuje także czterech rzeczników dyscyplinarnych. Ustawa wskazuje, że rzecznikiem dyscyplinarnym może zostać osoba z wykształceniem prawniczym, posiadająca wiedzę w zakresie zasad wykonywania zawodów medycznych. Zarówno działalność rzeczników odpowiedzialności zawodowej, jak i Komisji Odpowiedzialności Zawodowej będzie finansowana z budżetu Ministerstwa Zdrowia.

Co wnosi ustawa o niektórych zawodach medycznych do działalności aptek?

Podejrzewam, że wielu techników farmaceutycznych nie wie o regulacjach ustawy, która bezpośrednio dotyczy ich zawodu. Przyczyną może być fakt, że zgodnie z uprawnieniami zawodowymi technicy farmaceutyczni wykonują zawód pod nadzorem farmaceuty, który jest albo ich pracodawcą, albo osobą odpowiedzialną merytorycznie za prowadzenie apteki, w której pracują. Właśnie ta rola farmaceutów – pracodawców lub osób merytorycznie odpowiedzialnych za prowadzenie apteki czy hurtowni farmaceutycznej – sprawia, że powinni być żywotnie zainteresowani prawidłową implementacją regulacji dotyczących towarzyszących im w pracy techników farmaceutycznych. Konsekwencje na przykład zaniedbania obowiązku prawidłowego wpisania się ich do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego w określonym ustawowo czasie mogą bowiem dotknąć farmaceutów osobiście.

Z wejścia w życie tej ustawy płyną dla nas, farmaceutów, też korzyści. Obowiązek wpisu dla technika farmaceutycznego do rejestru da nam weryfikację kwalifikacji zatrudnianego technika, potwierdzoną przez niezależny organ administracji państwowej. Problemem w skutecznym zarejestrowaniu się techników farmaceutycznych może być konieczność okazania zaświadczenia o odbyciu dwuletniego stażu w aptece, zwłaszcza dla techników z długim stażem zawodowym. Wiele aptek, w których odbywali te staże, już nie istnieje, wiele osób kierujących takim stażem już nie żyje. Sześć miesięcy na dokonanie wpisu może okazać się zbyt krótkim okresem na pokonanie wszystkich trudności w skutecznym wpisie do rejestru, z których wiele ustawodawca po prostu nie przewidział. Ale to pokazuje, że regulacja ustawowa weryfikująca uprawnienia do wykonywania tego zawodu jest wysoce pożądana, a ponadto poprawia bezpieczeństwo wykonywania zawodu farmaceutów, którzy odpowiadają za prowadzenie aptek. Należy liczyć się ze wzrostem świadomości techników w zakresie ich odpowiedzialności zawodowej w najbliższych latach, co akurat będzie bardzo dobrym efektem wejścia w życie ustawy.

Technicy nie będą chętni do wykonywania, nawet na polecenie pracodawcy, czynności, które wykraczają poza ich kompetencje zawodowe, bojąc się, że mogą ponieść odpowiedzialność zawodową za przekroczenie swoich uprawnień. Czy to ograniczy lub nawet wyeliminuje takie zdarzenia, jak funkcjonowanie apteki bez farmaceuty lub pełnienie dyżurów nocnych przez techników farmaceutycznych? Zobaczmy. Trudno też przewidzieć, czy i jak ustawa wpłynie na zainteresowanie kształceniem w zawodzie technika, a dalej na gotowość do wykonywania tego zawodu przez absolwentów szkół policealnych.

Sposób funkcjonowania ustawy rodzi więcej pytań. Na przykład: jakie konsekwencje grożą technikowi farmaceutycznemu, jeśli nie dopełni obowiązku doskonalenia zawodowego w ramach danego okresu edukacyjnego? Jakie będą propozycje CMKP dotyczące szkoleń punktowanych dla tej grupy zawodowej? Pracodawcy patrzą z niepokojem na dodatkowy koszt, jakim będzie samo sfinansowanie urlopów szkoleniowych, przysługujących tej grupie zawodowej każdego roku.

Trudno dzisiaj oceniać wprowadzaną ustawą regulację dotyczącą wykonywania 15 zawodów medycznych. Dopiero kilkuletnia praktyka pokaże, jakie nowe prawo będzie miało przełożenie na funkcjonowanie aptek i relacje pomiędzy farmaceutami, technikami a pracodawcami rynku aptek i hurtowni. Doświadczenie uczy nas, że papier przyjmie wszystko, a ustawy po ich wejściu w życie zaczynają żyć swoim życiem. I to życie wcale nie musi być zgodne z uzasadnieniem do nich. Wiele przepisów zostaje martwych, inne są polem do wyszukanych i przeciwnych interpretacji autorytetów prawa. Dziś jest zagadką, jak ustawa o niektórych zawodach medycznych wpłynie na pracę aptek i farmaceutów, ale pewne jest, że muszą dopilnować, aby współpracujący z nimi technicy farmaceutyczni zapoznali się z nią, a przede wszystkim dopełnili obowiązku wpisania się do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego w ustawowym czasie. To niezbędne dla bezpiecznego, zgodnego z prawem funkcjonowania aptek. 🌱



dr n. med.
ALINA GÓRCKA
Wiceprezes Naczelnej Rady
Aptekarskiej

Problemy i wyzwania

VI WIELKOPOLSKIE WARSZTATY FARMACJI SZPITALNEJ

Dobre przygotowanie merytoryczne programu VI Wielkopolskich Warsztatów Farmacji Szpitalnej, które spotkały się z dużym zainteresowaniem środowiska aptekarskiego, to niewątpliwie duży sukces organizatorów: Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i Sekcji Aptek Szpitalnych Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego Oddział w Poznaniu, a przede wszystkim jej przewodniczącej mgr farm. Anny Łohynowicz. Wysoka frekwencja to dowód, że tematyka wykładów odpowiadała potrzebom praktyki zawodowej farmaceutów wykonujących zawód w aptekach szpitalnych. Ponadto doroczne spotkania warsztatowe są okazją do wymiany doświadczeń i sprzyjają integracji środowiska.

W tym roku farmaceuci spotkali się w hotelu Odpoznia w Jaraczu (2-4 lutego 2024 r.), wsi położonej przy wschodnim krańcu Puszczy Noteckiej. Miejscowość malowniczo położona nad rzeką Welną znana jest przede wszystkim z Muzeum Historii Młynarstwa i Wodnych Urządzeń Przemysłu Wiejskiego. Podczas dwóch sesji uczestnicy wydarzenia wysłuchali siedmiu wykładów. „Interakcje leków onkologicznych w praktyce klinicznej” to temat wystąpienia dr n. farm. Katarzyny Regulskiej, konsultanta województwa wielkopolskiego w dziedzinie farmacji szpitalnej. Pierwszego dnia warsztatów z uwagą wysłuchano też wykładu dr n. farm. Eweliny Koczorowskiej z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Poznaniu pod tytułem „Problemy



i wyzwania w kwestii zawodowego narażenia na leki cytotoksyczne”.

Problemy związane z zarządzaniem antybiotykami w szpitalu przedstawiła dr Beata Kowalska-Krochmal z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej i Parazytologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, która wskazała, że programy zarządzania antybiotykami w szpitalu powinny być dostosowane do profilu i możliwości szpitala, zwłaszcza pod względem zasobów ludzkich. Przy niedoborach wykwalifikowanego personelu uczestniczącego w zespołach realizujących szpitalną politykę antybiotykową (SPA) monitorowaniem powinny być obejmowane na przykład antybiotyki najbardziej nadużywane w szpitalu i/lub oddziały, w których to się dzieje albo też zakażenia, w których najczęściej podejmowane są nietrafione decyzje terapeutyczne. Proponowane programy SPA są elastyczne i w każdym szpitalu ich wprowadzenie powinno być dobrze przemyślane, aby pozwoliło na realizację zamierzonych celów. W trakcie wykładu zwrócono uwagę na rolę poszczególnych grup personelu medycznego, zwłaszcza farmaceutów, w kreowaniu SPA, bowiem to farmaceuci razem z lekarzami mogą być bardzo efektywnymi współliderami zespołów zarządzających antybiotykami w szpitalu, jeśli są do tego odpowiednio przygotowani.

Dr hab. inż. Justyna Rogowska z Zakładu Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego omówiła zagadnienia prawne dotyczące produktów leczniczych i suplementów diety jako odpadów. Podczas wykładu wskazano negatywne dla środowiska i zdrowia człowieka skutki niewłaściwego postępowania z niepotrzebnymi/przeterminowanymi/zniszczonymi produktami leczniczymi. Przedstawiono podstawy prawne, w oparciu o które realizowane jest zarządzania odpadami w Polsce. Przede wszystkim skupiono się na zasadach gromadzenia różnych kategorii odpadów (zakaźne, niebezpieczne, inne niż zakaźne i niebezpieczne), warunków i czasu ich wstępnego magazynowania oraz sposobów ich unieszkodliwiania. Zarysowano również obowiązki wytwórców odpadów, w tym obowiązek prowadzenia ewidencji oraz sprawozdawczości, które wynikają zarówno z ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (t.j. 2023, poz. 1587), jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 października 2022 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz.U. 2022 poz. 2363 z późn. zm.). Szczególną uwagę zwrócono na specyficzny rodzaj odpadów pochodzących z produktów leczniczych – przeterminowanymi/zniszczonymi produktami leczniczymi zawierającymi środki odurzające,



ARTUR RZEGOCKI, REPREZENTUJĄCY SPÓŁKĘ ASCLEPIOS (SPONSOR WARSZTATÓW), ANNA ŁOHNOWICZ I MATEUSZ SZAMAŁEK



FARMACEUCI W HOTELU ODPOCZNIĄ W JARACZU

KATARZYNA REGULSKA I MATEUSZ SZAMAŁEK

substancje psychotropowe i prekursorzy kategorii 1. Wskazano także na problemy prawne związane z klasyfikacją odpadów pochodzących z suplementów diety ze względu na brak jasnych przepisów dotyczących ich przyporządkowania do odpowiedniej grupy odpadów na gruncie przepisów prawa ochrony środowiska. Jednocześnie, właściwa kategoryzacja implikuje sposób unieszkodliwiania tego typu odpadów (składowanie, termiczne przekształcenie). Natomiast niewłaściwa metoda unieszkodliwiania niewątpliwie może powodować negatywne skutki dla środowiska.

Farmaceuci z Bydgoszczy – mgr farm. Sławomir Wileński z Katedry Technologii Postaci Leku Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, mgr farm. Karolina Znajewska-Szulc i mgr farm. Karolina Stejbach z apteki szpitalnej Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy – przedstawili zagadnienia poruszone w opracowaniu „Opieka farmaceutyczna nad pacjentem hospitalizowanym. Doświadczenia własne w obszarze farmacji klinicznej”. Wśród obszarów farmacji klinicznej, które mogą być realizowane w szpitalach, na uwagę

zasługuje koncyliacja lekowa. Proces ten może przebiegać różnie, a zależy między innymi od czynników naturalnie kształtujących profil szpitala i wpływających na jego specyfikę. Aby uzyskać największą korzyść z wdrożenia i realizacji koncyliacji lekowej w danej placówce, należy rozpatrzyć uwarunkowania, które stanowią dla danego szpitala czynniki sprzyjające i czynniki ograniczające. Przykładowo dla ośrodka onkologicznego czynnikiem sprzyjającym może być homogenna grupa pacjentów, duży odsetek przyjęć planowych, a czynnikiem ograniczającym – polaryzacja pacjenta na chorobę nowotworową. W opracowaniu zaprezentowanym podczas warsztatów wykorzystano doświadczenia związane z realizacją usługi koncyliacji lekowej, która realizowana była w bydgoskim Centrum Onkologii od 2019 r. Omówiono między innymi niektóre problemy lekowe pacjentów, z którymi stykają się farmaceuci w praktyce klinicznej farmaceutycznej podczas realizacji procesu spotykają się z wieloma różnymi problemami lekowymi pacjentów. Są to na przykład problemy związane z dekompozycją doustnych postaci leków,



niezgodnością związaną z zażywaniem leków o nieprawidłowej porze dnia, niezgodnie z przyjmowanym pokarmem, niezgodnie z popijaniem płynem, stosowaniem suplementów diety, zażywaniem leków w ramach samoleczenia, które wchodzą w interakcje z innymi, równolegle stosowanymi lekami, jak również interakcje między lekami stosowanymi zgodnie z zaleceniami lekarza (lub kilku lekarzy). Przeprowadzone do tej pory konsultacje pokazały, jak wielką lukę we współczesnym systemie opieki zdrowotnej w kraju w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów jest brak systemowego rozwiązania oceny bezpieczeństwa farmakoterapii. Jedną z form rozwiązania tego problemu może być koncyliacja lekowa – podkreślili autorzy opracowania.

Duże zainteresowanie uczestników spotkania wzbudziło wystąpienie dr n. med. Anny Bukowskiej-Posadzy, psychologa klinicznego, pod tytułem „Dzisiejsze kłopoty psychologiczne młodzieży i umiejętności komunikowania się”, która omówiła między innymi wyniki zawarte w raporcie „MŁODE GŁOWY. Otwarcie o zdrowiu psychicznym”. Projekt objął największe w Polsce, bezpłatne i w pełni anonimowe badanie zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości, sprawczości dzieci i młodzieży oraz kampanię profilaktyczną skierowaną do młodych, rodziców i nauczycieli. W anonimowym badaniu „MŁODE GŁOWY” Fundacji UNaweza udział wzięło 184 000 uczniów w wieku 10-19 lat ze

szkół podstawowych i ponadpodstawowych z całej Polski. Badanie zostało koordynowane przez Fundację Dbam o Mój Z@sięg w ramach programu Szkoła Odpowiedzialna Cyfrowo. Obraz dzieci i młodzieży, jaki wyłania się z wyników badań, to obraz przepełniony samotnością, skrajnie niską samooceną i niskim poczuciem sprawczości. Roboczo stan ten został nazwany „triadą kryzysu psychicznego dzieci i młodzieży”. Przyczynia się to do wzrostu myśli samobójczych oraz zachowań i zamachów samobójczych. Podczas wykładu przedstawiono także ogólne informacje z zakresu teorii stresu, odwołując się do sytuacji psychologicznie trudnych, które generują zaburzenia emocji, zaburzenia relacji i konflikty. Ponadto omówione zostały praktyczne narzędzia psychologiczne „zamykania sytuacji trudnych” w relacji.

W VI Wielkopolskich Warsztatach Farmacji Szpitalnej uczestniczył prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej Mateusz Szamałek. W swoim wystąpieniu „Rola samorządu zawodowego – u progu IX kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej” przedstawił kierunki rozwoju wielkopolskiego samorządu zawodowego farmaceutów, a także pojawiające się przed nim wyzwania i problemy nurtujące środowisko aptekarskie.

Opracował EUGENIUSZ JAROSIK
Zdjęcia PRZEMYSŁAW BŁOCH

SERCE SZPITALA

Nowoczesna apteka szpitalna w Wielkopolskim Centrum Pediatrii w Poznaniu



Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu przez wiele lat rozbity był na cztery placówki położone w różnych częściach miasta, co stanowiło niemały problem logistyczny dla rodziców małych pacjentów. Po wielu latach starań udało się połączyć je w całość, budując Wielkopolskie Centrum Pediatrii (WCP) – jeden z najnowocześniejszych i największych szpitali pediatrycznych w Polsce (do końca 2022 r. używano nazwy Wielkopolskie Centrum Zdrowia Dziecka, która została zmieniona w związku z ugodą zawartą z Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie).

Budowa obiektu rozpoczęła się w połowie października 2018 r., a szacowana wartość inwestycji wynosiła ponad 426 mln zł. Inwestycja wymagała dużego wsparcia finansowego z różnych źródeł, między innymi pozyskano środki finansowe z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz z budżetu Samorządu Województwa Wielkopolskiego. W kwietniu 2022 r. nastąpiło długo wyczekiwane przez Wielkopolan otwarcie przeniesionego do nowej placówki, mieszczącej się przy ul. Adama Wrzoska 1, SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

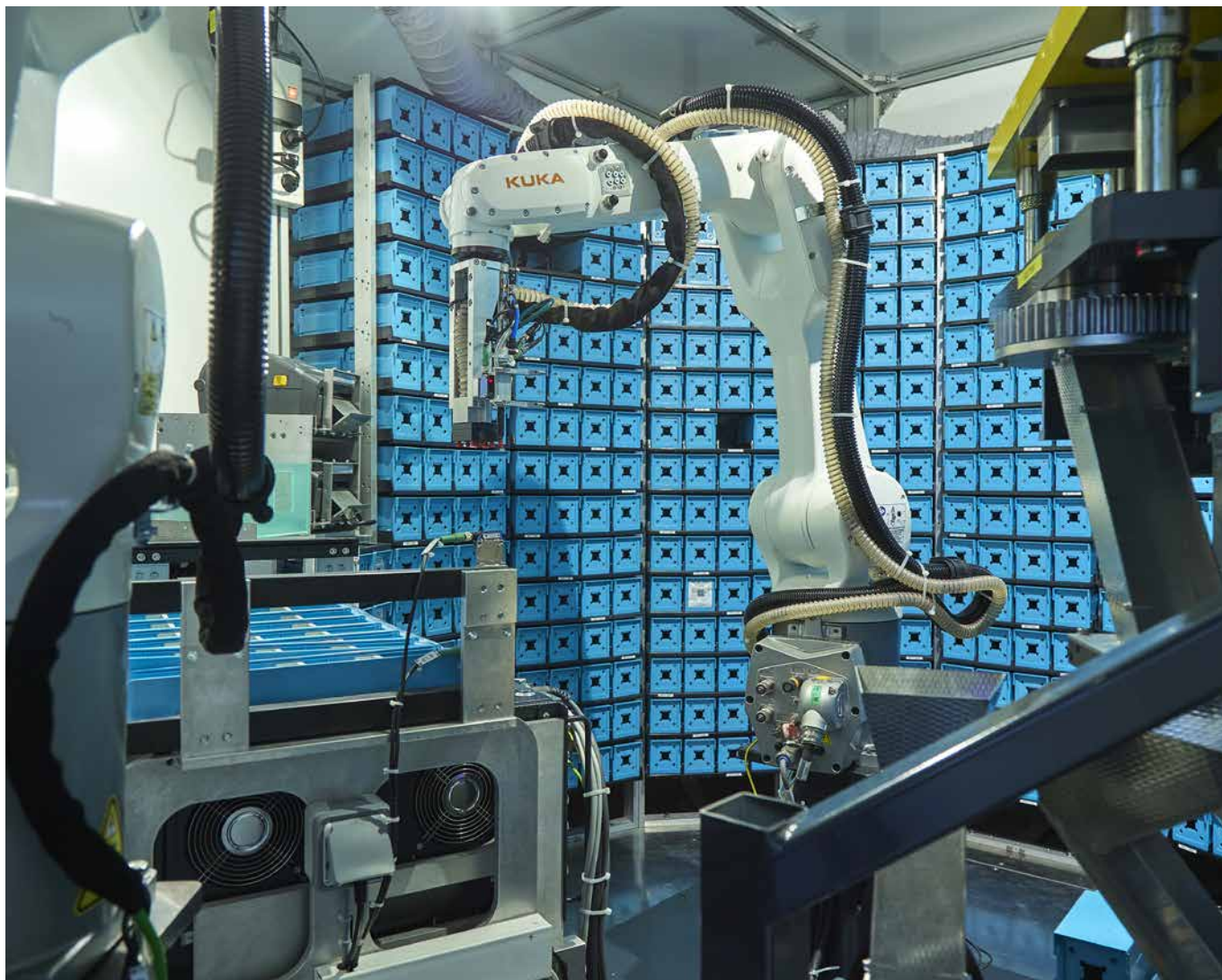
Kompleks szpitalny wyposażony został w nowoczesną infrastrukturę diagnostyczno-terapeutyczną. Składa się z ponad dwóch tysięcy pomieszczeń, zlokalizowanych na siedmiu kondygnacjach. Wśród nich znajdują się rozmieszczone w tzw. oddziałach łóżkowych sale jednoosobowe dla



354 pacjentów i ich opiekunów – każda zaopatrzona w węzeł sanitarny. Blok operacyjny to kompleks pięciu nowoczesnych i zautomatyzowanych sal, w których znajdują się monitory umożliwiające transmisję wykonywanych w nich operacji. W centrum działa kilkanaście poradni specjalistycznych oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy. Dla pacjentów i ich opiekunów zaaranżowano specjalne strefy wypoczynku i rekreacji, między innymi patio z miniplacem zabaw oraz fortepianem. Dzięki temu chorym dzieciom zapewniono godną opiekę w trudnym czasie choroby. W szpitalu znajduje się również laboratorium, biblioteka i kantyna – kompleksowo wyposażona stolówka szpitalna dla pacjentów i towarzyszących im oraz dla personelu WCP.

Serce szpitala stanowi apteka, odpowiadająca za zaopatrywanie jednostek organizacyjnych WCP w leki i wyroby medyczne. Dzięki dotacjom z Unii Europejskiej została wyposażona w innowacyjne rozwiązania technologiczne, mające na co dzień usprawnić funkcjonowanie szpitala. Pracują w niej farmaceuci z dużym doświadczeniem w wykonywaniu zawodu w aptece szpitalnej. – Apteka to ludzie, którzy ją tworzą. Bez wspaniałego zespołu, który dba o jej funkcjonalność, nie moglibyśmy cieszyć się tą innowacyjnością – podkreśla mgr farm. Monika Woźniak, kierownik apteki szpitalnej w Wielkopolskim Centrum Pediatrii.

Pracę apteki usprawnia poczta pneumatyczna, służąca do przesyłania dokumentów oraz leków na



tw. cito bez konieczności bezpośredniego kontaktu z personelem szpitala. Przestrzeń magazynowa zaopatrzona została w automatyczny system przechowywania – RIEDL Phasys. Robot pobiera opakowania dostarczonych leków, następnie skanuje Uniwersalny Identyfikator (UI) i umieszcza w odpowiedniej przestrzeni, z której w razie zapotrzebowania jest pobierany i wydawany do rąk farmaceuty. Bezpieczeństwo leków wymagających przechowywania w niskich temperaturach zapewniają najnowocześniejsze lodówki, które na bieżąco kontrolują zmiany temperatury.

W zautomatyzowanej aptece szpitalnej WCP zainstalowany został robot apteczny typu Unit Dose. Roboty tego typu od kilku lat zmieniają rzeczywistość aptek szpitalnych w całej Europie. Innowacyjny system umożliwia dokładną kontrolę dawek

leków przyjmowanych przez pacjentów. Funkcjonalność urządzenia ACEED polega na dzieleniu blistrów z lekami na pojedyncze dawki i pakowaniu ich w szczelne, szczegółowo oznakowane opakowania. Przygotowane saszetki są przechowywane w magazynie ACEED. Tabletki zostają umieszczone w kasetkach na podstawie zlecenia lekarskiego dla poszczególnych pacjentów. Produkty lecznicze pod postacią ampulek oraz fiolek są magazynowane w przeznaczonym dla nich urządzeniu ASTUS. Wprowadzone rozwiązania pozwalają na zautomatyzowanie procesu wydawania leków, zmniejszając jednocześnie znacząco ryzyko błędu ludzkiego. Do transportu gotowych kasetek przeznaczone są wózki zabezpieczone kartą dostępu. Dodatkowo na terenie apteki szpitalnej znajduje się aparatura Opus MK5, mająca na celu przygotowywanie indywidualnych



MGR FARM. MONIKA WOŹNIAK, KIEROWNIK APTEKI SZPITALNEJ

porcji płynnej postaci leku w formie niewielkich saszetek polimerowych, które docelowo będą mogły trafić do urządzenia ASTUS.

Farmaceuci z apteki szpitalnej WCP mają do dyspozycji pracownię leku pozajelitowego oraz dojelitowego, w których ze względu zachowanie warunków aseptycznych dla przygotowywania preparatów wyposażone są między innymi w czujniki zbliżeniowe, umożliwiające bezdotykowe otwieranie drzwi między śluzami. Na terenie apteki znajdują się również: nowoczesnie wyposażona pracownia leku recepturowego, pracownia receptury jałowej, sterylizatornia, zmywalnia oraz przestrzeń magazynowa zarezerwowana na wyroby medyczne. Wszystkie niezbędne produkty lecznicze oraz wyroby medyczne

dostarczane są do apteki przez komorę przyjęć, do której prowadzą drzwi z windy przemysłowej. Pomieszczenia zostały zaprojektowane na podstawie obowiązujących wytycznych, a ich jasne wykończenie dodatkowo podkreśla nowoczesność tego miejsca.

Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii to istotny element opieki nad pacjentem hospitalizowanym. Farmaceuci z nowoczesnej apteki WCP wykonują to zadanie, zapewniając wysoki standard stosowanej terapii, dzięki czemu jest ona skuteczna, racjonalna i bezpieczna. Mali pacjenci z Wielkopolski są w dobrych rękach i mogą być wreszcie hospitalizowani w europejskich standardach. 🌿

Zdjęcia MIROSŁAW BARYGA



mgr farm.

PATRYCJA LISOWSKA

Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; pracuje w aptece ogólnodostępnej



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

W obliczu deglobalizacji

Jednym z gości na tegorocznej imprezie Impact 24 w Poznaniu (15-16 maja) będzie Peter Zeihan, znany amerykański analityk i geostrateg. Na kolejnej edycji tego wydarzenia pojawią się także Michelle Obama, redaktor „The Economist” Kenneth Cukier czy Chris Bailey, zajmujący się badaniem produktywności. W wywiadzie dla „Pulsu Biznesu” Peter Zeihan wskazał, że nawet w najgorszym scenariuszu przyszłość Polski w kolejnej dekadzie z ekonomicznego punktu widzenia wygląda bardzo dobrze. Jego analizy jako globalnego stratega w odniesieniu do innych krajów nie są już tak optymistyczne. Warto mieć to na względzie, obserwując kolejne cykle zaburzeń, jakie dotyczą Europę i świat. Braki w dostawach komponentów do produkcji, osłabione sieci logistyczne, a wreszcie wzrost kosztów energii dotyka wiele dziedzin przemysłu, w tym produkcji na potrzeby służb medycznych.

Peter Zeihan w swojej książce „Koniec świata to dopiero początek. Scenariusz upadku globalizacji” pisze: „Historycznie rzecz biorąc, żyje nam się wręcz zawstydzająco bogato i spokojnie. Żyjemy w idealnym momencie. I moment ten właśnie przemija”. Co się kończy? No cóż, kończy się etap, który trwał od 1945 r., a który nazywano Pax Americana. Amerykanie „wracają do domu”, a nikt inny w dzisiejszym świecie nie ma dostatecznego potencjału militarnego, aby zapewnić globalne bezpieczeństwo, z czym wiąże się porządek globalnego handlu.

Peter Zeihan prowadzi nas poprzez rewolucję przemysłową i cykle powstawania mocarstw aż do obecnych czasów. Czasów, w których coraz szybciej postępują istotne zmiany demograficzne – społeczeństwa się starzeją, wzrasta w nich odsetek emerytów. Im szybszy jest to proces, tym boleśniej jest jego skutki. Może to stanowić poważny problem także dla naszego kraju. Business Insider podaje

w tekście „Demograficzne tsunami przybiera na sile”, że w 2023 r. zarejestrowano niemal 272 tys. urodzeń żywych, a więc o 33 tys. mniej niż w 2022 r. Była to najniższa liczba urodzeń zanotowana w Polsce w całym okresie powojennym. Wiele czynników, w tym demograficzna zapaść, powoduje, iż osoby, które wchodzi obecnie na rynek pracy, powinny się przygotować, że ich świadczenie emerytalne będzie na bardzo niskim poziomie. Do roku 2060 liczba ludności Polski najprawdopodobniej zmniejszy się do 30,9 mln – prognozuje Główny Urząd Statystyczny. Spośród największych miast najbardziej wyludni się Łódź, która straci 200 tys. mieszkańców oraz Poznań i Bydgoszcz (spadek o 100 tys.). Co ciekawe, największy wzrost liczby ludności do 2060 r. przewiduje się dla powiatów poznańskiego (około 122 tys.) oraz wrocławskiego (94 tys.). Dane te jednak dotyczą przede wszystkim procesów migracyjnych w obrębie aglomeracji poznańskiej i wrocławskiej.

Wydatki na zdrowie w Polsce wyniosły w 2022 r. 6,7% PKB (2973 USD na osobę), przy średniej OECD, która wyniosła 9,2% PKB (4986 USD na osobę). W raporcie zaznaczono jednak, że większe zasoby nie przekładają się automatycznie na lepsze wyniki zdrowotne. Przykładem są Stany Zjednoczone z rekordowymi nakładami na opiekę zdrowotną. W 2022 r. Stany Zjednoczone wydały na ten cel znacznie więcej niż jakikolwiek inny kraj (12 555 USD na osobę). Wydatki USA na zdrowie były też rekordowe jako udział w produkcie krajowym brutto (aż 16,6% PKB). Czy więc Polska może w prosty sposób przenieść wzorce z USA z czterokrotnie mniejszymi nakładami w naszym kraju? Tak więc warto to mieć na uwadze, kształtując spojrzenie na rozwój naszej służby zdrowia. Racjonalna polityka zdrowotna to połączenie bezpieczeństwa zdrowotnego z rozsądnymi kosztami i możliwościami dnia dzisiejszego.

Farmaceuci pracujący w amerykańskim szpitalu większość leków, które przed podaniem dożylnym należy rozpuścić, przygotowują w aseptycznych warunkach w aptece szpitalnej. Po przeniesieniu rozpuszczonego leku do pojemnika z 0,9% NaCl lek w tej formie dostarczany jest na oddział. Ogranicza się tym samym ryzyko zanieczyszczenia leku czy też ryzyko błędu przy przeliczaniu dawek. Tak dzieje się w Polsce na ogół tylko w pracowniach leku cytotoksycznego czy pracowniach żywienia pozajelitowego. Procesy przygotowania innych leków w naszym kraju na razie wciąż dalekie są od amerykańskiego wzorca, niemniej jednak przynajmniej w zakresie tworzących się szpitalnych serwisów infuzyjnych należy o tym rozmawiać. Bezpieczeństwo podczas przygotowania leku, a także podczas jego podania jest konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa podczas całego procesu pracy z lekiem.

Serwis infuzyjny to naturalny kolejny krok w dbałości o zdrowie pacjentów i personelu medycznego. To również droga do ograniczania ryzyka zdarzeń niepożądanych związanych z opieką medyczną. Sposób prowadzenia terapii infuzyjnej wpływa bowiem na efekt końcowy procesu terapeutycznego, a nieprawidłowości w tym obszarze mogą być przyczyną zdarzeń niepożądanych, wymagających kosztownego leczenia – o tym podczas Warszawskiego Szczytu Ochrony Zdrowia mówili twórcy idei serwisów infuzyjnych mgr Maria Budnik-Szymoniuk i dr hab. Maciej Stawny.

Podczas tej konferencji ochronę zdrowia nakierowaną na wartość przedstawiła dr n. ekonomicznych, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego Małgorzata Gałązka-Sobotka, wskazując, że państwa wysokorozwinięte w konfrontacji z narastającymi zagrożeniami epidemiologicznymi i demograficznymi z jednej strony oraz rosnącą presją kosztową z drugiej poszukują skuteczniejszych i efektywniejszych modeli organizacji ochrony zdrowia. Warto zauważyć, że zrównoważone bezpieczeństwo to droga pomiędzy narzędziami, które to umożliwiają poprzez wymierne i przetestowane cechy bezpieczeństwa, a kosztem ich zastosowania.

Koszty leczenia w USA to temat głęboki jak Rów Mariański. Poniękad humorystyczną anegdotę opisano na portalu www.littletownshoes.com. Koszt wymiany stawu biodrowego w Stanach Zjednoczonych wynosi tyle, że za tę samą kwotę można kupić bilet do Madrytu, przejść tam operację wymiany

biodra, żyć w Madrycie przez dwa lata, wziąć udział w gonitwie byków, uszkodzić sobie to biodro jeszcze raz, ponownie wymienić staw biodrowy i jeszcze zapłacić za bilet powrotny do USA. Dopiero wtedy jest szansa, że koszty poniesione w Europie dorównają kosztem tego zabiegu w USA.

Warto mieć to też na uwadze, słuchając w maju w Poznaniu wykładu Petera Zeihana. Łańcuchy dostaw dla świata nie wyglądają najlepiej. Według Zeihana Amerykanie nie będą już gwarantowali wolności mórz dla cywilnej żeglugi morskiej, co wpłynie na łańcuchy dostaw. Częściej też może



www.stock.adobe.pl

dochodzić do awarii systemów globalnych. Według stratega nowe systemy będą stawiały na prostotę i bezpieczeństwo, a nie jak odchodzący system na niskie koszty i efektywność. Deglobalizacja spowodowana wycofaniem się Amerykanów oraz zapaść demograficzna w Chinach mogą zerwać powiązania dostawcze, które wciąż jeszcze umożliwiają funkcjonowanie obecnego systemu. Z perspektywy dostaw do szpitali deglobalizacja może jednak pomóc Europie w budowaniu procesów z bezpiecznymi produktami niekoniecznie pochodzącymi z zakładów produkcyjnych w Chinach, gdyż – jak twierdzi Zeihan – największym przegranym czekającej nas destrukuryzacji będą Chiny.

„Obyś żył w ciekawych czasach” – to chińskie przysłowie jest więc absolutnie na czasie, łącząc geopolitykę i funkcjonowanie globalnych struktur z lokalnymi aktywnościami, gdyż inne chińskie przysłowie mówi: „Trzepot skrzydeł motyla można poczuć po drugiej stronie świata”. Oznacza to, że nawet pojedynczy człowiek ma wpływ na zdarzenia globalne i nawet najmniejszy szczegół może skutkować poważnymi konsekwencjami. 🌿

dr n. farm. HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA

LEGENDARNY DAR NATURY

Właściwości lecznicze i zastosowanie sylimaryny, wyciągu z ostropestu płamistego (*Silybum marianum*)

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) stanowi coraz większy problem we współczesnym świecie, zarówno ze względu na wzrost zachorowalności, jak i konsekwencje kliniczne tego schorzenia. Jest to przewlekła choroba wątroby, definiowana jako akumulacja trójglicerydów w postaci kropeł tłuszczowych w cytoplazmie hepatocytów.

Patogeneza choroby nie została do końca wyjaśniona. Teoria dwóch uderzeń zakłada, że otyłość lub cukrzyca typu 2 powodują uszkodzenie wątroby w wyniku powstawania reaktywnych form tlenu oraz prozapalnych cytokin. Dodatkowo wykazano związek pomiędzy spożyciem fruktozy a NAFLD. Ponieważ do głównych czynników ryzyka należą otyłość, w tym otyłość brzuszna, zespół metaboliczny i cukrzyca typu 2, niezwykle ważna jest modyfikacja stylu życia, między innymi zastosowanie odpowiedniej diety. Jednym z najzdrowszych modeli żywieniowych jest dieta śródziemnomorska, która obniża śmiertelność z powodu chorób przewlekłych, a także ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych i zespołu metabolicznego. Wykazano też

pozytywny wpływ połączenia aktywności fizycznej i suplementacji witaminą E w dawce 800 mg/dobę na obniżenie wartości enzymów wątrobowych we krwi oraz na redukcję stłuszczenia wątroby w badaniu ultrasonograficznym.

W leczeniu sugeruje się również zastosowanie kwasów omega 3 oraz antyoksydantów, między innymi flawonoidów (naturalnych antyoksydantów) występujących w warzywach, owocach i innych częściach roślin. Najczęściej stosowana jest sylimaryna, pozyskiwana z ostropestu płamistego (*Silybum marianum*), rośliny należącej do gatunku astrowatych.

Łacińska nazwa ostropestu *Silybum marianum* wiąże się ze starą legendą, która głosi, że białe plamy widoczne na liściach pochodzą z mleka Maryi, matki Jezusa. Stąd jego stosowanie datuje się już w czasach antycznych, gdzie wykorzystywano go przy zatruciach grzybami. Wymieniany jest przez Dioskurydesa w „De Materia Medica” oraz przez Pliniusza Starszego.

Pierwsze opisy leczniczego zastosowania ostropestu pochodzą z czasów imperium rzymskiego,



www.stock.adobe.com

lecz dopiero w 1960 r. zwrócono uwagę na dobroczynne działanie tej rośliny dla wątroby. Sylimaryna jest obecnie najlepiej przebadanym produktem pochodzenia roślinnego stosowanym w leczeniu chorób wątroby (ponad 2000 pozycji literaturowych od 1968 r.). Występuje ona w całej roślinie, lecz jej największe stężenia znajdują się w owocach (2-3% sylimaryny) i nasionach. Nasiona zawierają także betainę, substancję o właściwościach hepatoprotekcyjnych oraz podstawowe kwasy tłuszczowe, które mogą mieć udział w przeciwzapalnym działaniu sylimaryny.

Surowcem farmaceutycznym ostropestu plamistego są dojrzałe owoce (niełupki), pozbawione puchu kielichowego – *Silybi mariani fructus syn. Cardui mariae fructus*. Ostropest kwitnie od końca czerwca do połowy sierpnia, a owocem jest ciemna, duża niełupka, opatrzona żółtoszarym puchem lotnym, umożliwiającym rozsiewanie. Niełupki klasyfikowane są jako owoce pojedyncze (powstające tylko z jednej zalążni), suche i niepękające. Owoce ostropestu, będące jednocześnie materiałem siewnym, są bardzo zróżnicowane pod względem wielkości, kształtu, barwy, a także zdolności

kiełkowania. Ciemna barwa w pełni dojrzałych owoców wynika z obecności skondensowanych tanin. Zawartość garbników jest jednak stosunkowo niska, co stwarza możliwość wykorzystania owoców ostropestu i pozostałości poekstrakcyjnych w sektorze pasz i żywności. Istnieje ponadto zależność między warunkami meteorologicznymi a występowaniem owoców o jasnej okrywie, czemu sprzyjają zwiększona ilość opadów i niska temperatura. Zespół flawonolignanów kumulowany jest w suchej owocni. Suszenie surowców flawonoidowych w temperaturze 120-150°C nie powoduje strat substancji czynnych.

Oprócz wykorzystania w przemyśle farmaceutycznym ekstraktu z owoców ostropestu zawierającego aktywny kompleks flawonolignanów, olej tłoczony z nasion stosowany jest do nawilżenia i regeneracji skóry. W niektórych krajach Europy ostropest spożywany jest w stanie świeżym (kiełki i całe rośliny). Prażone nasiona ostropestu wykorzystywane są jako substytut kawy.

Skład kompleksu flawonolignanów zależy od genotypu. W uprawie lokalnej odmiany ostropestu

w Nowej Zelandii udało się pozyskać nawet 18 g/kg sylimaryny, podczas gdy odmiany niemieckie zawierają jej 6 g/kg. Podobne wyniki uzyskano w badaniach nad genotypem pochodzącym z Chile. Dzikie populacje ostropestu z różnych regionów geograficznych stanowią cenną pulę genową, którą można wykorzystać do polepszenia plonu surowca.

Ostropest plamisty znajduje się w grupie najważniejszych roślin leczniczych pozyskiwanych z upraw, przede wszystkim w krajach południowej i środkowej Europy, Ameryki Północnej i Południowej oraz Australii. W Polsce ostropest wprowadzono do uprawy w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Obecnie na plantacjach zielarskich, głównie w centralnej i północnej części kraju, uprawiana jest krajowa odmiana Silma, charakteryzująca się wysoką plennością niełupek i małym udziałem owoców niewybarwionych w plonie.

Sylimaryna stanowi mieszaninę sylibiny, sylidiامينy i sylikrystyny, z których najwięcej jest sylibiny (około 50%). Struktura chemiczna sylibiny została ustalona przez Rudolfa Hänsela i Andrew Peltera w 1968 r., jakkolwiek ostateczna konfiguracja w pozycjach C-2 i C-3 została odkryta przez tych samych badaczy w 1975 r. Sylibina uznawana jest za najsilniej działający składnik tego kompleksu. Według polskich

norm jakościowych surowiec ostropestu powinien zawierać nie mniej niż 1,5% sylimaryny w przeliczeniu na sylibinę, strata masy po suszeniu nie powinna wynosić więcej niż 8%, a popiołu całkowitego nie więcej niż 8% (Farmakopea Polska XI 2017). Źródłem sylimaryny mogą być też liście ostropestu, zawierające taką ilość tego składnika, że wydajność z uprawy jest lepsza niż w przypadku owoców. Ponadto ekstrakcja tych składników z liści jest tańsza i prostsza.

Oprócz kompleksu flawonolignanów surowiec ostropestu zawiera kwercetynę, histaminę, tyraminę, fitosterole, garbniki, śluzę, kwasy organiczne, związki mineralne (5%), wodę (do 7%) oraz witaminy C i K. W skład materiału zapasowego wchodzi głównie: olej (18–31%), a w nim 42–54% kwasu linolowego oraz 21–36% kwasu oleinowego, białko (25–30%), cukry (37,7%), błonnik (4,5%) i sterole (0,63%) z tokoferolem (0,038%). Podstawowym aminokwasem białka nasion ostropestu jest kwas glutaminowy (18%), a udział aminokwasów egzogennych wynosi średnio 22 g w 100 g białka ogółem.

Olej z nasion ostropestu zawiera fosfolipidy i jest źródłem naturalnej witaminy E, znacznie lepiej absorbowanej przez komórki organizmu człowieka niż jej odpowiednik syntetyczny. Z ostropestu plamistego sporządza się również odvary lub nalewki.



Sylimaryna nie jest rozpuszczalna w wodzie, a więc nie może być podawana w postaci herbaty. Jest ona stosowana w formie kapsułek zawierających wystandaryzowane ilości ekstraktu roślinnego (70-80% sylimaryny). Z przewodu pokarmowego wchłania się tylko niewielka część leku. W badaniach eksperymentalnych w żółci szczurów znajdowano zaledwie 2-3% podanej dawki leku. Szczytowe stężenia sylimaryny we krwi występują od czterech do sześciu godzin po zażyciu leku. Główną drogą eliminacji sylimaryny z krwi jest żółć, a w mniejszym stopniu nerki. Okres półtrwania leku we krwi wynosi 6-8 godzin. W badaniach na zwierzętach sylimaryna była nawet w wysokich dawkach lekiem bezpiecznym. U ludzi dawki sylimaryny powyżej 1500 mg mogą powodować biegunkę z powodu zwiększonej produkcji żółci. Odnotowywano też łagodne reakcje alergiczne, które nie wymagały jednak odstawienia leku. Zwyczajowo stosowaną dawką dobową jest 240-900 mg w dwóch lub trzech podzielonych porcjach.

Ze względu na słabą biodostępność sylimaryny nadal poszukuje się innych form jej podania. Spośród dotychczas przeprowadzonych badań najbardziej obiecujące wyniki uzyskano dla liposomów i kompleksów z fosfolipidami. Dobre własności farmakokinetyczne wykazywał zwłaszcza kompleks fosfatydylocholasylimaryna. Ze względu na większą lipofilność ma on zwiększoną zdolność przenikania błon komórkowych, dzięki czemu osiąga wyższe stężenie w tkankach i wolniej jest z nich usuwany. Podobne wyniki uzyskano także przy podawaniu sylimaryny w formie liposomów.

Literatura wymienia wiele mechanizmów działania sylimaryny. Do najważniejszych należą efekty antyoksydacyjne, zapobiegające utlenianiu lipidów (zmniejszona produkcja leukotrienów), detoksyfikacyjne, przeciwzwłóknieniowe, regeneracyjne, przeciwzapalne, stabilizujące mastocyty i zapobiegające deficytowi glutationu. W badaniach *in vivo* i *in vitro* dowiedziono, że sylimaryna zwiększa syntezę wątrobową białka w wątrobie regenerującej, po częściowej hepatektomii. Takich właściwości sylimaryna nie miała w wątrobie nieregenerującej ani w hodowlach komórek rakowych. Kilka badań wskazywało na przeciwzapalne właściwości sylimaryny, wynikające z jej działania stabilizującego mastocyty, hamowanie aktywności komórek Browicza-Kupffera oraz

migracji granulocytów obojętnochłonnych, a także zdolność hamowania syntezy leukotrienów i prostaglandyn. W badaniach na szczurach otrzymujących czterochlorek węgla efekty przeciwzwłóknieniowe sylimaryny były podobne do kolchicyny, jednak w odróżnieniu od kolchicyny sylimaryna jest lekiem pozbawionym działań niepożądanych. Sylimaryna wykazuje hamujący wpływ na aktywność niektórych enzymów mikrosomalnych, co może mieć ochronny wpływ na wątrobę u pacjentów z zatruciem muchomorem sromotnikowym, amanityna staje się bowiem silną hepatotoksyną dopiero po aktywacji przez system cytochromów P450. Ponadto aktywowane cytochromy są źródłem związków wolnorodnikowych, które uszkadzają wątrobę. Hamujący wpływ sylimaryny na aktywność cytochromu P450 prowadzi do osłabienia działania niektórych leków, na przykład metronidazolu o 50% lub indynawiru (nieznacznie).

Leki metabolizowane przez te cytochromy to między innymi: aripiprazol, asenapina, alprazolam, amiodaron, amitryptylina, bupropion, buprenorfina, cynaryzyna, ciprofloksacyna, dekstrometorfan, deksmetazon, doksorubicyna, diazepam, diklofenak, duloksetyna, etynyloestradiol, fentanyl, flukonazol, fluoksetyna, haloperidol, irbesartan, indinawir, karwedilol, klozapina, klonazepam, klopidoogrel, kwetiapina, klarytromycyna, melatonina, mianseryna, metronidazol, ondasteron, omeprazol, petydyna, propafenon, tiagabina, walproinian, wenlafaksyna, zolpidem, zopiklon, risperidon, tramadol, torasemid, walsartan, warfaryna i wenlafaksyna. Brakuje badań nad wpływem sylimaryny na ich metabolizm.

Badania eksperymentalne wskazują na ochronne działanie sylimaryny dla wątroby w stosunku do wielu toksyn wątrobowych, takich jak paracetamol, etanol, czterochlorek węgla lub D-galaktozamina. Sylimaryna odgrywała również ochronną rolę dla wątroby niedokrwionej, poddanej napromienieniu RTG, poddanej ekspozycji na wysokie stężenia żelaza lub cytotatyczne działanie wirusów. Pierwsze doniesienia o hepatoprotekcyjnych efektach działania sylimaryny związane są z toksynami muchomora sromotnikowego – amanityną i falloidyńą (dawka letalna dla amanityny wynosi zaledwie 0,1 mg/kg). W badaniu z 1995 r. nie odnotowano ani jednego zgonu po zatruciu muchomorem sromotnikowym wśród 41 chorych leczonych sylimaryną. Obserwacja



www.stock.adobe.com

czterech członków tej samej rodziny hospitalizowanych z powodu zatrucia muchomorem sromotnikowym wskazywała, że sylimaryna wywiera korzystne działanie, nawet jeśli zostanie zastosowana trzy doby po spożyciu muchomora. U opisanych pacjentów ze względu na pogarszający się stan kliniczny włączono dożylny preparat sylimaryny, co miało decydujący wpływ na korzystny zwrot w stanie klinicznym chorych. W węgierskim badaniu u 36 pacjentów z alkoholową chorobą wątroby półroczna terapia sylibiną (420 mg/24 h) doprowadziła do normalizacji aktywności enzymów wątrobowych oraz zmniejszenia stężenia surowiczego prokolagenu III wraz z poprawą wskaźników histopatologicznych wątroby. Podobne wyniki uzyskano w badaniu australijskim 170 pacjentów z marskością, u których stosowano sylimarynę przez 41 miesięcy.

Nie wszystkie badania były jednak zgodne w ocenie sylimaryny. W kontrolowanym badaniu francuskim 116 pacjentów z histologicznie udokumentowanym alkoholowym zapaleniem wątroby sylimaryna podawana przez trzy miesiące nie miała istotnego wpływu na stan kliniczny pacjentów oraz wyniki badań laboratoryjnych. Trzy osoby zmarły w grupie placebo, a jedna w grupie leczonej sylimaryną.

Badania aktywności oraz możliwości stosowania sylimaryny prowadzone są na różnych modelach uszkodzenia wątroby, w tym powodowanych etanolem. Aktualne dane wskazują, że stosowanie sylimaryny u pacjentów z alkoholową marskością wątroby może łagodzić obrażenia, przy czym leczenie sylimaryną nie wpływa na śmiertelność. Sylimaryna była i jest obecnie szeroko stosowana jako środek terapeutyczny w wielu ostrych i przewlekłych chorobach wątroby. Ostatnie badania dowodzą również, że sylimaryna jest skutecznym lekiem przeciwwirusowym w przypadku zapalenia wątroby typu C (HCV).

W 2002 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała monografię roślin leczniczych. Ta dotycząca wyciągu z ostropestu plamistego wymienia następujące zastosowania:

- suplementacja poparta wynikami badań klinicznych: pomocnicza terapia przewlekłego lub ostrego zapalenia wątroby, jak również marskość wątroby wywołana przez alkohol, leki lub toksyny;
- suplementacja opisywana przez kodeksy apteczne, poparta przez medycynę tradycyjną: dyspepsja oraz terapia kamicy dróg żółciowych;
- suplementacja zalecana przez medycynę ludową, nie potwierdzona badaniami klinicznymi ani innymi doświadczeniami: leczenie braku miesiączki u kobiet, zaparcia, cukrzyca, katar sienny oraz żylaki kończyn dolnych i krwawienia wewnętrzne. 🌿



afw

dr n. farm.

HANNA

PIECHOCKA-KOCZWARA

Kierownik apteki ogólnodostępnej
w Świnoujściu

Opieka farmaceutyczna w praktyce

Członkowie powołanej w marcu 2024 r. Komisji Opieki Farmaceutycznej i Promocji Zawodu Farmaceuty Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu realizują się w praktycznym i potrzebnym działaniu! Farmaceutki z Włkp. OIA, dr hab. n. farm. Magdalena Waszyk-Nowaczyk i dr n. farm. Łucja Zielińska-Tomczak, 6 marca 2024 r. wzięły udział w akcji „Środa z profilaktyką”. W partnerskiej współpracy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, poznańskim Centrum Inicjatyw Senioralnych oraz Wydziałem Nauk o Żywności i Żywieniu Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu farmaceutki miały okazję przekazać seniorom profesjonalne porady dotyczące profilaktyki nadwagi i otyłości, a tym samym zaprezentować nowe możliwości naszego zawodu. 10 kwietnia 2024 roku dr hab. n. farm. Magdalena Waszyk-Nowaczyk i dr n. farm. Łucja Zielińska-Tomczak konsultowały także pacjentów w zakresie

prawidłowej farmakoterapii w schorzeniach sercowo-naczyniowych w poznańskiej przychodni. Ta aktywność ma na celu nie tylko edukację, lecz także motywowanie pacjentów do podejmowania prozdrowotnych działań.

Osoby należące do Komisji Opieki Farmaceutycznej i Promocji Zawodu Farmaceuty nie zwalniają tempa i angażują się w kolejne wydarzenia, takie jak prewencja chorób układu krążenia. W kolejnej akcji w ramach cyklu „Środy z profilaktyką” NFZ 17 kwietnia 2024 r. udzielane były porady farmaceutyczne w zakresie prawidłowej farmakoterapii w schorzeniach sercowo-naczyniowych. Mgr farm. Emilia Łapkiewicz-Przygodzka i mgr farm. Michał Manicki (skarbnik Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej) w poznańskiej przychodni, przypominali pacjentom, jak ważna jest profilaktyka, zachęcając do regularnych i odpowiednio przeprowadzonych pomiarów ciśnienia tętniczego, zdrowej diety oraz utrzymania prawidłowej masy ciała. Udzielane



MICHAŁ MANICKI I EMILIA ŁAPKIEWICZ-PRZYGODZKA

były również konsultacje farmaceutyczne dotyczące interakcji oraz prawidłowego przyjmowania leków. Wszystkie akcje cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem wśród pacjentów.

Dzięki takim wydarzeniom farmaceutyci mogą nie tylko prezentować społeczeństwu swoje kompetencje, ale także podkreślać szczególną rolę tego zawodu w systemie ochrony zdrowia.

*mgr farm. EMILIA
ŁAPKIEWICZ-PRZYGODZKA*
*dr hab. n. farm. MAGDALENA
WASZYK-NOWACZYK*



W AKCJI „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ” (6 MARCA) UCZESTNICZYLI WIELKOPOLSCY FARMACEUCI

TRZY DNI W STOLICY

Wielkopolscy farmaceuci na IX Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Warszawie

O IX Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Warszawie (26–28 stycznia 2024 r.) napisano już wiele, a relację z tego wydarzenia, kluczowe decyzje i wybory poznał już zapewne każdy zainteresowany farmaceuta. A jak wyglądał udział wielkopolskich delegatów w zjeździe?

Delegaci Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej na KZA zostali wybrani na Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Delegatów Wlkp. OIA IX kadencji, który odbył się w dniu 25 listopada 2023 r. w Poznaniu. Wielkopolska z 27 delegatami była na KZA jedną z najliczniej reprezentowanych izb



Izabela Podolec

DELEGACI WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ NA IX KRAJOWY ZJAZD APTEKARZY



aptekarskich w Polsce. Dwumiesięczny okres między wyborami a zjazdem poświęciliśmy na przygotowania – zarówno kwestie formalne i organizacyjne, jak i dyskusję merytoryczną o kierunkach, projektach wniosków i naszych kandydaturach.

Na KZA stawiliśmy się niemal w komplecie i – jak przystało na Wielkopolan – z odpowiednim zapasem czasu. Pierwszy dzień obrad rozpoczął się wystąpieniami zaproszonych gości, a następnie w zasadniczym zakresie poświęcony został wyborom organów zjazdu, kwestiom organizacyjnym oraz przede wszystkim sprawozdaniom organów ustępującej VIII kadencji.

Dzień drugi otwierała konferencja „Opieka farmaceutyczna”, w ramach której wystąpiła nasza delegatka dr hab. n. farm. Magdalena

Waszyk-Nowaczyk, która przedstawiła zagadnienia związane z konsultacją „Nowy Lek”. Najważniejszym wydarzeniem tego dnia zjazdu były wybory. W części poświęconej wyborom prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej pytania kandydatowi zadawali między innymi członkowie Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej dr n. farm. Wojciech Musiał i dr n. farm. Stefan Piechocki.

W kolejnym etapie odbyły się wybory członków NRA. Kandydatami z Wlkp. OIA do tego organu byli: mgr Wojciech Bartkowiak, dr Alina Górecka oraz dr Stefan Piechocki. Dwójce z nich udało się uzyskać odpowiednią liczbę głosów i wraz z prezesem Wlkp. ORA wejść w skład tego organu. Z kolei na funkcję zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z sukcesem kandydowała mgr farm.



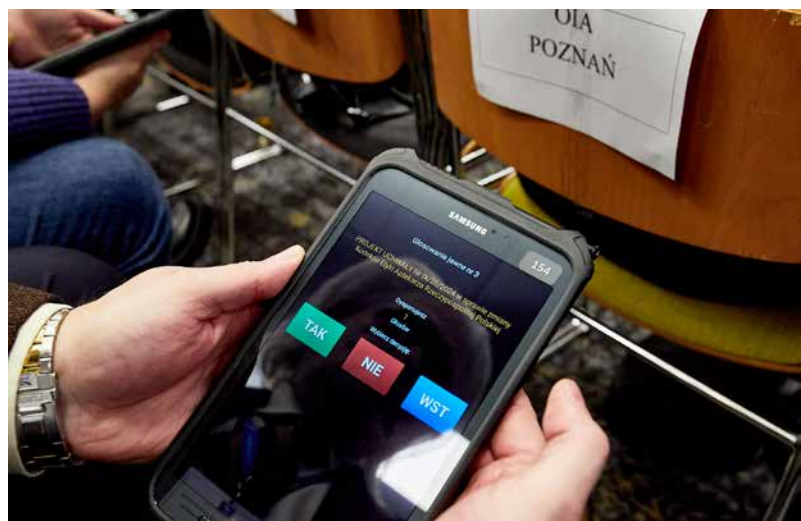
DR HAB. N. FARM. MAGDALENA WASZYK-NOWACZYK PODCZAS IX KRAJOWEGO ZJAZDU APTEKARZY



MICHAŁ CZERNIEWICZ, MARCELA NAMYSŁ, BARTOSZ ZELENT, SYLWIA KOTECKA, WOJCIECH BARTKOWIAK



CZŁONKOWIE NRA: WOJCIECH BARTKOWIAK, ALINA GÓRECKA I MATEUSZ SZAMAŁEK



BEZPRZEWODOWY SYSTEM DO GŁOSOWANIA UŁATWIŁ LICZENIE GŁOSÓW

Beata Owczarska. Ten dzień zjazdu zakończył się uroczystą kolacją, tradycyjną okazją do rozmów w swobodnej atmosferze i integracji środowiska.

Trzeci dzień KZA poświęcony został procedowaniu uchwał i wniosków zjazdowych. Nasi delegaci złożyli pięć propozycji uchwał, dotyczących:

- działań na rzecz zapewnienia wynagrodzenia opiekunowi praktyk zawodowych,
- zainicjowania prac nad umożliwieniem aptekom zlecenia wykonania leków recepturowych w innych aptekach oraz przeznaczenia pomieszczeń receptury na pomieszczenia przeznaczone do świadczenia opieki farmaceutycznej,
- podjęcia działań na rzecz zmian w ustawie o opiece geriatrycznej, poprzez włączenie w jej treść farmaceutów i usług przezeń świadczonych,
- likwidacji zapotrzebowań na środki kontrolowane,

- podjęcia prac w kierunku nowelizacji rozporządzeń w sprawie wymogów lokalu apteki i pomieszczeń apteki, w zakresie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej.

W dyskusjach i uzasadnianiu proponowanych wniosków wzięli udział dr Alina Górecka, dr Wojciech Musiał oraz mgr Mateusz Szamałek. Wszystkie zgłoszone przez nas pomysły spotkały się z uznaniem.

Sądzę, że niezależnie od indywidualnych wrażeń i ocen IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy każdy z delegatów wrócił z tego wydarzenia z poczuciem wykonania pracy na rzecz naszego środowiska i zawodu, zgodnie z powierzoną nam odpowiedzialnością przez wielkopolskich farmaceutów.

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK
Zdjęcia PRZEMYSŁAW BŁOCH

Etyka farmaceutów

Dbałość o przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie Etyki Farmaceuty i przekazywanie ich studentom farmacji jest moralnym obowiązkiem każdego farmaceuty, a egzekwowanie wierności tym zasadom spoczywa na władzach samorządu zawodowego” – głosi Kodeks Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej. 13 marca 2024 r. weszła w życie nowelizacja Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, który stał się Kodeksem Etyki Farmaceuty RP. Nowelizacja dokonana została uchwałą nr IX/26/2024 IX Krajowego Zjazdu Aptekarzy z 28 stycznia 2024 r. (link do pełnej treści uchwały: nia.org.pl/2024/02/28/kodeks-etyki-farmaceuty-rzeczypospolitej-polskiej/).

Jak wynika z uzasadniania uchwały nowelizującej kodeks etyki, pierwotnie obowiązujący Kodeks Etyki Aptekarza RP wprowadzony został w 2012 r. Pomimo że od momentu jego uchwalenia upłynęło tylko dwanaście lat, to w zakresie wykonywania zawodu, biorąc pod uwagę zachodzące zmiany znajdujące swoje odzwierciedlenie w obowiązujących przepisach, w szczególności ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o zawodzie farmaceuty, zaistniała potrzeba jego zmiany.

Zgodnie ze wspomnianym uzasadnieniem pracom zespołu pracującego nad nowelizacją kodeksu etyki towarzyszyły szerokie konsultacje z całym środowiskiem farmaceutów. Na stronie internetowej Naczelnej Izby Aptekarskiej zamieszczono informację o powołaniu „Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej” oraz prośbę o przesyłanie propozycji zagadnień, które powinny zostać uregulowane w kodeksie etyki. Propozycje zmian zgłoszone przez farmaceutów w większości zostały włączone do projektu zmiany kodeksu etyki.

W uzasadnianiu uchwały nowelizującej kodeks etyki czytamy, że zgodnie z projektem przedstawionym na IX KZA „powinnością moralną farmaceuty jest wykonywanie zawodu pod własnym imieniem i nazwiskiem, zabronione jest zawieranie umów lub innych zobowiązań ograniczających

samodzielność i niezależność zawodową, zabronione jest umożliwianie innej osobie pracy pod nazwiskiem i imieniem danego farmaceuty, zabronione jest kontrolowanie innego farmaceuty w sposób i na zasadach naruszających obowiązujące przepisy, zasady etyki lub uchwały”.



www.stock.adobe.com

Warto zapoznać się ze znowelizowanym kodeksem etyki oraz uzasadnieniem do uchwały IX KZA nowelizującej kodeks etyki, które dostępne są na stronie internetowej Naczelnej Izby Aptekarskiej pod adresem: nia.org.pl/2024/02/28/kodeks-etyki-farmaceuty-rzeczypospolitej-polskiej/.

Uzasadnienie wskazuje motywy, jakimi kierował się zespół do spraw opracowania propozycji zmian w Kodeksie Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, który opracował ostateczny projekt nowego kodeksu zawodowego farmaceutów.

EUGENIUSZ JAROSIK

MATRIX 2024

Subiektywne spojrzenie delegata na IX Krajowy Zjazd Aptekarzy

Wkultowym filmie „Matrixa” z 1999 r. jest scena, w której Morfeusz daje Neo do wyboru dwie pigułki – czerwoną i niebieską. Neo miał zdecydować, czy łykając czerwoną, chce poznać brutalną prawdę, czy też zażywając niebieską pigułkę – pragnie nadal żyć w iluzji.

Uczestnicząc w IX Krajowym Zjeździe Aptekarzy (KZA) nieodparcie mi właśnie te kadry z filmu „Matrix” przed oczami stawały. Atmosfera i przebieg zjazdu nasuwał mi przypuszczenie, że większość delegatów przyjęła jednak niebieską tabletkę. Nie robię

polityki, ten artykuł to wyłącznie moje spostrzeżenia i mój osobisty odbiór tego najważniejszego wydarzenia w czteroletniej kadencji samorządu aptekarskiego. Pewnie te spostrzeżenia będą trochę uwierać, a może będą przyczynkiem do dyskusji i konfrontacji poglądów? Miałem nadzieję, że właśnie na tym najważniejszym wydarzeniu będziemy konstruktywnie dyskutować o realnych, codziennych problemach i wątpliwościach farmaceutów, zwłaszcza tych, którzy wykonują zawód w aptekach. Jesteśmy na tyle dojrzały, że nie wierzymy, aby to ktoś lub coś za nas je rozwiązał (prezes, ustawa, uchwała, apel, „toczące się prace”). Chcemy rozwiązywać je między innymi przez aktywny udział w KZA, a przynajmniej uzgodnić najważniejsze kierunki działań samorządu.

Błękit sprawozdań i wybory bez wyborów

IX KZA można by skwitować, używając retoryki epoki słusznie minionej: „Zebrani delegaci wykazali głębokie zrozumienie dla działań dokonywanych przez Naczelną Izbę Aptekarską (NIA) VIII kadencji. Z pełną aprobatą odnieśli się do przedstawionych sprawozdań ustępujących władz. Wyrazili pełną akceptację dla realizacji wyznaczonych celów w marszu ku lepszej przyszłości, pełni wiary w pokonanie wszystkich trudności i problemów”. I tak zamknięto tematy, które były według mnie istotą i najważniejszym punktem tego zjazdu. Bez żadnej



ELŻBIETA PIOTROWSKA-RUTKOWSKA I MACIEJ MIŁKOWSKI, PODSEKRETARZ STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA



dyskusji nad minioną VIII kadencją, bez żadnych wątpliwości co do programu działań na IX kadencję. Czy naprawdę delegaci tak bardzo byli zadowoleni z pracy samorządu w VIII kadencji? Żadne działania nie budziły wątpliwości? Tak bardzo poprawiła się sytuacja każdej apteki i samych farmaceutów przez minione cztery lata?

Jakoś trudno mi uwierzyć w takie doskonałe samopoczucie. Przeczą temu liczne dyskusje i oceny formułowane na forach internetowych. Zwłaszcza te napompowane negatywnymi emocjami, wyrażonymi niewybrednymi słowami. Ale może wystarczy nam odwagi na pisanie czasem postów pod pseudonimem, używając ohydnej retoryki, ale brakuje odwagi, aby zabrać głos osobiście w najodpowiedniejszym do tego miejscu, czyli na KZA. Zastanawiam się, czy był sens, by IX KZA trwał aż 3 dni. I czemu to „przedstawienie”, poza pokazem siły, miało służyć.

Zadaję sobie pytanie: dlaczego tak się stało? Dlaczego tak się stało po raz kolejny, bo przecież analogicznej sytuacji doświadczyliśmy na VIII KZA. Tak zrealizowany KZA jest możliwy tylko przy bierności i obojętności większości aptekarzy, którzy nie znaleźli czasu, by raz na cztery lata poświęcić godzinę czy dwie na udział w zebraniach rejonowych i na wybór swoich delegatów na zjazdy okręgowych izb aptekarskich. Czy byli na nich ci najbardziej niezadowoleni? Chyba jednak nie.

Uważam, że zaakceptowanie swojej nieobecnością na zebraniach rejonowych i zjazdach sprawozdawczo-wyborczych dotychczasowej polityki ustępujących władz NIA, nie uprawnia obecnie nikogo z farmaceutów do narzekania na to, że „źle się dzieje w farmacji”. Medialnie dzieje się świetnie, nieustająco możemy zapoznać się z wizją byłej prezes Elżbiety Rutkowskiej-Piotrowskiej o świetlanej przyszłości zawodu farmaceuty. Trudności są, ale – jak deklarują byli i obecni członkowie NIA – „toczą się dyskusje”, „chcemy uzgodnień”, „pracujemy nad tym”. Naprawdę w to wierzymy bez zastrzeżeń? Nie widzimy faktów, które temu przeczą? A jak widzimy, to wygodniej nam ułać swojej żółci anonimowo, na forach internetowych.

Wracając do zjazdu. Wśród zaproszonych gości nie było prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Można się domyślać, że zaproszenia nie przyjęli. Brak ten jest dla mnie wielce znamienity i dający do myślenia. Szczególnie, że dużo w narracji NIA jest o współpracy farmaceutów z lekarzami. Nie będę rozwijał tego wątku. Dodam tylko, że nie przemawia do mnie kularowa narracja obecnych już przedstawicieli NRA, że „zaszwankowała komunikacja”.

O obecności parlamentarzystów jako zaproszonych gości można tylko wspomnieć w kilku słowach. Był były poseł Prawa i Sprawiedliwości Tomasz Latos, wieloletni członek i przewodniczący sejmowej



Komisji Zdrowia, którego pamiętamy z prac nad ustawą „Apteka dla Aptekarza”, uchwaloną w 2017 r., która nie zapobiegła przejmowaniu i koncentracji rynku przez sieci. Z faktem tym przez lata nie zrobiono nic, przyglądając się jedynie z obojętnością temu procesowi. Po ostatnich publikacjach medialnych rozumiem, że chyba jednak nie było woli, aby założenia tej ustawy, przedstawione w uzasadnieniu, stały się faktem. Zaproszenie przyjęła też posłanka Marcelina Zawisza z Lewicy Razem. Ponadto obecny był wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski. Do wypowiedzi parlamentarzystów szkoda się odnosić, nie powiedzieli nic istotnego ani wiarygodnego, same okolicznościowe banały. Ja jednak wyznaję w swoim życiu zasadę „po owocach ich poznacie”. Być może dlatego nie jestem politykiem.

Niezwykle sprawnie powołano wszystkie organy zjazdu. Grupa pragnąca otrzymać władzę starannie się do KZA przygotowała. Tak starannie, że nawet skład prezydium zjazdu i wszystkich komisji zjazdowych został szczegółowo nie tylko zaplanowany, ale i zrealizowany. Były listy tych, których władza lubi i tych, których nie lubi. Jak to w polityce. Kontrkandydatów do komisji zjazdowych nie było.

Gwoździem sobotniego programu był wybór prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej. Oczywiście z przepiękną autoprezentacją oraz jakżeby inaczej, dyskusją. Wszak mamy demokrację. Wizerunkowym zgrzytem było wyproszenie z sali dziennikarzy. Tak

jakbyśmy się jako grupa zawodowa nie mogli od nich opędzić, a od zachwytu nad nami czwartej władzy nam się przelewało. Czemu ta aura tajemniczości miała służyć – nie mam bladego pojęcia. Jednak Kandydat już jako prezes zapewnił, że „to się nie powtórzy”, „mogę jedynie przeprosić”, „dziennikarze nie powinni być wyproszeni”.

Za to do rangi heroizmu wręcz urosła kompletnie drugorzędna dla mnie kwestia donosu na Jedyne Kandydata, jaki złożono w Ministerstwie Zdrowia. Ale jak Kandydat wykazał w swej przemowie, to nie był przypadek i działały tu wrogie siły, chcące się zemścić za jego sukcesy. No można i tak. Nie rozumiem tylko, dlaczego sala ten wywód nagrodziła brawami. W mediach czytamy: „Wygrana Tomkowa jest uznawana za symboliczną – odniesioną pomimo kampanii wymierzonej przeciw reprezentowanym przez niego wizjom zawodu farmaceuty i samorządu aptekarskiego”.

Pozostałej opowieści Kandydata słuchałem jak zdartej płyty. Nihil novi sub sole. Jest dobrze, a będzie jeszcze lepiej. Mamy postęp. Możemy szczepić, wymazywać... Kto realnie patrzy na nasz zawód, wie, jak to w praktyce wygląda. I z jakimi problemami borykamy się na co dzień. Tymczasem Kandydat zwrócił nam, delegatom, uwagę, że wcale nie mamy tak źle. To inni mają gorzej. Lekarze też płacą kary, a nam, farmaceutom, zmniejszono je z pół miliona do 50 tysięcy. Dlaczego te kary płacimy za niezawinione przez nas absurdalne przepisy i błędy w raportowanych za darmo sprawozdaniach, do których moduły oprogramowania apteki kupowały z własnych środków? Tego wątku Kandydat nie poruszył. Domniemywam więc, że naszym sukcesem jako aptekarzy jest, jak podają statystyki, tylko w 2023 r. sprawozdanie do PLMVS ośmiuset milionów opakowań leków. Za darmo.

Po udanej autoprezentacji przysła kolej na pytania z sali. Z początku nieśmiało, poruszające dla mnie wspomniane już drugorzędne kwestie, grzane w mediach, dlaczego Kandydat wybrany został delegatem tu, a nie tam. Nie rozwijam wątku, bo nic nie wnosi. Pochwalę się, że udało mi się zadać Kandydaci kilka nurtujących mnie pytań. Na Kandydacie się nie zawiodłem. Rzeczowej odpowiedzi na ŻADNE z zadanych pytań moim zdaniem nie uzyskałem. Zostałem jednak oświecony w kilku kluczowych dla mnie sprawach.

Otóż na pytania dotyczące kondycji aptek niezależnych, rosnących cen mediów i inflacji oraz faktu, że jedynie 6% kończących farmację myśli o pracy w aptece, dowiedziałem się, że właściwie sam sobie jestem winien, bo nie dostrzegam perspektyw. Jak przekonywał mnie Kandydat, to dzięki szczepieniom i wymazom apteka bez problemu znajdzie środki na opłacenie rachunków za gaz, prąd i zatrudnienie dodatkowego magistra.

Na pytanie dotyczące sprzedaży pozaaptecznej leków (i niewygodnego firmowanego przez Kandydata projektu „Leki tylko z apteki”) dowiedziałem się, że pacjenci się już przyzwyczaili do kupowania leków poza apteką. No po prostu „sorry, taki mamy klimat”. Nic na to nie poradzimy.

Do kwestii sprzedaży bez recepty w aptekach opakowań zawierających wręcz hurtową ilość tabletek NLPZ (paracetamol po 100 tabletek, metamizol 50 szt. itd.) w kontekście opieki nad pacjentem i roli farmaceuty w racjonalizowaniu i ograniczaniu spożycia leków Kandydat się wcale nie odniósł. Mnie ów fakt dostępności takich opakowań bez recepty kłóci się z narracją o opiece farmaceutycznej czy ograniczaniu spożycia leków, którymi jesteśmy karmieni przez byłych i obecnych członków NIA. No, ale może wylbrzymiam niepotrzebnie problem. A może dla dużej części farmaceutów wcale taki problem nie istnieje?

Podobnie Kandydat nie odniósł się do poruszonej przeze mnie kwestii „aptekarzkiej schizofrenii”. Chodzi mi o fakt istnienia punktów aptecznych, w których wydawane są leki (większość z tych obecnych w aptece) na recepty bez obecności farmaceuty. Nieopatrznie chyba Kandydatowi wymknęło się później że, przytaczam z pamięci sens: prowadzenie apteki jest kosztowne, więc zrozumiałe jest, że przekształca się je, tam gdzie można, w punkty apteczne. Jak rozumiem, my farmaceuci akceptujemy jako NIA fakt istnienia i tworzenia punktów aptecznych bez magistra farmacji, równocześnie podkreślając jego kluczową rolę w bezpieczeństwie lekowym. Z kolei w trakcie niedzielnej dyskusji nad uchwałami zjazdowymi wspomniał o tym fakcie jeden z delegatów, szukając uzasadnienia dla obecności magistra w aptece przy wydaniu leku dostępnego w punkcie aptecznym, a właściwie podważając sens tejże obecności. Wywołało to falę moralnego wzburzenia wśród delegatów, która przelała się niczym tsunami po sali. Obłuda czy schizofrenia?

Wypowiedź Kandydata dotycząca punktów aptecznych nie wywołała, ku mojemu zdziwieniu, żadnej reakcji ze strony delegatów. Jakby ten fakt był nieistotny czy w pełni akceptowalny. Jak się to jednak ma do opieki farmaceutycznej? Czy pacjenci wiejscy mają być pozbawieni tejże, gdyż prowadzenie punktu aptecznego jest mniej kosztowne niż apteki? Kolejnym dowodami na akceptację przez delegatów na IX KZA tej „schizofrenii” były postulaty zjazdowe dotyczące techników, ale o tym za chwilę.

Jak poinformował Kandydat, dzięki uczestnictwu apteki w szczepieniach można zaoszczędzić 75% na podatku lokalnym. To spora suma. Jak jednak ma to uzdrowić finanse apteki, nie wiem. Natomiast zastanawia mnie, jak można się tym chwalić, potwierdzając, że z mocy ustawy o podatkach lokalnych apteka to sklep, a nie element opieki zdrowotnej? Sądzę jednak, że za chwilę kolejne apteki dołączą „na papierze” do szczepień. Wszak kilka tysięcy piechotę nie chodzi. A NIA będzie mogła odtrąbić kolejny sukces.

W dyskusji z Kandydatem nie mogło zabraknąć wątku szczepień. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (stan na miesiąc grudzień 2023 r.) około 500 aptek podpisało umowy dotyczące szczepień, a 100 kolejnych umów jest przygotowywanych. Aptek mamy w kraju około 12 700, tak więc szczepienia oferuje 4,7% placówek. Komentarz zbyteczny. Jak zapewniał mnie Kandydat, dzięki szczepieniom i wymazom zarobię na gaz i na pensję dla kolejnego magistra. Tego zatrudnię i to będzie, jak przekonywał, rozwiązanie. Zgromadzeni na sali delegaci, w większości pracujący w aptekach ogólnodostępnych, na słowa Jedynego Kandydata kiwali ze zrozumieniem głowami. Także uważają, że to jest rozwiązanie? Mój problem formułowałem mniej więcej tak: „Kiedy mam szczepić, wymazywać, robić z tego sprawozdania, jeżeli ilość obowiązków sprawozdawczych w aptece już w tej chwili jest na granicy absurdu, jeśli nie obłędu?”. Zgromadzeni delegaci nie dostrzegają rzeczywistości? Ona, niestety, nie jest niebieska.

Kwoty za szczepienia i wymazy (COVID) oscylują w okolicach 25 zł brutto. W aptekach można szczepić





MARK TOMKÓW BYŁ JEDYNYM KANDYDATEM NA STANOWISKO PREZESA NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

realnie, wbrew temu, co Kandydat powiedział, nie kilkunastoma, ale tylko trzema szczepionkami (COVID, grypa, pneumokoki).

W mojej miejscowości mieszka około 3000 mieszkańców. Policzmy więc: na grypę szczepi się kilka procent populacji. Załóżmy do obliczeń optymistyczną wartość 10%, czyli 300 pacjentów. Daje to kwotę 7500 zł brutto. Na COVID szczepią się nieliczni, ale załóżmy również 10%. Łączne mamy 15000 zł. Pneumokoki można pominąć, bo to śladowy odsetek jest. Ale dołożymy kolejne 7500. Czyli w sumie 22 500 zł brutto. ROCZNIE! Bo chyba nikt przy zdrowych zmysłach co miesiąc nie zaserwuje człowiekowi dwóch tych samych szczepionek. Miesięcznie daje to kwotę 1875 zł. Trudno nawet komentować taki sukces.

Proszę też na chwilę postawić się w roli pracodawcy czy właściciela lokalu i zastanowić się, czy ktoś udostępni lokal bezpłatnie, pokrywając najemcy koszty mediów? Pytam o to z prostej przyczyny. Jeżeli jako pracownik apteki będę chciał świadczyć na terenie tej apteki jakiegokolwiek usługi czy świadczenia, nie może dziwić, że właściciel apteki będzie chciał mieć z tego jakieś profity, a nie symboliczną złotówkę. Przyjmijmy dowolną kwotę. Do moich wyliczeń 1000 zł brutto. Dodając do tego pensję brutto 9050 zł (poniżej wyjaśnię, dlaczego tyle) mamy ponad 10 000 zł. Miesięcznie. Wychodzi więc,

że miesięcznie powinienem zaszczepić/wymazać 400 pacjentów. Rocznie 4800 osób. Jak się ma to do wcześniejszych moich wyliczeń? I jak zachęcić do usługi pacjentów? Hasłem typu „szczepionka tygodnia”, loterią czy może ustawowym przymusem szczepień?

Nie mogę zrozumieć, dlaczego po raz kolejny na tę najważniejszą funkcję w samorządzie kandydowała tylko jedna osoba. Czyżby nie było wśród nas osób, które są właściwie przygotowane do pełnienia takiej funkcji, które wzięłyby na siebie odpowiedzialność za politykę samorządu? Mam wrażenie, że taka sytuacja jest pokłosiem naszej malejącej aktywności w działalności samorządowej. Jako środowisko jesteśmy już tak zmęczeni pogarszającą się sytuacją, w jakiej funkcjonują apteki, że zrezygnowaliśmy z udziału nie tylko z czynnego prawa wyborczego, ale i biernego. Wybieramy tych, których już znamy, a może się do nich tylko przyzwyczailiśmy? Po znanych wiemy, czego się spodziewać, nie jesteśmy gotowi na niespodzianki? Może przestaliśmy wierzyć, że możemy coś zmienić, przestaliśmy wierzyć w sprawczość naszych działań? Coraz bardziej czujemy się przedmiotami systemu, obojętniejemy, tracimy swoją podmiotowość i niezależność. A to prosta droga do z każdymi wyborami malejącym zainteresowaniem działalnością w samorządzie aptekarskim. Nie pamiętamy już,

jak wygląda demokracja z jedną partią – wiodącą siłą w systemie monopartyjnym?

Błękitna konferencja dotycząca usługi „Nowy lek”, niebieska debata

Słuchałem prelegentów z dystansem, osadzony twardo w realiach aptecznych dnia codziennego. Przedstawiony standard usługi „Nowy Lek” był dla mnie bardzo teoretyczny, akademicki i trudno mi wyobrazić sobie jego wdrożenie do codziennej praktyki apteki ogólnodostępnej. Liczenie na to, że stanie się ona świadczeniem zdrowotnym refundowanym, to dzielenie skóry na przysłowiowym niedźwiedziu. Droga do samej wyceny świadczenia przez AOTMiT jest bardzo daleka. Najbardziej błękitne spojrzenie na sprawę nie zwiększa optymizmu. Dla mnie bowiem wszelkie dywagacje na temat wyceny świadczeń, współpracy z lekarzem są czczym gadaniem dopóty, dopóki nie będziemy mieli niekwestionowanych, przygotowanych metodycznie bez zarzutu wyników badań. Wątpię, aby AOTMiT przekonały przedstawione nam wyliczenia wyceny świadczenia usługi „Nowy Lek”. Nic się nie wydarzy bez dobrze przygotowanego i wykonanego bez błędów pilotażu, a to wymaga czasu i dedykowanych przez Ministerstwo Zdrowia środków finansowych. To są lata. Przypomnę fiasko pilotażu przeglądu lekowego (bezlitośnie przejechała się po nim AOTMiT), usilnie przerabiane przez jego autorów na wielki, tylko niezauważony przez maluczkich, sukces. A my ciągle staramy się od lat siebie samych przekonywać o istotności opieki i świadczeń, tylko przychodu dla nas i apteki z tej istotnej formy wykonywania zawodu nie widać. Zadaję sobie pytanie: jak długo jeszcze my, aptekarze, będziemy w ten sposób funkcjonowali? Czy naprawdę ktoś wierzy, że uda się prowadzić aptekę, jeżeli jej działalność nie będzie się bilansowała z jej podstawowej działalności? Ani marzenia, ani obietnice nie będą miały wpływu na sytuację apteki, dopóki nie będą miały dla niej realnej, dodatkowej wartości finansowej.

Problemem jest także brak podstawowych narzędzi do wzajemnej komunikacji z lekarzem, która chroniłaby prywatność pacjenta i poufność przekazywanych informacji. Kuleje, a często w ogóle jej nie ma, nasza komunikacja z lekarzami i pielęgniarkami.

Osobną częścią konferencji była debata. Te są ostatnio bardzo modne. Skwitować ją można krótko słowami Jakuba Sienkiewicza (Elektryczne Gitary): „tony papierów, tony analiz, genialne myśli, tłumy na sali (tych nie było)” i „już każdy powiedział to, co wiedział... wszyscy zgadzają się ze sobą, a będzie nadal tak jak jest”. Dlaczego w debacie nie uczestniczył przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej? W debacie brał udział lekarz pulmonolog, bardzo sympatyczny, zorientowany na współpracę z farmaceutami. Ale reprezentował raczej samego siebie niż pogląd izby lekarskiej. A przypominę, że debata dotyczyła między innymi współpracy między zawodami medycznymi. Trzy godziny konferencji były dla mnie ciekawą lekcją. Gdybym jednak musiał poświęcić czas na dojazd i wysłuchanie tej konferencji w wolnym czasie, uznałbym to za czas zmarnowany. Wielokrotnie się zastanawiałem po tej konferencji, czy to ja już zupełnie odstaję od rzeczywistości i nie dostrzegam perspektyw... Skąd po niej to niebieskie spojrzenie na najbliższą przyszłość większości delegatów? Być może jest tak, że dramatyzują i się czepiam. Ale chciałbym to wiedzieć.

I druga omawiana sprawa, po części z wcześniejszym tematem związana. Dotyczy wynagrodzenia dla farmaceutów. Oczywiście można opierać się na statystyce, wedle której apteki robią obrót rzędu 354 000 zł miesięcznie. W odniesieniu do tej kwoty trudno też odmówić racji młodemu farmaceutom, żądającym pensji „na wejście” w granicach 6500 zł netto (brutto 9050 zł). Co spotykało się z pełnym zrozumieniem delegatów. Też uważam, że nie jest to szczególnie wygórowana stawka. Zejdźmy jednak na ziemię. Pensja zależna jest od wartości, jaką





pracodawca widzi w pracowniku. Nie będę rozwijał wątku, każdy może sobie ten aspekt przeanalizować, sięgając do Internetu.

Apteki z obrotem 354 000 zł miesięcznie to rodziny apteczne i są najczęściej aptekami należącymi do funduszy inwestycyjnych. To właśnie na nich, a właściwie ich przejęciu (skutecznym również dzięki lukom w AdA) skupiła się w ostatnich latach uwaga sieci. Teraz jesteśmy na etapie konsolidacji rynku i optymalizacji kosztów, w tym zatrudnienia. Sieci to około 55% aptek realizujących ponad 70% obrotu aptek w Polsce. Mniejsze i dużo mniejsze apteki, biorąc pod uwagę ich miesięczny obrót, dominują na terenach małomiasteczkowych, nie były i nie są brane pod uwagę jako warte przejęcia. A o wspomnianych obrotach nie mogą nawet marzyć. Przejmowane są jedynie w celu likwidacji i zmonopolizowania rynku. Już obecnie można wskazać miejscowości, gdzie rynek detaliczny zdominowany został przez jedną sieć, która stopniowo przejmowała kolejne apteki. Dodatkowo optymalizacja kosztów polega na redukcji zbędnego personelu. Dlatego w większości aptek na zmianie jest jeden, a nie kilku magistrów (małych na więcej nie stać, dużym są zbędni). A tworzenie kominów płacowych jest w walce o rynek oczywiste w odniesieniu do eliminacji konkurencji. Działa to mniej więcej tak: ja proponuję pracownikowi 7000 zł, ty oferujesz 10 000 zł. Pracownik się cieszy (też bym się cieszył z takiej podwyżki). Ja tracę pracownika i robiąc

bokami zamykam biznes. Rynek dzięki AdA przechodzi w twoje ręce. Masz monopol, redukujesz koszty. Najwyższe to koszty pracy. Obniżasz pensje, mając świadomość, że rynek pracy się skurczył. Ja już nie zatrudnię – zamiast mojej apteki jest drogeria. Czy zatem można wierzyć, że godziwe wynagrodzenia dla farmaceutów będą stałym trendem? Sieć racjonalizuje koszty, dalej przejmując i zmniejszając liczbę aptek i zwalniając kolejnych pracowników. Przy pełnej świadomości, że na rynku nie pojawi się nowy podmiot. Raz uniemożliwi to AdA. A w razie czego dumpingiem przeciwnika załatwisz. Koniec bajki.

Jak fundusz uzna, że bardziej mu się opłaci sprzedawać spinacze w Argentynie, wycofa kapitał z aptek w Polsce i przeniesie się do Argentyny. Chyba że przez swych lobbystów zabezpieczy swoje dożyciowe interesy w Polsce. A obserwując od lat to, co się dzieje na rynku, uważam, że ku temu się zmierza.

Niebieski trzeci dzień zjazdu

Ostatni dzień zjazdu to między innymi przedstawienie propozycji uchwał zjazdowych. Według mnie to jeden z kluczowych elementów całego zjazdu. Dla mnie to dyskusja na temat trudnych dla zawodu spraw jest istotą KZA, a nie wybór prezesa czy członków NRA. W sytuacji, gdy gonili obiad i trzeba było zwolnić pokoje, oczywiście sprowadziło się to do przedstawienia propozycji uchwał z sugestią ich przyjęcia lub odrzucenia i głosowania wszystkich łącznie. Czasu na głębszą dyskusję było za mało. I również ochoty na nią. Uważam jednak, że gdyby delegaci na IX KZA na serio traktowali farmaceutów i aptekarzy, to ten punkt powinien zająć cały dzień, a nie niecałe trzy godziny. To moja osobista opinia. Pamiętam jednak wcześniejsze KZA, gdy dyskusje, a wręcz kłótnie toczyły się do późna w nocy. Tutaj dyskusja sprowadziła się właściwie do przedstawienia intencji wnioskodawców (a i to nie zawsze).

Ubolewam, że wiele z zaproponowanych uchwał to, według mnie, odgrzewane kotlety i lista życzeń. A sformułowanie pojawiające się w uchwałach:

„zobowiązuje się NIA do...” – nic nie znaczy, ponieważ nikt z uchwał VIII KZA ustępujących władz NIA nie rozliczał. Tych też nie rozliczy. Ja nie mam kłopotów z pamięcią i pamiętam uchwały z poprzednich zjazdów, które pozostały i do dzisiaj pozostają w sferze życzeń. Obawiam się, że kolejne władze NIA będą działały zgodnie z myślą polityczną (wspomnianą przeze mnie w artykule „Aptekarzu, nie patrz w górę”), że „zobowiązania obligują tylko tych, co w nie wierzą” i „dwa razy obiecać, to jak raz dotrzymać”.

Nie ukrywam, że wiele z postulatów zawartych w uchwałach jest słusznych. Pod tymi dotyczącymi uporządkowania bałaganu w oprogramowaniu, likwidacji papierowych dokumentów czy finansowania studiów podyplomowych i specjalizacji, finansowania staży, opanowania bałaganu z interpretacją „poprawności recepty”, wymogów dotyczących pomieszczeń w aptece – podpisuję się. Ale wiele z zaproponowanych jest oderwanych od realiów. Od uchwały do realizacji droga daleka. Tym bardziej że w paragrafie drugim

rodzaj kosztu	min	max
koszt pracy farmaceuty	90,05	451,52
infrastruktura		100,00
środki ochrony osobistej	1,16	4,54
Ogółem	191,21	557,06
gotowość do pracy		31,94

zobowiązano NIA do rozpatrzenia, a nie realizacji powziętych uchwał. Czy w tej kadencji skuteczność w działaniu NIA będzie zadowalająca?

Może dlatego, mimo że, gdy ten artykuł piszę, minęło już wiele tygodni od IX KZA, treści uchwał próżno szukać na stronie NIA. A to nie wróży dobrze ich realizacji. Uchwały VII, VIII i IX KZA można znaleźć na stronie Biuletynu Informacji Publicznej (<https://bip.nia.org.pl/index.php/organizacja/uchwały-i-zarządzenia>).

Spotkamy się za cztery lata

Przedstawiłem moje osobiste przemyślenia i wnioski. Odmienne od narracji głównego nurtu opinii w kolorze blue. Myślę, że jest jednak wielu, dla których sytuacja w polskim aptekarstwie ma

kolor czerwonego alertu i dzielają moje obawy. One wynikają z długoletniej praktyki aptekarskiej, działalności w samorządzie i oceny faktów.

Farmaceuci zdecydowali o kierunku, w którym będzie podążał nasz zawód i kto będzie kapitanem tego statku. Mam ciągle nadzieję, że władza w naturalny sposób nie będzie eliminowała wszelkich elementów wybijających ich ze strefy komfortu i sprzecznych z oficjalną narracją. Tym samym oczekuję, że w najbliższym czasie liczba krytycznych komentarzy dotyczących działań i skuteczności Naczelnej Izby Aptekarskiej się nie zmniejszy w wyniku decyzji odgórnych, a jedynie będzie mobilizacją dla skuteczności działania. Jestem sceptykiem, myślę, że konstruktywnym sceptykiem. I jest moim marzeniem, aby wszystkie moje obawy za cztery lata okazały się bezzasadne, samorząd rozwijał się jako korporacja niezależnych farmaceutów, którzy będą ze sobą dyskutowali, rozliczali z efektów działania. Aby spierali się wybierając najlepsze rozwiązania. Aby mieli odwagę kandydować na stanowisko osoby kierującej samorządem, przedstawiali różne programy działań, z których wybierzemy najlepszy. Trudno mi uwierzyć, że jedyny przedstawiony to ten najlepszy.

Kończąc

Informacja, która ukazała się w mediach dwa tygodnie po IX KZA: „Nie podoba mi się limit określający, że jeden podmiot może założyć maksymalnie cztery apteki” – mówi w wywiadzie dla wp.pl ministra zdrowia Izabela Leszczyna. Jej zdaniem, ostatnia nowelizacja ustawy AdA powinna zostać cofnięta. I dalej: „Polska, przez kompletny brak odpowiedzialności byłych ministrów, narażona na konflikty, między innymi międzynarodowe, w tym także na postępowania arbitrażowe, bo część aptek należy do międzynarodowych funduszy” (Rynek Zdrowia, informacja z 8 lutego 2024 r.). W tle zastrzeżenia Komisji Europejskiej odnośnie zakazu reklamy aptek w Polsce.

Moje spojrzenie na IX KZA ma kolor czerwonego alertu. Moje marzenia są tylko w kolorze niebieskim. 🌿

Zdjęcia PRZEMYSŁAW BŁOCH



dr n. farm.

WOJCIECH MUSIAŁ
Specjalista w dziedzinie analityki farmaceutycznej i farmacji aptecznej, aptekarz, nauczyciel akademicki, członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

U PROGU NOWEGO ETAPU

I Sprawozdawczy Zjazd Delegatów Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Problemy nurtujące środowisko aptekarskie i istotne sprawy dotyczące działalności samorządu zawodowego farmaceutów były przedmiotem obrad I Sprawozdawczego Zjazdu Delegatów IX Kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, który odbył się 17 marca 2024 r. w Centrum Kongresowym IOR w Poznaniu. Wzięło w nim udział kilkudziesięciu delegatów reprezentujących wielkopolskich farmaceutów. Zjazd delegatów jest najwyższą władzą okręgowej izby

aptekarskiej, a przygotowanie i przeprowadzenie corocznego zjazdu sprawozdawczego za miniony rok jest obowiązkiem jej organów.

Uczestników zjazdu, delegatów i zaproszonych gości, powitał prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Mateusz Szamałek. W imieniu reprezentowanych instytucji i środowisk życzenia wielkopolskim farmaceutom złożyli: Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny dr n. farm. Grzegorz Pakulski, dziekan Wydziału



UCZESTNICY ZJAZDU (OD LEWEJ): MARCIN REPELEWICZ, ŁUKASZ KONKA, DARIA WIELOGÓRSKA-RUTKA, ARTUR ŚLIWIŃSKI, GRZEGORZ PAKULSKI, ALINA GÓRCKA I KRZYSZTOF KORDEL



METEUSZ SZAMAŁEK, PREZES WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ



GRZEGORZ PAKULSKI, WOJEWÓDZKI INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY W POZNANIU



PREZYDIUM ZJAZDU: STEFAN PIECHOCKI, IZABELA CHUDA I MARCELA NAMYSŁ



KRZYSZTOF KORDEL, PREZES OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. Anna Jelińska, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Krzysztof Kordel, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Łodzi mgr farm. Łukasz Konka, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izba Aptekarskiej w Bydgoszczy mgr farm. Marcin Piątek, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu mgr farm. Marcin Repelewicz, prezes Lubuskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Daria Wielogórska-Rutka, prezes Kaliskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Artur Śliwiński oraz przewodniczący Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji Oddział Poznań Konrad Sarnowski. Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr n. med. Alina Górecka odczytała

życzenia skierowane do delegatów przez prezesa NRA Marka Tomkowa.

W wystąpieniu otwierającym zjazd prezes Wlkp. ORA Mateusz Szamałek przedstawił obraz „100 dni” IX kadencji Wlkp. OIA, podjęte już działania oraz kierunki rozwoju wielkopolskiego samorządu zawodowego farmaceutów, wskazując między innymi na tworzenie nowych narzędzi komunikacji, działalność powołanych ostatnio komisji tematycznych, współpracę z poznańskim Wydziałem Farmaceutycznym, Wielkopolskim Inspektoratem Farmaceutycznym czy Narodowym Funduszem Zdrowia, a także działania związane z integracją środowiska i promocją zawodu.

Po wybraniu prezydium zjazdu (przewodniczącym został dr n. farm. Stefan Piechocki) i komisji zjazdowych przedstawione zostały sprawozdania z działalności organów Wielkopolskiej Okręgowej



APEL do Ministra Zdrowia RP

■ Farmaceuci Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z niepokojem przyjęli wypowiedź Pani Minister dotyczącą nowelizacji ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, której celem było doprecyzowanie uchwalonych w 2017 r. przepisów określanych jako „Apteka dla Aptekarza” (Wirtualna Polska, „Izabela Leszczyna: Nie jestem ministram na pół roku”, 07.02.2024 r.). Przedstawione przez Panią Minister poglądy o możliwym usunięciu tych przepisów z polskiego porządku prawnego wpisują się w kontekst ujawnionej przez media korespondencji wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego do zagranicznego funduszu kapitałowego w sprawie toczących się przed Głównym Inspektorem Farmaceutycznym postępowań w zakresie naruszenia ww. przepisów (Wirtualna Polska, „Gemini. Tajna umowa rządu PiS z Amerykanami”, 02.03.2024 r.), co potęguje niepokój środowiska aptekarskiego.

Uważamy, że przepisy antykoncentracyjne, które chronią indywidualnych aptekarzy przed dalszym przejmowaniem rynku detalicznej dystrybucji produktów leczniczych między innymi przez zagraniczne fundusze inwestycyjne oraz globalne korporacje, są jednym z kluczowych czynników zapewniających bezpieczeństwo lekowe naszego państwa i jego obywateli. W związku z tym apelujemy do Pani Minister o niepodejmowanie działań legislacyjnych mających na celu usunięcie z naszego porządku prawnego przepisów przywracających aptekom należne im miejsce w systemie ochrony zdrowia.

Izby Aptekarskiej: Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Aptekarskiego i Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Skarbnik Wlkp. ORA mgr farm. Michał Manicki przedstawił sprawozdanie finansowe z wykonania budżetu za rok 2023 oraz projekt budżetu na rok 2024. Zjazd podjął uchwały w sprawie zatwierdzenia przedstawionych sprawozdań oraz przyjęcia budżetu Wlkp. OIA na rok 2024. Ponadto delegaci zaakceptowali zmiany w regulaminie Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz regulaminie Okręgowego Zjazdu Aptekarzy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Uczestnicy zjazdu z zainteresowaniem wysłuchali wykładu radcy prawnego Wlkp. OIA Łukasza Świdierskiego na temat nowych regulacji dotyczących wykonywania zawodu technika farmaceutycznego, zawartych w ustawie z 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1972), która wejdzie w życie 26 marca 2024 r.

Zjazd jednogłośnie przyjął Apel do Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej o niepodejmowanie działań legislacyjnych mających na celu usunięcie z polskiego porządku prawnego przepisów przywracających aptekom należne im miejsce w systemie ochrony zdrowia, określanych jako „Apteka dla Aptekarza 2.0”. Apel ma związek z wypowiedzią ministra zdrowia dla portalu Wirtualna Polska („Izabela Leszczyna: Nie jestem ministram na pół roku”, 7 lutego 2024 r.), która zaniepokoiła środowisko aptekarskie.

EUGENIUSZ JAROSIK
Zdjęcia MIROSŁAW BARYGA

NOWA KSIĄŻKA DR HANNY CYTRYŃSKIEJ

Hanna Cytryńska

WIELKOPOLSKIE APTEKI HISTORYCZNE

ROZMOWA z autorką książek „Poznańskie apteki – wnętrza, historia, wyposażenie” (2016), „Apteki klasztorne i szpitalne Poznania” (2019) i „Wielkopolskie apteki historyczne” (2024), a także wielu artykułów z obszaru historii farmacji opublikowanych w „Farmacji Wielkopolskiej”, ukaże się w kolejnym wydaniu naszego czasopisma (nr 27/2024). Wydawcą ww. monografii jest Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska w Poznaniu.

Opis powstania apteki i jej dziejów oraz losów aptekarzy, którzy je tworzyli i prowadzili, często z pokolenia na pokolenie, to fascynujące historie pokazane rzetelnie i z dużym znanstwem przez dr Hannę Cytryńską na podstawie zebranych materiałów i wielu przeprowadzonych rozmów i kwerend.

prof. dr hab. Zdzisław Błaszczak

WYDAWCA

Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska
Poznań 2024

ORGANY WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W POZNANIU

KADENCJA 2023-2027



Miroslaw Baryga



Miroslaw Baryga

REPREZENTUJĄCY

wielkopolskich farmaceutów delegaci, którzy uczestniczyli 25 listopada 2023 r. w Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Delegatów Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej IX kadencji, wyłonili nowe organy Wlkp. OIA: Wielkopolską Okręgową Radę Aptekarską, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, Okręgowy Sąd Aptekarski oraz Okręgową Komisję Rewizyjną. Prezesem Wlkp. ORA został mgr farm. Mateusz Szamałek.

W PIERWSZYM RZĘDZIE (OD LEWEJ): MAGDALENA CZERNIEWICZ, MICHAŁ MANICKI, MATEUSZ SZAMAŁEK, WOJCIECH BARTKOWIAK, ALINA GÓRECKA, KRZYSZTOF MYSZKOWSKI. W DRUGIM RZĘDZIE: SANDRA FABIANOWSKA, BEATA OW CZARSKA, ANNA ŁOHYNOWICZ, MACIEJ GROCHULSKI, MACIEJ PAWEŁCZYK, WOJCIECH MUSIAŁ. W TRZECIM RZĘDZIE: STEFAN PIECHOCKI, MARCELA KOWALSKA, IZABELA CHUDA, KORDIAN DRYKA, PRZEMYSŁAW BŁOCH

Wielkopolska Okręgowa Rada Aptekarska

mgr Wojciech Jan BARTKOWIAK: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2010); kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu; członek Wlkp. ORA VIII kadencji; wiceprezes Wlkp. ORA ds. aptek ogólnodostępnych; członek Naczelnej Rady Aptekarskiej,

mgr Przemysław Bogdan BŁOCH: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1990); posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie farmacji aptecznej; kierownik apteki szpitalnej w Wolsztynie; członek Wlkp. ORA VIII kadencji.

mgr Izabela Monika CHUDA: „Z farmacją jestem związana od najmłodszych lat. Już jako dziecko pomagałam mamie w prowadzeniu apteki. Nauczyłam się od niej, że najważniejszą misją naszego zawodu to pomaganie pacjentowi. Staram się przełożyć to na swoją pracę. W prowadzonej przeze mnie aptece uruchomiliśmy punkt szczepień i dzięki ukończonym studiom podyplomowym na uniwersytecie w Poznaniu planujemy rozwinąć opiekę farmaceutyczną”. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2009); współwłaścicielka i kierownik apteki ogólnodostępnej w Pniewach.

mgr Magdalena Barbara CZERNIEWICZ: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1991); specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej (1994); kierownik apteki szpitalnej w szpitalu MSWiA w Poznaniu (1994-1996); kierownik apteki ogólnodostępnej (1999-2008); prezes zarządu i udziałowiec Wielkopolskiej Grupy Aptekarskiej Sp. z o.o. (od 2004 r.); wiceprezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej (2015-2023).

mgr Michał Adam CZERNIEWICZ: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2014); wspólnik Wielkopolskiej Grupy Aptekarskiej Michał Czerniewicz i Wspólnicy Spółka jawna; przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej (2019-2023).

mgr Kordian DRYKA: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2008) oraz Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu; właściciel aptek; ekspert rynku aptecznego i farmaceutycznego w Carenea; konsultant ds. rozwoju aptek.

mgr Sandra Anna FABIANOWSKA: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2022); pracuje w aptece ogólnodostępnej; przewodniczy Komisji Młodych Farmaceutów w Wielkopolskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej.

dr Alina Zofia GÓRECKA: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1985); specjalista farmacji klinicznej i szpitalnej; kierownik apteki szpitalnej w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (1995-2016); przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Żywienia Do- i Pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (2012-2017); członek zarządu Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (2013-2022); prezes „Aptekarz” Sp. z o.o. (1998-2023); członek Prezydium Wlkp. ORA (2008-2015); prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej (2015-2023); członek Naczelnej Rady Aptekarskiej (2015-2023); wiceprezes NRA IX kadencji; koordynator dwóch komisji NRA: ds. farmacji szpitalnej i klinicznej oraz ds. odwoławczych.

mgr Maciej Jan GROCHULSKI: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1999); menedżer, konsultant biznesowy i szkoleniowiec w obszarze sprzedaży na rynku farmaceutycznym, od 18 lat związany z branżą farmaceutyczną i medyczną; przez pięć lat pracował 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; członek Wlkp. ORA VIII kadencji; członek Prezydium Wlkp. ORA IX kadencji.

mgr Jędrzej Ryszard JANUS: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1995); posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie farmacji aptecznej; kierownik apteki ogólnodostępnej w Białośliwiu; zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2012-2015); Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2015-2019).

mgr Jarosław Konrad JANUSIK: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (rocznik 2013); przedsiębiorca prowadzący apteki i kierownik w aptece ogólnodostępnej w Turku; członek Prezydium Wlkp. ORA (2015-2023).

mgr Marcela Teresa KOWALSKA: „Od samego początku wykonywania zawodu farmaceuty związana jestem z aptekami ogólnodostępnymi, w których staram się edukować pacjentów w zakresie zasad bezpiecznej farmakoterapii oraz zdrowego stylu życia. Z fascynacją zgłębiam zagadnienia związane z wpływem modyfikacji diety, aktywności fizycznej i zachowań na kondycję ludzkiego organizmu, a w kontekście mojej ulubionej dziedziny nauki, neurobiologii – na funkcjonowanie układu nerwowego”. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2015); zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2019-2023).

mgr Anna Jadwiga ŁOHYNOWICZ: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1991); specjalista w dziedzinie farmacji szpitalnej; uczestniczyła w przygotowaniach Farmaceutycznych Standardów Pracowni Żywienia Parenteralnego; przewodnicząca poznańskiej Sekcji Farmacji Szpitalnej PTFarm; prowadzi staże podyplomowe oraz praktyki studenckie dla studentów farmacji; kierownik apteki szpitalnej w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, członek Wlkp. ORA VIII kadencji; wiceprezes Wlkp. ORA ds. aptek szpitalnych.

mgr Michał Maria MANICKI: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 1993); studiował zarządzania na Wydziale Finansów i Bankowości w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu; specjalista

w dziedzinie farmacji klinicznej; sprawował między innymi funkcje kierownika apteki szpitalnej, apteki ogólnodostępnej oraz hurtowni farmaceutycznej; pełnił 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; członek Wlkp. ORA VIII kadencji; skarbnik Wlkp. ORA.

dr Wojciech Jacek MUSIAŁ: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1996); specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej i analityki farmaceutycznej; właściciel aptek; kierownik apteki ogólnodostępnej; nauczyciel akademicki; członek Prezydium Wlkp. ORA (2015-2023); członek Prezydium Wlkp. ORA IX kadencji; wiceprezes zarządu Stowarzyszenia Ad Gloriam Pharmaciae.

mgr Krzysztof Andrzej MYSZKOWSKI: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 2010); specjalista farmacji klinicznej; farmaceuta szpitalny z czternastoletnim doświadczeniem; kierownik apteki szpitalnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Poznaniu; wykładowca kursów specjalizacyjnych z zakresu żywienia pozajelitowego oraz przygotowania leków cytostatycznych; członek Wlkp. ORA VIII kadencji.

mgr Beata Anna OWCZARSKA: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1992); specjalista w dziedzinie farmacji aptecznej; sprawowała funkcje kierownika apteki ogólnodostępnej oraz hurtowni farmaceutycznej; koordynator Komisji Hurtowni Farmaceutycznych Wlkp. OIA; Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (2008-2016); zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2004-2008); zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

mgr Maciej Jacek PAWEŁCZYK: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1987); specjalista I stopnia farmacji aptecznej; pracował w przemyśle, aptece ogólnodostępnej i hurtowni farmaceutycznej; był przedstawicielem naukowym w firmie

farmaceutycznej; skarbnik Wlkp. ORA (2016-2023); członek Prezydium Wlkp. ORA.

dr Stefan PIECHOCKI: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1995); w latach 1995-2008 pracownik katedry Technologii Postaci Leku tej uczelni; aptekarz, kierownik apteki ogólnodostępnej w Wolsztynie; wielkopolski konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji aptecznej (od 2013 r.); zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (2012-2020); sędzia Naczelnego Sądu Aptekarskiego (2020-2023); członek Prezydium Wlkp. ORA (2015-2023); sekretarz Wlkp. ORA IX kadencji; kustosz Muzeum Farmacji Wlkp. OIA w Poznaniu; prezes zarządu Stowarzyszenia Ad Gloriam Pharmaciae.

mgr Mateusz SZAMAŁEK: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2008); ukończył studia podyplomowe z zakresu logistyki i zarządzania łańcuchem dostaw (Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu); w latach 2008-2010 pracował w aptekach ogólnodostępnych na poznańskich Jeżycach, pozostając jednocześnie związany z uczelnią w ramach aktywności naukowej w Katedrze Biochemii Farmaceutycznej; pracował 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; sekretarz Wlkp. ORA (2019-2023); prezes Wlkp. ORA IX kadencji; członek Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej; koordynator komisji ds. hurtowni farmaceutycznych NRA.

mgr Łukasz Krzysztof WALIGÓRSKI: „Kariere zawodową rozpocząłem w małej, rodzinnej aptece w Środzie Wielkopolskiej. Jednocześnie zajmowałem się pisaniem artykułów do mediów branżowych. Po kilku latach łączenia obu zajęć podjąłem decyzję o poświęceniu się dziennikarstwu. Obecnie jestem redaktorem naczelnym portalu i magazynu MGR. FARM – czołowego medium informacyjnego dla farmaceutów”. Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2009); członek Naczelnej Rady Aptekarskiej VII kadencji.

dr hab. Magdalena WASZYK-NOWACZYK: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

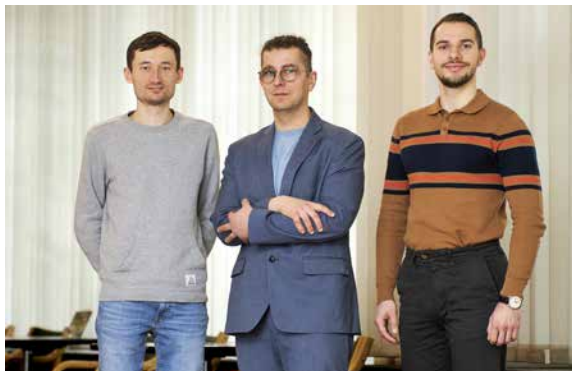
(rocznik 2008); adiunkt w Pracowni Farmacji Praktycznej i Opieki Farmaceutycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku UMP; uzyskała tytuł doktora nauk farmaceutycznych z zakresu opieki farmaceutycznej; współorganizator wirtualnej apteki w Pracowni Farmacji Praktycznej oraz Centrum Symulacji Farmaceutycznej; od lat praktykuje w polskich aptekach ogólnodostępnych i działa naukowo w zakresie wdrażania profesjonalnego doradztwa i opieki farmaceutycznej, prowadzi także autorskie szkolenia i warsztaty dla farmaceutów, również w ramach specjalizacji z farmacji aptecznej; członek Zespołu ds. Standaryzacji Opieki Farmaceutycznej oraz Komisji Opieki Farmaceutycznej, powołanych przy Naczelnej Izbie Aptekarskiej; kierownik, wykładowca i współautor programu studiów podyplomowych „Profesjonalne doradztwo i opieka farmaceutyczna w aptece ogólnodostępnej”; założycielka i przewodnicząca Sekcji ds. Symulacji w Farmacji Polskiego Towarzystwa Symulacji Medycznej.



POSIEDZENIE WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ (5 MARCA)

Eugeniusz Jarosik

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ)



Mirosław Baryga

BARTOSZ KOWALEWSKI, WOJCIECH ZIÓŁKOWSKI, PIOTR TANALSKI

mgr Wojciech ZIÓŁKOWSKI: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 2001); zawód farmaceuty wykonuje w aptece ogólnodostępnej w Okonku; przez osiem lat nabierał doświadczenia jako zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA. (2011-2019); Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2019-2023).

Zastępcy OROZ

mgr Dariusz Wojciech ANTKOWIAK: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2011); specjalista z zakresu farmacji aptecznej; magister odpowiedzialny za środki kontrolowane w hurtowni farmaceutycznej Galenica Nova, później Medica-re-Galenica; kierownik apteki ogólnodostępnej we Wrześni; zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2019-2023).

mgr Bartosz Daniel KOWALEWSKI: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2018); pracuje w aptece ogólnodostępnej w Poznaniu.

mgr Jakub Krzysztof MAĆKOWIAK: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 2004); pracował w firmach farmaceutycznych; właściciel i kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu; zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2015-2023).

mgr Anna Maria PEMPERA: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1985); pracowała w aptekach szpitalnych i hurtowni farmaceutycznej; zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2019-2023).

mgr Piotr Paweł TANALSKI: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2021); przez trzy lata pracował w firmach farmaceutycznych w obszarze rejestracji leków; obecnie pracownik apteki ogólnodostępnej.

Okręgowy Sąd Aptekarski



Mirosław Baryga

ANNA KOŁODZIEJCZAK, KATARZYNA BŁASZCZAK, ARLETA MATSCHAY, GRAŻYNA BARTCZAK, MARIUSZ MICHALAK

dr Grażyna Antonina BARTCZAK: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1977); pracowała między innymi w Katedrze i Zakładzie Farmakologii oraz Pracowni Farmacji Praktycznej w Zakładzie i Katedrze Technologii Postaci Leku Akademii Medycznej w Poznaniu; przez 16 lat prowadziła własną aptekę; członek Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (2019-2023).

mgr Dorota Renata BARTOSIK: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1991); specjalista farmacji aptecznej; sędzia Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (1999-2023); we współpracy z Wielkopolskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym prowadziła kurs z odpowiedzialności zawodowej farmaceuty; odznaczona Medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego.

mgr Katarzyna BŁASZCZAK: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1987); specjalista farmacji aptecznej; pracuje w aptece ogólnodostępnej;

sędzia Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (2019-2023).

mgr Marta Anna GWARDYŚ: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2006); specjalista farmacji aptecznej; kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu; sędzia Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (2015-2023).

mgr Anna Maria KOŁODZIEJCZAK: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2007); kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu; interesuje się zagadnieniami związanymi z opieką farmaceutyczną oraz recepturą jałową.

mgr Sylwia Cecylia KOTECKA: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2007); kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu; członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wlkp. OIA (2015-2019).

mgr Marcin Stanisław KUBICKI: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2016); kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu; pasjonuje się genealogią.

mgr Małgorzata Maria KUCZEROWSKA: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 2001); specjalista farmacji aptecznej; kierownik apteki ogólnodostępnej; zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2015-2019); sędzią Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (2019-2023).

mgr Emilia ŁAPKIEWICZ-PRZYGODZKA: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2015); kierownik apteki ogólnodostępnej w Poznaniu.

dr Arleta Katarzyna MATSCHAY: absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1991); specjalista farmacji aptecznej; kierownik Pracowni Farmacji Praktycznej i Opieki Farmaceutycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; członek Rady Wydziału Farmaceutycznego UMP oraz Wydziałowego Zespołu Doskonalenia i Zapewnienia Jakości Kształcenia; członek Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie farmacja apteczna; wojewódzki konsultant

ds. farmacji aptecznej na teren województwa lubuskiego; wiceprezes Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego; czynny farmaceuta – aptekarz praktyk; zastępca przewodniczącego Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (2015-2019); przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA VIII i IX kadencji.

mgr Mariusz Piotr MICHALAK: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1979); specjalista farmacji aptecznej i szpitalnej; wieloletni pracownik aptek szpitalnych; członek Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wlkp. OIA (1999-2003); członek Prezydium Wlkp. ORA (2003-2007); Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Wlkp. OIA (2007-2015); zastępca przewodniczącego Okręgowego Sądu Aptekarskiego Wlkp. OIA (2019-2023).

Okręgowa Komisja Rewizyjna



Eugeniusz Jarosik

BARTŁOMIEJ GARCZYŃSKI, KATARZYNA CZERNIEWICZ, SZYMON CHMIEL, MACIEJ PRZYGODZKI

mgr Szymon CHMIEL: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2014); kierownik apteki ogólnodostępnej.

mgr Katarzyna CZERNIEWICZ: absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2014); przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wlkp. OIA IX kadencji.

mgr Bartłomiej Jan GARCZYŃSKI: absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu (rocznik 1999); pracuje w aptece ogólnodostępnej.

mgr Maciej PRZYGODZKI: absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (rocznik 2014); pracuje w aptece ogólnodostępnej.

Opracował EUGENIUSZ JAROSIK

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

IDEAŁY

ZAPISANE W DNA

Przez wiele lat walczyła o godność zawodu.

„Mam poczucie wielkiego mojego wkładu w zawód i aptekarstwo” – przyznaje mgr farm.

Elżbieta Taterczyńska, uhonorowana za swoje zasługi Statuetką im. prof. Franciszka Adamanisa.

Kiedy była nastolatką, chodziła do pięknej secesyjnej apteki w Piotrkowie Kujawskim – babcia „wysyłała” ją tam po krople na wątrobę. Sędziwy aptekarz, niczym szaman, sporządzał je na oczach dziewczynki. Za każdym razem była pod dużym wrażeniem. Ostateczna decyzja o studiowaniu farmacji zapadła po spotkaniu z prof. Dionizym Skwarskim w II Liceum

Ogólnokształcącym im. Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy. „Pan profesor przyjechał do naszej szkoły na tzw. drzwi otwarte. Naświetlił nam tematy dotyczące farmacji. Przekonał aż cztery dziewczyny, w tym mnie – zdecydowałyśmy, że będziemy zdawać na farmację na Akademii Medycznej w Poznaniu” – mówi Elżbieta Taterczyńska.

Studia były bardzo ciekawe, poszerzały horyzonty, rozwijały wiedzę i umiejętności. „Farmacja to nie tylko chemia, nauka o żywności, fizjologia, anatomia itd. Z perspektywy czasu i pracy w aptece wydaje mi się, że brakowało spojrzenia ekonomicznego czy marketingowego na zawód. Później, gdy już pracowałam, trzeba było się doszkalać w tym zakresie, zdawać kolejne egzaminy” – dodaje.

Znana wielkopolska marka

Życie zawodowe rozpoczęła w aptece „Przy Parku Wilsona” w Poznaniu. Zdobywała tu pierwsze szlify w zakresie receptury aptecznej. Pełniła też funkcję męża zaufania w radzie pracowniczej. „Miałam poczucie niesprawiedliwie niskich wynagrodzeń dla farmaceutów” – wyznaje.



Piotr Skórnicki/Agencja Wyborcza.pl

MGR FARM. ELŻBIETA TATERCZYŃSKA W APTECE „GALENICA” W POZNANIU



Mirosław Baryga

MGR FARM. ELŻBIETA TATERCZYŃSKA

Umiejętności zarządzania zespołem oraz logistycznego programowania dostaw zdobywała w poznańskiej aptece „Przy Grobli”, w której była zastępcą kierownika. W 1986 r. została kierownikiem apteki przy ul. Strzeleckiej – historia tej placówki sięgała roku 1904. Elżbieta Taterczyńska postawiła na rozbudowę działu receptury i logistycznego usprawnienia pracy zespołu, między innymi skomputeryzowała aptekę. „Uczestniczyłam też – wraz z innymi społecznikami – w pracach nad ustawą o zawodzie. Spotykaliśmy się w Aptece «Pod Żółtym Lwem». Jako prywatni aptekarze byliśmy kapitalistami bez kapitału, a mimo to dzięki organicznej pracy, zaangażowaniu rodzin po 14 godzin na dobę, wprowadzaliśmy na rynek nowinki lekowe, a przede wszystkim opiekę nad pacjentem” – wspomina.

W latach dziewięćdziesiątych, kiedy rozpoczęła się prywatyzacja aptek, dzięki pomocy rodziny Elżbieta Taterczyńska wykupiła aptekę w centrum Poznania, której nadała nazwę „Galenica”. Prowadziła ją przez 30 lat, realizując ideę „wszystko dla pacjenta”. „Galenica” zyskała miano najlepiej zaopatrzonej apteki w mieście. W 2002 r. otrzymała specjalne wyróżnienie

– prawo do posługiwania się zastrzeżonym znakiem konsumenckim „DOBRE BO POLSKIE”.

Dzięki innowacyjnym pomysłom marketingowym i dostępność (24h) prowadzona przez Elżbietę Taterczyńską apteka „Galenica” stała się znaną w Wielkopolsce marką.

Misja opieki nad pacjentem

„Zawód farmaceuty to nie tylko zawód. To także misja opieki nad pacjentem” – zaznacza mgr farm. Elżbieta Taterczyńska. Podkreśla wpływ profesorów Akademii Medycznej w Poznaniu na postawy przyszłych aptekarzy, na ich świat wartości etycznych i moralnych. „Wielu farmaceutów zaraziło się od nich uczciwością. Szczególnie ciepło i z wielką estymą wspominam wpływ na nas profesora Jerzego Masia-kowskiego” – dodaje.

Przez całe swoje zawodowe życie walczyła o godność zawodu i włączenie farmaceutów do grona pracowników służby zdrowia. „Nie chcieliśmy być częścią handlu! Ważne było dla nas również, by zawód farmaceuty został uznany za zawód zaufania publicznego” – mówi Elżbieta Taterczyńska.

Nadzieją na poprawę statusu zawodowego stał się ruch „Solidarność”, w którego działalność zaangażowała się w „Cefarmie” jako sekretarz komitetu zakładowego, któremu przewodniczyła mgr farm. Irena Matuszewska (wiceprezesem była mgr farm. Eleonora Staszewska).

Sposób na sukces

Założyła rodzinną hurtownię, którą w 1996 r. przekształciła w Wielkopolską Hurtownię Aptekarską „Galenica Pharma”. Przyciągnęła do spółki 108 udziałowców, właścicieli aptek w Poznaniu i okolicy. „Naszą misją była obrona polskich aptek prowadzonych przez farmaceutów” – podkreśla Elżbieta Taterczyńska. W 2003 r. w uznaniu zasług za zorganizowanie hurtowni, a także za podejmowanie inicjatyw służących integracji środowiska aptekarskiego została uhonorowana prestiżowym tytułem i medalem „Lidera Farmacji i Medycyny”.

W wyniku dynamicznego rozwoju hurtowni i połączenia ze szczecińską spółką „Panax” powstała Hurtownia Aptekarzy „Galenica Panax” z niemal 400 nowymi udziałowcami. W 2004 r. otrzymała statuetkę „Hipolita” za „profesjonalną usługę zaopatrzenia w artykuły farmaceutyczne na poziomie europejskim”. „Galenica Panax” prowadziła też działalność edukacyjną – organizowane były konferencje i szkolenia z zakresu nowych postaci leku i ich przechowywania, sprzedaży produktów leczniczych oraz opieki farmaceutycznej. W 2005 r.

„Galenica” otrzymała tytuł „Gazeta Biznesu”, wyróżnienie przyznawane najdynamiczniej rozwijającym się małym i średnim przedsiębiorcom.

W samorządzie aptekarskim

Kiedy powstały izby aptekarskie, uczestniczyła w ich pracach. Najpierw działała w okręgowej radzie aptekarskiej, później w Okręgowym Sądzie Aptekarskim Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu; pełniła też funkcję przewodniczącej sądu. „Kodeks etyki aptekarza to było nasze osiągnięcie. Według określonych w nim reguł prowadziliśmy nasze

apteki” – podkreśla. Była orędowniczką między innymi takich postulatów, jak: wprowadzenie do porządku prawnego zasady „apteka dla aptekarza” czy uwzględnianie kryteriów geograficzno-demograficznych przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki.

Za wieloletnią pracę zawodową oraz działalność w samorządzie aptekarskim mgr farm. Elżbieta Taterczyńska otrzymała w 2010 r. Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego, przyznany przez Naczelną Radę Aptekarską. W ubiegłym roku odebrała Statuetkę im. Profesora Franciszka Adamanisa. „To ukoronowanie mojej pracy społecznej – od bycia mężem zaufania w pierwszej pracy aptecznej po działalność w «Solidarności», która była ważnym okresem w moim życiu” – mówi.

Satysfakcja z życia

Od wielu lat wspiera artystów i poetów, uczestniczy w akcjach charytatywnych na rzecz domów dziecka i domów opieki społecznej. Podkreśla, że aktywność społeczną zapisaną ma w DNA. „Mój dziadek Kazimierz Zieliński, więzień obozu Mauthausen-Gusen, był społecznikiem i patriotą. Walczył w Związku Ziem Zachodnich w Inowrocławiu i organizował kółka rolnicze na Kujawach, skąd pochodzę” – mówi. Dziadek walczył o polskość Ziem Zachodnich, wnuczka – o polskość aptek.

Pracę zawodową i społeczną godziła zawsze z troską o rodzinę, dom i ogród. Podróżowała po świecie. „Jako człowiek czuję się spełniona, jako farmaceuta – czuję się wielką przegraną. To, co budowałam, straciłam. W roku 2017, po 30 latach prowadzenia przeze mnie apteki «Galenica», właściciel budynku wypowiedział mi lokal, który w ciągu trzech miesięcy musiałam opuścić, co wiązało się z likwidacją firmy” – mówi mgr farm. Elżbieta Taterczyńska. I dodaje: „Jednocześnie mam poczucie wielkiego mojego wkładu w zawód i aptekarstwo. Na wszystko, co mnie spotkało, patrzę po prostu w kontekście doświadczeń – tak miało być. I niczego nie żałuję – tego wszystkiego, co robiłam i dla kogo robiłam. Mam satysfakcję z mojego życia – farmaceutycznego i społecznego. Jestem również dumna z tego, że wychowałam kilka pokoleń aptekarzy. Myślę, że będą dbali o to, by te ideały, które mi przyświecały w życiu zawodowym, były kulturowane”. 🌱



AN

ANNA

KOPRAS-FIJOŁEK

Dziennikarka zajmująca się tematyką społeczną i zdrowotną, nagrodzona tytułem „Dziennikarza Medycznego Roku”

Statuetka

Statuetka im. prof. Franciszka Adamanisa, którą zaprojektował artysta plastyk Marek Wilczyński, ustanowiona została uchwałą nr 14/2008 Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej z 8 lipca 2008 r. Jest to wyróżnienie, które przyznaje się farmaceutom zasłużonym dla samorządu aptekarskiego, ze szczególnym uwzględnieniem Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, w różnych obszarach działalności.

Nagrodę przyznaje Kapituła Statuetki im. prof. Franciszka Adamanisa, a potwierdza uchwałą Wielkopolska Okręgowa Rada Aptekarska. W skład kapituły wchodzi: urzędujący prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, który jednocześnie pełni funkcję jej przewodniczącego, a także osoby już wyróżnione Statuetką w poprzednich latach. Z wnioskiem o przyznanie wyróżnienia może wystąpić osoba fizyczna, prawna, organizacja społeczna lub samorządowa, składając do kapituły wniosek zawierający uzasadnienie wraz z opisem działań lub dokonań zasługujących na przyznanie nagrody.

Statuetka im. prof. Franciszka Adamanisa wręczana była podczas dorocznych obchodów Święta Aptekarzy w Poznaniu. W ubiegłym roku wyróżnieni, mgr farm. Mariusz Michalak i mgr farm. Elżbieta Taterczyńska, odebrali Statuetkę podczas Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Delegatów Wlkp. OIA IX kadencji 25 listopada 2023 r.

W ostatnich latach kapituła przyznała Statuetkę im. prof. Franciszka Adamanisa między innymi prof. dr hab. Mariannie Zajac z Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, wychowawcy wielu pokoleń farmaceutów, kultywującej pamięć o prof. Fran-

Eugeniusz Jarosik



KAPITUŁA STATUETKI IM. PROF. FRANCISZKA ADAMANISA: STANISŁAW PIC, ALINA NOWACKA-WALISZKA, DANUTA KURASZ, DANUTA IGNYS, ALINA GÓRCKA, MARIA MROCKIEWICZ-WALCZYK, JAN MAJEWSKI, MARIANNA ZAJĄC, DIONIZY SKWARSKI



Mirostaw Baryga

Stanisławowi Picowi, kustoszowi Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w latach 1999-2017 oraz prof. dr hab. Dionizemu Skwarskiemu wieloletniemu kierownikowi Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Leczniczych Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu

EUGENIUSZ JAROSIK

ZAWSZE DLA DOBRA PACJENTA

Całe swoje zawodowe życie poświęcił farmacji szpitalnej. Uczył przyszłych techników farmaceutycznych i studentów wydziału farmaceutycznego. W ubiegłym roku mgr farm. **Mariusz Michalak** uhonorowany został Statuetką im. prof. Franciszka Adamanisa, którą otrzymał za udział w tworzeniu samorządu aptekarskiego i wieloletnią działalność w organach Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Pochodzi z Wroniek, gdzie ukończył szkołę podstawową. „Rodzice dbali o to, by ich dzieci interesowały się zarówno historią Polski, jak i własnej rodziny. Dzięki temu już podczas nauki w szkole podstawowej znałem prawdę o zbrodni katyńskiej i grobach na cmentarzu we Wronkach” – wspomina Mariusz Michalak.

W Liceum Ogólnokształcącym nr 54 w Szamotułach rozwijał swoje zainteresowania historią. Wtedy też zrodziło się zainteresowanie przedmiotami chemiczno-biologicznymi. W 1974 r. zdał egzaminy wstępne na Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej w Poznaniu. „Moje zainteresowania historią pozostały, dlatego wiedziałem, że zajęcia z wychowania fizycznego na basenie odbywają się

w byłej synagodze przy ulicy Wronieckiej, a ulica Armii Czerwonej to Święty Marcin” – podkreśla.

Sztuka wykonywania leku

Na studiach szczególnie interesowała go farmacja stosowana. „Wykonywanie leków to była w moich oczach sztuka, do tego powiązana jeszcze z historią. Zetknięcie z tą sztuką było dla mnie niezwykle intrygujące” – mówi. Szczególnie lubił przygotowywanie doustnych mieszanek. Zafascynowany obserwował, jak podstawowy składnik – woda lub spirytus, czyli nośniki – zmienia swoją funkcjonalność pod wpływem dodatkowych składników. Trudno zliczyć, ile leków recepturowych, płynów infuzyjnych, leków jałowych wykonał sam i we współpracy z personelem

apteki. „Moja wiedza dotycząca wykonywania leków recepturowych pogłębiła się, kiedy dodatkowo pracowałem w studium medycznym. Swoją wiedzę dzieliłem się z przyszłymi technikami farmaceutycznymi, z tego względu sam też starałem się ją cały czas rozszerzać” – mówi.

W aptece szpitalnej

Po studiach postanowił poszukać pracy w Poznaniu. Dowiedział się, że jest możliwość zatrudnienia w aptece szpitalnej – takie oferty cieszyły się wówczas dużym zainteresowaniem i uznawane były za bardzo prestiżowe. W listopadzie 1979 r. rozpoczął pracę w aptece szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Poznaniu. Jej kierownik dr n. farm. Kazimierz Pawełczyk zadbał o to, by dobrze poznał specyfikę farmacji szpitalnej. „Zajmowałem się zarówno organizacją wydań na oddziały, jak i zamawianiem leków w hurtowni – tylko jednej i tylko raz w miesiącu. Prowadziłem też czynności fachowe przy wykonywaniu leków recepturowych, w tym jałowych – płynów infuzyjnych oraz kropli do oczu” – mówi. Z apteką szpitalną WSZ związany był zawodowo przez 40 lat, pracując najpierw na stanowisku asystenta, a później zastępcy kierownika i kierownika (w latach 2001-2019).

Aptekarz i nauczyciel

W 1984 r. podjął dodatkową pracę w aptece ogólnodostępnej w Koziegłowach. W tym samym roku zdał egzamin specjalizacyjny z zakresu farmacji aptecznej. W 1987 r. został nauczycielem przedmiotów zawodowych (prawa farmaceutycznego, etyki oraz techniki przyrządzania leków) w Zespole Szkół Medycznych w Poznaniu, gdzie pracował do 2018 r. Jednocześnie zajmował się prowadzeniem praktyk w aptece dla studentów czwartego roku studiów farmaceutycznych. W 2008 r. uzyskał specjalizację z zakresu farmacji szpitalnej.

W latach dziewięćdziesiątych wprowadzano do aptek szpitalnych programy informatyczne. Mgr Mariusz Michalak został oddelegowany przez dyrekcję szpitala do konsultacji i akceptacji programu w aptece szpitalnej.

W latach 2019-2023 pracował w aptece w szpitalu w Puszczykowie na stanowisku starszego asystenta. Jednocześnie od 2020 r. do 2023 r. pełnił obowiązki kierownika hurtowni weterynaryjnej w Centrum



MGR FARM. MARIUSZ MICHALAK

Mirostaw Baryga

Zaopatrzenia Medycznego Weterynaryjnego „CENTROWET-CEZAL” w Poznaniu.

Działalność społeczna

Mgr Mariusz Michalak chętnie działał społecznie. W 1980 r. uczestniczył w organizowaniu struktur NSZZ „Solidarność” w szpitalu. Był członkiem sekcji aptek szpitalnych Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, a w latach dziewięćdziesiątych wstąpił do Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski.

W 1999 r. z inicjatywy mgr Ireny Matuszewskiej, która w latach 1991-1999 była prezesem Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, zaangażował się w działalność w strukturach Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu. W kolejnych kadencjach był członkiem Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Prezydium Wlkp. ORA oraz Okręgowego Sądu



DR N. MED. ALINA GÓRĘCKA WREĆZA STATUETKĘ IM. PROF. FRANCISZKA ADAMANISA MGR. FARM. MARIUSZOWI MICHALAKOWI I MGR FARM. ELŻBIECIE TATERCZYŃSKIEJ (25 LISTOPADA 2023 ROKU)

Mirosław Baryga

Aptekarskiego Wlkp. OIA. Pełnił też obowiązki Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Jako delegat Wlkp. OIA brał udział w krajowych zjazdach aptekarskich.

Farmacja wczoraj i dziś

Dzisiaj jest łatwiej czy trudniej być farmaceutą? „Komputery na pewno ułatwiły wiele spraw – zamianę leków, kwestię rozliczeń itd. Ale jeżeli system komputerowy zawiedzie, to choć w aptece jest lek, nie można go wydać pacjentowi. Nie mogę tego zaakceptować. To jest niezgodne z zasadą «Salus aegroti suprema lex»” – mówi. Z sentymentem wspomina stare apteki. Z dzieciństwa został mu między innymi obrazek apteki we Wronkach, w której przez szybę było widać słoiki, receptura nie była wydzielona. „Dawało mi to wizję sztuki wykonywania i wydawania leku. To się zmieniło po przeniesieniu receptury do specjalnie wyodrębnionej izby recepturowej” – mówi.

Pozyskiwanie składników leków recepturowych wiązało się wielokrotnie z różnymi trudnościami, zwłaszcza we wcześniejszym okresie jego pracy zawodowej. Bywało, że brakowało głównych składników podstawy maściowej – euceryny czy wazeliny. Wówczas jako podstawa wykorzystywane były maści przysyłane do Polski w latach osiemdziesiątych w ramach pomocy humanitarnej. „Zawartość tubek wyciskało się do puszek. Jak robiliśmy syropy,

cukier nie był kupowany w hurtowni farmaceutycznej jako surowiec, tylko w sklepie przez pracujących w szpitalnej kuchni. I tam ten cukier odbieraliśmy... O jakości preparatu się nie mówiło, chodziło o zachowanie ciągliwości. Nie było też opakowań – jak pacjent potrzebował w aptecce otwartej maść, zaznaczało się, że musi przynieść swój słoiczek. Najczęściej był to słoiczek po musztardzie”.

Nie wszystkie nowości w farmacji ocenia pozytywnie. „Uważam, że leki dla dzieci nie powinny mieć przyjemnego, owocowego smaku. Nie mamy gwarancji, że dziecko nie weźmie samodzielnie drugiej łyżeczki na przykład syropu, «bo to było smaczne». Gorzki smak leku powinien kojarzyć się z tymczasowością jego stosowania – tylko w stanach chorobowych, a nie dla przyjem-

ności” – podkreśla.

Kiedyś w „Przekroju” znalazł sentencję dotyczącą lekarzy: „Tylko Pan Bóg jest tak miłosierny, że mimo obecności lekarzy pozwala pacjentowi się wyleczyć”. „Ja tę myśl odniosłem do farmacji: „Tylko Pan Bóg jest tak miłosierny, że mimo stosowania leków pozwala się pacjentowi wyleczyć”. Jest tyle reklam różnych leków, że już nie wiadomo, co jeszcze można zastosować, żeby być zdrowszym” – mówi.

Warto studiować farmację

Jako nauczyciel zawodu techników farmaceutycznych i studentów farmacji zawsze chętnie dzielił się swoimi umiejętnościami i doświadczeniem, jednocześnie nieustannie wzbogacając swoją wiedzę zarówno z zakresu farmacji, jak i podstaw prawnych wykonywania zawodu. Wielkopolskie środowisko aptekarskie doceniło nie tylko jego osiągnięcia w pracy zawodowej i życzliwość wobec podległych mu pracowników, ale także wieloletnie zaangażowanie w działalność na rzecz społeczności farmaceutycznej. W ubiegłym roku uhonorowany został Statuetką im. prof. Franciszka Adamanisa za działalność w samorządzie aptekarskim.

Czy zachęcałby młodych ludzi do studiowania farmacji? „Dla mnie farmacja to przede wszystkim sztuka funkcjonowania dla dobra pacjenta. Zapotrzebowanie społeczeństwa na usługi farmaceutyczne jest i będzie” – podkreśla mgr Mariusz Michalak. 🌿

Lekcja w muzeum

Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu od kilku lat jest miejscem zajęć edukacyjnych dla dzieci i młodzieży. W lutym 2024 r. poza zwiedzaniem wnętrza muzealnych obrazujących wystroj i wyposażenie apteki z przełomu XIX i XX wieku młodzi ludzie mieli okazję zmierzyć się z farmaceutycznym rzemiosłem. 1 lutego dzieci z Prywatnej Szkoły Podstawowej Mieszko w Poznaniu proskowały kostkowany Saccharum album, natomiast 29 lutego klasa o profilu biologiczno-chemicznym z VIII Liceum Ogólnokształcącego w Poznaniu uczyła się ważenia na wagach szalkowych, a następnie, korzystając z Farmakopei Polskiej, przygotowywała preparat Spiritus Ammonii Anisatus.

W styczniu i marcu muzeum gościło także grupy senioralne, które z zainteresowaniem słuchały opowieści kustosa Muzeum Farmacji dr. n. farm. Stefana Piechockiego na temat działalności aptek i dzisiejszej roli farmaceuty w opiece zdrowotnej.

Poznańskie Muzeum Farmacji regularnie uczestniczy w akcji NOC MUZEÓW, przyciągając rzesze zwiedzających. 20 maja 2023 r. w ciągu sześciu sobotnich godzin (17.00-23.00) placówkę muzealną Wlkp. OIA przy Alejach Karola Marcinkowskiego 11 odwiedziło około 1100 osób. Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska zaprasza do udziału w spotkaniach, które odbędą się w Muzeum Farmacji im. prof. Witolda W. Głowackiego w Poznaniu podczas tegorocznej akcji NOC MUZEÓW w sobotę 18 maja.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI



afw



Eugeniusz Jarosik

dr hab. AGNIESZKA KARBOWNIK
prof. dr hab. EDYTA SZĄŁEK

LAURY DLA STUDENTÓW

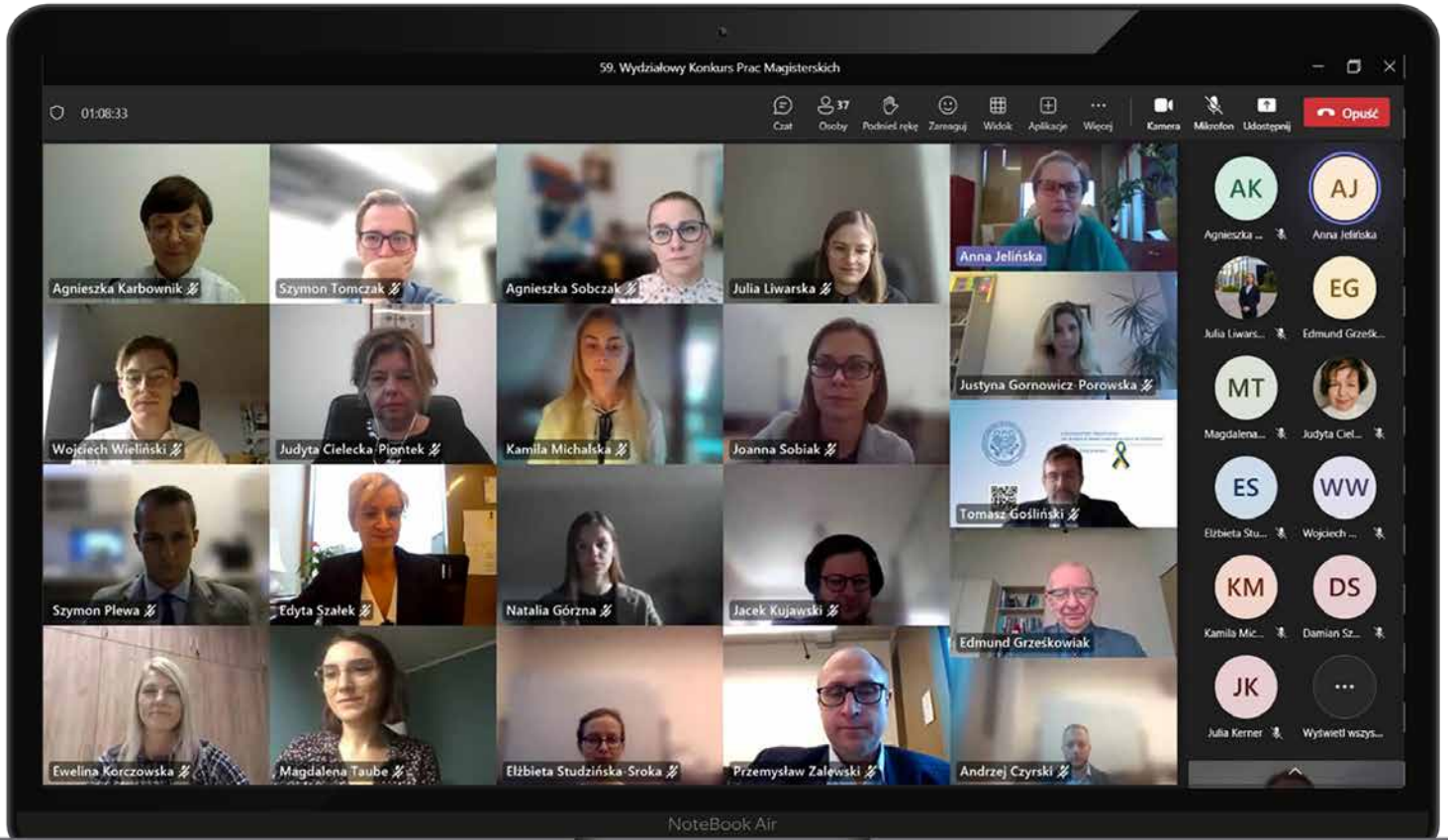
59. Konkurs Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Ubiegłoroczna edycja Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (UMP) odbyła się 13 października 2023 r. Wydarzenie zostało objęte patronatem honorowym przez rektora prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Tykarskiego, dziekana Wydziału Farmaceutycznego (WF) prof. dr. hab. n. farm. Annę Jelińską oraz kanclerza Kolegium Nauk Farmaceutycznych prof. dr. hab. n. farm. Judytę Cielecką-Piontek.

Do wygłoszenia wykładu inauguracyjnego „Rola farmaceuty w badaniach klinicznych” została zaproszona dr n. farm. Ewelina Korczowska z Uniwersyteckiego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Pani doktor zwróciła szczególną uwagę na rolę farmaceutów szpitalnych i/lub klinicznych, którzy są odpowiedzialni za koordynację procesów związanych z obrotem badanego leku w ośrodku, a także czuwają nad poprawnością procesu od dostawy, przechowywania, przygotowywania, wydawania, rozliczania aż do użycia leku, zgodnie z aktualnie zatwierdzonym protokołem

badania oraz obowiązującymi przepisami i ustalonymi procedurami. Ponadto odpowiadają oni za zapewnienie odpowiedniej jakości badanego produktu poprzez przygotowywanie badanego leku w indywidualnej dawce dla pacjenta, zgodnie z zasadami GCP i GMP, protokołem badania oraz wewnętrznymi procedurami szpitala. Do innych zadań farmaceutów należą między innymi doradztwo i edukacja pacjentów będących w badaniu klinicznym, podnoszenie compliance, monitorowanie, czy każdy uczestnik badania postępuje zgodnie z instrukcjami dotyczącymi prawidłowego stosowania leku, rejestrowanie i zgłaszanie działań niepożądanych, a niekiedy nawet monitorowanie poziomu terapeutycznego leku. Warty odnotowania faktem jest udział farmaceuty w zewnętrznych audytach i inspekcjach, mających na celu wcześniejsze rozpoznanie możliwości badawczych danego ośrodka pod kątem przyszłej współpracy lub ocenę jakości trwających już w danym ośrodku badań klinicznych.

Ubiegłoroczna edycja konkursu odbyła się w formie zdalnej na platformie MS Teams (*vide*



W GÓRNYM RZĘDZIE (OD LEWEJ): DR HAB. AGNIESZKA KARBOWNIK (PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO KONKURSU), DR SZYMON TOMCZAK (CZŁONEK KOMITETU ORGANIZACYJNEGO), DR AGNIESZKA SOBCZAK (CZŁONEK JURY), JULIA LIWARSKA (FINALISTKA), PROF. DR HAB. ANNA JELIŃSKA (DZIEKAN WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO); DRUGI RZĄD (OD LEWEJ): WOJCIECH WIELIŃSKI (PROWADZĄCY KONKURS), PROF. DR HAB. JUDYTA CIELECKA-PIONTEK (KANCLERZ KOLEGIUM NAUK FARMACEUTYCZNYCH), KAMILA MICHALSKA (PROWADZĄCA KONKURS), DR HAB. JOANNA SOBIAK (CZŁONEK KOMITETU ORGANIZACYJNEGO), DR HAB. JUSTYNA GORNOWICZ-POROWSKA, PROF. UM (PRODZIEKAN WF), PROF. DR HAB. TOMASZ GOŚLIŃSKI (ZASTĘPCA DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ); TRZECI RZĄD (OD LEWEJ): DR SZYMON PLEWA (CZŁONEK KOMITETU ORGANIZACYJNEGO), PROF. DR HAB. EDYTA SZALEK (CZŁONEK KOMITETU ORGANIZACYJNEGO), NATALIA GÓRZNA (FINALISTKA), DR HAB. JACEK KUJAWSKI (CZŁONEK JURY), PROF. DR HAB. EDMUND GRZEŚKOWIAK (PROREKTOR DS. STUDENCKICH); W DOLNYM RZĘDZIE (OD LEWEJ): DR EWELINA KORCZOWSKA (ZAPROSZONY WYKŁADOWCA), DR MAGDALENA TAUBE (CZŁONEK JURY), DR HAB. ELŻBIETA STUDZIŃSKA-SROKA (CZŁONEK KOMITETU ORGANIZACYJNEGO), PROF. DR HAB. PRZEMYSŁAW ZALEWSKI (PRZEWODNICZĄCY JURY) I DR HAB. ANDRZEJ CZYRSKI (CZŁONEK KOMITETU ORGANIZACYJNEGO)

zdjęcie). Konkurs uświetnili swoją obecnością prorektor ds. studenckich prof. dr hab. Edmund Grześkowiak, prof. dr hab. Anna Jelińska, prof. dr hab. Judyta Cielecka-Piontek, zastępca dyrektora Szkoły Doktorskiej prof. dr hab. Tomasz Gośliński, prodziekan ds. studenckich kierunków kosmetologia, inżynieria farmaceutyczna, analityka kryminalistyczna i sądowa dr hab. Justyna Gornowicz-Porowska, prof. UM oraz prof. dr hab. Michał Umbreit, inicjator konkursów prac magisterskich. Nad prawidłowym przebiegiem wydarzenia czuwał dr Szymon Plewa. Konkurs to jednak ogromne wyzwanie organizacyjne, do którego przygotowania trwają wiele miesięcy. Tym razem w skład Komitetu Organizacyjnego wchodził: dr hab. Agnieszka Karbownik

(przewodnicząca), prof. dr hab. Edyta Szalek, dr hab. Andrzej Czyrski, dr hab. Joanna Sobiak, dr Joanna Nawrot, dr Szymon Plewa, dr Elżbieta Studzińska-Sroka i dr Szymon Tomczak.

Zainteresowanie studentów poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego Konkursem Prac Magisterskich w 2023 r. było niezwykle duże, bowiem zgłoszonych zostało 29 prac: 19 z kierunku farmacja, 8 z kierunku analityka medyczna oraz dwie prace z kierunku inżynieria farmaceutyczna. Poziom naukowy ocenianych prac magisterskich był naprawdę imponujący. W proces recenzji prac w pierwszym etapie konkursu zaangażowanych było 34 recenzentów. Do drugiego etapu konkursu zakwalifikowało się 11 prac, które osiągnęły najwyższą ocenę,

sumę punktów nadanych przez dwóch recenzentów. Finalistami konkursu byli absolwenci (w porządku alfabetycznym): Małgorzata Dąbrowska (kierunek analityka medyczna), Sandra Gielsok (kierunek analityka medyczna), Natalia Górzna (kierunek farmacja), Beata Janiszewska (kierunek farmacja), Olga Kupczyk (kierunek farmacja), Julia Liwarska (kierunek farmacja), Marta Marcinkowska (kierunek farmacja), Marcelina Matusiak (kierunek analityka medyczna), Damian Szklanny (kierunek farmacja), Aleksandra Śniegulska (kierunek analityka medyczna) oraz Oliwia Woroniecka (kierunek analityka medyczna). Wszystkim finalistom życzyliśmy satysfakcjonujących sukcesów, choć już to, że dotarli do tego etapu, potwierdzało ich nieprzeciętną wiedzę.

Laureaci oraz wszyscy finaliści konkursu otrzymali nagrody. Dzięki wsparciu prorektora ds. studenckich prof. dr. hab. Edmunda Grzeško-wiaka, dziekana Wydziału Farmaceutycznego prof. dr. hab. Anny Jelińskiej i sponsorów (Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska oraz firma Biofarm) każdy finalista otrzymał nagrodę pieniężną. Nagrodą rzeczową była roczna prenumerata czasopisma „Farmacja Współczesna” z Wydawnictwa Akademia Medycyny.

Gratulujemy serdecznie laureatom oraz wszystkim finalistom tegorocznego konkursu, ale także kierownikom i opiekunom ocenianych prac magisterskich, którzy włożyli ogromny wysiłek w realizację przedstawionych badań. 🌱



dr hab.
**AGNIESZKA
KARBOWNIK**
Przewodnicząca Komitetu
Organizacyjnego 59. Konkurs Prac
Magisterskich



prof. dr hab.
EDYTA SZALEK
Katedra i Zakład Farmacji
Klinicznej i Biofarmacji Wydziału
Farmaceutycznego Uniwersytetu
Medycznego im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu

LAUREATKI 59. Konkursu Prac Magisterskich Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:



I MIEJSCE: Natalia Górzna z kierunku farmacja, prezentująca pracę „Synteza oraz ocena właściwości nowych koniugatów pochodnych BODIPY i leków przeciwgrzybiczych o potencjalnym zastosowaniu w terapii fotodynamicznej” (Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej).



II MIEJSCE: Beata Janiszewska z kierunku farmacja, prezentująca pracę „Ocena farmakoterapii pacjentów z rozpoznaniem onkologicznym na podstawie retrospektywnej analizy historii choroby” (Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej i Biofarmacji).



III MIEJSCE: Olga Kupczyk z kierunku farmacja, prezentująca pracę „Analiza chemometryczna czynników wpływających na ekstrakcję w punkcie zmętnienia dla ciprofloksacyny” (Katedra i Zakład Farmacji Fizycznej i Farmakokinetyki).

Ślubuję uroczyście...



ŚLUBOWANIE ODBIERA PREZES WIELKOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ MATEUSZ SZAMAŁEK

Muzeum Farmacji w Poznaniu powstało z miłości do profesji aptekarskiej, z potrzeby ochrony dziedzictwa tak niezwyklej kultury materialnej tego zawodu. Ci, którzy doświadczyli niszczyielskiej siły II wojny światowej, z pieczołowitością zbierali i chronili wspaniałe artefakty, będące niegdyś wyposażeniem dawnych aptek. Dzisiaj są one świadectwem historii zawodu, częścią dziejów Wielkopolski w Muzeum Farmacji, które powstało dzięki pasji i determinacji, aby to, co najpiękniejsze, ocalić od zniszczenia i zapomnienia.

Obejmując funkcję prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w 2015 roku, miałam honor przyjmować przyrzeczenie od kolejnych roczników absolwentów Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i wręczyć im przyznane przez Wlkp. ORA prawo wykonywania zawodu. Chciałam, aby ten moment pozostał w pamięci każdego młodego farmaceuty rozpoczynającego swoją drogę zawodową. Stad pomysł,



ŚLUBOWANIE W MUZEUM FARMACJI W POZNANIU (2024)

aby uroczystość ślubowania przed prezesem Wlkp. ORA odbywała się w wyjątkowym wnętrzu poznańskiego Muzeum Farmacji. Moment ślubowania i otrzymania dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu jest wart refleksji nad przebytą drogą. Jednocześnie to okazja do spojrzenia na piękną i bogatą kulturę materialną ludzi, którzy przez wieki poświęcili się aptekarstwu w Wielkopolsce. Od tego momentu każdy młody farmaceuta w Wielkopolsce rozpoczyna pisać nowe karty jego historii.

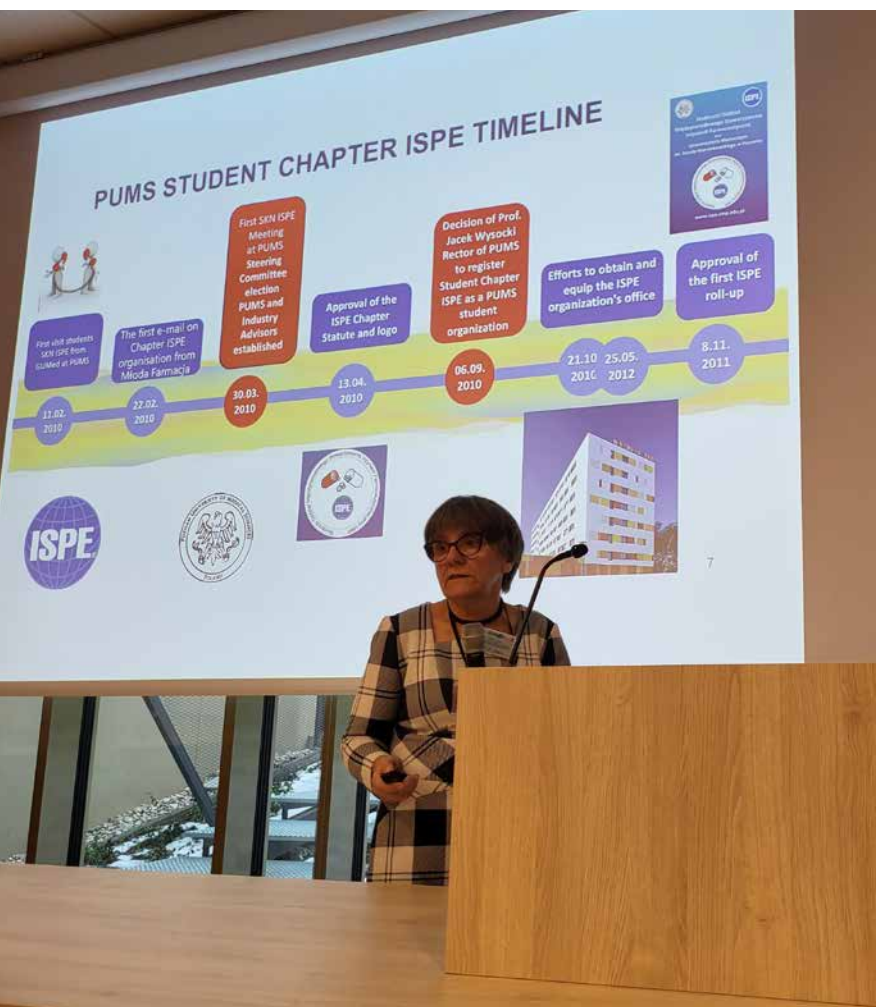
Ważne chwile w życiu wymagają odpowiedniej oprawy i celebracji. Usiąźmy zatem na chwilę we wnętrzach Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu przed ruszeniem w przyszłość zawodową. Niech to będzie nasza aptekarska, wielkopolska tradycja.

dr n. med. ALINA GÓRECKA

ANTONI BIAŁEK

W STRONĘ, PRZEMYSŁU

JAK STUDENCI FARMACJI ROZWIJAJĄ, SWOJĄ WIEDZĘ O TECHNOLOGII



Studia farmaceutyczne wymagają zdobycia obszernej wiedzy specjalistycznej z wielu dziedzin naukowych. Dzięki temu przed farmaceutami stoją otworem różnorodne ścieżki rozwoju zawodowego, począwszy od wykonywania zawodu przy pierwszym stole po pracę w szpitalu czy hurtowni farmaceutycznej. Absolwenci kierunku farmacja mogą także zatrudnić się na uniwersytecie lub zdecydować się na karierę w firmie farmaceutycznej.

Właśnie z myślą o takich osobach poznański Studencki Oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Inżynierii Farmaceutycznej (ISPE) zorganizował konferencję, która odbyła się w Poznaniu 7-8 grudnia 2023 r. na terenie Collegium Pharmaceuticum II w świeżo oddanej do użytku sali wykładowej oraz w Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej (CITF). Jednostką wspierającą była Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku Wydziału Farmaceutycznego. Zaplanowaliśmy wydarzenie odpowiadające na potrzeby wszystkich studentów, którzy są zainteresowani technologią farmaceutyczną. Konferencja miała umożliwić zdobycie nowej wiedzy, zarówno teoretycznej, jak i praktycznej, z zakresu technologii farmaceutycznej oraz wymianę doświadczeń. Tak właśnie narodził się pomysł „1st International Student Conference on Industrial Pharmacy”. Była to pierwsza konferencja studencka

poruszająca tematykę technologii farmaceutycznej o zasięgu międzynarodowym, kontynuująca tradycję wcześniejszych trzech edycji Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej „Farmacja w Przemśle”. Organizatorem tych wydarzeń był Studencki Oddział ISPE, działający przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP).

Oferta konferencji pozwoliła studentom oraz doktorantom na poszerzenie wiedzy obejmującej zastosowania nowych technologii w przemyśle oraz w badaniach prowadzonych w ośrodkach akademickich. Podczas konferencji uczestnicy mogli wysłuchać interesujących wykładów, które przygotowali zaproszeni goście: prof. Janina Lulek (UMP), prof. Dimitrios Lamprou (Queen's University Belfast), dr Paweł Stasiak (Zentiva Group a.s., Praga), dr Gábor Vasvári (University of Debrecen), dr hab. Tomasz Osmalek (UMP), prof. Małgorzata Sznitowska (GUMed), prof. Sebastian Polak (UJ) i dr Valentyn Mohylyuk (Riga Stradins University). Ponadto młodzi naukowcy zaprezentowali swoje własne prace w ramach sesji posterowej oraz prezentacji ustnych. Wydarzenie cieszyło się dużym zainteresowaniem; zarejestrowano między innymi uczestników z sześciu państw.

Konferencję zainaugurował wykład prof. dr hab. Janiny Lulek, która przedstawiła historię Studenckiego Oddziału ISPE. Kolejne wystąpienie dotyczyło druku 3D i biodruku w farmacji. Uczestnicy wysłuchali też wykładów poruszających tematykę rozwoju leków generycznych, zastosowania filmów polimerowych, a także debaty na temat zastosowania i możliwości modelowania farmakokinetycznego. Była również możliwość zdobycia umiejętności praktycznych z zakresu obsługi analizatora tekstury (dr Anna Froelich), reometru rotacyjnego (dr hab. Tomasz Osmalek) oraz automatycznego zestawu dyfuzyjnych komór Franza (mgr Monika Wojtyłko). Warsztaty odbywały się w CITF. Prelegenci z Łotwy i Węgier opowiedzieli, w jaki sposób ośrodki akademickie mogą współpracować z przemysłem.

Organizatorzy wydarzenia, które przebiegało w atmosferze sprzyjającej pogłębianiu wiedzy i wymianie doświadczeń, dziękują za wsparcie oraz patronat Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej i prezesowi Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr. farm. Mateuszowi Szamałkowi, władzom Uniwersytetu Medycznego



ZAJĘCIA PRAKTYCZNE Z DR. HAB. TOMASZEM OSMAŁKIEM

w Poznaniu, między innymi prorektorowi ds. studenckich prof. dr hab. Edmundowi Grześkowiakowi i prorektorowi ds. nauki i współpracy z zagranicą prof. dr hab. Michałowi Nowickiemu, dziekanowi Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Annie Jelińskiej oraz dyrektorowi CITF Jackowi Wajdzie, którzy zapewнили nowoczesną infrastrukturę i dodatkowe środki potrzebne do realizacji wydarzenia.

Konferencja „1st International Student Conference on Industrial Pharmacy” została objęta patronatem honorowym przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne Oddział Poznań, Studenckie Towarzystwo Naukowe UMP, Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji, rektora UMP prof. dr hab. Andrzeja Tykarskiego oraz dziekana Wydziału Farmaceutycznego UMP prof. dr hab. Annę Jelińską. Wsparcie finansowe zapewнили także przedstawiciele sektora przemysłowego: Biofarm Sp. z o.o., Laboratorium Generica, SHIM-POL A.M. Borzymowski i ABL&E-JASCO POLSKA. „Farmacja Wielkopolska” była jednym z patronów medialnych. 🌱



ANTONI BIAŁEK
Przewodniczący Studenckiego
Oddziału ISPE
przy Uniwersytecie Medycznym
w Poznaniu



MARCIN JÓZEFIAK
Radca prawny

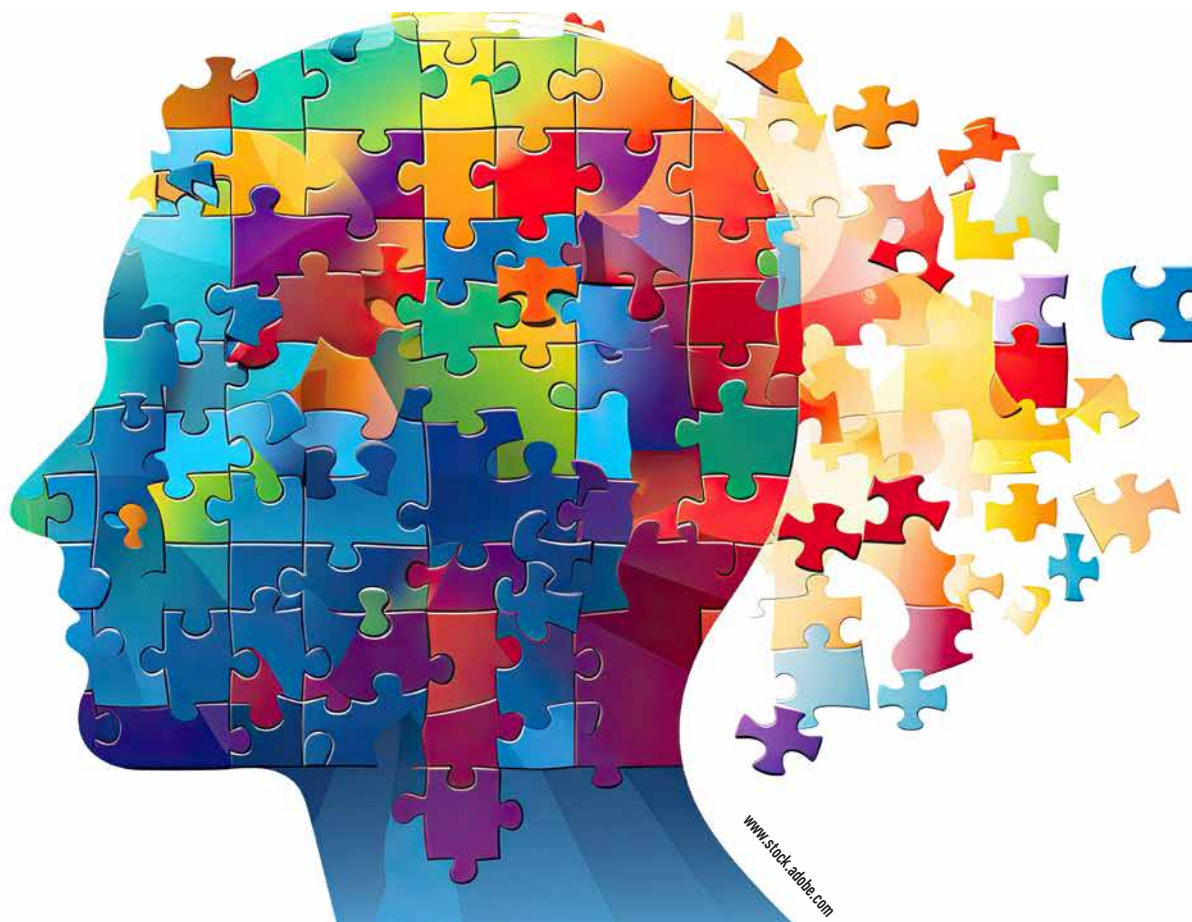
Wiara w cuda

Czas się zastanowić, w jaki sposób dotrzeć z kagankiem oświaty do ludzi, dla których głównym źródłem wiedzy o otaczającym ich świecie jest szklany ekran z treściami wyświetlanymi według algorytmu.

XXI wiek zwiększył nasze uzależnienie od technologii. To dzięki niej mogliśmy przetrwać okres pandemii. Wsparciem stały się nowoczesne technologie komputerowe, sieciowe i telekomunikacyjne, które umożliwiły nam pracę naukę czy nawet korzystanie z usług lekarzy i farmaceutów. Dzięki technice mogliśmy i możemy być obsługiwani przez roboty nie tylko przy dostawach towarów, ale nawet w restauracjach.

Świat współczesnych technologii rodzi jednak różne zagrożenia. Ten świat to także wolność Internetu. Podążając za klasykiem – ile wolności jesteś w stanie oddać za bezpieczeństwo? Twórcy globalnej sieci pragnęli, aby Internet był miejscem swobodnego przepływu myśli i danych. Oznaczało to w ich opinii, że nie powinno być kontroli treści zamieszczanych na stronach internetowych. Po latach możemy jednak zauważyć niepokojący trend – większość ludzi uważa informacje publikowane w Internecie za prawdziwe. Tom Phillips w książce pod tytułem „Prawda. Krótka historia wciskania kitu” z humorem, odwołując się do udokumentowanych przykładów, przedstawia, w jaki sposób kłamstwo, powtarzane w sieci przez wielu i wiele razy, staje się prawdą, aby następnie boleśnie zderzyć się z rzeczywistością.

Nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach możemy zaobserwować, że pacjenci przychodzący do apteki niejednokrotnie dysponują całkiem sporą wiedzą, którą uzyskali w Internecie. Wyobrażam sobie, że w takich sytuacjach farmaceuci wysłuchują ich z kamienną twarzą, aby nie pokazać swojego oczarowania i wdzięczności dla pacjenta, który dzieli się z nimi taką „wiedzą”. Uczciwie przyznam, że jako prawnik podobnie reaguję na takie „rewelacje” klientów. Pojawia się pytanie, w jaki sposób należy powiedzieć pacjentowi, że „wiedza”, którą przekazuje, niekoniecznie jest zgodna z wiedzą zdobytą na studiach farmaceutycznych czy też zweryfikowaną dzięki wiarygodnym zasobom naukowym zgromadzonym w Internecie. Musimy pamiętać przede wszystkim o tym, by nie naruszać godności osobistej pacjenta. Wykluczony jest, rzecz jasna, komentarz, że „małpa w zoo mogłaby przekazać mi równie przydatne informacje i to bez użycia języka migowego”. Opanowując sarkazm, można oczywiście próbować przekonać pacjenta, że studia wyższe na uniwersytecie medycznym/akademii medycznej, specjalizacja i lata doświadczenia zawodowego są lepszym źródłem wiedzy niż na przykład witryna „leczsiesam.com”. Z pewnością lepszy efekt przyniesie jednak wskazanie pacjentowi innego



źródła wiedzy w Internecie – witryny uczelni, czasopism naukowych czy też stron instytucji rządowych i samorządowych. Przyda się wtedy podział ekranu, aby użytkownik Internetu mógł porównać wiedzę na przykład odnośnie tego samego leku wyrażoną przez kogoś podającego się za farmaceutę i prawdziwego farmaceutę.

Jeżeli ktoś nie wierzy, że artykuły quasi-farmaceutów mogą być źródłem wiedzy dla kogoś, kto stawia na szali własne życie, to pomyślmy o innych sytuacjach, z którymi możemy się zetknąć w Internecie. Odwołam się do własnych doświadczeń. Nie jestem elektrykiem, ale kiedyś musiałem wymienić korki w swoim domu. Oczywiście bezpieczniki nowoczesne, a nie wkręcane, czyli takie, jakie uczył mnie wymieniać mój tata. Wpisałem w wyszukiwarce internetowej, czego szukam i znalazłem filmiki, jak to zrobić. Na szczęście elementarną wiedzę od mojego taty – nawiasem mówiąc, inżyniera mekhanika – zachowałem i pamiętałem, aby wpierv wyłączyć główny bezpiecznik, a potem przystąpić do

wymiany bezpieczników. Tymczasem instruktorzy z Internetu ani razu o tym nie wspomnieli – taki mały szczegół, który może się skończyć porażeniem prądem.

Zadanie, które czeka farmaceutów, a przede wszystkim samorząd zawodowy, to działanie prewencyjne, uświadamianie ludzi, informowanie ich, że wiedzę o lekach należy czerpać z zaufanych stron internetowych, a farmaceutą nie jest osoba w białym kitlu, tylko ta, która ukończyła studia farmaceutyczne.

Nasi przodkowie nie mogli przewidzieć, w jaki sposób dostęp do informacji może zmienić zachowanie ludzi ani tym bardziej – jak bardzo może podważać osiągnięcia nauki. Wiara w cuda jest cechą charakterystyczną naszego gatunku, jednakże „szkiełko i oko” także są potrzebne. Może faktycznie czas się zastanowić, w jaki sposób dotrzeć z kagankiem oświaty do ludzi, dla których głównym źródłem wiedzy o otaczającym ich świecie jest szklany ekran z treściami wyświetlanymi według algorytmu 🍃

W hołdzie pomordowanym

HISTORIA I PAMIĘĆ

Uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej „W hołdzie farmaceutom wielkopolskim, ofiarom zbrodni niemieckich i sowieckich z lat 1939-1945”, ufundowanej przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską, odbyła się 8 grudnia 2023 r. Tablica komemoratywna umieszczona została w podcieniach dziedzińca trójnawowej świątyni dominikańskiej, położonej w centrum Poznania. To tam, w tzw. dzielnicy zamkowej, można zidentyfikować szczególną przestrzeń – Przeszłość Pamięci. Tworzą ją: Kaplica Katyńska w kościele dominikanów, Pomnik Polskiego Państwa Podziemnego i Armii Krajowej, Pomnik Poznańskiego Czerwca 1956, upamiętniający ofiary wydarzeń czerwcowych, a także Pomnik Ofiar Katynia i Sybiru w ogrodach dawnego zamku cesarskiego.

Uroczystość odsłonięcia i poświęcenia w krużgankach klasztoru i kościoła dominikanów, poprzedzoną mszą świętą, którą w intencji zamordowanych farmaceutów odprawił ks. dr Adam Sikora, duszpasterz służby zdrowia w archidiecezji poznańskiej, rozpoczęło wystąpienie prezesa Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej



UROCZYSTOŚĆ ODSŁONIĘCIA TABLICY PAMIĄTKOWEJ W KRUŻGANKACH KOŚCIOŁA DOMINIKANÓW W POZNANIU



TABLICĘ PAMIĄTKOWĄ POŚWIECIŁ KS. DR ADAM SIKORA, DUSZPASTERZ SŁUŻBY ZDROWIA W ARCHIDIECEZJI POZNAŃSKIEJ



PROF. DR HAB. ANITA MAGOWSKA OPowiedziałA O TRAGICZNYCH LOSACH WIELKOPOLSKICH FARMACEUTÓW W LATACH 1939-1945



JAN MAJEWSKI, IWONA REINHOLZ-CYNAJEK, ANNA JELIŃSKA, MARIA MROCKIEWICZ-WALCZYK, MATEUSZ SZAMAŁEK I ANITA MAGOWSKA

Mateusza Szamałka. Tablicę pamiątkową odsłoniły przedstawicielki rodzin ofiar niemieckich i sowieckich zbrodni z okresu II wojny światowej: Maria Mroczkiewicz-Walczyk i Iwona Reinholz-Cynajek, farmaceutki należące do Wlkp. OIA.

W zorganizowanym z okazji tej uroczystości posiedzeniu Sekcji Historii Farmacji poznańskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Muzeum Farmacji Wlkp. OIA prezes Wlkp. ORA Mateusz Szamałek przedstawił referat „Nowa tablica pamiątkowa w Przestrzeni Pamięci miasta Poznania”. Dr n. farm. Jan Majewski opowiedział o pierwszej tablicy poświęconej pomordowanym farmaceutom, odsłoniętej 6 kwietnia 1967 r. w Aptece „Pod Białym Orłem” Poznaniu. „Tragiczne losy wielkopolskich farmaceutów w latach 1939-1945” – to temat wystąpienia prof. dr hab. Anity Magowskiej z Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Mgr farm. Maria Mroczkiewicz-Walczyk przybliżyła tragiczne losy mgr. Stefana Mroczkiewicza, więźnia obozu w Starobielsku, zamordowanego w 1940 r., a mgr farm. Iwona Reinholz-Cynajek opowiedziała o życiu aptekarza Józefa Reinholza, właściciela apteki w Łobżenicy, zamordowanego przez Niemców w 1939 r. w Paterku koło Nakła.

EUGENIUSZ JAROSIK
Zdjęcia MIROSLAW BARYGA

Ofiary terroru z lat 1939-1945

Na tablicy „W hołdzie farmaceutom wielkopolskim, ofiarom zbrodni niemieckich i sowieckich z lat 1939-1945”, umieszczonej w podcieniach dziedzińca klasztoru i kościoła dominikańskiego w Poznaniu, upamiętniono między innymi Józefa Reinholza i Stefana Mroczkiewicza. Przedstawicielki rodzin tych zamordowanych farmaceutów 8 grudnia 2023 r. odstąpiły tablicę pamiątkową i opowiedziały o ich losach podczas spotkania w Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

STEFAN MROCKIEWICZ (1905-1940)

Wielkopolski farmaceuta jest jedną z tysięcy ofiar zbrodni sowieckich z czasów drugiej wojny światowej. Stefan Mroczkiewicz urodził się 27 sierpnia 1905 r. Wągrowcu. Jego ojcem był Antoni Mroczkiewicz, a matką Teresa z domu Markiewicz

z Kostrzyna. Miał dwóch braci Edmunda, lekarza chirurga oraz Mariana, absolwenta studiów farmaceutycznych na Uniwersytecie Poznańskim.

W 1927 r. zakończył naukę w wągrowieckim Państwowym Klasycznym Gimnazjum i w tym samym roku zaczął studiować farmację na Uniwersytecie Poznańskim. Należał do Polskiej Korporacji Akademickiej „Lechia”. Studia ukończył z wyróżnieniem i dyplomem magistra farmacji w 1931 r. Szkolenie wojskowe odbył w Oficerskiej Szkole Sanitarnej. Został przeniesiony do rezerwy w stopniu porucznika (otrzymał

przydział do 7 Szpitala Okręgowego w Poznaniu, jednostki organizacyjnej służby zdrowia Armii Wielkopolskiej i Wojska Polskiego II Rzeczypospolitej).

Po studiach na początku pracował w aptece „Pod Złotym Lwem” w Poznaniu. W 1936 r. został kierownikiem Centralnej Apteki w Bydgoszczy. Była to hurtownia farmaceutyczna, zaopatrująca

w produkty lecznicze całe ówczesne województwo pomorskie, która jednocześnie stanowiła zaplecze farmaceutyczne dla wojska na wypadek konfliktu zbrojnego. Jego wiedza i zdolności organizacyjne powodowały, że przez przełożonych był oceniany bardzo wysoko. Nigdy nie założył rodziny i mieszkał w wynajętym mieszkaniu w Bydgoszczy. Był depozytariuszem oryginału „Kroniki rodziny Mroczkiewiczów”, napisanej przez jego dziadka Karola Mroczkiewicza. Po wojnie okazało się, że duża część dokumentów przechowywanych w Bydgoszczy przez Stefana Mroczkiewicza zaginęła. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności „Kronika” zachowała się w odpisach wykonanych przez innych członków rodziny.

W sierpniu 1939 r. został powołany do wojska. Zgłosił się zgodnie z przydziałem do 7 Szpitala Okręgowego w Poznaniu. Prawdopodobnie walczył we wschodniej Polsce. Dostał się do niewoli sowieckiej jako oficer Wojska Polskiego. Początkowo osadzony został w obozie jenieckim w Starobielsku na wschodzie Ukrainy (obecnie okręg ługański). W rodzinnych przekazach pozostała tylko wiadomość o kartce przesłanej ze Starobielska do matki Teresy Mroczkiewicz. Następnie wraz z innymi jeńcami wywieziony został do Charkowa i zamordowany w siedzibie tamtejszego NKWD (prawdopodobnie między 5 a 12 maja 1940 r.). Miał 35 lat. Zamordowanych żołnierzy polskich pogrzebano we wspólnych mogiłach w Piatichatkach pod Charkowem.

mgr farm. MARIA MROCKIEWICZ-WALCZYK



Archiwum rodzinne/afw

STEFAN MROCKIEWICZ

JÓZEF REINHOLZ (1884-1939)

Początek II wojny światowej to dla mieszkańców Łobżenicy okres tragicznych wydarzeń. Ich ofiarą padł między innymi Józef Reinholz. Burmistrzem okupowanego miasta został Herman Seehaver, a jego zastępcą Harry Schulz, który był też komendantem utworzonego przez miejscowych Niemców Selbstschutzu. Ta zbrodnicza organizacja rozpoczęła liczne aresztowania najbardziej aktywnych polskich mieszkańców, szczególnie inteligencji, księży, działaczy społecznych i politycznych. Rozpoczęła się planowa akcja eksterminacyjna w ramach tzw. Intelligenzaktion, czyli niemieckiego aktu ludobójstwa skierowanego przeciwko polskiej elicie, głównie inteligencji na terenie ziem polskich włączonych do III Rzeszy, w trakcie której zaplanowano i metodycznie zrealizowano rozstrzelanie około 50 tysięcy nauczycieli, księży, przedstawicieli ziemiaństwa, wolnych zawodów, działaczy społecznych i politycznych oraz emerytowanych wojskowych. Kolejnych 50 tysięcy deportowano do obozów koncentracyjnych, w których przeżyli tylko nieliczni więźniowie.

Jednym z pierwszych aresztowanych przez Selbstschutz był farmaceuta Józef Reinholz. Przechowywano go w hitlerowskim więzieniu, które mieściło się w gmachu sądu; w jego piwnicach był przesłuchiwany i torturowany, po czym musiał wracać do apteki na dzienną służbę, gdyż naziści nie mieli nikogo, kto obsługiwałby aptekę. 9 listopada 1939 r. w gmachu sądu w Łobżenicy odbyła się rozprawa, podczas której na ławie oskarżonych zasiedli wszyscy księża z dwóch dekanatów: łobżenickiego i nakielskiego oraz misjonarze z Górki Klasztornej. Ten niebywały proces zakończył się wyrokiem skazującym księży na internowanie w klasztorze góreckim, jako wrogów nowego porządku politycznego.

Potajemnie poinformowano niektórych skazanych, że internowanie będzie trwało krótko. Władze hitlerowskie podjęły taką decyzję przed Świętem Niepodległości (11 listopada). Z okazji tego święta zaplanowano eksterminację księży. W nocy z 11 na 12 listopada

1939 r. o godzinie 2.00 naziści zebrali wszystkich internowanych i skrupowali im ręce sznurem, a następnie ciężarówkami wywieziono ich do Paterka i tam rozstrzelano. Wraz z duchownymi zamordowano także Józefa Reinholza. Zginęło wówczas 50 osób. Byli wśród nich księża diecezjalni, misjonarze górecki, bracia z klasztoru, siostry zakonne oraz kilkanaście osób świeckich.

Józefa Reinholza pogrzebano we wspólnej mogile w Paterku. W 1945 r.

ciało zostało ekshumowane, przywiezione przez Bogdana Reinholza do Łobżenicy i pochowane uroczyście z tymi, którzy byli rozstrzelani w Górce Klasztornej i okolicy. Mogiła znajduje się na miejscowym cmentarzu. Tablica upamiętniająca informuje, że spoczywają tam zwłoki 59 mieszkańców Łobżenicy i okolicy. Długo grób był anonimowy. Dopiero w 2004 r. Towarzystwo Miłośników Łobżenicy i rodziny pomordowanych ufundowały tablicę zawierającą nazwiska spoczywających tam Polaków.

mgr farm. IWONA REINHOLZ-CYNAJEK



Archiwum rodzinne/afw

JÓZEF REINHOLZ W STROJU BRACTWA KURKOWEGO



JÓZEF REINHOLZ (Z LEWEJ) W SWOJEJ APTECE W ŁOBŻENICY (1920)

Archiwum rodzinne/afw

prof. dr hab. ANITA MAGOWSKA

ZBRODNIA I PAMIĘĆ

O okolicznościach śmierci farmaceutów wielkopolskich – ofiar II wojny światowej

Na tablicy upamiętniającej farmaceutów wielkopolskich zamordowanych przez Niemców i Rosjan podczas II wojny światowej, tej, która 8 grudnia 2023 r. została odsłonięta i poświęcona w krużgankach kościoła Dominikanów w Poznaniu, figurują 64 nazwiska. Ofiar barbarzyństwa Niemców i Rosjan było jednak znacznie więcej. Badania nad stratami osobowymi zawodu farmaceuty przeprowadził ponad pół wieku temu prof. Witold W. Głowacki. Dostęp do archiwaliów był wtedy

ograniczony, a prosowieckie priorytety obecne w życiu publicznym uniemożliwiały ujawnienie nazwisk ofiar NKWD (*Narodnyj Komissariat Wnutriennich Dieł*, czyli Ludowy Komisariat Spraw Wewnętrznych ZSRR). Profesor szacował, że w latach 1939-1945 w okupowanej Polsce życie straciło około dwóch tysięcy farmaceutów polskich, czyli 40% kadr farmaceutycznych zarejestrowanych w 1938 r. Tablica ukazuje zatem zaledwie niewielką część dramatu wojny i spustoszeń, jakie uczyniła w naszym zawodzie.



NIEMIECKI OBÓZ KARNO-ŚLEDZCY W ŻABIKOWIE KOŁO POZNANIA (ZDJĘCIE ZE ZBIORÓW MUZEUM MARTYROLOGICZNEGO W ŻABIKOWIE)

Wśród osób upamiętnionych na tablicy w kościele Dominikanów są pierwsze ofiary maszyny śmierci uruchomionej przez Niemców we wrześniu 1939 r. To Marian Daleszyński (1907-1939), pochodzący z Opalenicy, obrońca Warszawy; Antoni Głowacki; Adam Józefiak; Kazimierz Kłaczyński (1882-1939), w 1919 r. prezes Towarzystwa Aptekarzy Kondycjonujących i jeden z inicjatorów uruchomienia w Poznaniu studiów farmaceutycznych oraz Waław Komorowski (prawdopodobnie należał do starszych wiekiem poznańskich aptekarzy zmobilizowanych do wojska).

Niemcy za niebezpiecznych Polaków uważali uczestników zrywów niepodległościowych. Aby do nich dotrzeć, posługiwali się wydaną przed wybuchem wojny książką „Czy wiesz, kto to jest?” pod redakcją Stanisława Łoży. Pod biogramami najbardziej zasłużonych Polaków zamieszczono ich adresy. Na tej podstawie Niemcy bez trudu dotarli do wszystkich powstańców lub ich potomków, poza tymi, którzy już zginęli bądź znajdowali się w obozach jenieckich. Jerzy Jasiński (1915-1939) pochodził z rodziny zasłużonych aptekarzy i powstańców wielkopolskich. Dyplom magistra farmacji otrzymał w 1939 r. Wkrótce po zajęciu Poznania Niemcy aresztowali go i osadzili w Forcie VII, gdzie został rozstrzelany. Z kolei Józef Reinholz (1884-1939) do 1911 r. studiował farmację w Berlinie i Fryburgu, a od 1914 r. zarządzał Apteką „Pod Orłem” w Koronowie koło Bydgoszczy. Własną aptekę zakupił w 1918 r. w Łobżenicy. W czasie powstania wielkopolskiego zorganizował oddział ochotników i był mianowany komisarycznym burmistrzem Łobżenicy. 11 listopada 1939 r. został rozstrzelany przez hitlerowców w Paterku koło Nakła. W tym samym czasie w Gnieźnie rozstrzelany został aptekarz Leon Waniorek, członek Towarzystwa Gimnastycznego „Sokół”.

Powstańcem wielkopolskim był też Bronisław Drygas (1884-1942), który w 1907 r. ukończył studia farmaceutyczne w Strasburgu, a dwa lata później został magistrem chemii na uniwersytecie w Nancy. Po odbyciu obowiązkowej służby w wojsku pruskim kupił aptekę w Odolanowie, ale po roku sprzedał ją i podjął pracę w jednej z aptek poznańskich. Ponownie wcielony do wojska pruskiego w czasie I wojny światowej, w 1918 r. przyłączył się do oddziałów powstańców wielkopolskich. Awansowany



Miroslaw Baryga

do stopnia kapitana aptekarza objął obowiązki między innymi komendanta Składnicy Sanitarnej w Poznaniu. W 1931 r. przeniósł się do Warszawy, skąd dojeżdżał do Łaskarzewa, by zarządzać apteką. Niebawem przyjął zarząd apteki w Zawichoście. Podczas okupacji mieszkał w Warszawie. W 1942 r., prawdopodobnie w czasie kolejnej akcji wymierzonej w inteligencję polską, został aresztowany przez gestapo i osadzony w więzieniu na Pawiaku. Stąd przewieziono go do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Jeszcze w tym samym roku zmarł.

Augustyn Jaderny (1893-1941) nie był Wielkopolaninem, lecz lwowiakiem. Kiedy wybuchła I wojna światowa, praktykował w aptece Andrzeja Pawlikowskiego w Mielcu. Wcielony do armii austriackiej, wykorzystał ten czas, by przygotować się do egzaminu farmaceutycznego. Złożył go w Krakowie. W 1918 r. został zesłany do Odessy i tam zastała go rewolucja bolszewicka. Udało mu się przedostać do Mielca. W 1921 r.

HISTORIA
I PAMIĘĆ

ukończył studia farmaceutyczne, a w 1924 r. studia w zakresie filozofii na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie. W czasie studiów służył w stopniu sierżanta w 3. pułku lotniczym i między innymi pełnił funkcję komendanta w jednym z obwodów Związku Obrońców Ojczyzny. Uczestniczył w powstaniu śląskim, potem uczył w Państwowym Seminarium Męskim w Nieszawie. Po pewnym czasie wrócił do pracy w aptekach, najpierw w Działdowie, a potem w Grudziądzu. Od 1928 r. prowadził aptekę

w Tychach i aktywnie działał społecznie, był między innymi prezesem Rady Nadzorczej Kasy Oszczędności oraz Związku Polskich Kupców i Przemysłowców. Otrzymał godność członka honorowego Ochotniczej Straży Pożarnej

w Tychach. W 1938 r. przeniósł się do Bydgoszczy. Tam lub w Poznaniu, nie wiadomo gdzie, został pod koniec grudnia roku następnego aresztowany za posiadanie broni i posądzony o działalność konspiracyjną. Był brutalnie przesłuchiwany, a 30 września 1941 r. zgilotynowany w więzieniu przy ul. Młyńskiej w Poznaniu.

Ponad jedną trzecią farmaceutów wymienionych na tablicy stanowią ofiary zbrodni katyńskiej, a przecież to nie wszyscy. Brakuje nazwisk

Maksymiliana Elke (1901-1940), absolwenta poznańskich studiów farmaceutycznych w 1927 r., a także Kazimierza Wysockiego (1892-1940), właściciela apteki w Opalenicy, który w 1939 r. został zmobilizowany do 7. Szpitala Okręgowego w Poznaniu. W Lesie Katyńskim strzałem w potylicę Rosjanie zamordowali również Antoniego Majorowicza, właściciela Apteki im. Adama Mickiewicza przy ul. Mickiewicza w Poznaniu. W 1939 r. Julian Nietupski (1893-1940) był kierownikiem apteki 7. Szpitala Okręgowego Korpusu nr VIII w Poznaniu. Uczestniczył w kampanii wrześniowej i po jej zakończeniu znalazł się w niewoli sowieckiej. Zginął w Katyniu. Kilka dni później NKWD przyszło po jego żonę, dzieci i dalszych krewnych. Wszyscy zostali zesłani na Sybir. W siedzibie NKWD w Charkowie zginął Stefan Mroczkiewicz (1905-1940), który w 1931 r. ukończył studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Poznańskim. Przez kilka lat pracował w Aptece „Pod Złotym Lwem” w Poznaniu, następnie uzyskał dyplom Oficerskiej Szkoły Sanitarnej i przeniósł się do Bydgoszczy, gdzie został kierownikiem Apteki Centralnej przy ul. Gdańskiej. Zmobilizowany do 7. Szpitala Okręgowego w Poznaniu, wraz z nim znalazł się na wschodzie Polski i trafił do obozu w Starobielsku. Został zastrzelony w siedzibie NKWD w Charkowie.

Na tablicy brakuje również nazwiska Czesława Wachowiaka (1904-1943), poznaniaka, który

HISTORIA I PAMIĘĆ



ANTONIEGO MAJOROWICZA, WŁAŚCIELA APTEKI IM. ADAMA MICKIEWICZA PRZY UL. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU, ZAMORDOWANO W LESIE KATYŃSKIM



DR FRANCISZEK WITASZEK (TRZECI Z LEWEJ) NA DZIEDZINCU SZPITALA MIEJSKIEGO W POZNANIU (1935)

STEFANIA DABIŃSKA

studiował farmację we Lwowie. Tam trwały o rok krócej, jednakże nie przyznawano tytułu magistra farmacji, a jedynie aptekarza. Po studiach zrobił karierę w lwowskim przemyśle farmaceutycznym, ale z czasem wrócił do rodzinnego Poznania. Pracował w aptece należącej do mgr. Leona Kierzyńskiego, skąd w maju 1942 r. zabrało go gestapo. Oskarżony o przekazywanie trucizn z apteki grupie dywersyjnej kierowanej przez Franciszka Witaszka (1908-1943), znalazł się w Forcie VII, gdzie 8 stycznia 1943 r. został powieszony.

Niemcy zabili także jego najbliższych krewnych jako rodzinę „mordercy”. Niczego nie mogli zarzucić żonie Czesława, Bogusławie Wachowiak, która została aresztowana w tym samym dniu. Była przesłuchiwana i torturowana, potem wywieziona do obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu, a w styczniu 1945 r. ewakuowana do obozu w Neustadt. Przeżyła.

W połowie stycznia 1943 r. gestapo zabrało z nocnego dyżuru w aptece na Łazarzu siostrę Czesława, Janinę z Wachowiaków Nyklewiczową (1909-1943), jak on absolwentkę studiów farmaceutycznych na uczelni lwowskiej. Z Fortu VII została przewieziona do Oświęcimia, gdzie zmarła na tyfus. Razem z nią aresztowano jej matkę, Pelagię, która także zmarła w Oświęcimiu. Mąż Janiny (czyli szwagier Czesława), mgr farm. Marian Nyklewicz (dyplom farmaceuty uzyskał w 1936 r.), został aresztowany i zmarł podczas przesłuchań w więzieniu w Poznaniu. Tragiczną śmierć Janiny i Mariana Nyklewiczów odnotowano na tablicy umieszczonej w kościele Dominikanów.

Przyczyną tych i jeszcze wielu innych aresztowań były urojenia Niemców, że są truci przez grupę Polaków kierowanych przez Franciszka Witaszka (1908-1943). Był on lekarzem, absolwentem Uniwersytetu Poznańskiego. Już w czasie studiów pracował w przychodni przeciwgruźliczej i zajmował się produkcją szczepionki BCG. Mając dyplom, został asystentem w Zakładzie Higieny i Medycyny Społecznej macierzystej uczelni. Gdy zakład zlikwidowano, podjął pracę w Zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej UP. Wszechstronnie uzdolniony i kreatywny, założył przedsiębiorstwo „Serovac Poznański”, które wytwarzało surowice i szczepionki oraz preparat do konserwowania win. Był też współzałożycielem i pierwszym dyrektorem wytwórni nici chirurgicznych „Catgut Polski”, która wkrótce zmonopolizowała rynek krajowy. Mając dużą rodzinę na utrzymaniu, dodatkowo pracował w Szkole Pielęgniarstwa PCK i Wyższym Studium Katolickim w Poznaniu oraz jako lekarz zaufania w Ubezpieczalni Krajowej.

Po wybuchu II wojny światowej i nieudanej próbie ewakuacji fabryki katgutu do Centralnego Okręgu Przemysłowego udzielał pomocy żołnierzom rannym w bitwie nad Bzurą. Gdy szpital zajęli Niemcy, wrócił do Poznania i został zaprzysiężony najpierw organizacji Ojczyzna, a potem Służbie Zwycięstwu Polsce. W marcu 1940 r. wszedł w skład Komendy Poznańskiego Okręgu Związku Walki Zbrojnej, trzy miesiące później objął dowództwo Związku Odwetu Okręgu Poznańskiego, obejmującego swą działalnością całą Wielkopolskę,



DR ANTONI ŻOCHOWSKI



JÓZEF REINHOLZ (Z PRAWYJ) PRZY DZWONIE Z DZWONNICZY KOŚCIOŁA PARAFIALNEGO W ŁOBZENICY

bezwrotnie nazwaną przez Niemców Krajem Warty. Prowadzenie działalności konspiracyjnej ułatwiało mu praktyka lekarska, na którą miał zezwolenie. W swoim gabinecie przyjmował pacjentów i kształtował działalność tajnej wojskowej organizacji sabotażowo-dywersyjnej. Tam 25 kwietnia 1942 r. został aresztowany przez gestapo pod zarzutem masowego trucia Niemców. Po trzech tygodniach brutalnych przesłuchań w „Domu Żołnierza” osadzono go w Forcie VII i 8 stycznia 1943 r. powieszono wraz z 29 współoskarżonymi. Zwłoki Witaszka i kilku innych osób zgilotynowano. Wśród straconych farmaceutów był nie tylko Czesław Wachowiak, ale i Henryk Nickel (1912-1943), w 1936 r. absolwent poznańskich studiów farmaceutycznych. Po klęsce kampanii wrześniowej 1939 r. Nickel trafił do niemieckiego obozu jenieckiego. W roku następnym został z niego zwolniony i skierowany do pracy w aptece w Chodzieży. Tam 17 czerwca 1942 r. aresztowało go gestapo pod zarzutem dostarczania trucizn Witaszkowi i osobom z nim związanym.

Niemcy oskarżyli o wydawanie trucizn „witaszkowcom” również pracowników Apteki „Pod Orłem” w Mosinie. Do wybuchu II wojny światowej apteką kierował Stefan Brzeziński. Gdy został zmoblizowany, jego obowiązki przejęła Stefania Dabińska (1919-1943), koleżanka z roku Nyklewicz i Nickla. W grudniu 1939 r. Niemcy wprowadzili do apteki małżeństwo aptekarzy Edgara (1886-1940) i Hertę Haacków z Rygi. Przybył z nimi ojciec Herty, który

wkrótce zmarł na atak serca. Nieoczekiwanie zmarł także Edgar Haack, dlatego prowadzenie apteki przejęła Herta. W tym samym czasie zmarł burmistrz Mosiny Otto Högy, a także sąsiedzi Haacków, Karl Eduard Arlt i jego siostra.

Kiedy stanowisko burmistrza Mosiny objął przybyły z Berlina Graebert, uznał, że wszyscy wspomniani Niemcy zostali otruci przez Polaków, łącząc ich śmierć ze sprawą wtedy już zamordowanych „witaszkowców”. Pod zarzutem wydawania trucizn z apteki aresztowano S. Dabińską, pomocnika aptekarskiego Romualda Lucknera (1924-1943), księgowego Stefana Gepperta (1906-1943), który jednocześnie pracował w sklepie jednego z kupców niemieckich, gońca, a przed wojną studenta chemii Kazimierza Kałana (1922-1943) oraz szereg lekarzy, wśród nich Edmunda Jurdzińskiego (1906-1943) i lekarza weterynarii Czesława Skibińskiego (1904-1943). Kałan zmarł wskutek bicia w czasie przesłuchań, natomiast pozostałych więźniów (54 mężczyzn i 11 kobiet) osadzono w Forcie VII w Poznaniu. Wszystkich torturowano, aby wymusić przyznanie się do winy i ujawnić innych trucieli. Pod wpływem bólu wskazywali niewinnych ludzi, zwiększając liczbę ofiar. W sierpniu 1943 r. zostali wywiezieni pociągiem jadącym w kierunku Wrocławia i nikt już ich nie widział.

Według dotychczasowych ustaleń w „sprawie mosińskiej” aresztowano 225 osób, w tym 48 dzieci, z których najmłodsze miało półtora roku. Wśród zatrzymanych był ojciec r. Lucknera (na poznańskiej



KAZIMIERZ DUCZKO



ROMUALD WASILEWSKI



ALOJZY SZUMIŃSKI

tablicy nie ma jego nazwiska), którego wywieziono do obozu koncentracyjnego w Żabikowie, skąd przenieśli go najpierw do Oświęcimia, a potem do Mauthausen-Gusen. Jego matkę Niemcy umieścili w Oświęcimiu, gdzie zmarła. Do niebezpiecznych więźniów politycznych Niemcy zaliczyli Melanię Dabińską, matkę Stefani, i siostrę, które zaarrestowano w maju 1943 r. Mieczysławę bito, aby wydała szyfr, którym rzekomo posługiwali się spiskowcy, a potem wraz z matką wywieziono do Oświęcimia. Ocalała tylko ona. Ojca Stefani, Stanisława Dabińskiego, gestapo zatrzymało w listopadzie 1943 r. i wywoziło do obozu w Buchenwaldzie, gdzie zmarł w grudniu 1944 r.

W latach 1970-1973 istotne informacje o „sprawie mosińskiej” zdobył prokurator Marian Światoński. Przesłuchani przez niego świadkowie wydarzeń potwierdzili istnienie w Mosinie podziemnej organizacji sabotażowej. Według nich, należała do niej Dabińska i Luckner, który przekazywał Państwu Podziemnemu chemikalia apteczne, w tym kwas pikrynowy i chloran potasu. To jednak były materiały wybuchowe, a nie trucizny.

Krąg pracowników aptek oskarżonych o dostarczanie trucizn dr. Witaszkowi był coraz większy. W lutym 1943 r. Niemcy aresztowali w aptece przy Parku Wilsona pomocnika aptekarskiego Irenę Nawrocką-Fiebigową (1909-1944), wtedy w czwartym miesiącu ciąży. Pozostałych pracowników apteki po przesłuchaniu zwolniono. Nawrocka-Fiebigowa

została zawieziona do Fortu VII. Po porodzie w szpitalu noworodka zabrała rodzina, a ją wywieziono do Oświęcimia, gdzie zginęła. W tym samym dniu co pracowników apteki przy parku Wilsona aresztowano Monikę Retzlaff-Wache z „Mohren Apotheke” przy ul. Garbary. Była bita i torturowana przez dwa tygodnie. Z Fortu VII została przewieziona do obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. Przeżyła.

Ofiarą manii Niemców był też Alojzy Szumiński, pomocnik aptekarski z apteki należącej do A. Majorowicza. Był więziony w Forcie VII, a następnie przetransportowano go do obozu koncentracyjnego w Mauthausen-Gusen. Znał język francuski, dlatego umieszczono go w komando, w którym więziono Francuzów. W szpitalu obozowym, który także miał obsadę francuską, urządził przy pomocy więźniów-rzemieślników aptekę i kierował nią do maja 1945 r.

Jeszcze w maju 1944 r. Niemcy prześladowali poznańskich farmaceutów, bezpodstawnie (bo na podstawie urojeń) oskarżając ich o trucicielstwo. Antoni Tuszyński z apteki przy ul. 27 Grudnia w Poznaniu został aresztowany i osadzony w Forcie VII, a potem w więzieniu przy ul. Młyńskiej. Na jego ślad naprowadziła gestapowców rewizja w mieszkaniu Dabińskiej, gdzie znaleziono duże



Stefan Mroczkiewicz, Józef Kuczyński, Antoni Jędrzejewski, Henryk Krawczyk, Józef Płocinski, Janusz Kulikowski, Józef Jędrzejewski, Feliks Rednicki, Stefan Mroczkiewicz, Józef Jędrzejewski, Henryk Krawczyk

STEFAN MROCKIEWICZ (CZWARTY Z LEWEJ W DRUGIM RZĘDZIE) NA PAMIĄTKOWEJ FOTOGRAFII Z OKAZJI DZIESIĘCIOLECIA DZIAŁALNOŚCI KOŁA FARMACEUTÓW UNIwersYTETU POZNAŃSKIEGO (1929)

ilości *Calcium gluconicum* w ampułkach. Sublokator, do którego zapas należał, powiedział podczas tortur, że nabył je od A. Tuszyńskiego.

Farmaceutom może nasuwać się pytanie, czy etos ich zawodu pozwala zabijać ludzi za pomocą produktów znajdujących się w aptece? Otóż nie. Według archiwaliów przechowywanych w Instytucie Zachodnim w Poznaniu w maju 1942 r. dr Albert Ponsold z Uniwersytetu Rzeszy w Poznaniu przeprowadził analizę butelek znalezionych w mieszkaniu Witaszka i innych współoskarżonych, które miały stanowić dowody na praktykowanie trucicielstwa. Ponsold stwierdził, że „w butelkach były płyny, które wyschły, być może szkodliwe dla serca i śledziony”. Z tej

ekspertyzy jednak nie wynikało, że były to trucizny, właściwie nic nie wynikało. Według córki Witaszka, Marii Malinowskiej, były to butelki po odczynnikach używanych w laboratorium. Córka przypomniała, że Lycopodium, czyli zarodniki widłaka używane jeszcze w okresie międzywojennym do

obtaczania pigułek, nie jest trucizną. Jej zamęczany przez Niemców ojciec przyznał się do trucia Lycopodium, aby przerwać tortury.

Historia „witaszkowców” jest znana z opublikowanych w latach siedemdziesiątych minionego wieku artykułów i książek Henryka Tycnera, redaktora naczelnego „Kuriera Polskiego”, który w świetle akt znajdujących się w Instytucie Pamięci Narodowej był zarejestrowany jako tajny współpracownik Służby Bezpieczeństwa. Mieszając fakty z konfabulacjami wykreował opowieść o pozbawionym zasad moralnych lekarzu-trucicielu oraz aptekarzach-trucicielach. Po wojnie pozbawieni wiedzy farmakologicznej dziennikarze piszący o „witaszkowcach” powielali błędną informację, że Lycopodium jest trucizną, kreując mit lekarzy i farmaceutów zabijających ludzi za pomocą trucizn.

To nie wszystkie zbrodnie niemieckie popełnione na farmaceutach odnotowanych na tablicy. Maks Rotcejs, właściciel apteki w Kaliszu, zginął w getcie w Łodzi tylko dlatego, że był Żydem. Natomiast Janusz Kulikowski, członek Zarządu Koła Farmaceutów Studentów UP, otrzymał dyplom w 1938 r. Podjął pracę w aptece mgr. Stanisława

HISTORIA I PAMIĘĆ

Węgierskiego w Łowiczu, a po wybuchu II wojny zaangażował się w działalność miejscowej organizacji niepodległościowej. W czasie nocnych dyżurów organizował w aptece jej zebrania i punkt kolportażu nielegalnego „Biuletynu Informacyjnego”. Aresztowany w 1941 r., został skatowany przez gestapowców. W obawie, że nie wytrzyma dalszych tortur, otrul się dostarczoną z zewnątrz substancją. W podobnych okolicznościach popełnił samobójstwo w więzieniu w Rawiczu Mieczysław Kruszewski.

Przypomniałam ponad połowę farmaceutów upamiętnionych na tablicy. W większości byli bardzo młodzi i kreatywni. Dobrze się stało, że Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska i Oddział PTFarm w Poznaniu ze swoją Sekcją Historii Farmacji zatroszczyli się o zachowanie pamięci o nich i okolicznościową tablicą wpisały ich tragiczne losy w dzieje Poznania. 🌿



MB/afw

prof. dr hab.

ANITA MAGOWSKA

Katedra i Zakład Historii
i Filozofii Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu

Losy utrwalone w brązie

Pragnąc uczcić pamięć wielkopolskich aptekarzy, farmaceutów i pomocników aptekarskich pomordowanych podczas II wojny światowej, ufundowano tablicę pamiątkową (fundatorzy: dyrekcja Zarządu Aptek Województwa Poznańskiego i miasta Poznania, Rada Zakładowa przy Zarządzie Aptek, Zarząd Główny Związku Zawodowego Służby Zdrowia i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne). Dodatkowo, według relacji prof. dr. hab. Rafała Adamskiego, swój udział w pracach nad tablicą mieli także studenci i asystenci Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu, którzy zebrane na strzelnicach łuski przekazali w celu wykonania odlewu.

Odślonięcie odlanej z brązu tablicy z nazwiskami 64 farmaceutów wielkopolskich odbyło się 6 kwietnia 1967 r. w Aptece „Pod Białym Orłem” na Starym Rynku w Poznaniu. Uroczystość

tę poprzedziło spotkanie w Pałacu Działyńskich. Zebrani wysłuchali referatu dr. n. farm. Witolda W. Głowackiego, znanego badacza przeszłości farmaceutycznej. Od tej pory każdego roku 6 marca, w rocznicę rozstrzelania polskich jeńców wojennych przebywających w sowieckich obozach w Kozielsku, Starobielsku i Ostaszkowie, przy tablicy w Aptece „Pod Białym Orłem” składali wiązanek kwiatów i zapalali znicze: prof. dr hab. Michał H. Umbreit, przewodniczący Oddziału Poznańskiego PTFarm, dr n. farm. Jan Majewski, przewodniczący Sekcji Historii Farmacji PTFarm, mgr farm. Mirosława Domańska, kierownik apteki „Pod Białym Orłem”, a także przedstawiciele



Eugeniusz Jarosik

DR N. FARM. JAN MAJEWSKI PRZY TABLICY W MUZEUM FARMACJI W POZNANIU

rodzin ofiar. Po zamknięcia tej apteki w czerwcu 2015 r. tablica została przeniesiona do siedziby Muzeum Farmacji im. prof. Witolda W. Głowackiego przy Al. Marcinkowskiego 11. Jednocześnie zmieniono nazwę tablicy, wskazując jednoznacznie osoby upamiętniane: „Farmaceuci wielkopolscy pomordowani przez hitlerowców i NKWD w latach 1939-1945”. Na tablicy pojawiły się też dwa nowe nazwiska: Bolesław Drygas i Józef Reinholz. W Muzeum Farmacji w czasie zebrania Sekcji Historii Farmacji PTFarm uaktualnioną tablicę poświęcił o. Wojciech Ciak OCD.

dr n. farm. JAN MAJEWSKI

ks. dr ADAM SIKORA

TAJEMNICA NIEPRAWOŚCI

Historia wielkopolskich farmaceutów nauczycielką życiowej mądrości

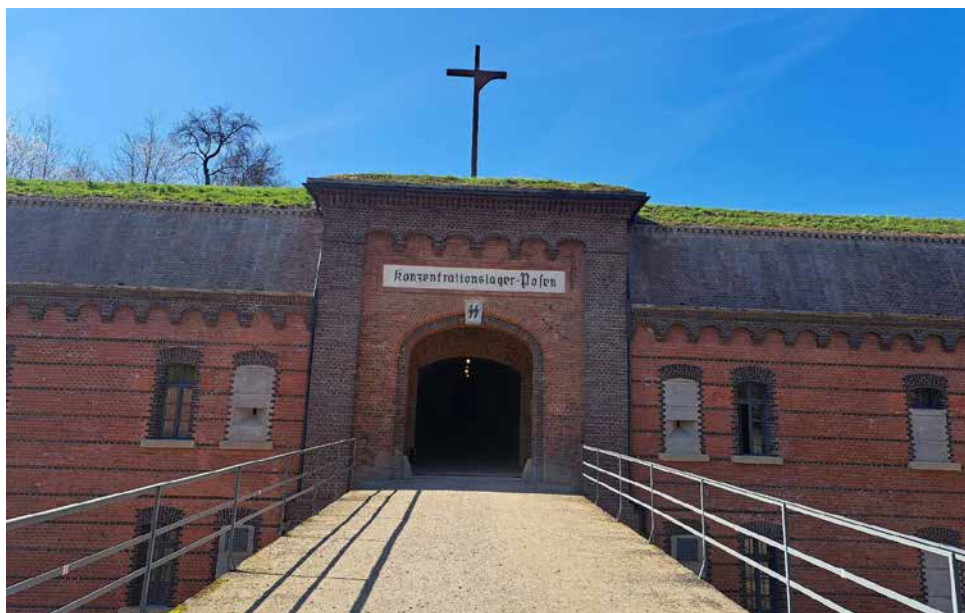
Uroczystość poświęcenia w kościele poznańskich dominikanów tablicy pamiątkowej, która będzie nam przypominała ofiary zbrodni niemieckich i sowieckich z lat II wojny światowej, to okazja do snucia niełatwej refleksji nad tragiczną

historią, nad tym, co człowiek zgotował drugiemu człowiekowi, nad ludzką wielkością i jednocześnie nad niepojętą ludzką podłością.

Na tablicy przeczytamy kilkadziesiąt nazwisk wielkopolskich farmaceutów, ofiar zbrodni tamtego czasu. Kilkadziesiąt

nazwisk, kilkadziesiąt osób i tyleż historii ludzkiego życia. Każdy z nich przeszedł przez ten świat, mając w swoim sercu życiowe plany, marzenia, projekty na życie. Kilkadziesiąt osób to kilkadziesiąt rodzin, które przeżyły dramat rozstania i śmierci swoich bliskich, śmierci często okrytej niewiadomą co do czasu, miejsca i innych okoliczności. A więc były to sytuacje, które pozbawiły ich bliskich jakże ważnej możliwości przeżycia pożegnania, pogrzebu, żałoby, co niesie w serca ludzkie ukojenie, a w perspektywie wiary zawierzenie ich Bogu.

Byli to ludzie, którzy swoje życie chcieli poświęcić pracy dla innych, dla chorych i cierpiących – niosąc im pomoc i ulgę w chorobie i cierpieniu. Chcieli być jak ewangeliczny Samarytanin, który winem i oliwą kurował rany pobitego przez zbójców. Ileż



Tatiana Jarosik

FORT VII W POZNANIU (KL POSEN) – MIEJSCE UWIĘZIENIA I KĄŻNI WIELKOPOLAN W CZASIE NIEMIECKIEJ OKUPACJI

w tym ludzkiego piękna i szlachetności. Byli to ludzie, którzy chcieli budować narodową wspólnotę Polaków, ledwie od 20 lat cieszących się wolnością i niepodległością Ojczyzny. Można powiedzieć, że to właśnie sprawiło, że spotkali się ze zbrodniczą eksterminacją. Bo przecież obaj okupanci – ten z Zachodu i ten ze Wschodu w sposób precyzyjnie zaplanowany prowadzili politykę wyniszczenia intelektualnych i duchowych elit naszego narodu. Już to pokazuje istotę zła, która polega na chęci zniszczenia dobra i tego wszystkiego, co dobrem dla innych jest i jak ważna jest pamięć o tym.

Znany włoski tenor Andrea Bocelli w jednej ze swoich piosenek śpiewa, że nie można żyć bez przeszłości. A starożytna łacińska sentencja głosi, że „historia jest nauczycielką życia” (*historia magistra vitae est*). Czy tak tragiczna historia, albo lepiej – czy kilkadziesiąt tragicznych historii może nas dzisiaj czegoś nauczyć? Można wyróżnić kilka znaczących wątków. Pierwszą, najsmutniejszą nauką jest dostrzeżenie niepojętej „tajemnicy nieprawości” – jak ujął to w jednym ze swoich dokumentów św. Jan Paweł II. Ludzka natura skażona grzechem pierwotnym, czyli powiedzeniem Bogu: „nie będę ci służył”, jest narażona na uleganie tej nieprawości. I dotyczy to wszystkich. Ale historia zna takich, którzy zdają się być całkowicie złu poddani i nim opanowani. Historia zna ludzi, którzy postanowili na nieprawości zbudować systemy i mechanizmy zła o niewyobrażalnych rozmiarach. Takimi niewątpliwie byli Niemiec i sowieccy wodzowie, których nazwisk w świątyni wołę

nie wymieniam. To pokazuje, jak znaczące jest nieustające staranie o to, by w przestrzeni publicznej, społecznej, politycznej i zawodowej podejmowana była nieustanna refleksja nad wartościami, jakimi kierują się poszczególni ludzie i grupy. Umieć to dostrzec, umieć zareagować, umieć się przeciwstawić. Tu nie ma miejsca na obojętność, nie ma miejsca na uleganie fałszywym i złudnym hasłom budowania czegokolwiek na fundamentach fałszu, zakłamania, zła – po prostu na fundamentach grzeszności. Ten wątek niech nabierze szczególnej wymowy dzisiaj, kiedy przeżywamy uroczystość Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny. Dzisiaj wpatrujemy się w Tę, która było absolutnie wolna od jakiegokolwiek grzechu. W tym świetle misterium szatańskich działań ludzi jawi się z tym większą mocą.

Możemy dalej spojrzeć na tych, których nazwiska chcemy upamiętnić. Prezentowali świat jakże głębokich ludzkich i Boskich wartości. Szacunek wobec drugiego człowieka i wyjście naprzeciw jego potrzebom. Pragnienie zbudowania wolnej i wewnętrznie uporządkowanej ludzkiej społeczności. Można powiedzieć, że to zwyczajne ludzkie pragnienia. Zwyczajne, ale jakże piękne. Ten projekt, po ludzku rzecz biorąc, legł w gruzach. Ale czy do końca? O ile dane im było, a mówi się, że każdy umierający ma taką możliwość, zrobić podsumowanie swojego życia, to mogli chyba za św. Pawłem powiedzieć: „W dobrych zawodach wystąpiłem, bieg ukończyłem, wiary ustrzegłem. Na ostatek odłożono

dla mnie wieniec sprawiedliwości, który mi w owym dniu odda Pan, sprawiedliwy Sędzia” (2 Tm 4,7-8). Bieg ukończyli, wiary i człowieczeństwa ustrzegli. W ostatecznym rozrachunku oni, którzy wtedy przegrali, są zwycięzcami, a ówcześni zwycięzcy... – ich zostawiamy Bożej sprawiedliwości.

Jakże wymowna, wręcz wstrząsająca jest to lekcja na temat prawdziwej mądrości, prawdziwego dobra i prawdziwej, ostatecznej wartości ludzkiego życia, wartości życiowych decyzji podejmowanych przez każdego z nas. Oni pokazują nam, co jest naprawdę dobre, autentyczne, prawdziwe i najważniejsze w ludzkim życiu.

HISTORIA I PAMIĘĆ

Jak mówi starotestamentalna Księga Mądrości: „Choć nawet w ludzkim rozumieniu doznali karni, nadzieja ich pełna jest nieśmiertelności. Po nieznacznym skarceniu dostąpią dóbr wielkich, Bóg ich bowiem doświadczył i znalazł ich godnymi siebie. Doświadczył ich jak złoto w tyglu i przyjął ich jak całopalną ofiarę” (Mdr 3, 4-6).

Niech nazwiska ofiar wyryte na tablicy pamiątkowej będą dla nas przypomnieniem, że Boskie dobro zawsze zwycięża, nawet jeżeli szatańskie zło pokazuje swe pazury. Niech ich historia będzie dla nas nauczycielką życia. Niech oni nam przypominają, że pamięć o przeszłości jest ważna dla współczesności. 🌿

 prof. dr hab. MARIA BARBARA TOPOLSKA

FARMACJA BEZ GRANIC

Obecność polskich farmaceutów poza granicami Polski w XIX–XX wieku

Zaczynam od znanych farmaceutów w państwach rozbiorowych: Austrii, Rosji, Prusach – do 1795 r. obywateli Rzeczypospolitej Obojga Narodów. W tym przyczynku ujrzymy zasługi przedstawicieli polskiej farmacji, emigrantów, w ich krajach osiedlenia, głównie po utracie niepodległości Rzeczypospolitej w 1795 r. To tylko próba wyłowienia ich z *Encyklopedii Polskiej Emigracji i Polonii* (pod red. K. Dopierały, T. 1-5, Toruń 2003-2005) oraz publikacji A. Kijasa pod tytułem „Polacy w Rosji od XVII do 1917 r.” (Poznań 2000). Pomimo pracy na rzecz zaborców w ich uczelniach i przedsiębiorstwach, pracy w wielu państwach na świecie, szczytą się oni także udokumentowaną działalnością na rzecz polskości i Polaków. A przecież było wielu takich, zawłaszczonych przez słowniki i encyklopedie państw, w których żyli przybysze, bardziej lub mniej zasymilowani.

Niech zwrócą uwagę czytelników zasługi polskiej farmacji w imperium rosyjskim, gdzie era szkolnictwa państwowego, nauki, modernizacji przemysłu itp., szlaków kolejowych była widoczna dopiero od połowy XIX wieku. Badacze tej tematyki wskazują na zasługi w różnych dziedzinach Polaków oraz – co zawsze dodaję – osób spolonizowanych (Litwinów,

Białorusinów, Ukraińców itd.). W latach 1864-1914 na uczelniach rosyjskich studiowało ponad 30 tysięcy Polaków. Przed I wojną światową na obszarze imperium było ponad tysiąc parafii katolickich i około 1300 kościołów. Polskie skupiska, począwszy od Petersburga (niemal 20 tysięcy osób w połowie XIX wieku) i Moskwy, mnożyły się od Tyflisu i Baku do Dorpatu, od Tobolska do Irkucka na Syberii, a na ziemiach ukraińskich liczne były w Kijowie, Charkowie i Odessie.

W omawianej tu dziedzinie szczególną rolę odegrało Wilno, przodujący w zaborze rosyjskim ośrodek szkolnictwa. Przejęty po jezuitach (Akademia Wileńska od 1569 r.) i szkolnictwie zakonnym, utworzony po kasacji jezuitów od 1773 r. Wileński Okręg Szkolny (w języku polskim) – dzieło Komisji Edukacji Narodowej, obejmował zabrane ziemie litewskie, białoruskie i litewskie. W latach 1803-1831 stał się największym pośród pięciu okręgów na czele z uniwersytetami w Dorpacie, Charkowie, Moskwie, Kazaniu i Petersburgu. Okręg wileński (245 szkół parafialnych, 5 gimnazjów, 16 szkół powiatowych i 50 zakonnych) został zamknięty przez Mikołaja I wskutek wybuchu powstania listopadowego w grudniu 1831 r. Zasługi Cesarskiego Uniwersytetu Wileńskiego we wszystkich dziedzinach miały



www.stock.adobe.com

CESARSKI UNIWERSYTET WILEŃSKI MIAŁ OGROMNY WPŁYW NA ROZWÓJ NAUKI W ROSJI, UKRAINIE I ESTONII W XIX WIEKU

wpływ na rozwój nauki w Rosji, Ukrainie i Estonii w XIX wieku.

W murach uniwersytetu w Wilnie Jędrzej Śniadecki (1768-1838), przybysz (wraz z bratem Janem, rektorem w latach 1807-1815) z pruskiej Wielkopolski, po studiach w Padwie objął jako profesor wykłady z chemii i medycyny. Od 1805 r. był znany nie tylko z pierwszego podręcznika chemii w języku polskim, ale zwłaszcza z opisanie dobroczynnego przez słońce i wychowanie fizyczne leczenia dzieci z krzywicy. Zajmował się analizą toksykologiczną i farmakologią oraz farmakognozą – stosowaniem naturalnych środków leczenia.

Wydział medyczny (7 katedr) uruchomił w Wilnie pierwszą klinikę chirurgiczną i szkołę położnictwa, weterynarii oraz farmacji. Jan Fryderyk Wolfgang, farmaceuta, botanik, w latach 1810-1831 profesor Uniwersytetu Wileńskiego, od 1806 r. do 1823 r. kierował katedrą farmacji, jednocześnie prowadząc przy uczelni dawną aptekę jezuicką. Ponadto zorganizował szerokie kontakty z aptekarzami w guberni wileńskiej i dalszych okolicach celem uzyskania informacji o występowaniu roślin leczniczych. Farmakognostyczne opisy zamieszczał na łamach pism wychodzących w Wilnie



wikipedia.org

JĘDRZEJ ŚNIADECKI (DRZEWORYT FELIKSA ZABŁOCKIEGO)



MyWiki.com

JAN FRYDERYK WOLFGANG

w języku polskim. Katedra farmacji na dobre działała od 1823 r., a czasopismo „Pamiętnik Farmaceutyczny Wileński” staraniem kilku specjalistów z Wydziału Farmaceutycznego, w tym prof. Wolfganga, wychodziło w języku polskim jako kwartalnik w latach 1820-1822. Od 1823 r. Towarzystwo Lekarskie (przewodniczącym był między innymi Jędrzej Śniadecki), które przyjmowało przedstawicieli wszystkich specjalności, także farmaceutów, przez krótki okres wydawało „Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacji”. Te osiągnięcia i wydawnictwa (artykuły i książki) wpłynęły na rozwój nauk farmaceutycznych w imperium rosyjskim w XIX wieku.

W Petersburgu w 1863 r. było Koło Polskich Przyrodników, a dopiero w 1901 r. Koło Lekarzy Polskich, pięć lat później jako Związek Lekarzy i Przyrodników działające w całym cesarstwie rosyjskim. W 1913 r. koło w Petersburgu (zlikwidowane w 1914 r. i odnowione w II RP) liczyło 150 polskich lekarzy, 22 farmaceutów, 30 przyrodników, 200 techników i 19 dentystów. W 1907 r. powstała w Petersburgu polska sekcja farmaceutyczna. Dziełem zaś Antoniny Leśniewskiej (1886-1937) była także, od 1905 r., sekcja

kobiet. Antonina Leśniewska (1866-1937), warszawianka, po pięcioletniej praktyce w aptece w Petersburgu w 1897 r. uzyskała tamże, po dwuletnim kursie w Wojskowej Akademii Medycznej, tytuł prowizora, a po czterech latach została magistrem farmacji, jako pierwsza kobieta w Rosji. W 1901 r. w domu Polskiego Towarzystwa Dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu otworzyła pierwszą w Europie aptekę zatrudniającą wyłącznie kobiety, przy niej zaś dwuletnią żeńską szkołę, która wykształciła przez 13 lat 184 kobiety jako pomocników farmacji i 14 z zawodowym tytułem prowizorek aptek. W 1905 r. założyła Stowarzyszenie Farmaceutek.

W imperium rosyjskim działał też inny polski farmaceuta – Henryk Kułakowski (1808-1890), który w 1837 r. ukończył Akademię Medyko-Chirurgiczną w Wilnie i tamże pracował w klinice terapeutycznej prof. Jędrzeja Śniadeckiego. Jako profesor nadzwyczajny, a następnie zwyczajny, specjalista w zakresie farmakologii, był zatrudniony w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu. Tamże jako farmakolog pracował Ludwik Sakowicz (profesor zwyczajny od 1830 r.), jeden z pierwszych polskich absolwentów tej akademii. Stanisław Przybytek (1852-1927) z Mińska

Litewskiego po studiach w Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym Uniwersytetu Petersburskiego oraz tamże w Wojskowej Akademii Medycznej jako lekarz uczestniczył w wojnie rosyjsko-tureckiej (1877-1888). Pracował w katedrze chemii uniwersytetu w Petersburgu. Po 23 latach pracy w Wojskowej Akademii Medycznej, gdzie wykładał farmakognozę i chemię medyczną (profesor zwyczajny od 1902 r.), osiągnął funkcję tajnego radcy stanu. Był członkiem Związku Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu. Publikował, głównie w języku rosyjskim, wiele prac z zakresu chemii farmaceutycznej, a ponadto zajmował

się awitaminozą. Ceniony był jego dorobek w nauce o środkach spożywczych na Uniwersytecie Warszawskim od 1922 r.

Uniwersytet w Moskwie wykształcił również uchodźców z ziem zagarniętej przez carat Rzeczypospolitej. Tam studia w Akademii Medyko-Chirurgicznej ukończył w 1838 r. Henryk Giewartowski (1816-1884) z Warszawy. Od 1837 r. zatrudniony był na uniwersytecie moskiewskim (profesor zwyczajny od 1864 r.); specjalista między innymi w dziedzinie farmakognozji. Ponadto współpracował z firmą produkującą świece stearynowe. Na uniwersytecie w Moskwie pracował także mikrobiolog, założyciel i kierownik laboratorium bakteriologicznego, a od 1895 r. Instytutu Bakteriologicznego, twórca rosyjskiej bakteriologii Jerzy Norbert Gabryczewski (1860-1907). Prowadził w Rosji pionierską działalność, produkując i stosując szczepionkę przeciw błonicy.

Widocznym miejscem działalności farmaceutów polskich stał się również uniwersytet w Kazaniu. Na przykład Walerian Podwysocki (1822-1892) z Ukrainy po studiach prawa w Kijowie i Charkowie ukończył studia medyczne na uniwersytecie w Dorpacie w 1876 r. ze Złotym Medalem za badania w dziedzinie farmakologii, w której specjalizował się na stypendium rządu rosyjskiego w Zurychu i Strassburgu. Od 1885 r. jako prywatny docent farmacji i farmakologii pracował na uniwersytecie w Kazaniu. Farmakolog i fizjolog Jan Dogiel (1830-1916) z Witebszczyzny po studiach w Wojskowej Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu odbył specjalizację w Heidelbergu i Lipsku. Doktoryzował się w Moskwie w 1863 r. Od 1869 r. kierował katedrą farmacji uniwersytetu w Kazaniu. Był autorem wielu prac między innymi z farmakologii i fizjologii w językach: polskim, niemieckim, francuskim i rosyjskim. Od 1909 r. na farmakologię na uniwersytecie w Kazaniu wykładał absolwent tej uczelni Jan Henryk Lubieniecki (1877-1947) z Wołynia. Po doktoracie z medycyny (1909) specjalizację, od 1913 r., odbywał w Austrii, Niemczech i Szwajcarii. W 1921 r. osiadł w Poznaniu, gdzie objął na Uniwersytecie Poznańskim stanowisko profesora farmakologii, Po zakończeniu II wojny światowej był współorganizatorem Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Znane było środowisko polskie w Charkowie i pracownicy tamtejszego uniwersytetu, na przykład Napoleon Halicki (1818-1881) z Wileńszczyzny.



muzeumfarmacji.muzeumwarszawy.pl

ANTONINA LEŚNIEWSKA



palona.pl

NAPOLEON HALICKI



afw

FERDYNAND KARO



MIEJSCEM DZIAŁALNOŚCI FARMACEUTÓW POLSKICH BYŁ UNIWERSYTET W KAZANIU, KTÓRY ZAŁOŻONY ZOSTAŁ W 1804 ROKU

www.stock.adobe.com

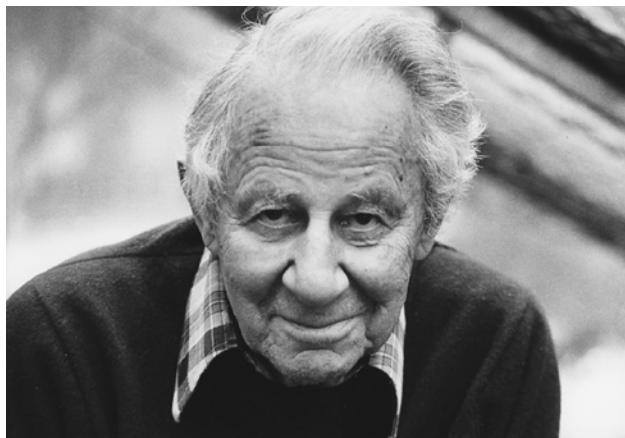
W 1837 r. ukończył Oddział Weterynarii Akademii Medyko-Chirurgicznej w Wilnie. Dyplom lekarza medycyny oraz weterynarii uzyskał na wydziale medycznym uczelni w Charkowie. Był założycielem tamtejszej Praktycznej Szkoły Weterynarii, wykładał farmakognozę i zoochirurgię. Zwalczał także epidemie cholery w guberni stawropolskiej.

Ferdynand Karo (1845-1927) z Brześcia Litewskiego, pomocnik w aptekach Warszawy i Częstochowy, studiował w Szkole Głównej w Warszawie farmację (1866-1868), a następnie jako prowizor pracował w kilku aptekach. W 1888 r. został służbowo przeniesiony na Syberię do aptek w Irkucku i Nerczyńsku oraz przy kopalni nad Zieją (prawy dopływ Amuru). W czasie dwudziestoletniego pobytu na Syberii zebrał około 80 tysięcy roślin leczniczych, w tym wiele nieznanych. Na Syberii było wielu polskich farmaceutów, na przykład Waclaw Jan Strażewicz (1889-1950). Egzamin na pomocnika apteki zdał w Petersburgu w 1906 r. Po odbytej praktyce w kilku aptekach Rosji otworzył własne w obwodzie Kupinat w guberni tomskiej oraz w uzdrowisku Czemał na Altaju. Zbierał rośliny lecznicze i organizował kursy zielarskie. Od 1922 r. był inspektorem Ogrodu Roślin Leczniczych Uniwersytetu Stefana

Batorego w Wilnie, gdzie wykładał toksykologię. Założył pismo „Rośliny Lecznicze i Przemysłowe”. Od 1937 r. wykładał farmakologię na Uniwersytecie Poznańskim. W 1947 r. z jego inicjatywy powstał w Poznaniu Państwowy Instytut Naukowy Leczniczych Surowców Roślinnych, którego został pierwszym dyrektorem.

Wybitną działalność przejawiał na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie prof. Włodzimierz Koskowski (1893-1965), kierownik Zakładu Farmakologii Doświadczalnej tej uczelni, twórca lwowskiej szkoły farmakologicznej. Z jego inicjatywy w 1930 r. powstał we Lwowie Wydział Farmaceutyczny. W 1939 r. poprzez Francję przybył do Szkocji, gdzie w latach 1941-1949 był profesorem farmakologii i terapii ogólnej na Polskim Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Edynburgu. W latach 1949-1963 pracował na Wydziale Farmakologii i Fizjologii Uniwersytetu Aleksandryjskiego (Egipt). Wykładał na uczelniach w Chicago, Baltimore i Londynie, a w latach 1963-1965 był lekarzem w Swindom (Anglia).

Polscy emigranci w Chicago, powołując się tutaj na udokumentowane informacje od prof. Andrzeja Targowskiego ze Stanów Zjednoczonych, zasłużyli się w dziedzinie farmacji w XIX i XX wieku. Byli nie tylko

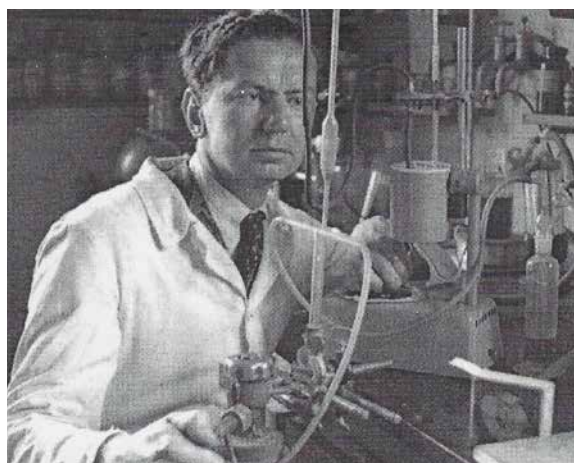


TADEUSZ REICHSTEIN



LEO STERNBACH

założycielami aptek w całym Chicago, zapewniając leki, ale również konsultacje w świadczeniu usług zdrowotnych dla biedniejszych Polaków. Pomagając im między innymi w pokonaniu bariery językowej. Angażowali się w działalność polskich instytucji farmaceutycznych, organizując badania leków, także roślinnych. Uczestniczyli w pracy amerykańskich organizacji zawodowych Chicago i stanu Illinois. Na przykład dr Walter Marz, polsko-amerykański farmaceuta (1888-1959), właściciel kilku aptek w polskich dzielnicach Chicago, promował edukację zdrowotną i profilaktykę wśród Polaków w tym mieście. Leon Skierkowski (1877-1958) w 1923 r. założył Polską Szkołę Farmacji, dbając o podniesienie standardów zawodowych. Leon Sobczak (1908-1982) w 1942 r. założył Polsko-Amerykańskie Stowarzyszenie Farmaceutów. Stella Orłowska (1917-2008), jedna z pierwszych Polek wykonujących w USA zawód farmaceuty, w 1940 r. otworzyła Orłowska Pharmacy w polskiej dzielnicy Chicago, które było także centrum opieki zdrowotnej i edukacji zdrowia oraz działalności kulturalnej.



afw

OLGIERD WOJCIECH BRZESKI

W Chicago działał wybitny farmakognosta Stanisław Smoleński (1908-1996). Po studiach medycznych oraz farmaceutycznych w Poznaniu ukończył studia doktoranckie z farmakognozji na Uniwersytecie Hamburgskim i specjalizację w College of Pharmacy w Chicago. Od 1949 r. był asystentem w Katedrze Farmakologii Szkoły Medycznej na Uniwersytecie Loyola w Chicago; w latach 1954-1996 pracował w Katedrze Farmakognozji i Farmakologii Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Illinois w Chicago. Badał ponad 12 tysięcy roślin na obecność alkaloidów jako źródła potencjalnych leków, w tym ponad 1000 niezbadanych. Był członkiem Amerykańskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i współzałożycielem Amerykańskiego Towarzystwa Farmakognostycznego.

Znanym ośrodkiem działalności polskich farmaceutów była Wielka Brytania. W Londynie od czerwca 1940 r. do pierwszych powszechnych wyborów prezydenckich w Polsce w 1990 r. miał siedzibę Rząd Rzeczypospolitej Polskiej na uchodźstwie. To tu znaleźli schronienie żołnierze Polskich Sił Zbrojnych, działały liczne polskie stowarzyszenia i organizacje, prowadzące też działalność wydawniczą. W latach 1946-1949 w Londynie ukazywał się dwumiesięcznik, a potem kwartalnik „Biuletyn Farmaceuty”. W 1941 r. na potrzeby Polskich Sił Zbrojnych zorganizowano w Edynburgu Polski Wydział Lekarski. Inicjatorem był znany chirurg z Uniwersytetu Edynburskiego Antoni Jurasz (dziekan w latach 1941-1945). Kadra liczyła dziesięciu polskich profesorów (w tym farmakolog prof. Włodzimierz Koskowski) i około 30 starszych i młodszych wykładowców, którzy wykształcili 377 Polaków, w tym kobiety.

Pierwszym dyplomowanym farmaceutą w Bułgarii został zbieg z powstania styczniowego Tomasz

Kamedulski. W 1866 r. założył aptekę w Widyniu, a w 1879 r. do dziś istniejącą w Oriachowie. Po śmierci w 1881 r. aptekę prowadziła jego żona, potem ich syn Teodor (1881-1958), absolwent studiów farmaceutycznych w Getyndze oraz Monachium, a następnie wnuk Wirgiliusz (studia farmaceutyczne w Insbrucku). Władysław Kasprzycki (1850-1918), lwowski farmaceuta, w 1882 r. znalazł się w Bułgarii i rok później założył własną aptekę w Warnie, a następnie w Pazardziku i Sofii.

W Szwajcarii rozpoczął światową karierę urodzony w Poznaniu (1921 r.) Olgierd Wojciech Brzeski. Po studiach chemicznych i obronie doktoratu w Zurychu został pracownikiem naukowym w globalnym koncernie Sandoz AG w Bazylei. Był wiceprezesem, a następnie prezesem Sandoz Pharmaceuticals w Montrealu w latach 1956-1973. Pracował nad antybiotykami. W Szwajcarii działał także Tadeusz Reichstein (1897-1996), uczonego pochodzenia polsko-żydowskiego, urodzony we Włocławku, który w 1950 r. wraz z dwoma badaczami z USA otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny za prace nad hormonami kory nadnercza. Ukończył studia na politechnice w Zurychu w 1922 r., a w latach 1939-1938 pracował w niej jako profesor chemii organicznej. W latach 1938-1950 był dyrektorem Instytutu Farmacji na Uniwersytecie w Bazylei. W 1933 r. zsyntetyzował kwas askorbinowy. W 1936 r. wyizolował kortyzon, a następnie również inne hormony kory nadnercza. Jego prace badawcze doceniło Szwajcarskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Od 1994 r. przyznaje Medal Reichsteina za wybitne osiągnięcia naukowe dla światowej farmacji.

Znany jest Leo Sternbach (1908-2005), farmaceuta pochodzenia polsko-żydowskiego (studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim), od 1941 r. do 2003 r. zatrudniony był w koncernie farmaceutycznym Hoffmann-La Roche, najpierw w Szwajcarii, a od 1949 r. w jego pierwszym ośrodku w USA. Opracował syntezę witaminy H, czyli biotyny. Zsyntetyzował pierwsze na świecie benzodiazepiny. W 1959 r. uzyskał diazepam, organiczny związek chemiczny o wiele mocniejszy od chlorodiazepoksydu (wprowadzonego do lecznictwa w 1960 r. pod nazwą handlową Librium), substancji relaksacyjnej, nad którą wcześniej pracował. Diazepam pojawił się w 1963 r. pod nazwą Valium. Jego dorobek jest imponujący (240 patentów).

W Szwajcarii duże uznanie zdobył Jan Venulet (1921-2011), absolwent studiów medycznych na

Uniwersytecie Jagiellońskim, uczestnik powstania warszawskiego. W latach 1953-1975 był kierownikiem Zakładu Farmakologii Instytutu Leków w Warszawie. Wykładał farmakologię między innymi na uczelniach w Damaszku i Rabacie, a także na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Genewie. W 1986 r. został doradcą Światowej Organizacji Zdrowia do spraw bezpieczeństwa leków. Był jednym z twórców międzynarodowego systemu monitorowania działań ubocznych leków.

Słynnemu „nadwornemu chemikowi sułtana” poświęcił połowę z 750 stron swej powieści Orhan Pamuk (noblista z 2006 r.) „Noce zarazy”. Karol Bonkowski (1841-1905), Bonkowski Pasza, syn powstańca listopadowego, był twórcą nowoczesnej farmacji w państwie osmańskim. Po studiach w Ecole Supérieure de Pharmacie w Paryżu i pracy w Instytucie Pasteura wykładał chemię w Szkole Medycznej w Konstantynopolu, gdzie wykształcił wielu specjalistów w dziedzinie farmacji i kierował Osmańskim Urzędem Sanitarnym. W 1892 r. został mianowany generałem i generalnym inspektorem zdrowia publicznego w imperium osmańskim. Był naczelnikiem apteki sułtana. Za zgodą władcy imperium zapoczątkował produkcję słynnej wody różanej. W 1879 r. zorganizował Towarzystwo Farmaceutyczne w Konstantynopolu, którego został pierwszym prezesem. W armii osmańskiej jako inspektor sanitarny wprowadził skuteczne metody dezynfekcji i walki z zarazą. Zdobył światową sławę jako ekspert turecki w sprawach zwalczania epidemii cholery.

Wielu polskich farmaceutów prowadzących działalność zawodową poza granicami Polski zapisało się na kartach historii, odnosząc sukcesy w rozmaitych dziedzinach, niekoniecznie związanych z naukami farmaceutycznymi. Byli wśród nich badacze, którzy wnieśli istotny wkład w rozwój wiedzy naukowej. Inni wykorzystywali ją w praktyce, pracując w firmach farmaceutycznych. Działając poza granicami swojej ojczyzny, byli prawdziwymi ambasadorami Polski i polskiej farmacji. 🌿



KAROL BONKOWSKI

chemaustraci.org.au



afw

prof. dr hab.

**MARIA BARBARA
TOPOLSKA**

Wybitna poznańska historyczka, badająca między innymi wpływy kultury zachodnioeuropejskiej na wschodnie ziemie Rzeczypospolitej Obojga Narodów w języku polskim

prof. dr hab. WIESŁAWA BYLKA

ŻYCIE USŁANE ZIOŁAMI

Prof. dr hab. Irena Matławska (1944-2023)

Prof. dr hab. n. farm. Irena Matławska, kierująca przez wiele lat Katedrą i Zakładem Farmakognozji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zmarła wieczorem 27 listopada 2023 r. Była zasłużonym nauczycielem akademickim, cenionym naukowcem, wybitnym, cieszącym się autorytetem specjalistą z zakresu farmakognozji, znakomitym dydaktykiem, wychowawcą wielu pokoleń farmaceutów.

Urodziła się 27 sierpnia 1944 r. w Niehniewiczach (okolice Nowogródka), skąd po tragicznych przeżyciach okresu okupacji rodzina z małą Ireną wyjechała 17 lutego 1946 r. na Ziemię Odzyskane. Jej matka Kazimiera Koszur była kierownikiem szkoły w Niehniewiczach. O dramatycznych warunkach transportu napisała w swoim pamiętniku: „W mroźny dzień czekałam wraz z mężem i córką Ireną, która wówczas miała rok i cztery miesiące w Nowojelni koło Nowogródka na odejście transportu do Polski. W dusznej i wypełnionej po brzegi poczekalni minął cały dzień oraz noc. Na drugi dzień koło południa długi zestaw wagonów towarowych podjeżdżał do stacji. Kilka godzin trwał załadunek, ładowano zboże, inwentarz żywy, meble. W wagonie, w którym znaleźliśmy się, stała uwiązana krowa, kury w klatkach. Miejsca dla ludzi było mało. Uciążliwa podróż trwała prawie trzy

tygodnie. Widać było wszędzie ślady wojny – ruiny budynków, sterczące kominy, w Warszawie ruina. Z trudem dojechaliśmy do stacji kolejowej Krzeszowice – obecnie Krzeszyce”.

Szkolę podstawową ukończyła w Krzeszycach. W Liceum Ogólnokształcącym nr 19 w Gorzowie Wlkp. w 1961 r. uzyskała świadectwo dojrzałości. W latach 1961-1966 studiowała na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Poznaniu (na kierunku zielarskim). Zainteresowanie fitoterapią rozwijała w kole naukowym, działającym przy Katedrze i Zakładzie Farmakognozji. W katedrze przygotowała pracę magisterską „Hyperozyd w korze wierzby amerykańskiej *Salix americana Hort*”. Po zakończeniu studiów podjęła pracę na stanowisku asystenta w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji, gdzie pracowała do przejścia na emeryturę. Stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych uzyskała w 1974 r. na podstawie pracy „Związki flawonoidowe w *Erysimum perofskianum* Fish et May”, wspieranej przez promotora prof. dr hab. Zdzisława Kowalewskiego. Stopień doktora habilitowanego został jej nadany w 1993 r. na podstawie rozprawy „Związki flawonoidowe w wybranych gatunkach rodziny Malvaceae”. Tytuł profesora otrzymała w 2008 r. Po przejściu na emeryturę prof. Z. Kowalewskiego w 1997 r. została powołana na stanowisko kierownika



Archiwum rodzinne/afw

PROF. DR. HAB. IRENA MATŁAWSKA STWORZYŁA LICZĄCY SIĘ W POLSCE OŚRODEK FARMAKOGNOZJI

Katedry i Zakładu Farmakognozji. Funkcję tę pełniła do osiągnięcia wieku emerytalnego w 2014 r. We wrześniu 2004 r. objęła kierownictwo Katedrą i Zakładem Farmakognozji Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, którą kierowała do 2014 r.

Była człowiekiem o wszechstronnych zainteresowaniach i dużych umiejętnościach zawodowych. Szczególnie interesowała ją ustalanie struktury, aktywności biologicznej związków z grupy flawonoidów, obecnych w surowcach często stosowanych w różnych terapiach. Kierunek badań wykonywanych w katedrze poszerzyła o kwasy fenolowe, polifenole, terpeny, olejki eteryczne, oznaczenia zawartości związków, ocenę aktywności biologicznej (między innymi przeciwdrobnoustrojowej, antyoksydacyjnej, hepatoprotekcyjnej) oraz badania zależności pomiędzy zawartością związków w wyciągach a ich aktywnością, a także ocenę jakości produktów leczniczych i suplementów diety. Do najistotniejszych osiągnięć prof. I. Matławskiej zaliczyć można

wyjaśnienie struktur związków flawonoidowych w gatunkach o wykazanej aktywności biologicznej. Często były to związki wcześniej wyodrębnione z niewielu innych gatunków.

Dużą wagę przykładła do popularyzowania zagadnień związanych z fitoterapią. Ukazało się drukiem wiele opracowań monograficznych na temat popularnie stosowanych gatunków, między innymi *Leonurus cardiaca*, *Hedera helix*, *Ganoderma lucidum*, z rodzaju *Kalanchoe*, z rodzaju *Urtica*, *Morinda citrifolia*, *Punica granatum*, *Hibiscus sabdariffa*, *Tussilago farfara*, *Turnera diffusa*, a także dotyczących surowców stosowanych w fitoterapii różnych chorób. Brała udział w opracowaniu dla Europejskiej Agencji Leków (EMA) monografii trzech gatunków: *Juglans regia*, *Cucurbita pepo*, *Viola tricolor*. Szczególnie ciekawiły ją istotne dla ziołolecznictwa zagadnienia interakcji między składnikami jednego surowca, w tym synergizmu, ponadto bezpieczeństwa stosowania surowców roślinnych, jakości produktów leczniczych i suplementów diety zawierających zioła, na przykład preparatów z *Ginkgo*

biloba. Jest autorką lub współautorką około 80 prac eksperymentalnych, bardzo wielu prac poglądowych.

Starła się pozostawić dane historyczne na temat działalności katedry w publikacjach na temat pierwszych kierowników Katedry Farmakognozji w Poznaniu, prof. dr. hab. Stanisława Biernackiego oraz prof. dr. hab. Waclawa Jana Strażewicza, także w pracach dotyczących historii działalności katedry oraz współpracy z ośrodkami naukowymi za granicą.

Przywiązywała dużą wagę do dydaktyki. Wykłady, które prowadziła, stale uzupełniała o nowe fachowe doniesienia literaturowe, włączyła się w zmianę koncepcji programu dydaktycznego, cechowała ją troska o przygotowanie wydań służących studentom. Brała udział w redagowaniu licznych pomocy dydaktycznych; były to zeszyty, skrypty oraz napisany pod jej redakcją podręcznik „Farmakognozja”, z którego korzystali studenci poznańskiej farmacji i niektórych innych ośrodków akademickich. Prowadziła dla studentów farmacji: ćwiczenia z farmakognozji, seminaria z leku roślinnego, od 1998 r. wykłady z przedmiotu „Farmakognozja” oraz fakultety. Zainicjowała wprowadzenie zajęć fakultatywnych z przedmiotu „Lek roślinny” dla studentów V i VI roku Wydziału Lekarskiego. Współtworzyła program i uczestniczyła w prowadzeniu zajęć dla słuchaczy studiów podyplomowych „Zioła w profilaktyce i terapii”, powołanych przy katedrze w 2015 r. Była promotorem pięciu prac doktorskich, sprawowała funkcję kierownika i opiekuna bardzo licznych prac magisterskich oraz recenzenta tych prac.

W latach 1999-2016 pełniła funkcję pełnomocnika rektora ds. kontaktów z uniwersytetami medycznymi w Grodnie i Witebsku (Białoruś). Z wielkim zaangażowaniem organizowała corocznie wymianę studentów pomiędzy tymi uczelniami a Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu. Organizowała staże naukowe w Polsce dla asystentów Wydziału Farmaceutycznego w Witebsku. Była osobą bardzo otwartą na współpracę z licznymi katedrami różnych uczelni, instytutami krajowymi, z ośrodkami zagranicznymi. Gośćmi katedry byli czołowi światowi fitochemicy: Tom Mabry, Jordan Zjawiony, Ahmed A. Ahmed, Norbert Pilewski, Nabil H. El-Sayed. Nawiązane kontakty naukowe zaowocowały wspólnymi pracami.

Prof. Irena Matławska była osobą o wszechstronnej wiedzy, szerokich horyzontach, wielkim doświadczeniu i dużej ambicji, z silnym charakterem.



UMP/afw

23 LIPCA 2008 ROKU IRENA MATŁAWSKA OTRZYMAŁA TYTUŁ NAUKOWY PROFESORA NAUK FARMACEUTYCZNYCH

Odważnie i z determinacją dążyła do realizacji celów, czasem trudnych lub niewygodnych. Budziła szacunek, była niepodważalnym autorytetem w środowisku farmakognostów. Stworzyła liczący się w Polsce ośrodek farmakognozji. Zawsze chętnie dzieliła się każdą przeczytaną nowością naukową, z zaangażowaniem przekazywała swoją wiedzę innym.

Przyjaźniła się z wieloma osobami zawodowo i osobiście. W kontaktach cechowała ją duża wrażliwość, empatia, chęć pomocy w rozwiązywaniu problemu. Potrafiła z uwagą słuchać ludzi opowiadających o swoich troskach i angażować się w ich rozwiązywanie, nie bacząc na własny czas i siły. Była otwarta na potrzeby ludzkie, ciepła, życzliwa, przyjazna, interesowała się losami pracowników i starała się im pomóc.

Bardzo dbała o atmosferę w katedrze, w której dobrze się pracowało i przekazywało zawodową wiedzę. To dzięki niej wytworzył się pełny życzliwości i przyjaźni serdeczny, rodzinny klimat, a przyjaźnie między pracownikami trwają do dziś. Po przejściu na emeryturę nadal utrzymywała kontakty z wieloma osobami z katedry. Dużą wagę przywiązywała do corocznych spotkań świątecznych, w których uczestniczyli też emerytowani pracownicy. Przygotowywała wówczas wspaniałe pierożki z grzybami do czerwonego barszczu.

Panią profesor chciałabym też wspomnieć osobiście. Pracowałam z nią przeszło 50 lat, początkowo w sąsiadujących pokojach. Łączyły nas dyskusje nad wspólnymi pracami naukowymi, doświadczenia dydaktyczne, prace nad redakcją skryptów dla studentów. Wspominam, gdy przyjeżdżała do mnie do domu w okresie, gdy miałam małe dziecko, aby wspólnie redagować skrypty i zmieścić się w terminie wyznaczonym przez wydawnictwo. Nie było wtedy komputerów, e-maili. Wspominam, jak niekiedy podwoziła mnie do domu, bo wtedy był czas na wspólne spokojne rozmowy. Do historii przeszedł incydent, gdy w okresie stanu wojennego, podczas telefonicznej dyskusji na temat identyfikacji wyodrębnionego przez nią związku flawonoidowego, odezwał się głos: „Proszę się rozłączyć” i rozmowa została przerwana. Związek okazał się podejrzany. Ja też wiem, ile trudu, niedospanych nocy kosztowało ją przygotowanie i potem coroczne uaktualnianie wykładów.

Pani profesor była bardzo skromną, prostolinijną osobą, która nigdy się nie wywyższała. Była niezwykle pracowita. Nie było dla niej „rzeczy trudnych”, podejmowała każde wyzwanie.

Ogromną jej troską były wnuki po przedwczesnie zmarłej córce. Pomagała w opiece nad córeczkami syna. Zajmowała się też dużym ogrodem ze starymi gatunkami drzew owocowych, w którym sama sadziła warzywa i je pielęgnowała. Zapraszała nas na zbiory owoców.



EJ?afw

prof. dr hab.

WIESŁAWA BYŁKA

Wieloletni pracownik Katedry
i Zakładu Farmakognozji
Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu, kierownik w latach
2014-2018

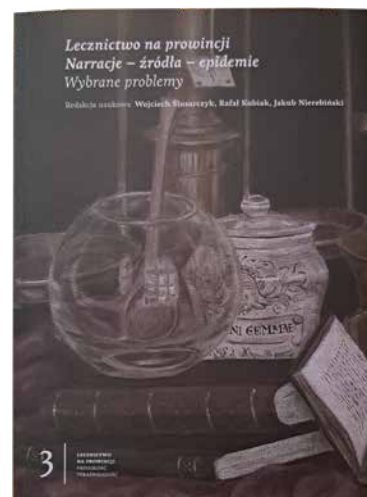
Pracowała do ostatnich dni życia. Choć była bardzo wyczerpana chorobą, jeszcze 19 listopada 2023 r. prowadziła swój ostatni wykład na studiach podyplomowych. Przeczując, że zdarzy się to, co nieodwracalne dla każdego z nas, zacytowała słuchaczom przysłowie ludowe „Nie znajdziesz ziela przeciw śmierci. Na śmierć nie urosło ziele, choć go wiele”. 🌿

Lecznictwo na prowincji

Dwie ścieżki życia farmaceutów – oficerów Wojska Polskiego zostały opisane przez nich samych. Wiesław Fusek jest autorem wspomnień „Przez piaski pustyni”, a Leon Pawlik napisał autobiograficzną powieść „Ankara”. Obie pozycje stały się materiałem badawczym dla Wiktorii Jaskulskiej i Katarzyny Szmyt, studentek ze Studenckiego Koła Naukowego Historii Nauk Medycznych na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Badaczki zainteresowały się nie tyle marginalnie ujętymi w tych książkach sprawami militarnymi, co wykorzystaniem zasobów wolnego czasu obu farmaceutów poza służbą wojskową. Obu bohaterów łączył młody wiek, wykształcenie oraz duża ilość pozasłużbowego czasu wykorzystywanego na kontakty z kulturą i przyrodą. Wspólne jest również korzystanie z alkoholu, ale u Fуска jest to raczej dodatek do rozrywki, podczas gdy farmaceuta z Góldapi czyni z niego, niestety, cel swoich działań. Obaj bohaterowie nie stronią także od towarzystwa kobiet, wykazując odmienny do nich stosunek. Mimo wojennego czasu Fusek dąży do samorozwoju, natomiast bohater „Ankary” wpisuje się w nudną, a zarazem frustrującą rzeczywistość północno-wschodniej prowincji. Autorki analizy wskazują na źródło różnic pomiędzy bohaterami, jakimi są: różnica pokoleniowa, a także przemiany kulturowe, jakie zaszły w powojennej Polsce.

Powyższe porównanie stało się jednym z rozdziałów wydanej przez wydawnictwo Episteme pod koniec 2023 r., trzeciej z serii książki „Lecznictwo na prowincji. Narracje – źródła – epidemie. Wybrane problemy”. Sama zaś książka jest pokłosiem konferencji, jaka odbyła się w kwietniu 2023 r. w Muzeum Solca im. Księcia Przemysła w Solcu Kujawskim.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI



Nostalgia kresowa

Dwa dni po Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Delegatów Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej IX kadencji, który odbył się 25 listopada 2023 r., zmarła prof. dr hab. Irena Matławska, nauczycielka wielu wielkopolskich i pomorsko-kujawskich farmaceutów, przez wiele lat kierująca katedrami i zakładami farmakognozji w uczelniach medycznych w Poznaniu i Bydgoszczy.

Z profesor Matławską zetknąłem się w 2012 r. podczas wykładów dla studentów III roku Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, podczas których wielokrotnie opowiadała o współpracy z Wydziałem Farmaceutycznym Witebskiego Państwowego Uniwersytetu Medycznego, między innymi o organizowanych wymianach studenckich. W tych opowieściach wyczuwalna była nostalgia, bowiem pani profesor urodziła się w Niehniewiczach, dawnym polskim zaścianku na Grodzieńszczyźnie. W wyniku postanowień konferencji jałtańskiej w 1945 r. jej rodzina zmuszona była

po zakończeniu działań wojennych opuścić rodzinne strony. Pani profesor nosiła w sobie tęsknotę do ziemi grodzieńskiej, którą znała głównie z opowieści swoich rodziców. Po którymś z wykładów podszedłem do pani profesor, przedstawiłem się i powiedziałem, że moja rodzina, praprababka Michalina z Petrażyckich Wentzłowa, siostra wybitnego prawnika prof. Leona Petrażyckiego i feministki Jadwigi Petrażyckiej-Tomickej, żyła na ziemi witebskiej i w związku z upadkiem caratu i rewolucją październikową zmuszona była opuścić dom. Historia jakże podobna do losów rodziny profesor Matławskiej i wielu innych Polaków, którzy w wyniku zawirowań dziejowych musieli rozstać się ze swoją małą ojczyzną. Pani profesor poprosiła mnie, abym przybliżył jej rodzinną historię. Opowiedziałem zatem o majątku Kołłątajewo w powiecie siemieńskim guberni witebskiej, o nałożeniu kontrybucji na majątek za udział praprapradziada Józefa Petrażyckiego w powstaniu styczniowym i o przeprowadzce w związku z tym do pobliskich Ledniewicz, rodzowego majątku mojej praprababki Rozalii Czarnockiej, której ojciec, Michał Czarnocki, absolwent uniwersytetu wileńskiego, pamiętnikarz i bibliofil, przyjaźnił się z Tomaszem Zanem i został pochowany obok niego w Orszy. Pani profesor zaproponowała mi wyjazd do Witebska na wymianę. Nie pojechałem, czego dzisiaj, mając na uwadze obecny konflikt, żałuję. Na kolejny wykład przyniosłem pani profesor książkę o mojej rodzinie, w której sporo poświęcono czasom Petrażyckich na Witebszczyźnie.

Wiedza, którą zdobyłem podczas wykładów i ćwiczeń z farmakognozji, przydała mi się w praktyce mojego zawodu, podczas pracy w aptece. Lek roślinny jest często pomijany w terapii, czego pani profesor bardzo nie chciała i uwrażliwiała nas, studentów, na tę kwestię. Zapamiętam ją też jako przeciwniczkę statyn. Dla wszystkich studiujących farmację była wielkim autorytetem.

mgr farm. MARCIN KUBICKI

Sędzia Okręgowego Sądu Aptekarskiego IX kadencji



CERKIEW PRAWOSŁAWNA KAZAŃSKIEJ IKONY MATKI BOŻEJ W NIEHNIEWICZACH

wikipedia.org

Ślady dawnych dziejów

Pierwsze w tym roku posiedzenie Sekcji Historii Farmacji Poznańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego odbyło się 15 lutego 2024 r. w Muzeum Farmacji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu. Zebranie otworzył przewodniczący sekcji dr n. farm. Jan Majewski. Uczestnicy posiedzenia minutą ciszy uczcili zmarłych: prof. dr. hab. Irenę Matławską, dr. n. farm. Tadeusza Wójtowicza, dr hab. farm. Jadwigę Brzezińską, a także dr. Andrzeja Sikorskiego, archeologa, przyjaciela poznańskich farmaceutów. Mgr farm. Konstancja Majewska przeczytała wiersz Anny Elżbiety Zalewskiej „Pamięci Andrzeja Sikorskiego”; oto fragment:

*...odkrywałeś ślady
dawnych dziejów
byłeś dobrym duchem
przyjacielem poetów
Swoje natchnienia
przelewałś na kartki papieru
Anioł zamknął księgę życia.*

Radosnym akcentem pierwszej części posiedzenia było gromkie „Sto lat”, które uczestnicy zaśpiewali Janowi Majewskiemu, rozpoczynającemu ósmą dekadę życia. Jan Majewski jest współzałożycielem Muzeum Farmacji w Poznaniu i jego pierwszym kustoszem. Z jego inicjatywy ukazał się reprint książki Leonarda Kostrzeńskiego „Materiały do historii aptek wielkopolskich”. Badał udział aptekarzy w powstaniu wielkopolskim. W 1998 r. ukazała się jego publikacja „Zaopatrzenie medyczno-sanitarne w powstaniu wielkopolskim i udział w nim farmaceutów” (1998). W 2006 r. wydał albumowe opracowanie „Muzea farmacji i zbiory aptekarskie w Polsce”.

Dalszą część zebrania poprowadził prof. dr hab. Michał H. Umbreit, wiceprezes Sekcji Historii Farmacji Oddziału Poznańskiego PTFarm. W pierwszym wykładzie dr n. farm. Jan Majewski w 115. rocznicę zakończenia Powstania Wielkopolskiego przypomniał zebranych okoliczności zawarcia rozejmu w Trewirze (16 lutego 1919 r.). Uczestników spotkania zainteresował fotorelacja zaprezentowana przez dr. n. farm. Stefana Piechockiego. Przedstawione zostało sprawozdanie z odsłonięcia i poświęcenia 8 grudnia 2023 r. w krużgankach klasztoru i kościoła dominikanów w Poznaniu tablicy pamiątkowej „W hołdzie farmaceutom wielkopolskim – ofiarom zbrodni niemieckich i sowieckich z lat 1939-1945”, ufundowanej przez Wlkp. OIA. Kustosz Stefan Piechocki omówił także drugą część wydawnictwa z dnia 8 grudnia 2023 r., sesję naukową, która odbyła się w Muzeum Farmacji im. prof. Witolda W. Głowackiego.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI



Stefan Piechocki

UCZESTNICY POSIEDZENIA SEKCJI HISTORII FARMACJI. W PIERWSZYM RZĘDZIE (OD LEWEJ): KONSTANCJA MAJEWSKA, GRAŻYNA KUCHARSKA, JAN MAJEWSKI, DIONIZY SKWARSKI, MICHAŁ H. UMBREIT I LUCJUSZ ZAPRUTKO. W DRUGIM RZĘDZIE (OD LEWEJ): ADAM JAGODZIŃSKI, PIOTR SKALSKI, IWONA MIELCZAREK-JAGODZIŃSKA I JAN URBANOWICZ

Zakochani w Wiedniu



NA STACJI WIEDŃSKIEGO METRA (OD LEWEJ): GOSIA ŻOK, DOROTA KUBACKA, ANIA WYPYCH, GRAŻYNA DZIEWIECKA, FRANEK GŁÓWKA, MARIUSZ ADAMIAK, HELENA PAWŁOWSKA, GRAŻYNA BUŁGARYN, HANIA HAIN, TERESA POLACZYK, GOSIA ŁAKOMA, JOLA STEFANOWICZ, ULA ZAWADZKA, BARTEK ZAWADZKI, MARIOLA SOCHACKA, MARIOLA JAMROZIK, WALDEK ZAWADZKI

Podczas uroczystej kolacji w restauracji „Brovaria” przy Starym Rynku w Poznaniu w lutym zeszłego roku, zachęteni przemiłymi wrażeniami po jubileuszowym zjeździe z okazji czterdziestolecia ukończenia poznańskich studiów farmaceutycznych przez absolwentów z rocznika 1982, postanowiliśmy zorganizować kolejne spotkanie, tym razem wyjazdowe. Z propozycji: Lizbona, Wiedeń, Rzym – wybraliśmy stolicę Austrii. I tak 4 października 2023 r. nasza siedemnastoosobowa grupa farmaceutów wybrała się pociągiem do Wiednia, stolicy europejskiej kultury.



www.stock.adobe.com



KATEDRA ŚWIĘTEGO SZCZEPANA



HOFBURG – WIEDEŃSKA REZYDENCJA WŁADCÓW AUSTRII

www.stock.adobe.com

Tyle do zobaczenia, a tylko trzy dni w Wiedniu! Na szczęście pogoda dopisała. Po mieście oprowadziła nas Elwira Rudecka, licencjonowana polska przewodniczka, która w czasie wędrówki przekazała nam wiele pięknych opowieści oddających historię i klimat artystyczny stolicy Austrii. Zobaczyliśmy zatem sale opery wiedeńskiej, Belweder, ratusz, cesarski pałac Hofburg. Podziwialiśmy katedrę św. Szczepana, dumę miejscowej architektury. Zwiedzaliśmy okazały pałac Schönbrunn z jego pięknymi ogrodami i parkami,

a znajdujący się w kompleksie pałacowym labirynt sprawił nam wielką frajdę. Również barokowa glorieta ze wspinałym widokiem na panoramę Wiednia wynagrodziła nam trudy wędrówek. Zachwyciły nas muzea: Muzeum Historii Naturalnej, gdzie można było poznać historię naszej planety, Muzeum Historii Sztuki, otwarte w 1891 r., będące jedną z największych na świecie galerii malarstwa i sztuki starożytnej, a dodatkowo dane nam było zobaczyć tam niezwykłą wystawę arrasów „Raphael. Gold & Silk”.



BELWEDER W WIEDNIU – BAROKOWY PAŁAC KSIĘCIA EUGENIUSZA SABAUDZKIEGO

Wiedeń to światowa stolica muzyki klasycznej, więc obowiązkowym punktem programu było nasze uczestnictwo w koncertach. Z zachwytem słuchaliśmy występu filharmoników z Rotterdamu w przepięknej Złotej Sali Musikverein, którą do tej pory mogliśmy podziwiać tylko podczas telewizyjnej transmisji koncertów noworocznych.

Atrakcji w czasie naszej wycieczki było więc mnóstwo. Do tego delektowaliśmy się sznyclem wiedeńskim, austriackim winem, niektórzy też tortem Sachera, a do wszystkich zwiedzanych miejsc przemieszczaliśmy się metrem. Wycieczkowy, relaksowy charakter wyprawy nadał przede wszystkim nasz „padre”, Franek Główka, który zarezerwował miejsca w hotelu Kagran, kupił bilety na koncert w Musikverein oraz zorganizował przewodnika po mieście. Koleżanka Mariola Sochacka zatroszczyła się o bilety na przejazd pociągiem, a Teresa Polaczyk o bilety do pałacu Schönbrunn. Dzięki ich zaangażowaniu wyjazd stał się dla nas

wszystkich zdecydowanie łatwiejszy i przyjemniejszy, a dzięki przyjaznej atmosferze, jaką stworzyliśmy, był niezwykle atrakcyjny i pozostawił w naszej pamięci niezapomniane wrażenia. Chciałoby się tu jeszcze powrócić...



www.stock.adobe.com

*Wiedniu, mój cudny śnie,
dziecięce, słodkie wspomnienie me.
Tę znaną piosnką z dawnych lat,
dajesz mi spojrzeć swobodnie w świat.*

*Wiedniu, choć mija czas,
wciąż przyjaźń serdeczna łączy nas.
Chwile radości, uśmiechów i łez,
o Wiedniu mój – to Ty!*

To fragment słynnej pieśni „Wiedeń, miasto moich marzeń” (Wien, du Stadt meiner Träume) Rudolfa Sieczyńskiego (1879-1952), autora książek i pieśni o Wiedniu, kompozytora o polskich korzeniach.

mgr farm. ANNA WYPYCH

Ratujmy ostańce!

Apteka wyróżniona godłem stanowiła punkt geolokacyjny ułatwiający odszukanie placówki w uliczkach i zaułkach miasta. Na terenie Wielkopolski były to przeważnie rzeźby orłów i lwów umieszczone na elewacji lub wewnątrz izby ekspedycyjnej. Zachowały się również godła murzynów, wag oraz plakiety upamiętniające ważne wydarzenia dziejowe. Na szczególną uwagę zasługują stare szyldy malowane na deskach lub blasze, kraty i okiennice. Po zakończeniu II wojny światowej przy drzwiach apteki montowano podświetlane okienko informacyjne z dzwonkiem. W latach siedemdziesiątych XX wieku nastąpiła epoka neonów i każda apteka wyróżniała się napisem APTEKA, różniącym się kolorystyką i krojem czcionki.

Wewnętrzne ostańce farmaceutyczne to elementy na stałe związane z substancją budowlaną. Zaliczmy do nich freski, witraże, płasko-rzeźby, posadzki. Na uwagę zasługują stare żyrandole, kinkiety z symbolami farmaceutycznymi oraz lampy biurowe. W niektórych aptekach zachowały się urządzenia do produkcji wody destylowanej oraz zabytkowe sejfy do przechowywania narkotyków i leków psychotropowych. (HC)



SEJF Z APTEKI W KOŚCIANIE

Archiwum rodzinny Leszczyńskich-Bolanowskich



Hanna Cytryńska

OKIENKO INFORMACYJNE Z DAWNEJ APTEKI SOŁACKIEJ W POZNANIU



Hanna Cytryńska

GODŁO APTEKI POD LWEM W LESZNIIE

OD REDAKCJI: Prosimy o przesyłanie na adres mailowy redakcji „Farmacji Wielkopolskiej” (redakcja@woia.pl) zdjęć farmaceutycznych ostańców wraz z krótką informacją o tych obiektach. Ratujmy ostańce! Ocalmy je od zapomnienia.



MUZEUM FARMACJI

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

Poznań, Al. Marcinkowskiego 11

tel.: **798 195 988**

e-mail: **museumfarmacji@woia.pl**

Wstęp bezpłatny



