

12/2012

ročník LXXXIV

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ



měsíčník stavovské lékárnické komory



Ve věci neoprávněného snižování úhrad (tzv. ořezů) VZP se nic převratného neděje. Ministerstvo zdravotnictví si ce plánuje úpravu Cenového předpisu, ale lékárníci jsou v této záležitosti skeptičtí. V září a říjnu na téma ořezů jednali představitelé VZP a ČLnK, ale pojišťovna celkově značnou sumu za krácené úhrady lékárnám neřeší. V dopise, odeslaném řediteli pojišťovny MUDr. Pavlu Horákovi pár dnů po uvedeném jednání, prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba mj. napsal:



Považujeme za nemožné, aby provozovatelé lékáren dokládali dávky receptů doklady o nákupech léčivých přípravků. Kromě toho, že jim to neukládá žádný předpis ani smlouva, by šlo o zcela zbytečnou aktivitu, protože by takové množství dokladů Vaše pojišťovna nebyla schopna zvládnout. Reálně není ani to, že bude lékárna odhadovat, které léčivé přípravky jí pojišťovna pravděpodobně neproplatí v plné výši, a pouze k nim dohledávat a přikládat nákupní doklady.

Ve VZP mezitím nastoupil nový ředitel, který se teď jistě zabývá jinými záležitostmi než vyrovnáním dluhu lékárnám. V každém případě zatím pojišťovna neupustila od svého požadavku na předložení dodacích listů, kterým zpětné proplacení redukováných úhrad podmiňuje. Komora sice vyzvala pojišťovnu k zaplacení rozdílu ve lhůtě do 10. 12. 2012, ale zatím nula od nuly pošla. Lékárníkům tedy nezbyvá, než se svého nároku domáhat soudní cestou.

Nadějme si protentokrát společný dárek: odvahu ukázat, že to myslíme vážně a že nad penězi, na které máme nárok, nemávneme rukou, ani když jednotlivě to mohou být nevysoké částky. Kolikrát už jsme své záležitosti po čase vzdali s vědomím, že sami nic nezmůžeme, až si veřejnost začala myslet, že nám ve skutečnosti o nic důležitého nešlo. Čím víc lékárníků v této věci půjde do soudních sporů, tím větší budou mít naději domoci se svých práv. Když jich bude opravdu hodně, nejen největší pojišťovna pochopí, že v budoucnu si podobné jednání vůči lékárníkům nemůže dovolit. Dopis řediteli VZP může skončit v některé kapse nového kabátku, ale žalobní nárok je výchovná lecke, kterou pojišťovna ze svého převráceného švédského stolu jen tak nesmete.

Jaroslava HOŘANSKÁ

šéfredaktorka

Mgr. Jaroslava Hořanská

redakční rada

PharmDr. Jan Horáček (předseda),
PharmDr. Pavel Grodza, PharmDr. Petr Haltuf,
Mgr. Kateřina Horáčková, PharmDr. Kamil Hrubý,
doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc., Mgr. Jiří Kotlář,
Mgr. Aleš Krebs, Ph.D., PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Daniela Seberová, PharmDr. Pavel Škvor

vydavatel

Lékařnická akademie, s. r. o.
Rozárcina 1422, 140 02 Praha 4
Vydavatel je zapsán v obchodním rejstříku
vedeném Krajským obchodním soudem v Praze, oddíl C
vločka 74194.

tisk a distribuce

Ringier Axel Springer Print CZ a.s.
Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

předplatné a inzerce

Objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka

č. 1/2013 – 2. ledna 2013

ISSN 1211-5134

Registrováno MK ČR E 6651, MIČ 46330

Podávání novinových zásilek povoleno

Oblastní správou pošt v Ostravě

čj. 1559/96-P/1 ze dne 19. 6. 1996

autorům

• Maximální rozsah redakcí nevyžádaného příspěvku je do 165 řádků normovaného rukopisu (NR; 1 řádek = 60 úhozů) • K příspěvkům přes 65 řádků NR požadujeme tematickou nebo ilustrační fotografii (kresbu, reprodukcí apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



Prívovská 6, 702 00 Ostrava
tel.: 596 115 372, tel. + fax: 596 114 844
e-mail: casopis@noveranet.cz

obsah

Důvěra nezbytným předpokladem	4
Zeptali jsme se	5
Osvědčení po novu (stav k 30. 11. 2012)	6
K sazbám DPH po 1. lednu 2013	8
Interaktivní dispenzační semináře	10
Návody pro dispenzaci: Dobrá vánoční káva	11
Členské příspěvky ČLnK na rok 2013	12
Zdravotní tvrzení a doplňky stravy	14
Nutná je mezioborová spolupráce	15
Diskusní okénko	17
Tak to vidím já: Hledání smysluplné cesty	18
Molekula měsíce: Tofacitinib	19
Nově registrované látky: Retigabin	20
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Asarum europaeum L.	21
Farmaceutické suroviny nově dostupné pro přípravu v lékárně IV	22
Revize taxy laborum a nový Cenový předpis	23
Mikulovské „vinobraní“ zkušenosti	24
Jak nás FaF připravila pro život?	28
Nakonec budeme „v síti“ všichni	30
Vliv izoflavonů na kostní a ostatní tkáň	32
Příjemně strávený večer věnovaný komunikaci	33
Nahlédnutí pod pokličku farmacie	34
Praktikantem v lékárně Cele Kula na jihu Srbska	35
České lékárenství 1948–1989 (III.)	36
Běh pro radost a kondici (XIV.)	37
Sepsáno před 120 lety	38

titulní strana



Obrázek na obálce:
Václav ŠÍPOŠ

Důvěra nezbytným předpokladem

Pro práci představenstva potřebujeme výraznější zpětnou vazbu

Atmosféra vánočních svátků je neopakovatelná a mohla by nás provázet déle než jen pár dní. Určitý půvab má i v tom, že koncem roku se přes vánoční shon většinou pozastavíme a poohlédneme zpět. Připomeneme si zajímavé okamžiky, úspěchy i neúspěchy, ať již osobní nebo pracovní. A zároveň mety dosažitelné snad příště.

PharmDr. Lubomír Chudoba



Také bych rád bilancoval. Tak trochu závidím firmám, které jsou schopné dlouho před koncem roku celkem spolehlivě odhadnout výsledek svého celoročního úsilí. A finanční prostředky si pak mohou dovolit utratit například za reklamní spoty. Je jistě užitečné se třeba dozvědět, že mobilní operátor konečně začíná účtovat hovorné po vteřinách. Nebo že výši splátky úvěru si u finančního ústavu můžeme každý měsíc stanovit sami, podle své finanční kondice. To potěší, ... méně pak vědomí, že v reklamě utracené desítky milionů jsou součástí ceny inzerované služby nebo produktu. A že v předchozích letech jsme s největší pravděpodobností kvůli „bdělosti“ státního regulátora zbytečně přepláceli.

Zdá se, že zdravotnictví nepatří k prioritám současné vlády. Jak jinak si vysvětlit skutečnost, že pár dní před kon-

cem roku nemají zdravotní pojišťovny podepsané smlouvy s nemocnicemi, že není vydána úhradová vyhláška, že neznáme konečnou podobu cenového předpisu, že ministerstvo neví, do jakých sazeb DPH budou od Nového roku zařazeny konkrétní zdravotnické prostředky atd. A proč teprve až v samotném závěru roku se budou naši zákonodárci věnovat finální podobě nejdůležitějších novel zákonů, které již od počátku roku připomínáme v řadě předkládaných variant?

Nebudu se proto ve svém sdělení pouštět do hodnocení výsledků činnosti představenstva České lékárnické komory za uplynulý rok, nyní by bylo dosti neúplné. O všem podstatném vás ale budeme i nadále obratem informovat na webových stránkách nebo prostřednictvím stavovského časopisu. A podrobněji se jakémukoli tématu můžeme věnovat na společných setkáních a vzdělávacích

akcích. Naopak, rád bych vás požádal o výraznější zpětnou vazbu. Vaše důvěra je pro nás nezbytným předpokladem úspěšného konání. Pokud bychom se snad v něčem měli z vašeho pohledu neodůvodnitelně vychýlit, pak nás prosím upozorněte. Bude vysvětleno nebo bezodkladně korigováno. Profesní komora je výjimečný institut, který nesmí ztratit podporu členské základny. Těžko bychom hledali jiný model obdobně komplexní a demokratické platformy, která by se věnovala rozvoji lékárenství a ohodnocení lékárenské péče.

Máme před sebou mnoho úkolů, které jsou čím dál složitější a náročnější na přípravu a prosazení. V této souvislosti považujeme za potřebné oslovit a přesvědčit další pracovité a nápádné jedince. A to nejen pro spolupráci s centrálními orgány ČLnK, ale také pro činnost v jednotlivých regionech. Příprava přesvědčivých argumentů pro obhajobu stávající nebo zavedení nové kompetence není a nebude tak jednoduchá, jak by se mohlo na první pohled zdát. Někteří z vás jsou již dnes intenzivně zapojeni do přípravy nové legislativy, řada z vás je činná v oblasti postgraduálního vzdělávání. Patří vám ohromné poděkování. Zkuste prosím svým elánem nakazit i další.

Přeji všem pohodové vánoční svátky, pevné zdraví a dostatek energie.

ČLnK ke generické substituci: Lékárník alternativy vnucovat nesmí

Česká lékárnická komora se v reakci na článek „Lékárny radí pacientům co koupit. Jdete pro aspirin, dostanete acylpyrin“, zveřejněný 20. 11. 2012 na iDNES.cz, vyjadřuje k řádnému provádění tzv. generické substituce neboli možnosti lékárníka zaměnit pacientovi lék předepsaný lékařem za jiný lék.

Česká lékárnická komora na problém zneužití generické substituce upozorňuje dlouhodobě a nesouhlasí s tím, že jsou lékárníci nuceni vedením společnosti provozující lékárny používat vůči pacientům agresivní a nezákonné praktiky pro zajištění maximálního zisku.

Lékařník může se souhlasem pacienta zaměnit léky, pokud obsahují stejnou účinnou látku, ve stejné dávce, lékové formě a jsou stejně účinné a bezpečné. O této možnosti by měl pacienta vždy informovat. Kromě toho má možnost předepsaný lék se souhlasem pacienta nahradit jiným, opět se stejnou účinnou látkou, když předepsaný lék nemá na skladě a současně zdraví pacienta nezbytně vyžaduje okamžitý výdej léku. Pacient také může lékárníka požádat o výdej léku s nižším doplatkem.

Ve všech těchto případech se musí lékárník zdržet jakéhokoli nátlaku na pacienta. Lékařník může alternativy na-

bízet, ale nesmí je vnucovat, a to ani pod tlakem ze strany zaměstnavatele.

V článku zveřejněném na iDNES.cz se popisují způsoby záměn léčivých přípravků, které jsou v rozporu se zákonem. V článku se doslova uvádí, že provozovatel lékáren „umí přesvědčit pacienta, aby odešel s tím, co mu chtějí dát, a ne s tím, pro co si přišel“. V článku se také uvádí, že „nepřítomnost léčiva na lékárně umožňuje využití generické substituce a aktivní nabízení dostupných léčivých přípravků“.

Takto silově generickou substituci provádět nelze. Pro pacienta má být generická substituce možností volby.

ZEPTALI JSME SE

Co byste popřáli českému lékárenství do roku 2013?

Popisované praktiky již z principu volbu pacienta vylučují, protože v lékárně je k dispozici pouze jeden léčivý přípravek s obsahem určité účinné látky, a lékárník pacientovi nenabízí alternativy, ale vnucuje mu svou vůli. Porušuje tím zákon již jen proto, že nepřítomnost léku v lékárně umožňuje náhradu jen když pacient lék potřebuje ihned. K takovým situacím ovšem v praxi dochází jen vzácně.

Podle publikovaného článku provozovatel lékáren vnucujících pacientovi změnu léčivých přípravků ani neskrývá svou motivaci a chlubí se, že navýšil poměr přesvědčených pacientů z 38 na 54 procent. Svévoleným výběrem konkrétního léčivého přípravku ze skupiny léků se stejnou účinnou látkou obrat vybraného přípravku zvyšuje. Za to po jeho výrobci požaduje zpětné bonusy z ceny. Generická substituce je tímto způsobem zneužívána k čistě obchodním zájmům, k nimž nebyla zřízena.

(člnk)



PharmDr. STANISLAV HAVLÍČEK viceprezident České lékárnické komory

Tak 21. 12. 2012 podle pesimistů skončí svět... Jak k tomu dojde, se neví. Podle jiných pesimistů se naplní Zjevení Janovo a vyjedou Hlad, Válka a Smrt, Jezdci z Apokalypsy. Zůstali už jenom tři, Mor, poslední do čtveřice, šel do penze v roce 1936 zároveň s vynálezem penicilinu. Optimisté na konec světa ještě letos před Vánoci nevěří. Čekají v čase zázraků na Zázrak, že se lidi posunou na vyšší úroveň, začnou si vážit toho co mají, přestanou závidět jiným co sami nemají, opustí materiální hodnoty a vrátí se k lásce a harmonii. A to bych popřál nejenom českému lékárenství – více souladu a alespoň nějaký řád. A kdyby to jenom trochu šlo, nějakého toho mladšího bratříčka penicilinu, a klidně i tři takové, kteří udrží zbývající trojlístek Jezdců dost dlouho a daleko od nás. Když nám přitom zvednou a budou zvedat obrat stejně jako penicilin, bude to bonus navíc.

PharmDr. JAN HORÁČEK, předseda redakční rady Časopisu českých lékárníků

Pro české lékárenství mám do nového roku hned trojí přání: Za prvé – dořešení problémů okolo specializačního vzdělávání lékárníků způsobem uspokojivým dotčené obory, a sice vydáním nových vzdělávacích programů, které pro praxi nebudou přítěží, ale přínosem. Za druhé – omezení vlivu pseudoliberalních tendencí zvyšujících chaos v oboru, již tak „dostatečný“ i bez nich. A za třetí – politiky naslouchající více odborníkům než korporátním lobbistům, a také převahu chápajících a tolerantních pacientů.



PharmDr. PAVEL GRODZA, místopředseda České farmaceutické společnosti ČLS JEP



Českému lékárenství a hlavně poctivým lékárníkům přeji jediné – více spravedlnosti. Toho opačného jsme si užili již opravdu dost. Jako starý sportovec jsem zastáncem fair play. Ve sportu není těžké její zásady dodržovat, ale v mém oboru, kterému se s oddaností věnuji již třiatřicet let, se mi jí stále nedostává. A těm nepoctivým přeji, aby neušli spravedlivému trestu. Třináctky nemám moc rád a liché letopočty rovněž ne, ale přesto věřím, že příští rok přinese našemu lékárenství jen samé dobré věci.

Mgr. MAREK HAMPEL, předseda představenstva Grémia majitelů lékáren

Především bych chtěl všem provozovatelům i kolegyním a kolegům zaměstnancům lékáren do příštího roku popřát pevné zdraví, pevné nervy a co nejčastěji dobrou náladu, bez ní jde totiž všechno hůř. Českému lékárenství potom přeji vše, co pomůže k tomu, aby pacienti dostali v lékárnách nejen léky a zdravotnické pomůcky, pro které si přišli a které potřebují, ale také fundované a vyčerpávající informace a v neposlední řadě i úsměv, dobré slovo a povzbuzení. Všichni přece víme, že nejen léky léčí.



PF 2013



Záhy vstoupíme do roku s třináctkou na konci. Zapomeňme na pověry spjaté s tímto číslem a raději si užijme skutečnost, že takový letopočet se vyskytuje jen jednou za sto let.

Vážení a milí čtenáři, příspěvatelé, redakční rado a všichni, kdo čtete tyto řádky, přijměte naše srdečné přání klidných a pohodových Vánoc, veselého Silvestra a šťastného vykročení do roku 2013.

Vaše redakce

Jednání v Poslanecké sněmovně

Seminář k novele zákona o regulaci reklamy (ZoRR) a novele zákona o léčivech (ZoL) se konal 27. 11. 2012 v Poslanecké sněmovně za účasti poslanců Zdravotního výboru a odborné veřejnosti.

Vystoupili zde zástupci farmaceutického průmyslu, kteří jako svůj hlavní cíl prezentovali zabránění zákazu návštěv reprezentantů v ordinační době lékaře a zahrnutí neinterventních postmarketingových studií do reklamy v rámci novely ZoRR a navrácení ustanovení, které ukládá distributorům rozlišovat, zda dodávají léky do lékárny či do distribuce v případě osoby, která provozuje lékárnu a zároveň distribuci, do novely ZoL.

Prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba přednesl návrhy pozměňovacích návrhů k novele zákona ZoRR (zákaz srovnávání s „běžnou cenou“, výslovné uvedení, že lékaři a lékárníci nemají povinnost vést evidenci plnění, které obdrželi v rámci reklamy, zákaz bonusů), a k novele ZoL (povinnost uvádět, zda jsou léky dodávány lékárně nebo distributorovi; představení návrhu slovenského řešení eliminace re-exportů; výslovné uvedení, že funkci vedoucího lékárníka je možno vykonávat pouze v jedné lékárně, odstranění povinnosti informovat pacienta o úhradě za položku, snížení výše pokut). Mgr. Marek Hampel podporoval zákaz bonusů do zákona o regulaci reklamy a dále navrhl odsunutí antireexportního opatření s odůvodněním, že postihuje pouze lékárny, a nikoli distributory. Závěrečná diskuze se věnovala převážně zákazu bonusů. Vystoupil v ní mimo jiné poslanec MUDr. Boris Šťastný, který jako jediný z poslanců kritizoval navržený zákaz bonusů. Dále se k této kritice připojil zástupce Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení (jejímž

jediným členem je Česká lékárna, a.s.) a zástupce pacientů (zástupce zdravotních pojištěnců s návrhem na zrušení bonusů naopak souhlasil). Zástupce ÚOHS sdělil názor, že plošný zákaz bonusů je v rozporu se soutěžním právem (právní analýzu k názoru ÚOHS zpracovává nyní Dr. Maršík).

Na seminář navazovalo jednání výboru. Program byl velmi obsáhlý, z našeho pohledu byly důležité právě body, které se týkaly novel ZoRR a ZoL. Oba tyto body byly přerušeny, a dokončení jejich projednání bylo přesunuto. Před tím ale stačili někteří poslanci „načíst“ několik pozměňovacích návrhů. V ZoL načel poslanec PharmDr. Jiří Skalický, Ph.D., návrh na úpravu registračního řízení léčiv, navrácení ustanovení ukládajícího za povinnost rozlišovat, zda distributor dodává léky do lékárny, nebo do distribuce, výslovné uvedení, že funkci vedoucího lékárníka lze vykonávat pouze v jedné lékárně. V ZoRR načel poslanec MUDr. Boris Šťastný návrh na zrušení zákazu návštěv reprezentantů výrobců léčiv v ordinační době lékaře a na zrušení zákazu poskytování bonusu v souvislosti s výdejem hrazeného léku. Poslanec PharmDr. Jiří Skalický, Ph.D., načel návrh na vyjmutí neinterventních postmarketingových studií z reklamy, návrh na zpřesnění podmínek pobídkových programů zdravotních pojišťoven ve smyslu zákazu směřování pacientů k některému poskytovateli, návrh na zrušení zákazu návštěv reprezentantů výrobců léčiv v ordinační době lékaře, návrh na přísnější úpravu poskytování vzorků léčivých přípravků a návrh na prodloužení lhůty, ve které musí pořadatelé vzdělávacích akcí poskytovat SÚKL podklady.

PharmDr. Lubomír CHUDOBA

Mgr. Martin MÁTL, Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

Osvědčení po novu (stav k 30. 11. 2012)

Zákon o zdravotních službách od 1. dubna 2012 a nový licenční řád České lékařnické komory od 1. prosince 2012, to jsou hlavní příčiny změny v systému vydávání osvědčení komorou. Do tohoto složitého stavu zasáhl 27. listopadu 2012 Ústavní soud, který zrušil přeregistrace. Ústavní soud zčásti vyhověl návrhu na zrušení některých zákonů. Jedním ze zrušených ustanovení zákona o zdravotních službách je to, které ukládá poskytovatelům zdravotních služeb povinnost tzv. přeregistrace.



oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Registrace opravňující provozovat zařízení zdravotnické záchranné služby poskytovatelem uvedeným v odstavci 2 pozbývá platnosti uplynutím 12 měsíců ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona.

V praxi již bez přeregistrací

Tato změna bude účinná ode dne, v němž bude nález Ústavního soudu publikován ve Sbírce zákonů. Co přinese praxi?

Nadále již nebude existovat povinnost poskytovatelů zdravotních služeb, a tedy i provozovatelů lékáren, k podání žádosti o vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud již svá zdravotnická zařízení provozují na základě dřívější registrace nestátního zdravotnického zařízení podle dřívějšího zákona. Ruší se tedy přeregistrace. Zaniká možnost požádat zjednodušeně

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

Konkrétně došlo k této úpravě ustanovení § 121 důležitých pro registrace:

(1) Osoba, která je oprávněna provozovat nestátní zdravotnické zařízení na základě rozhodnutí o registraci podle dosavadního zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (dále jen „registrace“), může na základě

registrace poskytovat zdravotní služby, které odpovídají druhu a rozsahu zdravotní péče uvedené v registraci; tato osoba se považuje za poskytovatele. Držitelé registrace podle dosavadních právních předpisů mají právo na vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona za předpokladu, že doloží náležitosti nutné k udělení registrace podle tohoto zákona.

(4) Registrace pozbývá platnosti dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení

bez příloh o oprávnění do 31. 12. 2012, ale současně také zaniká povinnost získat oprávnění nejpozději do 1. 4. 2015. Na základě dříve získaných registrací tedy bude možné lékárny provozovat bez časového omezení a nezmění-li se zákon, nebudou stávající poskytovatelé muset o oprávnění k poskytování zdravotních služeb žádat nikdy. Podle prvních reakcí ministerstva zdravotnictví to přinejmenším určité části jeho zástupců nevdají, a v době přípravě tohoto článku nikdo nahlas neuvažuje o nějaké formě návratu přeregistrací do zákona. Pokud dojde u dosavadních poskytovatelů s registrací ke změnám, např. v osobě odborného zástupce, rozsahu činnosti, změny v názvu apod., budou i nadále moci využít možnosti tzv. změny registrace podle § 121 odst. 3 (viz níže).

Nově vznikající poskytovatelé budou samozřejmě muset žádat o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V tomto ohledu se zákon zásahem Ústavního soudu nemění.

Otázky a odpovědi

V souvislosti s rozhodnutím Ústavního soudu se okamžitě vyrojily řady otázek. K nejfrekventovanějším:

- **Jsou platná oprávnění, která byla krajskými úřady v rámci přeregistrací již vydána, a lze se domáhat vrácení zaplaceného poplatku 1 000 Kč?**

Ano, jsou. Byla vydána na základě platného zákona v období, kdy byl tento zákon účinný. Opakuji, že zrušení přeregistrací bude účinné až po zveřejnění nálezu ÚS ve sbírce zákonů. Poplatek nelze vrátit, neboť je hrazen za vydání oprávnění, a k tomu již došlo.

- **Co bude s přeregistracemi, u nichž byla zatím jen podána žádost, případně zaplacen správní poplatek, ale zatím nebylo vydáno oprávnění?**

V době přípravy tohoto článku jen odhaduji, že po rozhodnutí ÚS krajské úřady většinou přeruší vydávání oprávnění a po zveřejnění nálezu ÚS řízení zastaví bez udělení oprávnění. V takovém případě by měly vrátit i zaplacené správní poplatky. Obávám se ale, že poskytovatel, který byl například „donicen“ i v rámci přeregistrace požádá o stanovisko k věcnému a technickému vybavení lékárny SÚKL, a stanovisko obdržel, se zaplaceného poplatku SÚKL domáhat nebude moci. Krajský úřad bude pravděpodobně moci v řízení

o přeregistraci pokračovat, pokud v něm poskytovatel svou žádost doplní o přílohy, které v rámci přeregistrace nebyly povinné. Pak už ale nepůjde o přeregistraci, ale o běžné řízení o vydání oprávnění. To by se ovšem týkalo jen těch poskytovatelů, kteří by nepovinně měli zájem o vydání oprávnění. Každý poskytovatel, který již o přeregistraci požádal, může svou žádost vzít zpět. Krajský úřad v takovém případě řízení rovněž zastaví. I zde by měl vrátit správní poplatek, neboť ten se platí za vydání oprávnění, nikoliv za pouhé vedení řízení. Vzít žádost o udělení oprávnění zpět lze i po vydání oprávnění ještě před tím, než rozhodnutí o udělení oprávnění nabude právní moci. Na vrácení správního poplatku již ale v tomto případě patrně nebude nárok, protože již došlo k vydání rozhodnutí.

Novinka pro vedoucí lékárníky

Původně měl být tento článek informací o změnách v osvědčení komory pro výkon soukromé lékárenské praxe, pro výkon funkce odborného zástupce nebo pro výkon funkce vedoucího lékárníka. Nový licenční řád především zavádí novinku ve formě osvědčení pro vedoucí lékárníky. Podstatně zjednodušuje formality spojené se získáním osvědčení. Veškeré podrobnosti naleznete na webu komory (www.lekarnici.cz) včetně nového formuláře žádosti i nového licenčního řádu. Z původního velkého množství předkládaných příloh zůstalo povinné předložení přehledu odborné praxe a doklad o nabytí specializované způsobilosti u vedoucích lékárníků nebo rozhodnutí krajského úřadu vydaného poskytovateli u odborných zástupců nebo lékárníků vykonávajících soukromou lékárenskou praxi.

Licenční řád samozřejmě reagoval na nový zákon o zdravotních službách včetně přeregistrací. Jejich zrušením došlo k podstatnému zjednodušení situace většiny provozovatelů lékáren. To se pozitivně promítne i do povinností lékárníků při získávání osvědčení komory.

Lékárníci, kteří začnou po 1. 12. 2012 vykonávat soukromou lékárenskou praxi nebo funkci odborného zástupce nebo vedoucího lékárníka, si požádají o vydání osvědčení podle nového licenčního řádu.

Ti, kteří již ke dni 1. 12. 2012 byli držiteli osvědčení komory nebo vykoná-

vali funkci vedoucího lékárníka bez osvědčení, se budou řídit přechodnými ustanoveními v § 15 nového licenčního řádu.

Vedoucí lékárník, který vykonává svou funkci v lékárně, k níž měl dosud osvědčení jako odborný zástupce, bude nadále jako vedoucí lékárník fungovat na základě svého starého osvědčení pro odborného zástupce. Nemusí tedy žádat o žádné osvědčení.

Vedoucí lékárník, který svou funkci vykonává v době po 1. 4. 2012 a nemá osvědčení pro odborného zástupce, protože se jím nikdy nestal, si požádá o vydání osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka do 31. 3. 2013.

Lékárník, který vykonává soukromou praxi, nebo odborný zástupce (pro oba případy dále jen odborný zástupce), kteří jsou držiteli osvědčení komory vydaných za působnosti zákona č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, nemusí žádat o nové osvědčení až do chvíle, než bude provozovateli lékárny vydáno oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Pak mají 15 dnů na podání žádosti. Pokud k 1. 12. 2012 bylo provozovateli lékárny oprávnění k poskytování zdravotních služeb již vydáno, pak tyto lékárníci podají žádost o vydání osvědčení nejpozději do 31. 3. 2013.

Některým lékárníkům bylo již od 1. 4. 2012 vydáno osvědčení k výkonu soukromé praxe nebo k výkonu funkce vedoucího lékárníka s přihlédnutím k jejich postavení v lékárně upraveného již podle nového zákona o zdravotních službách, protože takto o nich bylo rozhodnuto krajským úřadem při udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb provozovateli lékárny. Tato osvědčení lze snadno rozeznat podle toho, že na nich nejsou uvedeny údaje o lékárně (všechna stará osvědčení jinak údaje o lékárně vždy obsahují). Držitelé těchto osvědčení už také nemusí žádat o osvědčení k výkonu soukromé lékárenské praxe nebo funkce odborného zástupce.



Protože není jednoduché srozumitelně vylíčit všechny eventuality, které přicházejí v úvahu, je možné se s nejasnostmi obrátit na sekretariát komory, slečnu Janu Novákovou (novakova@lekarnici.cz, 241 090 666) nebo na právníka Mgr. MUDr. Jaroslava Maršíka (marsik@klikni.cz, 777 971 071).

K sazbám DPH po 1. lednu 2013

K dnešnímu dni (29. 11.) není možné jednoznačně říci, zda budou od 1. 1. 2013 v České republice dvě sazby daně z přidané hodnoty, základní a snížená, nebo sazba jenom jedna, základní. V případě, že budou zachovány dvě sazby, dojde ke změně seznamu zboží, které spadá do snížené sazby, což se mimo jiné dotkne zdravotnických prostředků. Bohužel, ani v tomto případě není jednoduché předpovědět, které zdravotnické prostředky by měly zůstat ve snížené sazbě, a které se přesunou do základní sazby.



Mgr. Martin Mátl

Dále v textu se pokusím vysvětlit příčinu tohoto stavu a nastínit možné scénáře budoucího vývoje.

Na sklonku roku 2011 přijal Parlament České republiky zákon č. 370/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty. Tento zákon s účinností od 1. 1. 2012 změnil sníženou sazbu DPH z 10 % na 14 %. Ovšem s účinností od 1. 1. 2013 zavádí pouze jednu základní sazbu DPH ve výši 17,5 %. Pokud by se v této oblasti nestalo nic dalšího, byl by osud DPH pro rok 2013 celkem jasný. Vládní koalice se ale rozhodla svůj záměr sjednotit sazby DPH opustit.

Na začátku listopadu prošel v poslanecké sněmovně ve třetím čtení vládní návrh zákona o změně daňových, pojistných a dalších zákonů. Tento zákon obsahuje několik částí, z nichž část sedmá ruší dosud neúčinné části zákona č. 370/2011 Sb. zavádějící jednotnou sazbu DPH ve výši 17,5 % a část druhá mění stávající výši sazeb DPH ze 14 % na 15 % a z 20 % na 21 %, a dále mění seznam zboží podléhajícího snížené sazbě.

Navrhovaná účinnost zákona je 1. 1. 2013. Pokud se legislativní proces podaří v tomto termínu dokončit, zůstanou od začátku příštího roku zachovány dvě sazby DPH, ovšem ve výši 15 % a 21 %. Pokud se ovšem přijímání zákona zpozdí, bude od Nového roku pouze jedna sazba DPH ve výši 17,5 %.

Podle stávající podoby zákona o dani z přidané hodnoty podléhají všechny zdravotnické prostředky snížené sazbě. Podle vládního návrhu zákona tomu již tak nebude. Dá se předpokládat, že výklad nové definice zdravotnických prostředků podléhajících snížené sazbě přivede určité potíže.

Bezpečně se dá říci, že podle nové definice budou **snížené sazbě** podléhat s výjimkou čtyř skupin (vata buničitá, tampóny vinuté, paruky a pomůcky stomické – deodorační) všechny zdravotnické prostředky, které lze zařadit do oddílu C přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění – tedy zdravotnické prostředky, které mají podmínky úhrady výslovně uvedeny v příloze zákona, zdravotnické prostředky zhotovované podle individuálního předpisu a „ortopedické pomůcky a přístroje, včetně berlí, chirurgických pásů a kýlních pásů; dlahy a jiné prostředky k léčbě zlomenin; umělé části těla; pomůcky pro nedoslýchavé a jiné prostředky nošené v ruce nebo na těle anebo implantované v organismu ke kompenzování následků nějaké vady nebo neschopnosti,“ stomatologické výrobky. **Základní sazbě** budou podléhat všechny zdravotnické prostředky, které lze zařadit do oddílu B přílohy č. 3 záko-

na č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění – tedy zdravotnické prostředky, o kterých je výslovně řečeno, že nejsou při ambulantní péči hrazeny ze zdravotního pojištění, lékařské přístroje a diagnostika.

Otázkou zůstávají zdravotnické prostředky předepisované na poukaz a hrazené podle § 15, odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (hrazené ve výši 75 % ceny ekonomicky nejméně náročné varianty). Jako příklad lze uvést třeba elastovizkozni roztoky. Ministerstvo zdravotnictví si přeje, aby i tyto zdravotnické prostředky podléhaly snížené sazbě. Z toho důvodu lze očekávat, že zveřejní výklad nové definice, ve kterém bude konstatováno, že i tyto zdravotnické prostředky podléhají snížené sazbě DPH. Protože ale poslední slovo v problematice sazeb DPH má Generální finanční ředitelství (GFŘ), bude rozhodující, jestli tento výklad nebude ze strany GFŘ rozporován. Pokud se Ministerstvu zdravotnictví nepodaří GFŘ přesvědčit o svém názoru, budou zdravotnické prostředky hrazené ve výši 75 % ceny v základní sazbě a bude riskantní zařadit je do sazby snížené.

Změna seznamu zboží podléhajícího snížené sazbě DPH se dotkne i dětských plen, které dnes patří právě do snížené sazby. Vládní návrh zákona je zařazuje do základní sazby.

OSVĚDČENÍ K VÝKONU SOUKROMÉ LÉKÁRNICKÉ PRAXE

zrušená a vydaná v listopadu 2012

Zrušená osvědčení

317/2002	PharmDr. Božena Pátková, Polní 29, Hodonín
318/2002	PharmDr. Eva Švimberská, Lidická 930, Vlašim
467/2003	PharmDr. Václav Maroušek, U Nemocnice 84, Příbram
58/2005	PharmDr. Eva Jůzová, Karlovo náměstí 89, Kolín
106/2005	Mgr. Antonín Sucharda, Horská 647, Trutnov
343/2005	PharmDr. Jana Honzalová, nám. J. M. Marků 119, Lanškroun
151/2006	PharmDr. Milan Havlíček, Horní Valy 13, Hodonín
152/2009	PharmDr. Lucia Foltánová, Dukelských hrdinů 23, Praha 7
33/2010	PharmDr. Petra Kyselová, Ke Koulce 7, Praha 5
176/2010	Mgr. Milada Neveselá, Lidická 3411, Břeclav
61/2011	Mgr. Hana Šutová, Na Slupi 2103/2C, Praha 2

- 92/2011 PharmDr. Martina Dostálová, Nemocniční 264, Duchcov
 159/2011 Mgr. Lukáš Láznička, Horní nám. 35, Opava
 364/2011 PharmDr. Eva Dvořáková, Rozkošská 2330, Havlíčkův Brod
 64/2012 Mgr. Stanislav Serbousek, Okružní 3482/7A, Ústí nad Labem
 142/2012 RNDr. Eliška Vassová, Na Městečku 56, Pozořice
 213/2012 PharmDr. Martina Belišová, nám. Svobody 1976, Kladno
 235/2012 Mgr. Naděžda Kohlerová, Bolzanova 3, Praha 1
 293/2012 Mgr. Michal Oriniak, Pasovská 175, Vimperk

Vydaná osvědčení

- 307/2012 Mgr. Gabriela Puchálková, Lékárna PILULKA, Pavlovova 67, Ostrava-Zábřeh, provozovatel: Abisen invest, s.r.o.
 308/2012 PharmDr. Michal Pavlík, Lékárna U Nádraží, Masarykova 37, Brno, provozovatel: Evrokapital, s.r.o.
 309/2012* PharmDr. Zdeňka Kojanová, Lékárna Klatovské nemocnice, Plzeňská 569, Klatovy, provozovatel: Klatovská nemocnice, a.s.
 310/2012 Mgr. Markéta Kameníková, Dr. Max Lékárna, Pernštejnské nám. 110, Hranice, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
 311/2012* PharmDr. Romana Dvořáková, Lékárna Harmonia, Horní 6/2233, Žďár nad Sázavou, provozovatel: Pears Health Cyber, s.r.o.
 312/2012 Mgr. Renata Ptáčnicková, Lékárna Lidická, Lidická 930, Vlašim, provozovatel: Mgr. Renata Ptáčnicková
 313/2012 Mgr. Hana Maršíková, Lékárna Oblastní nemocnice Příbram, U Nemocnice 84, provozovatel: Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
 314/2012* PharmDr. Božena Pátková, Lékárna MediCentrum, Kollárova 9, Hodonín, provozovatel: F-Dental Hodonín, s.r.o.
 315/2012 PharmDr. Jana Košťálová, Lékárna Santé, Husovo nám. 82, Český Brod, provozovatel: Lékárna Santé, s.r.o.
 316/2012* Mgr. Olga Doleželová, Lékárna Harmonia, Janáčkova 4266/13, Prostějov, provozovatel: Pears Health Cyber, s.r.o.
 317/2012 Mgr. Petra Gronská, Lékárna U Divadla, Horní nám. 145/35, Opava, provozovatel: Lékárna U Divadla, s.r.o.
 318/2012 PharmDr. Tatiana Kekelyová, Lékárna U Jednorožce, Náměstí Míru 5, Moravské Budějovice, provozovatel: Zenkas s.r.o.
 319/2012 Mgr. Jiřina Neštická, Lékárna Althea rosea s.r.o., Jihomoravské nám. 1, Brno, provozovatel: Lékárna ALTHEA rosea s.r.o.
 320/2012 Mgr. Martina Chudějová, Dr. Max Lékárna, Okružní 3482/7A, Ústí nad Labem, provozovatel: Česká lékárna, a.s.
 321/2012 PharmDr. Jiří Sedláček, Lékárna Borovina, Koželužská 292, Třebíč, provozovatel: AMARLEX, s.r.o.
 322/2012 Mgr. Milada Švambergová, Lékárna Lloyds Plaza, Radčická 2, Plzeň, provozovatel: Lékárny Lloyds, s.r.o.
 323/2012 PharmDr. Barbora Růžková, Novolékárna, Budyšínská 1400, Liberec, provozovatel: NOVOPHARM, s.r.o.
 324/2012 PharmDr. Hana Hrdinová, Lékárna U sv. Václava, Nádražní 16, Hrochův Týnec, provozovatel: Nowa Invest s.r.o.
 325/2012 PharmDr. Zdeňka Jahodová, Lékárna Hradecká lékárenská společnost, s.r.o., Pospíšilova 1159, Hradec Králové, provozovatel: Hradecká lékárenská společnost, s.r.o.
 326/2012 Mgr. Jaroslav Veselka, Lékárna Diagnostické centrum, Sokolská 49, Ostrava, provozovatel: PANACEA PLUS, s.r.o.
 327/2012 PharmDr. Milan Havlíček, Lékárna Dům zdraví, Horní Valy 13, Hodonín, provozovatel: F-Dental Hodonín, s.r.o.
 328/2012 PharmDr. Jaroslava Makešová, Lékárna Na Městečku, Na Městečku 56, Pozořice, provozovatel: Lékárna Na Městečku, s.r.o.

* = nová lékárna

(člnk)

Podmínka nejen za „ochotu“

Pod titulkem **Lékárník z Hodolan dostal za štědré zásobování narkomanů podmínku, zveřejnil nedávno Olomoucký DENÍK zprávu, z níž se svolením jeho šéfredaktora část přetiskujeme:**

Dva roky vězení s tříletou podmínkou. S takovým trestem odešel od olomouckého Okresního soudu čtyřiatřicetiletý lékárník Michal Veselovský. Ten nejméně po dobu jednoho a půl roku vydával desítkám narkomanů z Olomoucka na falešné recepty přípravky Modafen a Nurofen StopGrip.

Na nejméně 7 732 falešných receptů on a dvě jeho kolegyně prodaly v malé lékárně v Hodolanech 10 561 krabiček léčiv s pseudoefedrinem.

Veselovský musí také zaplatit pokutu 100 tisíc korun a po dobu pěti let nesmí pracovat ve zdravotnictví ani jako farmaceut. Lékárník odmítal v přípravném řízení na policii po celou dobu vypovídat. Ve čtvrtek se však u soudu ke všemu doznal a litoval toho, že narkomanům Nurofen StopGrip a Modafen ve velkém vydával.

„Už v době, kdy ještě tyto léky nebyly na předpis, jsme prodávali okolo jednoho tisíce balení měsíčně. Pak byl rozdíl jen v tom, že lidé přicházeli s padělaným receptem. Nevěděl jsem, že si z toho vyrábějí pervitin. Měl jsem jen takové podezření. Osobně jsem z toho žádný prospěch neměl,“ hájil se u soudu Veselovský. Později uvedl, že na každé krabičce jeho matka jako majitelka lékárny vydělala od 25 do 30 korun. Celkově odhadoval zisk z prodeje na 300 tisíc korun.

Narkomani však hodolanským lékárníkům nechávali také další peníze za ochotu. Při jednom nákupu se obvykle jednalo o dalších 100 až 200 korun.

Oceňovali také to, že jim farmaceuti zboží balili do igelitových tašek, aby ostatní zákazníci neviděli, co a v jakém množství si odnášejí a že se jich na nic nevyptávali. Nezdržovali je ani tím, aby na krabičky psali potřebné dávkování.

Svědci se shodovali v tom, že ve městě bylo veřejným tajemstvím, jak lehce se dají tyto přípravky v hodolanské lékárně získat. V jiných olomouckých apatykách je totiž farmaceuti vždy upozornili na to, že kvůli falešnému receptu zavolají policii a neprodali jim nic.

INTERAKTIVNÍ DISPENZAČNÍ SEMINÁŘE

Přihlašování pouze na www.lekarnici.cz – vzdělávací akce – nabídka kurzů pro lékárníky.

Účastnický poplatek uhradte dle pokynů při přihlášení: bankovním převodem na účet číslo: 35–7905240297/0100 vedený u KB, variabilní symbol: členské číslo účastníka, konstantní symbol: 558, specifický symbol: kód semináře. Splatnost nejpozději **5 dnů** před konáním semináře (v hotovosti na místě akce jen v nejnětějších případech a za zvýšený poplatek).

St 16. 1. 2013 Hradec Králové (kód semináře: 13001)
seminární místnost Nemocniční lékárny FN HK,
začátek v 18.00 hod.

Kazuistiky z klinické onkologie

Lektoři: Mgr. Martina Maříková,
PharmDr. Pavlína Pastyříková,
doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

Odborný garant: Mgr. Martina Maříková

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 23. 1. 2013 Praha (kód semináře: 13002)

Lékařnická akademie, Rozárcina 1422/9,

začátek v 17.00 hod.

Posouzení racionality lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií I.

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,
prim. MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 24. 1. 2013 Brno (kód semináře: 13003)

FaF VFU, seminární místnost, Palackého 1/3,

začátek v 17.00 hod.

Infekční onemocnění dýchacích cest u dětí

Lektoři: PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,
PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,
MUDr. Pavel Mazánek

Odborný garant: PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

St 30. 1. 2013 Praha (kód semináře: 13004)

Lékařnická akademie, Rozárcina 1422/9,

začátek v 17.00 hod.

Posouzení racionality lékového režimu u seniorů s polyfarmakoterapií I. – opakování

Lektoři: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.,
prim. MUDr. Ivana Doleželová

Odborný garant: PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Út 19. 2. 2013 Opava (kód semináře: 13005)

Salonek v hotelu Iberia, Pekařská 11, začátek v 18.00 hod.

Hodnocení farmakoterapie v kazuistikách

Lektoři: PharmDr. Marie Zajícová, MUDr. Lukáš Burda,
Mgr. Lucie Štěpánková

Odborný garant: PharmDr. Marie Zajícová

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 21. 2. 2013 Břeclav (kód semináře: 13006)

seminární místnost lékárny, Poliklinika Břeclav,

začátek v 18.00 hod.

Zánětlivá střevní onemocnění I.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
MUDr. Vladan Ryšavý

Odborný garant: PharmDr. Jana Krejčí

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 21. 2. 2013 Brno (kód semináře: 13007)

FaF VFU, seminární místnost, Palackého 1/3,

začátek v 17.00 hod.

Psychofarmaka v seniorském věku I.

Lektoři: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,
PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,
MUDr. Jana Nováková, Ph.D.

Odborný garant: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

So 23. 2. 2013 Olomouc (kód semináře: 13008)

LF UP, Ústav farmakologie – seminární místnost,

Hněvotínská 3, začátek v 9.30 hod.

Farmaceutická péče u pacienta s diabetem mellitem

Lektoři: Mgr. Martin Doseděl,
PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D.,
MUDr. Ondřej Krystyník

Odborný garant: Mgr. Martin Doseděl

Poplatek: 350 Kč, hotově 400 Kč

Počet bodů: 16

Čt 28. 2. 2013 Znojmo (kód semináře: 13009)

hotel Prestige, Pražská 100, začátek v 18.00 hod.

Zánětlivá střevní onemocnění I.

Lektoři: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.,
MUDr. Vladan Ryšavý

Odborný garant: PharmDr. Antonín Svoboda

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Čt 28. 2. 2013 Třebíč (kód semináře: 13010)

salonek v hotelu Zlatý kříž, Karlovo náměstí 19/13,
začátek v 18.00 hod.

Psychofarmaka v seniorském věku I.

Lektoři: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.,
PharmDr. Bc. Dana Mazánková, Ph.D.,
MUDr. Jana Nováková, Ph.D.

Odborný garant: PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

Poplatek: 300 Kč, hotově 350 Kč

Počet bodů: 12

Vzdělávání bez podpory z EU

Od počátku roku 2013 budou vzdělávací akce pro lékárníky opět pod hlavičkou ČLnK a Lékařnické akademie, s.r.o., ale už bez podpory z prostředků Evropského sociálního fondu. Projekt, do kterého jsme většinu akcí v loňském roce zařadili, pro rok 2013 skončil. Bohužel výhody, které z projektu vyplývaly (bezplatná účast), dále nemůžete využívat, a proto jsme nuceni se opět vrátit k účastnickým poplatkům.

Už nyní však vedeme jednání s Ministerstvem zdravotnictví ČR o možnosti nového projektu a podpory dalšího vzdělávání lékárníků. Jakmile budou známy podmínky a výše podpory, budeme vás o akcích informovat na www.lekarnici.cz i v ČČL.

Pro příští rok nyní připravujeme ve spolupráci se Sekcí klinické farmacie ČFS tradiční a velmi oblíbené interaktivní dispenzační semináře, které se konají po celé republice díky vyškoleným lektorům, ale i zcela nové akce, které se uskuteční ve spolupráci s praktickými lékaři. Informace o jejich konání najdete na webových stránkách, a v Česopise českých lékárníků.

Martina HORÁKOVÁ
Lékařnická akademie, s.r.o.

Medaile V. Žuffy profesoru Vlčkovi

V pořadí 38. lékařnické dny a 21. sympozium klinické farmacie Lívie Magulové, konané letos v září na FaF UK v Bratislavě, byly věnované 60. výročí jejího založení. Fakulta měla, jak zaznělo v jednom z projevů, v bývalém Československu celostátní význam, a v současnosti, pokud nepočítáme obor farmacie v rámci Univerzity veterinárního lékařství a farmacie v Košicích, je na Slovensku jediná. V úvodu konference převzali ocenění členové Slovenské farmaceutické společnosti. Medailí Vladimíra Žuffy byl oceněn prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., z FaF UK v Hradci Králové za významný přínos v oblasti klinické farmacie a lékárenství, a zároveň bronzovou medailí FaF UK v Bratislavě za spolupráci v oblasti vědecké a pedagogické činnosti. Blahopřejeme!

NÁVODY PRO DISPENZACI

Dobrá vánoční káva

Káva je na světě asi nejrozšířenější a nejužívanější stimulant. Základní složkou určující její vlastnosti je především kofein, avšak obsahuje řadu dalších látek, které mohou efekt modifikovat a rozšiřovat i do dalších indikací.

Kofein je hořká substance, která je obsažená v kávě, čaji, čokoládě a některých dalších nealkoholických nápojích. Kromě stimulačního a diuretického účinku ovlivňuje řadu dalších metabolických pochodů.

V jednom z nedávných článků v *New England Journal of Medicines* byly publikovány výsledky šestnáctileté studie o vlivu pití kávy na některá onemocnění a orgánové systémy. Obecně se ví, že kofein způsobuje krátkodobé zvýšení krevního tlaku, ovšem, je-li užíván formou nápoje, je zvýšení TK malé a převažují spíše pozitivní účinky kávy na kardiovaskulární systém. Zrna kávy totiž obsahují sloučeniny s antioxidačními účinky, které snižují oxidaci LDL cholesterolu, a následně dochází ke snížení protizánětlivých markerů. Proto se mírné pití kávy spojuje s nižším rizikem koronárních onemocnění, dokonce se uvádí, že dva šálky kávy denně mají na srdce ochranný vliv. Rovněž vaskulární benefit byl v této studii potvrzen, 2–3 šálky kávy denně snížily riziko vzniku cévní mozkové příhody, a navíc toto množství zlepšovalo i glukózový metabolismus (snižuje riziko DM2) a podporovalo hubnutí u osob s nadváhou.

Antioxidační a antimutagenní vlastnosti kávy mohou redukovat také riziko různých onkologických onemocnění. Zajímavý je vliv na neurodegeneraci – vliv kávy na kognici je dostatečně popsán, i když je časově pouze omezený. Prokázalo se však, že osoby s mírnými projevy Alzheimerovy či Parkinsonovy nemoci rovněž profitovaly z užívání 3–5 šálků kávy denně, došlo ke zpomalení progresu demence. Velmi zajímavý je rovněž vliv na mentální zdraví: u žen, jež pily 2–4 šálky kávy denně, se ukázalo o 15–20 % nižší riziko vzniku deprese než u žen užívajících pouze 1 šálek denně. Krátkodobý vliv kofeinu na náladu souvisí pravděpodobně se změnou aktivitou serotoninu a dopaminu. Dlouhodobý horizont tohoto pozitivního efektu je však dán spíše účinky antioxidačními a protizánětlivými. U pacientů, kteří popijeli kávu, se prokázalo také zpomalení progresu jaterního cirhotického poškození, ať u alkoholiků nebo pacientů s hepatitidou C. Pozitivní účinky kávy se projevily též ve zmírnění nepříjemných stavů spojených se syndromem suchého oka, neboť kofein způsobuje zvýšení sekrece slz. Málo uvěřitelný byl rovněž vliv na průběh některých infekčních onemocnění, např. na infekce způsobené MRSA, kdy je vhodné pít horké kávy a horkého čaje.

Dlouhodobé užívání kávy ve velkých dávkách může skutečně negativně ovlivnit hypertenzi a psychiku (anxieta, nespavost, tremor), dále zvýšit riziko vzniku glaukomu, arytmií, bolesti hlavy atd. Obecně platí, že pro zdravé osoby je pití 2–4 šálků kávy zcela bezpečné. Neplatí však, že by kofein snižoval množství alkoholu v krvi, jak si to většina lidí myslí. Ve větším riziku jsou pacienti s osteoporózou, u nichž se kostní denzita může snižovat jako následek snížené absorpce vápníku. Pití kávy není vhodné: u lidí trpících anxieta a nespavostí; u pacientů s refluxní chorobou jícnu nebo žaludečními vředy, u lidí se špatně kompenzovanou hypertenzí a arytmiemi nebo u pacientů, které často a intenzivně bolí hlava. Denní příjem kofeinu by neměl u dospělých překročit 800 mg/den.

Průměrný obsah kofeinu v nápojích – viz tabulka *Journal of Food Science*, 2010:

Typ nápoje	Množství nápoje v ml	Množství kofeinu v mg
Espresso	30	40–75
Hrnek kávy	240	95–200
Káva instantní	240	27–173
Káva s mlékem Starbucks	240	80
Černý čaj	240	14–61
Zelený čaj	240	24–40
Ledový čaj Lipton	240	5–7
Coca – Cola	355	30–35
Pepsi – Cola	355	32–39
Sprite	355	0
Red Bull	250	76–80

Věřím, že přípravu dobré kávy svým blízkým, přátelům i známým zvládnete o Vánocích i bez použití mých dispenzačních rad.

PharmDr. Marie ZAJÍCOVÁ
marie.zajicova@nemocnice.opava.cz

Členské příspěvky ČLnK na rok 2013

Výše členského příspěvku

1. Členský příspěvek základní 3 000 Kč platí všichni členové ČLnK (včetně držitelů osvědčení), kromě členů majících nárok platit členský příspěvek redukovaný podle bodu 3, prosíme uvést **S. symbol/specifický symbol = 2**.

2. Členský příspěvek redukováný činí 1 500 Kč, ten jsou oprávněni platit:

- ženy (muži) na mateřské a rodičovské dovolené (**S. symbol = 41**)

Za mateřskou, resp. rodičovskou dovolenou je možno považovat pouze ten stav, kdy k rozhodnému datu (1. 2. 2013) rodič pobírá peněžitou pomoc v mateřství (po dobu MD), resp. rodičovský příspěvek (po zvolenou dobu 2, 3 nebo 4 let). Na výzvu ČLnK jsou povinni tuto skutečnost doložit.

Na členku (člena), která(ý) po skončení mateřské, resp. rodičovské dovolené zůstane tzv. v domácnosti, se nevztahuje možnost platby redukováného členského příspěvku (musí tedy platit členský příspěvek základní ve výši 3 000 Kč, příp. může ukončit své členství v komoře).

- nepracující důchodci (**S. symbol = 42**)

Za nepracující důchodce jsou považováni ti, kteří k rozhodnému datu (1. 2. 2013) nevykonávají lékárenskou činnost v pracovněprávním ani obdobném vztahu. Na vyžádání ČLnK jsou povinni to doložit, např. čestným prohlášením.

- absolventi, kteří do ČLnK vstupují v kalendářním roce ukončení studia (**S. symbol = 44**)

• studenti doktorského studia v prezenční formě na fakultách v ČR za následujících podmínek, stanovených představenstvem ČLnK:

- a) studenti o možnost platit redukováný členský příspěvek musejí předem písemně požádat a žádost doložit potvrzením fakulty o zařazení do studia
- b) studenti každý rok před platbou členského příspěvku musejí předložit potvrzení fakulty o trvání studia v daném roce (**S. symbol = 43**).

U členů, kteří platí redukováný členský příspěvek, vyžadujeme uvedení S. symbolu do identifikace platby jako **povinný údaj**.

Členské příspěvky
jsou splatné
od 1. 1. do 28. 2. 2013

Připomínáme, že výše členských příspěvků není odvislá od velikosti pracovního úvazku, tzn. je dána podle výše uvedených sazeb pro každého člena ČLnK, ať má pracovní úvazek 1,0 nebo např. jen 0,2.

Rovněž tak platí zásada, že při přijetí za člena ČLnK v průběhu roku je nutné zaplatit členský příspěvek v příslušné celoroční výši. Řády ČLnK totiž neumožňují platbu případně alikvotní části podle výše úvazku nebo data přijetí.

Uvedená specifikace a pravidla platby vycházejí z Rozpočtového opatření představenstva ČLnK č. 1/2008 ze dne 7. 11. 2008, které naleznete na webu ČLnK (www.lekarnici.cz) v rubrice Předpisy, stanoviska → Rozpočtová opatření představenstva ČLnK.

Rozhodným datem pro posouzení výše členského příspěvku (tedy pro možnost platby redukováného členského příspěvku, resp. pro platbu základního členského příspěvku po platbě redukováného členského příspěvku v předchozím roce) je **1. únor 2013**, tzn., že především platby členského příspěvku redukováného by měly být prováděny až po 1. únoru 2013.

Způsob platby:

Bankovním převodem z Vašeho účtu na účet ČLnK č. **68938011/0100** (KB Praha 4). Jako **variabilní symbol** uveďte číselný údaj ve tvaru **xxxxyyyy**, kde **xxx** je kód Vašeho OSL a **yyyy** je Vaše evidenční číslo člena ČLnK (pokud má Vaše evidenční číslo méně než 4 místa, uveďte na jeho počátek příslušný počet nul, tzn. kdo má např. evidenční číslo 76, do variabilního symbolu uvede hodnotu 0076). V případě pětimístného čl. čísla, uveďte např. 90510158 (905 kód OSL, 10158 čl.číslo).

V krajním případě můžete jako variabilní symbol použít svoje rodné číslo.

Upozorňujeme, že variabilní symbol je třeba uvést v každém případě, jinak je Vaše platba v evidenci ČLnK nepřiraditelná !!!

Pokud někdo vyplní špatně variabilní symbol (evidenční číslo člena), může se stát, že platba bude připsána jinému členovi, protože zapisování členských příspěvků do PC evidence se bude provádět automatizovaně přímo z výpisů z účtu bez manuální kontroly. Pro snadnější dohledání takto případně špatně zapsaných členských příspěvků proto **požadujeme jako povinný údaj uvést do zprávy pro příjemce jméno a příjmení člena. Zvláště potřebné je to v případech, kdy za člena platí členský příspěvek zaměstnavatel – v těchto případech je tedy třeba uvést, ve prospěch kterého člena zaměstnavatel členský příspěvek platí.**

Termíny:

Členské příspěvky musejí být zaplacené do 28. února 2013, po tomto datu jsou členové povinni ve smyslu Finančního řádu ČLnK (část II, § 3, odst. 2) vedle členského příspěvku uhradit i penále, které činí 10 % z dlužné částky za každý (i započatý) měsíc prodlení. V případě včasného neuhrazení členského příspěvku (resp. včasného neuhrazení vyměřeného penále za pozdní platbu) se členové vystavují nebezpečí zahájení disciplinárního řízení, které může skončit až vyloučením z ČLnK se všemi důsledky z toho vyplývajícími.

Ukončení členství v ČLnK:

Někteří členové ČLnK se mylně domnívají, že pokud nezaplatí členský příspěvek na příslušný rok, automaticky přestanou být členy ČLnK. To je nesprávný výklad, který může pro člena znamenat nepříjemné překvapení. Ukončení členství lze totiž v souladu s řády ČLnK provést pouze na základě písemné žádosti člena s uvedením požadovaného data ukončení členství (většinou k 31. 12. příslušného roku). Pokud žádost o ukončení členství není podána, je třeba členský příspěvek uhradit. Pokud se tak nestane, je jeho platba vymáhána. Ukončit členství může např. nepracující důchodce, farma-

ceut odcházející pracovat mimo lékárnu nebo do zahraničí. V případě opětovného nástupu do lékárny je pak ale třeba podat novou žádost o členství v ČLnK. Dovolujeme si v této souvislosti na základě četných dotazů sdělit, že neexistuje žádný institut pozastaveného členství.

Pokud tedy někdo **zamýšlí ukončit členství** tak, aby se na něj již nevztahovala povinnost platit členský příspěvek na rok 2013, **musí tak učinit výhradně písemnou formou nejpozději do 31. 12. 2012.**

Těm, kteří by svou případnou žádost o ukončení členství s cílem neplatit členský příspěvek na rok 2013 podali až po 31. 12. 2012, nelze zaručit kladné vyřízení. V takovém případě lze pouze doporučit současně se žádostí o ukončení členství předložit žádost o výjimku z platby členského příspěvku. V případě důvodů hodných zřetele (a pokud bude žádost předložena max. do 28. 2. 2013, tedy do doby splatnosti členských příspěvků) představenstvo uváží, zda výjimku udělí, či nikoliv. Pokud výjimka udělena nebude, zůstává členovi povinnost členský příspěvek na rok 2013 zaplatit.

Považujeme za potřebné na výše uvedenou záležitost s ukončením členství speciálně upozornit farmaceuty s jinou než českou státní příslušností (**především farmaceuty ze Slovenské republiky**), kteří se vracejí pracovat do své vlasti, a farmaceuty s českou státní příslušností, kteří naopak odcházejí pracovat do zahraničí. Mnozí z těchto lékárníků si neuvědomují (nebo zapomenou), že při odchodu z ČR je nutné si vypořádat všechny potřebné záležitosti (mezi něž patří tedy i členství v ČLnK) a pak se velice diví, když je po nich požadována úhrada členského příspěvku.

Ukončení členství je možností, nikoliv však povinností. Pokud si někdo z okruhu výše jmenovaných farmaceutů chce členství ponechat, je to jeho právo a nikým nebude nucen ho ukončit. Musí ovšem počítat i s dodržováním povinností, které jsou s členstvím spojeny (tzn. povinnost platby členských příspěvků).

Členové, kteří ukončí svoje členství v ČLnK, ale nechtějí přijít o možnost kontaktu s lékárnickou obcí, mohou si objednat doručování Časopisu českých lékárníků jako předplatitelé, a to přímo v redakci časopisu v Ostravě (kontakty jsou uvedeny v tiráži časopisu).

Výjimky:

Člen, jemuž sociální situace neumožňuje zaplatit členský příspěvek v předepsané výši, může písemně požádat představenstvo ČLnK o uhrazení členského příspěvku, resp. jeho části, ze sociálního fondu ČLnK. Žádost musí doložit doporučením svého OSL.

Člen může představenstvo požádat též i o jinou výjimku (ukončení členství bez povinnosti platit členský příspěvek na rok 2013 (viz výše), prominutí penále atd.).

Na kladné vyřízení výjimek není právní nárok.

Výše dalších poplatků:

1. Registrační poplatek nového člena je **200 Kč** (beze změny).
2. Poplatky za vydání osvědčení, změnu osvědčení nebo vzdání se osvědčení **se od 1. 7. 2004 nevybírají** (ve smyslu Rozpočtového opatření představenstva ČLnK č. 2/2004).

Platba členských příspěvků zaměstnavatelem za zaměstnance:

Podle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů (především novely č. 492/2000 Sb.), vyplývá z § 24, odst. 2, písm. d), že pokud zaměstnavatel uhradí za zaměstnance členský příspěvek, lze tento výdaj u zaměstnavatele považovat za daňově uznatelný. Platba členského příspěvku zaměstnavatelem za zaměstnance je ovšem akt dobrovolný a právně nevynutitelný a záleží vždy na dohodě obou stran. Uvedený režim lze takto aplikovat u soukromých lékáren. U lékáren, které jsou součástí subjektu zřízeného státem nebo územním samosprávným celkem, je aplikace uvedeného režimu sporná, neboť tyto subjekty hospodaří podle rozpočtových pravidel, která jsou možnému uplatnění popsá-

ného daňového režimu nadřazena. Proto v takových případech bude vždy záležet na konkrétních nastavených pravidlech a pak příp. i na osobní stařečnosti managementu těchto subjektů, zda lékárníkům členské příspěvky uhradí, či zda si je budou muset lékárníci uhradit sami.

Pokud bude zaměstnavatel (tedy soukromá lékárna) hradit za zaměstnance členský příspěvek, je nezbytně nutné, aby jako variabilní symbol platby uvedl údaje za zaměstnance (viz pokyn v tomto článku o platbě členského příspěvku bankovním převodem), nikoliv svoje IČO nebo jiný obdobný číselný údaj.

Pokud zaměstnavatel uhradí za zaměstnance členský příspěvek, v souladu s příslušnými daňovými zákony musí zaměstnanci na příslušný měsíc k jeho mzdě přičíst částku zaplaceného členského příspěvku jako nepeněžní plnění a takto navýšenou mzdu zdanit a odvést ZP a SP podle platných předpisů.

Pokud se stane případ, že člen si členský příspěvek zaplatí sám a teprve následně se dohodne se zaměstnavatelem, že ten mu jej uhradí zpět, nastává z hlediska daňového komplikovaný případ, který je podle převažujícího názoru nutno řešit tak, že zaměstnavatel musí zpětné proplacení členského příspěvku zaměstnanci zdanit a zaměstnanci tak vrátí částku nižší o odvedenou daň. Z tohoto důvodu proto žádáme, aby se o případné platbě členského příspěvku zaměstnavatelem obě strany včas a jednoznačně dohodly předem.

Kontakty:

Ing. Markéta Kantůrková

tel.: 241 090 664

e-mail: kanturkova@lekarnici.cz

Jana Nováková

tel.: 241 090 666

e-mail: novakova@lekarnici.cz

Ad ČČL 11/1012: Všude se nebatoží

Reaguji, vážený pane kolego, na Váš článek, který vyšel v ČČL č. 11/2012 na str. 13 pod titulkem „Lékárník, nebo úředník?“. Zatím jste asi moc lékáren neprošel, protože všude se skutečně nebatoží. Znáám spoustu kolegů, kteří se k něčemu takovému nikdy nesnížili, a já sama bych v takové lékárně, kterou popisujete, nezůstala ani minutu. Bohužel ti z nás, kteří nebatoží a trvají na vysokém standardu svých zaměstnanců, nemohou do svých lékáren takové zaměstnance sehnat – patrně ani absolventi nemají zájem o to pracovat na vysoké odborné úrovni. Pokud nepatříte mezi ty, kteří jen remcají, ale nic jiného pro změnu neudělají, a chcete pracovat v lékárně, kde se tyto praktiky neprovozují, ozvěte se mi. Počítejte ale s tím, že znalosti a schopnosti jsou na prvním místě, úředničinu rozhodně dělat nebudete.

Mgr. Kateřina HORÁČKOVÁ

Zdravotní tvrzení a doplňky stravy

Zatímco v posledních pěti letech problematika zdravotních tvrzení vlažně probublávala administrativními strukturami firem dodávajících na trh doplňky stravy, v posledních pěti měsících se téma vaří v tlakovém hrnci a nejistota a mírná panika se nezadržitelně posunuje přes distributory až do samotných lékáren. Nařízení Evropské komise číslo 1924/2006 postupně, v hierarchii výrobce – distributor – lékárna, nabývá na významu od letošního května. Přestože je již pátým rokem účinné (od 1. 7. 2007), ten důležitý impuls a aktuální význam mu dává až v květnu publikované Nařízení Evropské komise číslo 432/2012.



PharmDr. Stanislav Havlíček

Otázek a nejistoty v této oblasti přibývalo tím více, čím rychleji se blížilo rozhodné datum účinnosti Nařízení 432/2012, tedy **14. 12. 2012**.

Zatímco Nařízení z roku 2006 zpracovává podrobně celou problematiku zdravotních tvrzení, včetně jejich rozdělení a nastavení pravidel pro jejich schvalování, Nařízení 432 zřizuje seznam tvrzení již schválených pro používání, a to od 14. 12. 2012.

Co říkají fakta?

Výrobci doplňků stravy jsou oprávněni uvádět ve vztahu k doplňkům stravy pouze schválená zdravotní tvrzení. O tomto omezení vědí celých 6 (!) let. Až do letošního roku probíhaly schvalovací fáze a první část souhlasně posouzených žádostí (222 tvrzení) byla publikována v Nařízení 432.

Od prosince mohou být na obalech a na informačních a reklamních materiálech doplňků stravy s obsahem látek, u nichž byla tvrzení již schválena, uvedena pouze tato schválená tvrzení, případně jejich jazykové analogie, a to včetně grafických a schematických znázornění. Do této skupiny posouzených tvrzení patří většina vitamínů a minerálů a z ostatních látek například vláknina, melatonin, betain a kreatin.

U doplňků stravy s obsahem látek, u kterých ještě nebylo posuzování ukončeno, mohou výrobci užívat všechna tvrzení, která zaslali k posouzení, a to do doby vyhlášení další části schválených tvrzení. Předpokládá se, že toto nastane v polovině roku 2013 a týká se účinných látek ze skupiny aminokyselin, omega-3 nenasycených mastných

kyselin, glukosaminu, kolagenu a dalších.

Ve třetí fázi, bez bližšího určení termínu, budou posuzována tvrzení týkající se rostlinných preparátů.

Kontrolní pravomoc

Kontrolou dodržování obou Nařízení je nadána Státní zemědělská a potravinářská inspekce (SZPI). Rozsah, forma a metodický postup kontroly zatím není určen a s největší pravděpodobností bude výsledek jakékoliv kontroly ovlivněn ryze subjektivním pohledem kontrolora. Kultivace k větší objektivitě bude dlouhodobější proces, mnohdy za účasti odvolacího orgánu, kterým bude ministerstvo. Pro lékárny je pro kontrolu důležité datum 1. 7. 2013, kdy mají být zahájeny také kontroly v lékárnách. Do té doby snad také Evropská komise předloží nějaký manuál a řešení v případě konfliktu slovních a grafických sdělení.

Problematiku grafických a slovních označování jednotlivých skupin doplňků stravy v lékárnách budeme dále sledovat.

Vlastní kontrolu nepochybně značně ztíží fakt, že v českém jazyce jsou publikována pouze tvrzení schválená. Tvrzení zamítnutá jsou zatím pouze v jazyce anglickém, ale mohla by se objevit i v české mutaci na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR. Tvrzení dosud neposouzená, případně nerozhodnutá, jsou do ukončení řízení velmi komplikovaně k dispozici pouze v jazyce anglickém.

Ať už bude výsledek normativní činnosti kontrolních orgánů jakýkoliv, konečné slovo může mít judikatura Evrop-

ského soudního dvora, který v současnosti řeší několik žalob v souvislosti se zdravotními tvrzeními.

Další kontrolní oprávnění je navrhováno v novele zákona o regulaci reklamy pro Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a je jím dozor nad reklamou na potravní doplňky. Na výslednou podobu zákona budeme muset ještě vyčkat.

Co je důležité pro lékárny a lékárníky?

Vlastní slovní sdělení odborníka není předmětem regulace pomocí Nařízení a nebude tedy ani předmětem kontroly.

Provozovatelé i zaměstnanci lékáren by se měli zdržet distribuce propagačních materiálů a doplňků stravy v obalech, u kterých si nejsou jisti, že jsou plně v souladu s Nařízením.

Jakékoliv materiály (letáky, plakáty, filmy, animace) dostupné v lékárnách, musí být v souladu s Nařízením od 14. 12. 2012.

Za „nezávadnost“ obalů a jiných materiálů u doplňků stravy přijatých na sklad po výše uvedeném datu plně odpovídá provozovatel.

Doplňky stravy přijaté na sklad před datem účinnosti Nařízení 432/2012, tedy před 14. 12. 2012, bude možno bez omezení doprodávat do vypršení lhůty jejich expirace. Na konci listopadu (21. 11. 2012) zveřejnilo Ministerstvo zemědělství ČR, Sekce potravinářských výrob – Úřad pro potraviny, stanovisko k doprodáváním doplňků stravy.

Podle tohoto stanoviska bude možné „do vyčerpání zásob“ (což prakticky znamená do uplynutí doby použitelnosti) prodávat nejenom doplňky stravy ve skladech lékáren a dalších prodejců, ale také zásoby, které již v distribučním řetězci jsou. Faktická aplikace Nařízení se v oblasti přímého prodeje odkládá na dobu po vyčerpání veškerých skladových zásob.

Samostatnou kapitolou jsou informace na stránkách internetových obchodů. Podle výše uvedeného stanoviska musí být veškeré informace na stránkách internetových obchodů v souladu s Nařízením bezprostředně s jeho účinností, tedy od 14. 12. 2012. Problematika nesořadení informací na webu s informacemi u doprodávaného sortimentu není zatím spolehlivě vyřešena.

Ošklivá pravda

Podle § 2 písm. a) zákona číslo 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, jsou doplňky stravy potravinami. Každý provozovatel lékárny, která prodává i potraviny, je podle nařízení EP a R(ES) číslo 178/2002 provozovatelem potravinářského podniku a jako takový má oznamovací povinnost vůči SZPI. Za nesplnění této povinnosti hrozí provozovateli lékárny sankce ve výši až 1 milion korun. Kromě oznamovací povinnosti musí dbát na správné označení potravin a na správné uvádění zdravotních tvrzení, což je přesně to, co hodlá SZPI v lékárnách kontrolovat od 1. 7. 2013.

Další nepříjemnou pravdou, která vyplývá z výše uvedeného, je, že v sortimentu doplňků stravy je farmaceut

i farmaceutický asistent prodavačem potravin.

Doporučení na závěr

Nařízení 1924/2006, a následně 432/2012, dala vzniknout především snaha ochránit konečného spotřebitele před nereálnými očekáváními, která slibovaly, a stále slibují, marketingové aktivity výrobců doplňků stravy. Tyto marketingové aktivity značně předstihují reálný stav klinických důkazů o nutričním potenciálu a biologické účinnosti jednotlivých produktů.

Výsledkem je seznam tvrzení, která některým z nás mohou dát reálnou informaci o skutečném významu, případně bezvýznamnosti, jednotlivých skupin doplňků stravy. Nařízení může být jedním z nástrojů, kterým lze vyřešit mnohé z morálních dilemat, která přináší

nemutuální symbióza poskytování lékárenské péče a prodeje potravin.

Provozovatelům lze prozatím doporučit, aby zkontrolovali plnění oznamovací povinnosti vůči SZPI a aby měli s distributorem smluvně sjednanou odpovědnost za dodávání správně označených potravin a také odpovědnost za náhradu škody za sankce uložené lékárně za nesprávně označené potraviny. Bez takového smluvního ujednání půjde náprava zjištěných závad a případné sankce k tíži samotného provozovatele.

Nařízení EC/432/2012 obsahující seznam povolených tvrzení.

Seznam povolených i zakázaných tvrzení včetně důvodů jejich zamítnutí.

Seznam identifikačních čísel tvrzení, jejichž posouzení ještě nebylo dokončeno.

Nutná je mezioborová spolupráce

V Praze se 19. října konal kongres Lékař, lékárník a další profese v péči o seniory, jehož pořádání se ujala společnost Pharms a projekt Moje lékárna. Toto odborné setkání bylo uspořádáno ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností (ČGGS), Českou alzheimerovskou společností, Asociací poskytovatelů sociálních služeb a Centrem pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče Univerzity Karlovy a bylo určeno pro lékaře, lékárníky a další zdravotníky či sociální pracovníky působící ve sféře péče o seniory. Kromě úvodních přednášek byl kongres rozdělen do bloků věnovaných geriatrické a gerontologické, lékárenství v péči o seniory a závěrečná panelová diskuse byla směřována k tématu starší pacient v lékárně.

pacienty a podtrhla roli komplexnosti péče o seniorské kategorie pacientů.

Další místopředsedkyně ČGGS a přímářka Kliniky gerontologické a metabolické FN v Hradci Králové **MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.**, na úvod pohovořila o současných výzvách v geriatrické, která poskytuje specializovanou a komplexní zdravotní péči „křehkým“ – polymorbidním pacientům ve věku nad 65 let, k nimž se musí přistupovat se znalostmi zvláštností diagnostiky a terapie, rizikových faktorů včetně funkčních rezerv. Poukázala na prolínání zdravotní

MVDr. Pavel Brauner, Ph.D.

Úvodního projevu se ujal prezident České lékárnické komory, **PharmDr. Lubomír Chudoba**, který zmínil nezbytnost spolupráce mezi zdravotníky v péči o seniory a akcentoval roli lékárníků v rámci mezioborové spolupráce a možnosti jejich zapojení do péče o tuto skupinu pacientů. Jako příklady mj. uvedl zavádění individuálních dávkovacích systémů, rozšíření konzultační činnosti a rovněž odkázal na zpracovaný doporučený postup Poradenství při farmakoterapii u seniorů.

V rámci úvodního bloku vystoupila s příspěvkem k roli zdravotníků v kontinuitě péče o seniory místopředsedkyně ČGGS a ředitelka Gerontologického centra v Praze **doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.**, která kromě připomenutí roku 2012 jako Evropského roku aktivního stárnutí a solidarity mezi genera-

lemi zmínila výchozí momenty determinující nutnost péče o seniory a škodlivost etnocentrického pohledu na ně. Uvedla i ekonomické aspekty aktivního a diskriminačního modelu péče o starší

Pokračování na další straně



Pokračování z předchozí strany

a sociální problematiky, na negativa i pozitiva systému péče o seniory a deklarovala cíle geriatrické péče do budoucna, k nimž mj. bezesporu patří i zlepšení spolupráce a komunikace mezi jednotlivými poskytovateli této péče.

PharmDr. Jiří Korta přiblížil změny v oblasti vývoje farmaceutického trhu, a to i se specifikací k položkám OTC a Rx. Rovněž připomenul ze současných faktorů plynoucí důsledky pro jednotlivé účastníky na trhu, které se promítají do aktuální situace a mohly by rezultovat v omezení sortimentu produktů v lékárnách, a to i v důsledku marketingových aktivit. To by se mohlo i negativně projevit vůči seniorským kategoriím pacientů. Připomněl snahu o marketingové odlišení lékárenských sítí a rovněž zdůraznil nutnost nezbytné odbornosti v lékárně, a vedle cenového marketingu zejména garanci adekvátního poradenství mj. směrem ke starším pacientům.

Mgr. Karel Šlegr navázal na vystoupení předsedy představenstva a. s. Pharmos a představil projekt Moje lékárna mj. jako příklad mezioborové spolupráce o seniorské kategorii pacientů. Ve svém úvodu vzpomněl marketingový ředitel akciové společnosti Pharmos důvody a časovou osu vzniku virtuálního řetězce s výše uvedeným názvem a s odkazem na vývoj trhu demonstroval výhodnost účasti v tomto projektu pro jednotlivé lékárny. Představil témata edukační činnosti v rámci projektu, ke kterým se, vedle klíčových procesů v lékárně, řadí i poradenská role lékárny pro starší pacienty a představil spolupráci s odbornými společnostmi z této oblasti. Zájmem je, aby lékárna zapojená do projektu disponovala adekvátně vzdělaným a do budoucna i certifikovaným personálem pro oblast péče o seniory. V rámci edukace nabízí webový portál www.mojelékárna.cz i možnost testů vědomostí z vybraných oblastí s cílem samostudiem dosáhnout další vyšší úrovně v poradenství. Lékárny by tak mohly sloužit jako informační centra pro seniory, ve kterých bude kromě dispenzační péče nabídnuta možnost získání potřebných informací, a to nejen formou ústní konzultace, ale i dalšími kanály, které budou v lékárně zapojené do projektu k dispozici.

Blok věnovaný geriatrii a gerontologii zahájila **primářka Božena Jurašková** sdělením o novém pojetí geriatrického pacienta. Představila jednotlivé teorie stárnutí i přístupy k jeho hodnocení a velmi obšírně informovala o jednotlivých interakcích (od apoptózy až po jednotlivá systémová onemocnění) během stáří. Nemalá pozornost nejen v tomto vystoupení byla věnována starécké křehkosti (z anglického frailty) představující rizikovost, danou již samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří a dále následnou dekondukcí.

Prevence demence byl název druhého sdělení **doc. Holmerové**, ve kterém přiblížila nejen historii této choroby, ale také představila alarmující prognózy incidence tohoto závažného onemocnění. Od roku 2000 do roku 2012 vzrostl v naší republice počet onemocnění z 88 tisíc na přibližně 130 tisíc, odhaduje se, že v Evropě touto chorobou trpí 7,5 milionu obyvatel a celosvětově se dá předpokládat 35 milionů pacientů s touto diagnózou. Vedle příčin demence a pohledu na ni Iva Holmerová rovněž uvedla socioekonomickou zátěž při onemocnění Alzheimerovou chorobou, přičemž celkové náklady v zemích EU byly odhadnuty na 130 miliard eur a jejich diverzifikace byla následující: 56 % neformální péče, 44 % sociální, zdravotní a dlouhodobá profesionální péče.

Společenským dopadem demence se zabývala **Mgr. Jana Kašpárková** z FN Plzeň, která mj. zmínila, že dnešní syndrom demence je „epidemií 21. století“. Onemocnění má vliv na kvalitu života postiženého a samozřejmě pečujících, z čehož jednoznačně vyúsťuje globální problém. Aktivita pro jednotlivá stadia onemocnění: 1. stadium (P) – poradenství, podpora, právní otázky; 2. stadium (PA) – trvalý dohled, programové aktivity, nefarmakologické metody; 3. stadium (IA) – individualizovaná péče, individualizované aktivity, ošetrovatelská péče, paliativní péče. I přes tato tvrzení zakončila Jana Kašpárková svůj příspěvek optimisticky: S diagnózou ACH život nekončí, je třeba vidět nové začátky.

ICHHS a použití statinů v léčbě pacientů s vyšším věkem byla tématem sdělení **MUDr. Jiřího Zajíce** a **MUDr. Pavla Vyroubala, Ph.D.**, kteří shrnuli výsledky své klinické praxe zaměřené na starší pacienty. První ze jmenovaných informoval auditorium o dramatickém nárůstu incidence v závislosti na věku

a sdělil, že kardiovaskulární změny jsou ve 30 % vedoucím symptomem somatického onemocnění ve stáří. Ve věku nad 65 let se manifestuje 65 % onemocnění ICHS a 82 % úmrtí v tomto věku je zapříčiněno ICHS. Kromě kauzistik byly představeny rovněž možnosti léčby ICHS i úspěšnost terapie v závislosti na jejím typu a rychlosti intervence. Dr. Vyroubal definoval ve svém příspěvku aterosklerózu včetně aterogeneze, a i on nastínil prognózy tohoto onemocnění. Roli statinů zasadil do vztahu k srdečnímu selhání i ke kognitivním funkcím pacientů ve vyšším věku. Své vystoupení zakončil mj. sdělením, že terapie statiny u geriatrických pacientů má benefit z pohledu redukce kardiovaskulární i celkové mortality a ischemických cerebrálních příhod u pacientů starších 80 let.

Problematika geriatrických pacientů z pohledu farmaceutické péče byl název sdělení **PharmDr. Jana Šalouna, Ph.D.**, který zahájil blok přednášek věnovaných lékárenství v péči o seniory. Velmi pečlivě a obsáhle popsal specifika staršího pacienta v lékárně a poukázal na podceňované problémy u seniorů, k nimž patří např. malnutrice a sarkopenie. Rozebral otázky polypragmatie a představil definici farmaceutické péče, kterou se rozumí péče, jež je poskytována farmaceutem pacientovi za účelem dosažení optimální farmakoterapie, tedy kvalitní, bezpečné, účinné a monitorované.

O komunikaci v lékárně se starším pacientem přednášela **PharmDr., MVDr. Vilma Vranová**, která ve svém poutavém příspěvku ukázala prakticky, jak je třeba uvést do praxe titul sdělení. Vedle bariér v komunikaci shrnula výstižně zásady nezbytné pro komunikaci se starším pacientem, k nimž rozhodně patří respekt, pochopení a trpělivost.

Blok uzavřel **doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.**, který se věnoval lékové compliance a pomůckám pro pacienta, což je zejména pro seniorské skupiny pacientů velmi důležité. Vedle definic základních pojmů a akcentace porozumění pacienta předepsané terapii se zabýval i příklady pomůcek, jež usnadňují zvláště seniorům užívat léčivé přípravky dle preskripce.

Panelové diskuzi byl vedle doc. Holmerové, prim. Juraškové, doc. Koláře a Mgr. Šlegra přítomen i přizvaný **PharmDr. Pavel Grodza**, který tuto závěrečnou část kongresu uvedl svým

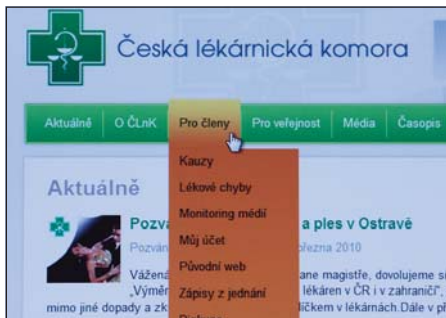
vystoupením a poté byl dán prostor publiku k dotazům. Překvapivé bylo, že nucení k diskusi bylo redundantní a účastníci kongresu využili přítomnosti představitelů jak pedagogiky, tak zdravotnické praxe, aby se dotazovali na konkrétnosti, jež třeba nebyly zahrnuty do předchozích sdělení. Z diskuze jed-

noznačně vyplynula nutnost spolupráce všech zdravotnických profesí v péči o seniory a vzešly i další konkrétní návrhy, kterak organizovat vzdělávání v tomto sektoru.

Organizátorům se podařilo sestavit poutavý program, který zcela nepochybně přispěl k rozšíření poznatků

z péče o seniory a k jejich sdělení zainteresované odborné veřejnosti. Bylo příjemné vidět vedle sebe různé zdravotnické i sociální profese, které se společně zasazují o lepší život seniorů. Lékárníci i v tomto segmentu potvrdili svoji nezastupitelnost, což vyplynulo nejen z diskuze.

DISKUSNÍ OKÉNKO



... aneb co se v minulých dnech také řešilo na diskusním fóru na webu komory

Mezi nejvíce diskutovaná témata se v listopadu zařadily zejména praktiky fyTEVA, výrazně diskriminující malé lékárny – nezávislé hráče na trhu – ve srovnání s lékárnami řetězce Dr. Max. Nerovné obchodní podmínky, marketingové pobídky a všemožná z(ne)výhodnění, to podle četných ohlasů z terénu trápí řadu lékárníků.

ČLK > Farmaceutické firmy, velkoobchody > Teva a podpora řetězců

+ Rád bych se s Vámi podělil o své rozhořčení z komunikace s firmou TEVA. Jelikož se mi do rukou dostaly letáky Maxe a BENU a všude jsem našel produkt VIBOVIT v akci 2+1, rozhodl jsem se, že zavolám obchodní zástupkyni, za jakých podmínek by bylo možné tento produkt sehnat v obdobné akci (já mohu u phx objednat 10+1). Dozvěděl jsem se, že to je akce vedení. Jedná se o neskrýtou podporu řetězců a cílené znevýhodnění malých lékáren (z nichž řada bezesporu prodá více Vibovitů než některé lékárny řetězcové – bráno na jednu lékárnu). Doporučuji tedy kolegům nebrat Vibovit na sklad, nebo jen v minimálním množství, protože nejsme schopni nabídnout pacientům obdobnou cenu jako ony řetězce, které po skončení akce 2+1 zboží rozpočítají. Pokud poté někomu Vibovit nabídnete, budete vypadat jako zloději. Osobně se takto

budu chovat u všech preparátů Tevy, jelikož jim nevěřím, že se stejně nechovají i v oblasti Rx. Jak mi připomněl kolega, je to právě Teva, která svého času rozdávala po ordinacích letáky na doplněk stravy s poukazem na slevu ve vybraných řetězcových lékárnách.

+ Je to právě Teva, která má dlouhodobě nadstandardní vztahy s Pentou a jejím řetězcem Dr. Max. Je libo další důkaz? Velké barevné poutače na řadu Vicks, rozkročené ve tvaru písmene A při vstupech do lékáren dr. Max. Ve spodních rozích logo Dr. Max a logo Teva... Ti dva hráči si hodně jdou na ruku a hodně sázejí na společný business. Výrobce, kteří vyrobí cokoli, o co bude mít trh zájem, a řetězec lékáren, který prodá vše, co mu výrobce dodá. Supervýhodné pro oba. A nikdo jim nesmí stát v jejich rozpínání v cestě. Jistě se jedná o exkluzivní zakázku čistě a pouze jen pro Dr. Maxe, kterou Teva tento řetězec zvyhodňuje oproti ostatním. Věřím, že žádná z neřetězcových lékáren podobný poutač nemá, neviděla a ani jí nebyl zástupcem Tevy nabídnut k propagaci nového portfolia Vicks, aneb slovy klasika: „Ruku na srdce, přátelé, kdo z vás to má?“ Toto i příspěvek kolegy je jasným důkazem, že Teva je tu zejména pro Dr. Maxe a ostatním jen vytváří nerovné podmínky a staví je do pozice zlodějů. Dr. Max pomocí Tevy (nadstandardní marketingová podpora prodeje, výhodnější rabatové akce, likvidující konkurenci, násobně větší délka splatnosti atd.) realizuje před veřejností svůj koncept lékáren, které pacienta „neoškubou“, lékáren, které svým klientům opravdu šetří finanční prostředky...

+ U nás se dealer poděkl, že když měl Pentomer výpadek, tak to málo, co TEVA dovezla, bylo rezervované pro Maxe.

+ Domýšlíte si důsledek e-aukcí, kdy vysoutěžené, plně hrazené léčivo bude dostupné pouze „někomu“? Dealerka jen pokrčí rameny, že je to akce vedení. Nepůjde jen o snížení finančního obje-

mu, ale hlavně o nedostupnost plně hrazené varianty pro „malé“ hráče – nezávislé lékárny, nepoměrně vážnější než výpadky způsobené reexporty. Vzhledem k tomu, že někteří vrcholní představitelé komory vnímají lékárny Dr. Maxe jako kultivující prvek našeho lékárenství, asi se z této strany podpory nedočkáme.

+ Praktiky firem jsou stále více agresivní a špinavější a dá se předpokládat, že bude ještě hůř.

+ Ve věci přípravků Farmax nejde jen o kupóny z krabiček. Tady jde o princip. Nejsme přeci tak bezmocní. Připadá mi to jako největší masivní podraz firmy vůči lékárnám. Osobně nemám problém nahradit produkty Farmaxu za jiné značky. Domnívám se, že v tomto případě se musíme razantně bránit a nestačí jen žádat o vyjádření. Nemusíme si nechat vše líbit.

ČLK > Monitoring médií > Monitoring zpravy.idnes.cz/snajdr-se-vcaci-na-ministerstvo-zahranici-fia-/domaci.aspx?c=A121109_204438_domaci_ert
+ Středeční odchod tří rebelů ODS ze sněmovny přinesl ministru zdravotnictví Leoši Hegrovi nepřijemné překvapení. Jakmile se totiž bývalý poslanec Marek Šnajdr vzdal svého mandátu, okamžitě mu byl obnoven pracovní poměr na ministerstvu zdravotnictví, odkud byl v roce 2010 uvolněn právě pro funkci poslance. Heger se přitom už několik měsíců snaží Šnajdra odvolat z vedení správní rady VZP a obsadit ji svými lidmi.

+ Dr. Max po akvizici – virtuální řetězec, privátní brand a compliance program pro chronické pacienty

ČLK > Komora > Návrh koncepce veřejného lékárenství

+ Reportáž ze sjezdu v Benešově: ČT24 – Sobota 3. 11. 2012 – Zprávy – 20:00–20:05 – čas reportáže: 2:46–4:00

+ www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1178166846-zpravy/212411020001103/

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

+ Na našem sjezdu mě pan ministr zklamal. Jeho reakce v TV na slova našeho prezidenta o možné regulaci sítě, že: „Ministerstvo dává od toho ruce pryč“ – to jen potvrdila.

ČLK > Léky, recepty a spol > Erdomed

+ V číselníku od 1. 11. 2012 se kromě jiného trochu namnožila preskripční

omezení E. V praxi se to objeví určitě u přípravku Erdomed. Dosud měl jen preskripční omezení P = vazba na diagnózu. Tj. rozhodující byla u pacientů diagnóza CHOPN a na účet pojišťovny jej pro takové pacienty psali i praktičtí lékaři. Nyní se sice zvýšila úhrada, ale přibýlo E a odbornost PNEU. „E“ znamená: nelze-li s ohledem na účinnost a bezpečnost přípravku předepisování přípravku přenést na PL. Tak z toho soudím, že Erdomed na účet pojišťovny

bude moci nově předepsat jen pneumolog. My sice podle vyhlášky žádná „ěčka“ hlídat nemusíme, ale obávám se, že praktici to moc nevědí. Tak aby z toho nevznikla nějaká zbytečná nedorozumění.

+ Je to nepřenositelná preskripce, na pneumologa. Sice nás to zajímat nemusí, ale pro jistotu jsme o „ěčkách“ praktiky informovali.

Připravuje:
PharmDr. Petr HALTUF

TAK TO VIDÍM JÁ: Hledání smysluplné cesty



Rád bych Vám, pane kolego Lukáči, napsal pár řádků, a také to, jak s Vámi soucítím. Když jsem si přečetl Váš článek „Nestačí léčit jen nemoc“ (ČČL č. 10, str. 16), řekl jsem si, že mi mluvíte z duše. Jsem velmi rád, že se také někdo ozval. Protože věřím, že jako myslících lidí je nás nespokojených více, jen to o sobě málokdo dá vědět. Většina z nás

navíc vidí jen drobné změny a vylepšení ve stávajícím systému, ovšem už nevidí nefunkčnost a neefektivitu celého systému samotného.

Také s Vámi souhlasím v otázce boje s nemocí. Myslím, že s nemocí není třeba bojovat. Mnohdy si stačí uvědomit její význam a smysl, použít přírodní prostředky na léčení těla, a nechat ji odejít, s tím, že jí člověk již více nebude dávat pozornost (např. u banálnějších potíží).

Osobně si momentálně odchod z lékárny jako Vy dovolit nemohu. Živím rodinu a žádný jiný příjem nemám. Začal jsem prodávat zelené potraviny, ale jsem teprve na začátku. Začal jsem tuto práci dělat kvůli hloubce, kterou mají – a která mi ve zdravotnictví chybí – a také pro sebe-realizaci. Zatím dělám přednášky na pozvání pro pár lidí (10 až 15), kde mluvím právě o zdraví, prevenci a zelených potravinách, naplněném životě atd.

Můj vnitřní nesoulad s prací v lékárně vůbec nemá co dělat s lékárnou, kde nyní pracuji. Máme skvělý kolektiv a výbornou paní šéfovou. Pracovní prostředí je skvělé. Co mě však ubíjí, je povrchnost pojetí celého systému zdravotnictví.

Proces léčení velmi zjednodušeně zahrnuje dva prvky. Na jedné straně lék, na straně druhé léčeného. Chápu, že léky by měly být kvalitní, účinné a bezpečné, ale proč se tak hluboce, jako se staráme o léky, nestaráme také o pacienty? Proč je zaměřením na lék a jeho kvalitu tak hluboké a zaměřením na pacienta tak povrchní?

Jasně o tom vypovídá zvyšování nákladů ve zdravotnictví a zvyšování nemocnosti (což by mělo být úplně naopak). Medicína se soustředí na nemoc, a ne na zdraví, v tom je základní problém, viz studium medicíny. A když

se člověk uzdraví, lékaře to moc nezajímá, protože zdravý člověk není předmětem zisku celého systému. Systém je tak nastaven. Až bude vyplácet odměny za to, kolik lidí je zdravých, a ne nemocných, vše bude jiné.

Ale v první řadě je to stejně o nás, o lidech. Nejprve musíme změnit sami sebe. Změnit své myšlení, vnímání světa = změna paradigmat = změna vědomí („Bůhví“, jestli to dokážeme sami bez vnější pomoci). Pak se nejspíš změní i systém.

Co je to vůbec zdravý a nemoc? Je zdravý o chození k lékaři nebo do lékárny?

Jeden známý vtipně podotknul, že by se pak léky musely jmenovat „vyléky“, aby to k něčemu bylo, protože pak se jen většinou dokola léčí, léčí a léčí, a výsledek není vidět.

Jedním ze zásadních problémů je naše zaměření se pouze na hmotu, potažmo na tělo. Hledat příčinu nemoci v těle je jako hledat jehlu v kupce sena, ve které ani není!

Proč se nikdo nezamýšlí nad tím, že i přes stále se zvyšující výdaje nám to nepomáhá? Proč se nesnažíme hledat jiné obzory? Víím, že se nad tím zamýšlí spousta lidí, ale málokdo se jako Vy ozve.

Já říkám, že ne reformy, ale úplná transformace může něco změnit.

Na závěr jen dodám: myslím si, že se máme v dnešní době hodně dobře, jen si to mnohdy ani neuvědomujeme. Máme všechny základní věci, které potřebujeme k životu. A že většina nemá tak jako několik málo „vyvolených“ nadstandard, to je pro mne vedlejší.

Držím Vám palce.

PharmDr. Dany BARTOŠÍK

P. S. Shrnutí:

ad Negativní věci = něco co se nám nelíbí = je to o dnešní době a o jejím plynutí = má to tak být a je to součástí procesu, celé naší vývojové etapy... Ale už se to mění, takže je třeba se snažit a pracovat a pomáhat těm změnám.

Není to jen o systému, ale také a hlavně o lidech. O nás samotných. Protože my jsme součástí systému, tak jako je systém součástí nás.

Aktivní zdraví, intuice, zdravý selský rozum, a v první řadě víra v sebe sama a přírodu (strava, přírodní medicína, atd.).

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Češka, R.: Čtvrtstoletí statinů aneb co se stalo za 25 let od uvedení lovastatinu na trh a do klinické praxe

Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře č. 4/2012

Statiny jsou jedním z největších objevů farmakoterapie 2. poloviny 20. století. Jedním z prvních, kdo se začal v historii zabývat aterosklerózou, byl Leonardo da Vinci. V současné době je vnímána jako imunitně zánětlivý proces, jenž je odpovědí na poškození intimy. Nikolaj Aničkov již v roce 1913 prokázal cholesterolovou hypotézu vzniku. Dalšími osobnostmi byli: Carl Müller (vztah anginy pectoris a familiární hypercholesterolemie), Michael Brown, Joseph Goldstein (role LDL-receptorů v homeostáze cholesterolu, 1985 – Nobelova cena) a Akira Endo (prokázal, že mevastatin inhibuje HMG-CoA reduktázu). Od objevení prvního statinu (mevastatin-compactin) se v klinické praxi využívaly lovastatin, simvastatin, pravastatin, fluvastatin, atorvastatin, cerivastatin (stažen), rosuvastatin a pitavastatin. Čas (25. výročí) objektivně ukázal, že přínosy statinů jednoznačně převažují nad jejich negativy (nežádoucí účinky). Nejpádňejším potvrzením je obrovská stotisícová metaanalýza statinových studií. Ta prokazuje snížení KVS příhod o 21 % na každý 1 mmol/l snížení LDL cholesterolu. Statiny se tedy jednoznačně zařadily mezi léky první linie v kardiologii i celé medicíně. Myslím, že krásným závěrem článku je citát Akiry Endo: „Dnes se říká, že nejdůležitější jsou peníze. Ale potěšení ze života a jeho smysl můžeme najít, když děláme něco pro svět s pocitem životního poslání. To, co jsem vykonal, nebylo pro nějakou japonskou společnost nebo pro Japonsko, to bylo pro celý svět. Svět to potřeboval, tak jsem se toho chopil... Chci říci mladým lidem, že hodnota práce pro dobro světa je důležitější než vydělávání peněz. Takové práci se chci věnovat i nadále.“

Ticháčková, A.: Deprese a epilepsie

Psychiatrie pro praxi č. 4/2012

Deprese je nejčastější psychiatrickou komorbiditou epilepsie (11–44 %). Je těžko rozpoznatelná, často se usuzuje, že je důsledkem léčby. Přítomná deprese rozhoduje více o kvalitě života než četnost záchvatů. Vztah obou nemocí je dokonce obousměrný, epilepsie může nastat až po vzniku deprese. Typy deprese u epilepsie byly kategorizovány, dělí se na preiktální, iktální, postiktální a interiktální. Liší se od deprese v běžné populaci (polymorfní, obvykle rychlý start, fluktuující průběh, častá anhedonie, emoční labilita se záchvaty pláče atd). V léčbě je velmi důležitá jak volba antidepresiva, tak antiepileptika. Antidepressivní působení mají lamotrigin, valproát, gabapentin, karbamazepin. Depresogenní naopak fenobarbital, primidon, topiramát, tiagabin, vigabatrin, levetiracetam. Antidepresiva s nízkým epileptogenním působením: citalopram, sertralin, paroxetin, viloxazin, venlafaxin, milnacipran, reboxetin, trazodon. Vysoké riziko epileptogeneze mají: maprotilin, bupropion, klomipramin, amitriptylin nad 200 mg denně.

Jindřich Olšovský: Diabetes mellitus 2. typu

Edice farmakoterapie pro praxi, Maxdorf Jessenius, sv. 51, Praha 2012, 85 stran

Další z edice brožurek pojednává o nemoci, u které se do roku 2025 předpovídá ve světě 380 milionů nositelů. DM 2. typu je tedy jedním z nejčastějších chronických onemocnění. Jeho výskyt se často označuje jako pandemie. Makrovaskulární a mikrovaskulární komplikace jsou nejzávažnějšími následky diabetu a zasahují do mnoha oborů medicíny.

ANOTACE

Publikace se skládá ze čtyř částí. Po úvodu následuje repetitorium, které přibližuje charakteristiku nemoci, význam terapie, diagnostiku a depistáž. Třetí část, nejobsáhlejší, je věnována terapii. Určuje cíle léčby, monitoraci efektivity, dietní opatření, pohybovou aktivitu a způsob edukace diabetiků. Vlastní léčba je rozdělena na terapii: 1) perorálními antidiabetiky (PAD), **inzulinová sekretagoga** sulfonylmočoviny, glinidy, gliptiny. **Látky ovlivňující inzulinovou rezistenci** metformin, glitazony; inhibitory α -glukozidáz – akarbóza, antiobezitika orlistat. 2) **Terapie analogy GLP-1** (inkretinová analoga), exenatid, lixisenatid, liraglutid. 3) **Léčba inzulinem** – humánní, inzulinová analoga. 4) Kombinovaná terapie – PAD+inzulín nebo kombinace 2–4perorálních antidiabetik. Závěr třetí kapitoly uvádí doporučené postupy léčby a možnou prevenci diabetu. Závěrečná kapitola tradičně popisuje chyby a omyly v léčbě (pozdní rozpoznání, záměna typu DM, chyby ve farmakoterapii, edukaci, dietě), velké nedostatky jsou i v přílišné důvěře lékaře v pacientovy schopnosti dodržovat všechna opatření. Je nutné vše opakovaně prověřovat.

Tofacitinib je novou látkou zkoušenou u více autoimunitních onemocnění (revmatoidní artritida, psoriáza, IBD), ale i po transplantaci ledviny. Je inhibitorem Janusovy kinázy 3 (JAK3), která patří mezi tyrozinokinázy. Touto inhibicí tlumí i řadu cytokinů a aktivaci T a B lymfocytů. Uplatňuje se především v krvevorných buňkách. Třetí fáze klinického zkoušení započala již v roce 2007. V dubnu 2011 čtyři

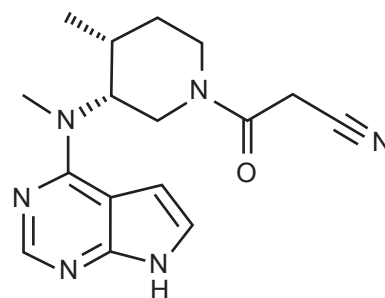
MOLEKULA MĚSÍCE

Tofacitinib

Sumární vzorec: C₁₆H₂₀N₆O

Molekulová hmotnost: 312,369

IUPAC: 3-[(3R,4R)-4-methyl-3-[[methyl(7H-pyrrolo[2,3-d]pyrimidin-4-yl)amino]piperidin-1-yl]-3-oxopropanenitril



pacienti ve studii zemřeli, jen u jednoho šlo podle vyjádření firmy Pfizer o přímý vztah k léčbě tofacitinibem. Zároveň ve stejném termínu byly vyhodnoceny tři studie fáze III jako úspěšné. V listopadu letošního roku bylo léčivo FDA registrováno k léčbě revmatoidní artritidy dospělých pacientů neodpovídajících na léčbu metotrexatem. V roce 2011 začaly i studie v léčbě psoriázy. Může se kombinovat s metotrexatem i ostatními DMARDs, ne však s biologiky. Biologická dostupnost po perorálním podání je 74%, distribuční objem 87 litrů, vazba na plazmatické bílkoviny okolo 40 %. Biotransformace je ze 70 % hepatální a 30 % tvoří renální exkrece. Interaguje s inhibitory CYP450 typu 3A4 (např. ketokonazol). Podává se ústy 2x denně 5 mg (1 tbl.). S opatrností musí být podáván u jaterního poškození. Používá se ve formě citrátu (8 mg). Registrována je ochranná známka Xeljanz®.

Zdroje: internet

Stránku připravil
PharmDr. Pavel GRODZA
panacea@iol.cz

Seriál ČČL: NOVĚ REGISTROVANÉ LÁTKY

Epileptické onemocnění je neurologické onemocnění charakterizované spontánně se opakujícími vysokofrekvenčními výboji v mozku. Prevalence aktivní epilepsie se udává mezi 8–9 případy /1 000 obyvatel, v České republice tedy trpí některou z aktivních forem epilepsie téměř 100 000 obyvatel. Prevalence epilepsie je vyšší v dětské populaci. Epileptické záchvaty jsou podmíněny patologickou aktivitou, která postihuje mozek v různém rozsahu. Za vznik záchvatu může být



PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D.
Sekce klinické farmacie ČLS JEP

zodpovědný individuální poměr inhibičních a excitačních mechanismů (např. zastoupení neuromediátorů GABA a glutamátu), existence epileptického ohniska, resp. ložiska nebo přítomnost spouštěče (např. vazba na spánek, na horečku apod.). Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů rozděluje záchvaty na fokální (ložiskové, parciální) a generalizované. Ložiskové záchvaty jsou navíc rozděleny do dvou základních skupin v závislosti na ztrátě vědomí na jednoduché (simplexní, SPS), které nejsou provázeny ztrátou vědomí, a na komplexní, které provází minimálně v určité fázi ztráta vědomí. Ložiskové záchvaty mohou sekundárně přecházet v generalizované.

Antiepileptika jsou léčiva, která epilepsii neléčí, ale potlačují její projevy, tedy epileptické záchvaty. Modifikují excitabilitu neuronů ovlivněním receptorů a iontových kanálů, a tím zabraňují rozvoji epileptických záchvatů. Ovlivňují sodíkové, draslíkové, kalciové kanály, potencují GABAergní inhibiční postsynaptické membrány nebo tlumí excitační glutamatergní neurotransmisi. Antiepileptika s jediným silným mechanismem účinku (Na kanál: karbamazepin, fenytoin; zvýšení hladin GABA: vigabatrin) jsou většinou účinná na fokální záchvaty, ale nemají efekt u záchvatů generalizovaných (dokonce mohou některé typy záchvatů i zhoršit). Na druhé straně řada antiepileptik působí najednou více mechanismy, jde např. o valproát, lamotrigin, topiramát. Tato širokospektrá antiepileptika potlačují jak fokální, tak generalizované záchvaty. Retigabin náleží do skupiny „úzkospektrých“ antiepileptik.

Farmakologické aspekty

Mechanismus antikonvulzivního účinku retigabinu je odlišný od dosud užívaných antiepileptik. Buněčná membrána neuronu odděluje extracelulární prostor s relativně vysokou koncentrací sodíku od intracelulárního prostoru s relativně vysokou koncentrací draslíku. Poměry koncentrací iontů vedou ke klidovému potenciálu na membráně kolem -70 mV. Otevřením neuronálních napěťově řízených draslíkových kanálů Kv7.2 a Kv7.3 retigabin jednak „hyperpolarizuje“ (= dále snižuje) klidový potenciál a jednak působí „proti“ sodíkovým kanálům při depolarizaci. Je tedy třeba o to většího signálu k aktivaci a vedení vzruchu. Retigabin tímto stabilizuje klidový potenciál,

snižuje excitabilitu neuronů a brání vzniku epileptických výbojů. Retigabin působí i na další draslíkové kanály Kv7.4 a Kv7.5, což může být příčinou některých nežádoucích účinků (např. Kv7.4 je přítomen ve statokinetickém ústrojí, „tlumení signálu“ zde není žádoucí a může vést k poruchám rovnováhy).

Po perorálním podání (nezávisle na jídle) je během dvou hodin vstřebáno 60 % podané dávky. Při maximální opakované dávce 1 200 mg/den je dosaženo plazmatické koncentrace 8,2 umol/l, ke zvýšení hladin GABA docházelo při hladinách nad 10 umol/l, tento mechanismus tedy v běžné praxi nehraje roli. Retigabin je z 80 % vázán na plazmatické bílkoviny; vysoký distribuční objem u léčiva působícího v mozkových strukturách nepřekvapí (2–3 l/kg). Pro interakční potenciál je významné, že retigabin je metabolizován na aktivní metabolit

Retigabin

glukuronidací (není tedy metabolizován CYP 450 ani jej neindukuje). Vylučován je převážně močí (84 %). Plazmatický poločas je 6–10 hodin.

Klinické aspekty

Strategie farmakoterapie léčby epilepsie zahrnuje monoterapii látkou A, v případě neúčinnosti monoterapii látkou B. Takto je úspěšně léčeno zhruba 70 % pacientů. U dalších 15 % pacientů je řešením racionální polyterapie (= kombinace antiepileptik), 15 % pacientů zůstává farmakorezistentních. Retigabin míří do oblasti polyterapie. V klinických studiích pacienti měli od jednoho do tří jiných antiepileptik. Sledovaným parametrem bylo snížení frekvence záchvatů a podíl respondérů definovaných jako snížení frekvence záchvatů o více než 50 %. Studie RESTORE 1 a 2 prokázaly, že retigabin je schopen snížit frekvenci záchvatů téměř o polovinu, nicméně 2/5 účinku jsou placebo efekt (dávkově závislé: 1200 mg/den snížení frekvence o 44 %, 900 mg/den 40 %, placebo kolem 17 %). Počet respondérů přesáhl u nejvyšší dávky polovinu (56 %, 47 %, 20 %).

Vzhledem k přítomnosti draslíkových kanálů v močovém měchýři vede snížení excitability k retenci moči, dysurii, obtížnému startu močení. Bylo pozorováno prodloužení QT intervalu v myokardu. Vyskytovaly se i psychické poruchy – zmatenost (9 %), halucinace (2 %), psychotické poruchy (1 %). Často se vyskytovala ospalost (47 % retigabin 900 mg/den vs. 18 % placebo), závratě (26 % vs. 7 % placebo) a pocit únavy (15 % vs. 3 % placebo). Výhodou oproti jiným antiepileptikům je nízký interakční potenciál.

Léčivý přípravek obsahující retigabin se jmenuje Trobalt. V ČR jej prodává společnost GSK. V USA je stejná látka označena jako ezogabin. Dávka se titruje od počáteční dávky 300 mg/den (100 mg 3x denně) po zvýšení o maximálně 150 mg/den 1x za týden do dávky kolem 900 mg (300 mg 3x denně). Dávka by neměla překročit 1 200 mg/den. Dočasná úhrada ve výši zhruba 100 Kč/den byla Ústavem přidělena na 1 rok do srpna 2013. Přípravek je hrazený pouze ve specializovaných centrech pro dospělé pacienty s parciálními záchvaty (s generalizací či bez ní) jako přídatná terapie tam, kde selhává monoterapie.

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY:

Asarum europaeum L. – kopytník evropský, (Aristolochiaceae)

Asarum europaeum L. – kopytník evropský, (Aristolochiaceae). Vytrvalá, nízká bylina, s plazivým oddenkem. Vyskytuje se na rozsáhlém území od Anglie až po Sibiř, na stinných a vlhkých místech.

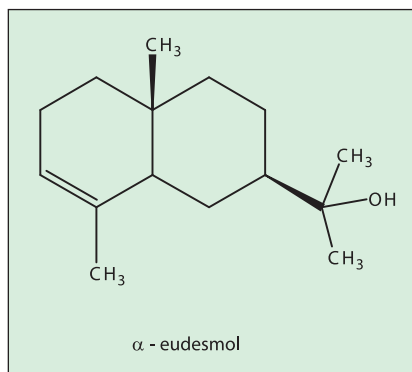
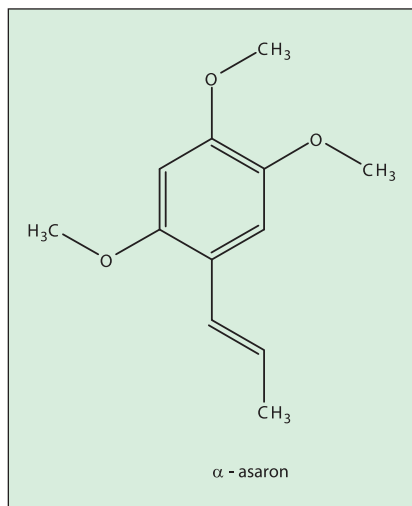
Synonyma: *Asarum officinale Moench.*

Obecný název: *Asaret* (franc.), *Brechwurz* (něm.), *Hazewort* (angl.).

Sbíraná část: *folium, rhizoma.*

Droga: *Asari folium, A. rhizoma, A. rhizoma cum herba.*

Obsahové látky: kopytník evropský vytváří čtyři chemovariety, podle převládající složky v silici: α -asaronovou, trans-isomethyleugenolovou, trans-isoelemicinovou a eudesmolovou. Obsah silice v oddenku kolísá od 0,7 do 4,1 %. Tvoří ji v závislosti na varietě proměnlivé množství fenylypropanoidů: α -asaron (syn. trans-isoasaron), trans-isomethyleugenol, trans-isoelemicin, dimerní diasaron, v menším množství monoterpény α -pinen, β -pinen, myrcen, p-cymen, limonen, seskviterpen eudesmol (směs α -, β -, γ -eudesmolu). Dále organické kyseliny: kávová, chlorogenová a isochlorogenová. Běžné jsou flavonoidy odvozené od kvercetinu a isorhamnetinu, alifatické kyseliny, aminokyseliny, vyšší alkoholy a různé mono- až polysacharidy. V listu deriváty fenylypropanu prakticky chybí.



V příbuzných druzích, např. *Asarum canadense*, byla prokázána nefrotoxická a potenciálně kancerogenní kyselina aristolochová I. O její přítomnosti v *Asarum europaeum* se diskutuje. Naopak, původně uváděné alkaloidy nebyly prokázány.

Účinky a použití: v tradiční medicíně byla droga aplikována jako emetikum, expektorans a ve formě kýchacího prášku při rýmě. Dále byla užívána při zánětech očí, zánětech plic, angině pectoris, migréně, poruchách menstruace i jako diuretikum a abortivum. Účinnost drog však velmi závisí na způsobu sušení a skladování, protože čas-

to dochází k poklesu hladin fenylypropanoidů.

Při laboratorních testech byly lokálně anestetické účinky drog přisouzeny především α -asaronu a trans-isomethyleugenolu, kdy aktivita vzrůstá s počtem methoxylů v molekule. Emetické a spasmolytické působení pak α -asaronu. V klinic-

kých studiích byly prokázány expektoranční účinky fenylypropanoidní frakce u 80 % sledovaných pacientů s akutní bronchitidou i astmatem.

V homeopatii jsou přípravky aplikovány při duševním vyčerpání, neurotických průjmech a podráždění sliznic.

U myši byla zjištěna pro silici izolovanou z nati s oddenkem LD₅₀ 2,8 ml/kg váhy, izolovaný α -asaron podaný enterálně pak 417,6 mg/kg.

Přestože výzkumy pokračují, je považována aplikace standardizovaných extraktů za diskutabilní, protože existují méně toxické náhrady.

Dávkování: dospělí a děti starší 13 let: 3x denně podat suchý extrakt odpovídající 10 mg fenylypropanoidů.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Při překročení doporučených dávek se může objevit nauzea, zvracení, pálení žáhy, gastroenteritida a průjem. Testy suchých extraktů standardizovaných na obsah fenylypropanoidů neprokázaly jejich mutagenitu. Droga může obsahovat nefrotoxickou a kancerogenní kyselinu aristolochovou.

Interakce: nejsou známy

Hlavní zdroje: AISLP, Chemical Book, Drugs.com, Google Scholar, Hagers Handbuch der Drogen und Arzneistoffe, Jellin, J.M. et al.: Natural medicines comprehensive database, vyd. 4, Stockton 2002, Liber Herbarum Minor, Medline, Pherobase, Plants for a future, PubChem Compound, Toxnet.



PharmDr. Miloš POTUŽÁK
Obrazek: Wikipedia, vzor: autor

Farmaceutické suroviny nově dostupné pro přípravu v lékárně IV

Lékařenský terén chceme už počtvrté informovat o novinkách mezi léčivými a pomocnými látkami určenými pro magistraliter přípravu v tomto roce. Od začátku roku 2010 celkový počet nově dostupných substancí převýšil číslo 25, což považujeme za malý úspěch. Potvrzuje se, že tyto substance si nacházejí své místo nejen v dermatologii, ale též v onkologii, otorinolaryngologii, pediatrii a zubním lékařství. Díky přednáškové a publikační činnosti se dostávají do širšího povědomí lékařů i farmaceutů, o čemž svědčí též citace našich prací v recenzovaných i indexovaných odborných časopisech.

Dovolte nám malé zhodnocení právě končícího roku. Pokračovali jsme ve vytváření a prověřování nových receptur. Publikační aktivitu jsme směřovali více do recenzovaných indexovaných (Scopus) odborných časopisů. Pokračovala intenzivní mezioborová spolupráce na vývoji nových racionálních receptur pro využití zubními lékaři, která vyústila ve vydání monografie **Magistraliter receptura ve stomatologii** (viz přehled literatury), která je k dispozici od října t.r. Publikace je vydána Českou stomatologickou komorou v nakladatelství Havlíček Brain Team, a tím, že není v běžné distribuční síti, může být nabízena za velmi příznivou cenu. Web věnovaný magistraliter přípravě, www.magistraliter.cz, využily k registraci a následnému prezentování informací o možnostech přípravy léčiv desítky dalších lékáren, jejich počet se tak zvýšil řádově na stovky. **Významně tak pomáhají** nejen svým kolegům lékárníkům, ale též lékařům a nezřídka i pacientům ve snadné a rychlé informovanosti, která nejbližší lékárna disponuje příslušnými surovinami uvedenými ve složení obdrženého předepsaného receptu. Škoda, že lékáren není zapojeno více, navzdory tomu, že daný web má sloužit hlavně pro spokojenost pacienta.

Rádi bychom zmínili dostupnost některých **pomůcek pro přípravu**, jakými jsou odměrka tekutých léčiv, hliníková tuba a především odměrná (dávkovácí) stříkačka, což významně zlepšuje možnosti dávkování připravovaných léčivých přípravků.

Od prosince 2011 do listopadu 2012 je k dispozici následující substance s patřičným certifikátem jakosti (atestem) a v příslušných velikostech balení, které zohledňují především požadavky lékáren



PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA; Mgr. MVC. Kateřina Horáčková

na menší velikosti. Některé látky (včetně dalších možných, které zde neuvádíme) jsou u některých distributorů farmaceutických surovin k dispozici jen na individuální objednávku, nicméně i to představuje dostupnost příslušné substance.

NIFEDIPIIN – Nifedipinum, blokátor kalciových kanálů, využíváný především do topických přípravků k léčbě análních fisur. Je k dispozici od prosince 2011, v balení po 5 g a 10 g.

KONOPNÝ OLEJ – Cannabis sativae oleum slouží zejména pro použití v dermatologii, kde je součástí mastí a krémů používaných s úspěchem u atopiků, ekzematiků a psoriaticů. Je dostupný od května 2011, v baleních 100 ml, 200 ml a 500 ml.

SORBAN DRASELNÝ – Kalii sorbas je konzervační látka, používaná zvláště do perorálních přípravků. Jeho dostupnost se zlepšila od července 2012, v balení 25 g a 100 g.

VERAPAMIL-HYDROCHLORID – Verapamili hydrochloridum, blokátor kalciových kanálů, se uplatňuje pro přípravu léčiv používaných hlavně v pediatrii. Dostupný je od září 2012, v balení 5 g a 10 g.

KYSELINA LISTOVÁ – Acidum folium, v onkologii slouží k přípravě perorálních lékových forem. K dispozici je od září 2012, v balení 1g a 10 g.

DIMETHYLSULFOXID – Dimethylisulfoxidum se používá jako léčivá látka v topických polotuhých přípravcích, a jako vehikulum, kde má především zlepšit prostupnost obsaženého léčiva. Dostupný od září 2012, v balení 50 g a 100 g.

HEPARIN SODNÁ SŮL – Heparinum natricum najde uplatnění také v dermatologii, protože se někdy předepisuje do magistraliter připravovaných kompozitních polotuhých dermálních přípravků. Dostupný je od října 2012, v balení 1 g a 2 g.

POVIDON JODOVANÝ – Povidonum iodinatum je k dispozici zatím jen na individuální objednávku, avšak dostupnost dané suroviny rozšiřuje možnosti individuální přípravy topických přípravků určených k aplikaci na kůži a sliznice a do oka.

Za zmínku stojí ještě jedna novinka, **peroxomočovina**, která je však k dispozici nikoliv jako certifikovaná surovina, ale jako chemikálie, a nelze ji tedy použít k přípravě léčivých přípravků.

Od 1. 1. 2012 došlo k významnému navýšení ceny za práci připravovaných přípravků (taxa laborum), příprava je tak po dlouhé době podstatně lépe ohodnocena. Zároveň se diskutuje potřeba vytváření standardizovaných receptur.

Opět děkujeme všem kolegům, kteří projevují zájem o magistraliter přípravu a dokážou ocenit uvedenou aktivitu. Ti, kteří dělají pravý opak, nás motivují k ještě intenzivnější práci. Zvláštní dík patří PharmDr. Ivaně Havránkové za podporu, trpělivost a vstřícnost při vývoji nových receptur v lékárně Na Rohožníku.

Stejně jako doposud jsme otevřeni novým podnětům, připomínkám i konstruktivním návrhům, které vítáme na níže uvedených adresách:

PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA
sklenar@magistraliter.cz

Mgr. MVC. Kateřina Horáčková
horackova@magistraliter.cz

www. magistraliter.cz
magistraliter@magistraliter.cz

Výběr z publikací a přednášek týkající se nových léčivých látek v magistraliter receptuře za rok 2012 (další literatura u autorů)

Sklenář Z., Ščigel V. Magistraliter receptura ve stomatologii. 1. vyd. Praha: Česká stomatologická komora v nakladatelství Havlíček Brain Team, 2012, 335 s + 8 s obraz. příl.

Sklenář Z., Horáčková K., Ščigel V., Slanař O. Léčivé látky nově dostupné pro přípravu léčiv v České republice a příklady magistraliter receptur. Část II. Farm. obzor 2012; 81 (9): 195–201.

Sklenář Z., Horáčková K., Slanař O. Nové možnosti individuální přípravy

dermatologických léčivých přípravků pro pediatrii. *Pediatr. praxe* 2012; 13 (4): 247–249.

Hašek J. Nové léčivé látky v magistraliter receptuře XVIII – Gentamicin-sulfát. *Prakt. Lékáren.* 2012; 8 (3): 130–133.

Sklenář Z., Horáčková K. Možnosti inovace individuální přípravy léčivých přípravků v lékárnách v České republice. *Čes. slov. Farm.* 2012; 61 (1): 11–16.

Přednášky

Sklenář Z. Novinky v magistraliter přípravě. In: 4. odborná konference Laboratorní rozhledy – škola, věda, praxe. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola v Praze, Praha, 2012.

Ščigel V., Sklenář Z. Magistrality v zubnej praxi. Slovenská komora zubných lekárov, Regionálna komora Bratislava, Bratislava 2012.

Sklenář Z. Praktické zkušenosti

s magistraliter přípravou v dermatologii. In: Mezinárodní dermatovenerologický kongres. Česká dermatovenerologická společnost, Slovenská dermatovenerologická společnost a Spirig, Praha, 2012.

Sklenář Z., Horáčková K. Novinky v magistraliter přípravě v dermatologii – aktuální změny od 1. 1. 2012. In: IX. Novoveské dermatologické dny. Termální lázně Velké Losiny. Velké Losiny, 2012.

Působíště autorů:

^{1,3} PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA

^{2,3} Mgr. MVC. Kateřina Horáčková

¹ Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Farmakologický ústav

² Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra analytické chemie

³ Lékárna Na Rohožníku, Praha

Revize taxy laborum a nový Cenový předpis

Již při schvalování pro lékárníky konečně reálně postavené verze taxy laborum (dále jen TL), která dnes platí a byla publikována v Cenovém předpisu 1/2012/FAR, ministerstvo zdravotnictví avizovalo její brzkou revizi. Po roce používání, které je lékárenským terémem poměrně kladně hodnoceno, svolalo MZd ČR jednání k TL s možností uplatnění připomínek a úprav, které by se promítly do nového Cenového předpisu, který má platit od 1. 1. 2013.

Jednání, která byla nakonec dvě (19. 9. a 11. 10. 2012), se zúčastnili zástupci VZP, SZP, SÚKL, ČFS, ČLnK a GML. Kromě obvyklých připomínek typu „drahá TL“, „neúměrné náklady na přípravu IPLP“ apod., vyslovili hlavní a konkrétní připomínky zástupci SZP, kteří kategoricky požadovali zrušení dvou položek TL – 2.1. Příprava obalů (čistých a sterilních) a 2.2. Příprava pomůcek pro přípravu IPLP (tekutých LP, polotuhých LP a tuhých LP), které jsou údajně nadbytečné a navíc jsou lékárnami zneužívány. Dále zástupci SZP protestovali proti kalkulaci minutové sazby, především u výše uvedených dvou skupin sazby TL, s tím, že je v minutové sazbě uváděn vysoký podíl účasti vysokoškoláků (s vyššími mzdovými náklady), kteří se v těchto skupinách při přípravě prakticky neúčastní.

Navrhované zrušení skupin TL 2.1. a 2.2. lékárníci kategoricky odmítli s argumentací a důkazy, že se činnosti z těchto skupin v lékárnách prakticky provádějí a nikde jinde než v TL není stanoveno jejich finanční ohodnocení.

Druhý bod připomínek SZP, o složení kalkulace minutové sazby, byl dlouze diskutován. Lékárníci argumentovali tím, že minutová sazba je průměrný kalkul používaný pro všechny práce při přípravě IPLP. To znamená, že přítomnost vysokoškoláků u prací, jako jsou ve skupinách 2.1. a 2.2., zvyšuje hodnotu TL. Pokud je však přítomnost nižších zdravotnických

pracovníků u jiných prací (např. příprava dělených prášků), dochází obráceně ke snížení hodnoty TL. Pro neústupnost zástupců SZP přijali nakonec lékárníci i ostatní účastníci jednání řešení, které navrhlo MZd ČR, aby se snížil podíl mzdových nákladů vysokoškoláků o 18 %. S ohledem na obecný konsenzus bude v novém cenovém předpisu uvedena hodnota TL:

2. Skupiny sazby taxy laborum za další speciální práce

	Hodnota taxy laborum		
		dosud	nově
2.1. Příprava obalů			
2.1.1. Příprava čistých obalů	1 ks	3,78 Kč	3,10 Kč
2.1.2. Příprava sterilních obalů	1 ks	11,34 Kč	9,30 Kč
2.2. Příprava pomůcek pro přípravu			
2.2.1. Pomůcky pro přípravu tekutých LP	1 ks	11,34 Kč	9,30 Kč
2.2.2. Pomůcky pro přípravu polotuhých LP	1 ks	17,01 Kč	13,95 Kč
2.2.3. Pomůcky pro přípravu tuhých LP	1 ks	14,18 Kč	11,63 Kč

Závěrem je možné konstatovat, že výsledek jednání k TL je pro lékárníky pozitivní, protože nedojde ke zrušení dvou skupin TL, ale pouze k mírnému snížení sazby TL v těchto skupinách. V ostatních skupinách se sazby TL měnit nebudou.

RNDr. Miroslav LINHART



Mikulovské „vinobraní“ zkušeností

Jako každý rok patřily poslední listopadový pátek a sobota na jihu Moravy setkání zasvěcenému výměně zkušeností a poznatků z oblasti klinické farmacie. Pod názvem „Farmakoterapie plicních onemocnění, roztroušená skleróza a demence“ se 23. a 24. listopadu uskutečnilo XIV. sympozium klinické farmacie („vinobraní“ zkušeností) René Macha. Akci již klasicky umocněnou kvalitním zázemím a službami kongresového centra v zámku Mikulov uspořádaly Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP a katedra sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Zájemci o profesní seberealizaci v dané oblasti si do Mikulova přijeli pro poznatky, které mohou využít ve snaze o prosazování zásad klinické farmacie a farmaceutické péče do praxe. Jako obvykle se dostavili v takovém počtu, že prostorný zámecký sál, dějiště hlavní části programu, doslova praskal ve švech (snímek nad titulkem). Symposia klinické farmacie René Macha tradičně vyzdvihují nezbytnost efektivní spolu-

práce farmaceuta a lékaře a přispívají k překonávání vzájemných bariér. Přítomnost špičkových odborníků z příslušných oblastí medicíny i klinických farmaceutů vybavených jak tuzemskými, tak zahraničními zkušenostmi s poskytováním farmaceutické péče, nabízí příležitost k lepšímu poznání možností tandemu lékař – farmaceut v zájmu optimální farmakoterapie. V této souvislosti sehrává mimořádně užitečnou roli výrazně interaktivní pojetí programu semináře.

■ **Pátek 23. 11.:** Dopoledne proběhlo setkání lektorů interaktivních dispenzačních seminářů, v časném odpolední pak blok prezentací **Vybrané lékové problémy a jejich řešení**.

Úderem 15. hodiny sympozium oficiálně zahájili předseda programového a organizačního výboru prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., a Mgr. Jana Gregorová.

Další program byl věnován farmakoterapii plicních onemocnění, a sice prezentací **Infekce dolních cest dýchacích** (prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.), **Chronická obstrukční plicní nemoc aneb Aktualizovaný standard**



Mgr. Josef MALÝ:

„Velmi mě těší, že roste nejen počet klinických farmaceutů, ale rovněž, že si principy klinické farmacie osvojuje a bere za své stále více kolegů z nemocničních a veřejných lékáren. Věřím, že zájem o Symposium klinické farmacie René Macha je odrazem zájmu o klinickou farmacii jako takovou a že tato již tradiční akce přispívá k dalšímu rozvoji farmaceutické péče na všech typech pracovišť a k posílení role farmaceuta ve zdravotnickém systému. Přál bych si, aby Symposium klinické farmacie bylo i nadále místem, kde se střetávají odborné názory, a zároveň aby všechny odborníky na léčiva a příznivce klinické farmacie spojovalo.“



Očima předsedy programového a organizačního výboru symposia:

diagnostiky a léčby (MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D.), **Desatero léčby astmatu** (doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D.), **Polékové postižení plic** (doc. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D.), **Nádory plic – varovné symptomy, diagnostika, léčba** (prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.). Předsedajícími odborných sekcí byli v odpolední části PharmDr. Magda Vytřísalová, Ph.D., a PharmDr. Zdeněk Kučera, Ph.D., ve večerní PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D., a PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D.

■ **Sobota 24. 11.:** Úvod sobotního programu v zámeckém sále byl věnován volným sdělením, která se zabývala převážně farmakoterapií u geriatrických pacientů. Předsedajícími byli PharmDr. Petra Matoulková, Ph.D., a Mgr. Martin Doseděl.

Roztroušená skleróza, farmakoekonomie a syndrom demence tvořily náplň závěrečného bloku, kterému předsedali prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., a PharmDr. Alena Linhartová. Za velkého zájmu účastníků proběhly prezentace **Roztroušená skleróza – včasné příznaky, rizika a současný pohled na léčbu; jak lze pomoci i v rámci farmaceutické péče** (prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.), **Hodnocení zdravotních technologií, specifika v rámci roztroušené sklerózy** (PharmDr. Jiří Klimeš, MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.) a **Syndrom demence** (MUDr. Ivana Doleželová, MBA).

■
Sobotní odpoledne patřilo workshopům **Farmaceutická péče u pacienta s demencí** (workshop s elektronickým hlasováním pod vedením prof. RNDr. Jiřího Vlčka, CSc., a MUDr. Ivany Doleželové, MBA), **Léčba osteoporózy, její rizika a možnosti farmaceutické péče** (Mgr. Kateřina Láďová, MUDr. Karel Macek, CSc., Mgr. Josef Malý), **Inhalační systémy a jiné pomůcky pro pacienty s onemocněním plic** (PharmDr. Helena Marešová, Mgr. Josef Malý) a **Úprava dávek léčiv v intenzivní péči – renální selhání a mimořádné eliminační metody** (PharmDr. Milada Halačová, Ph.D., MUDr. Jana Tichá).

Zájmu účastníků XIV. symposia klinické farmacie René Macha se těšila také posterová sdělení (foto na protější straně vlevo dole) vystavená po celou dobu konání akce.

**Text a snímky:
Vladimír VRBOVSKÝ**



Skončilo XIV. sympozium klinické farmacie René Macha organizované Sekcí klinické farmacie ČFS a katedrou sociální a klinické farmacie FaF UK. Jedná se o jednu z nejprestižnějších aktivit farmaceutické obce. Akce je velmi žádaná, limit 450 účastníků je vždy brzy naplněn.

Vedu vysoce kreativní programový a organizační výbor. Mgr. Josef Malý, Mgr. Martin Doseděl, PharmDr. Lada Machová a Tomáš Holeček jsou stálí, na které se mohou spolehnout stejně jako na ostatní – Kateřinu Melšovou, Andreu Pezzilo a Marcelu Koňákovou. Ad hoc byla do výboru XIV. symposia přijata prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc., z FN Brno. Všem bych rád poděkoval za aktivní podíl na úspěchu akce. Naším krédem je připravit odborně a didakticky na vyšší program založený na interakci předních expertů na danou problematiku s našimi účastníky, dobré prostředí pro konfrontaci znalostí a zkušeností, a také dobrý poměr mezi účastnickým poplatkem a nabízenými službami. Organizujeme jednu z mála akcí s prezentací výsledků výzkumu v klinické farmácii a nabídkou aktivní práce ve workshopech. Tentokrát po náročném programu zůstalo ještě v sobotu odpoledne na workshopy okolo 150 účastníků. Mrzí nás, že někteří se na žádný nedostali, proto se do budoucna chceme zaměřit na rozšíření možností aktivní účasti. K dispozici je hlasovací zařízení katedry sociální a klinické farmacie, díky kterému jsme dokázali připravit interaktivní program pro až 80 účastníků.

Velké nároky klade sympozium na předsedající odborných sekcí. Mají na starosti dodržení časového harmonogramu i nastartování relevantní diskuze. Konstatuji, že nezklamali, a proto bych rád poděkoval PharmDr. Magdě Vytřísalové, Ph.D., PharmDr. Petře Matoulkové, Ph.D., PharmDr. Daniele Fialové, Ph.D., PharmDr. Aleně Linhartové, Mgr. Janě Gregorové, PharmDr. Zdeňku Kučerovi, Ph.D., a PharmDr. Jaroslavu Pečovi, Ph.D. Dík patří i všem diskutujícím z pléna, protože jedině tak je možno program realizovat jako farmaceutický, a ne převážně medicínský.

Vysoká úroveň akce přináší velké finanční nároky. Účastníci kongresový poplatek hodnotí jako odpovídající, avšak jen z těchto poplatků bychom danou úroveň nebyli schopni zajistit. Zde je namísto poděkovat našim generálním partnerům Roche a Biogen idec, hlavním partnerům AstraZeneca, Novartis a Stavovská, s.r.o., a partnerům D-Pharm, Teva Pharmaceutical CR, s.r.o., Sanofi-aventis, s.r.o., Medicom International, s.r.o., Abbott, Galmed, Pharmos a Apotex. Pomohli zajistit toto vrcholné edukační setkání bez ohledu na to, že většina účastníků využít jejich výrobků v této době významně neovlivňuje.

Sympozium zaměřené na plicní nemoci, roztroušenou sklerózu a demenci ukázalo, že farmaceutická péče má dostatek nástrojů k maximalizaci účinků a minimalizaci rizik při dodržování zásad klinické farmacie. „René Mach by měl radost, jaký je o sympozium zájem, a jak rostou někteří naši kolegové za tárou,“ objevilo se v hodnocení akce. Náš kamarád, jehož jméno neodmyslitelně patří do názvu symposia, by měl jistě radost i z toho, že se rozvíjí profese klinického farmaceuta a že hlas jejich nositelů je slyšet čím dál zřetelněji.

Na závěr bych chtěl poděkovat redakci Časopisu českých lékárníků jako našemu mediálnímu partnerovi za informování o této akci. Prostřednictvím ČČL chci také vyzvat kolegy, kteří pracují jako kliničtí farmaceuti nebo chtějí rozšířit své poznatky v této oblasti s cílem racionálně provádět farmaceutickou péči, aby si rezervovali místo v kalendáři poslední pátek a sobotu v listopadu (tj. 29. a 30. 11.) 2013. Budeme se na vás těšit. Na webových adresách www.faf.cuni.cz a <http://www.cfs-cls.cz> najdete příslušné informace.

Těm, kteří chtějí rozvíjet své znalosti na mezinárodní úrovni, bych rád připomněl, že na říjen 2013 připravujeme Evropský kongres klinické farmacie (<http://www.escp-prague.eu>) a na tuto akci bych vás jako prezident symposia rád pozval. Ukažme, že farmacie orientovaná na pacienta má v České republice kořeny a že se snažíme ji nadále rozvíjet.

prof. RNDr. Jiří VLČEK, CSc.

Jak nás FaF připravila pro život?

V zářijovém vydání Časopisu českých lékárníků jsme zveřejnili úvodník děkana Farmaceutické fakulty UK prof. PharmDr. Alexandra Hrabálka, CSc. Ten na naši žádost informoval čtenáře, co dělá fakulta pro to, aby měli studenti profesní perspektivu.

Tentokrát jsme naopak požádali studenty a absolventy obou českých farmaceutických fakult, aby se podělili o své vlastní poznatky, do jaké míry byli připraveni na každodenní realitu lékárnické praxe. Dnes zařazujeme hodnocení hradeckých studentů a absolventů. Budeme se těšit, že nám odpoví i brněňští.



S lehkou nadsázkou

Doposud jsem vždycky psala pro studenty. Proto se prosím nezlobte, milí lékárníci všech starších generací, za přímou a lehkou nadsázkou, se kterou jsou tyto řádky napsány.

Farmaceutická fakulta v Hradci Králové – místo pro mne (a každého dalšího absolventa) do smrti spjaté

s množstvím emocí a vzpomínek. „Všechny to nějak poznamená. Každý jsme trochu ujeté,“ říká tatínek a zazní to jako hláška z béčkového filmu. Co nám dala a co nám nedala? (Obsáhlou kapitolu „co nám vzala“ nebudu rozebírat.) Na ocenění všeho dobrého stejně jako na vyjmenování všech nedostatků je půl stránky příliš málo. Ostatně tyto podrobnosti jsem poctivě vyplňovala do hodnocení výuky a na veřejnost snad ani nepatří.

Snažila se nás připravit na širokou škálu možných povolání, od práce v lékárně, přes praxi ve výzkumu, výrobě a kontrole až po (například) studium historie našeho oboru. Jak se jí to podařilo? Ve výzkumné biochemické laboratoři farmaceutické fakulty v Seville jsem se cítila výborně. Za tárou je to o poznání horší. Kde může být problém?

Za své studium jsem se snažila využít každé příležitosti vycestovat a podívat se tak na svůj obor a jeho studium z nových úhlů. Když srovnávám naši fakultu se zahraničními, v něčem je vždy trochu lepší a v něčem trochu horší – nápadně ale vyčnívá jedna věc – nesrovnatelně větší objem učiva (konkurují jen japonské fakulty). Vědomostní základnu bychom tedy měli mít hodně dobrou. Ale v tom je podle mého názoru taky největší problém. Brzy po státnicích se mi zasekl počítač používaný za studií. Vysoké nároky na výkon, málo času na údržbu a ohromný nával dat způsobily, že teď pracuje tak pomalu, že už se na něm nedá dělat vůbec nic. Jistě víte, kam mířím. Myslím si, že při menším objemu učiva a starostlivějším výběru důležitých informací by se zvýšilo jak procento zapamatovaných informací, tak schopnost propojovat je a dávat do souvislostí. Také praktika by mohla být praktičtější, tím poukazují hlavně na zoufale málo prostoru pro komunikační dovednosti a nácvik řešení skutečných situací v lékárně, v porovnání s obrovským počtem hodin stráveným na chemických, biologických a fyzikálních praktických cvičeních. Musím ale říct, že na obou těchto nedostatcích se na fakultě neustále pracuje a každý rok je vidět pokrok.

Praxe je vždycky jiná než škola a v žádném oboru není dokonale připravených studentů. Tím komplikovanější dobrá příprava je, čím je obor složitější. A ten náš je jistě jeden z vůbec nejsložitějších.

Farmaceutická fakulta mi dala cenné vědomosti a hluboký vhled do všech disciplín farmacie. A hlavně možnost dál se ve farmacii uplatňovat a rozvíjet.

Pocitová analýza aneb krutá realita

% z celkového množství učiva vyžadovaného u zkoušek

Snažila jsem se naučit:	98 %
Naučila jsem se:	70 %
Pamatuji si dodnes:	20 %
Vybavím si, když potřebuji:	15 %
Mohla bych potřebovat v lékárně: (obsah se neshoduje s „Pamatuji si dodnes“)	20 %
Doposud jsem potřebovala v lékárně:	4 %
Potřebuji běžně:	2 %
Potřebuji denně:	<1 %
Někoho zajímá:	<1 %
Zajímá pacienta:	< 0,5 %

% z celkového množství informací a dovedností potřebných v lékárně:

Umím z FaF:	60 %
– z toho šestiměsíční praxe	30 %
Naučili mě kolegové – magistři:	5 %
Naučily mě kolegyně – farmaceutické asistentky:	15 %
Doposud neumím:	20 %

Mgr. Karolína FENCLOVÁ



Pohled z průmyslu

Na začátek se musím přiznat, že jsem našel uplatnění v rámci farmaceutického průmyslu, a to na pozici, která je z těch méně ortodoxních, co se uplatnění farmaceuta týče. Tímto je i determinováno uplatnění nabytých znalostí.

Ve zkratce musím říci, že jelikož farmacie je multidisciplinární obor, největší výhodou (za určitých okolností i nevýhodou) je všeobecný přehled a široký rozhled, který studenti získávají. Od absolventa žádné fakulty se neočekává, že by se nemusel při své profesi nic více učit, a o to praktičtější jsou získané studijní návyky a schopnost řešit problémy, což nás škola naučila. Má každodenní práce je toho zářným příkladem: farmaceut má i v těchto více ekonomicky zaměřených oblastech stále velkou výhodu oproti čistě ekonomicky zaměřeným kolegům, tedy ekonomům ne-

bo na druhé straně chemikům. Jistě, nedisponujeme hlubokou expertízou v chemii jako absolventi chemických škol, případně klinickými znalostmi jako absolventi medicíny, nicméně je to právě ten široký přehled, který dává farmaceutovi velkou profesní výhodu a nenahraditelnost v rámci farmaceutického průmyslu. Farmaceut totiž dokáže řešit problém z více perspektiv a dokáže kombinovat jak klinické, tak technické či vědecké poznatky.

Abych nezapomněl být i trochu kritický, nyní s odstupem času musím podotknout, že mi při studiu chyběly volitelné předměty, které by byly podrobněji zaměřené na procesy ve farmaceutickém průmyslu. O to více na druhou stranu musím kvitovat aktuální snahu a aktivitu fakulty tyto předměty zahrnovat do svých studijních plánů.

Shrnu to tak, že studium na Farmaceutické fakultě UK splnilo svůj účel do důsledku. Připravilo nás na boj se skutečným životem a naučilo nás řešit životní problémy s elegancí farmaceutovi vlastní.

Na závěr chci poděkovat naší fakultě, a nejen jejímu vedení, za podporu a otevřenost k veškerým studentským aktivitám, zejména za podporu studentům při získávání neocenitelných zahraničních zkušeností, které dávají absolventům velkou konkurenční výhodu. Jsem hrdý, že jsem absolventem právě této fakulty, a vždy se ji a farmacii jako takovou budu snažit co nejlépe reprezentovat.

Mgr. Jan RÖDER



Praxe dělá mistra

Po úspěšném absolvování poslední zkoušky ve čtvrtém ročníku na mne dolehl pocit, jak jsem neuvěřitelně šikovná, skoro rozená farmaceutka, jak všechno krásně zvládám a že mi začíná nádherné období – dva měsíce prázdnin a potom šest měsíců v lékárně. Už jsem se nemohla

dočkat, až dostanu do ruky svůj první recept, až vydám první krabičku a až za mnou budou chodit lidé pro radu. Vůbec si svůj první recept nepamatuji. Byla jsem tak vyděšená, v ruce ten kus papíru, před sebou očekávajícího pacienta a za sebou lékárníka, který se mi snažil našeptávat. Ruce se mi třásl, rodné číslo nebylo k přečtení a lék k nalezení. Pokusila jsem se o dispenzační minimum, jakmile se mi podařilo pochopit, co se v krabičce skrývá.

První den na praxi dal za pravdu všem, kteří tvrdí, že se ve škole člověk nic nenaučí. V životě jsem si nezkusila napsat výpis, o existenci poukazu jsme se letmo dozvěděli na hodinách zdravotnických potřeb. Jenže za tárou stojí klienti, kteří čekají na rychlé a přesné vyřešení problému, na okamžité vydání léku nebo objednání pomůcky. Nebýt střední školy, stěží si uvědomím, že má „pacient opatřit poukaz dvěma podpisy“. Nejsem si jistá, jestli jsem to někdy během vysokolekárnského studia vůbec slyšela.

Po dvou týdnech si naopak uvědomuji, kolik mi toho moji vyučující řekli a já jsem to zapomněla. Zákony, vyhlášky, nová léčiva, dispenzační postupy a nefarmakologická opatření. Během jednání s obchodními zástupci se vám hodí i znalosti chemie. A nad zalepenými škatulkami s antiastmatiky přemýšlím, jak správně vysvětlit použití léku, aniž bych se dobývala dovnitř.

Jak to tedy s přípravou studentů do praxe vypadá? Myslím, že máme velice kvalitní odborné znalosti a široký rozhled na farmacii jako obor. Umíme si odůvodnit rozpustnost léčiv, vyznáme se v léčivých rostlinách, základech genetiky, mikrobiologie, imunologie a analytické chemie, chápeme odlišnost generik od originálních léčiv, a složité obrázky plné receptorů, jejich působků a syntéz v nás vyvolávají snad jen nostalgický úsměv na tváři. Kdysi jsme to uměli nakreslit celé sami, ale dnes nám stačí, že tomu bez potíží rozumíme... Absolvent naší fakulty je připraven uplatnit se ve farmaceutickém průmyslu, vývoji, na odděleních kontroly léčiv, podílet se na výuce studentů nebo pracovat v laboratořích. Někteří z nás zajisté sní i o dráze klinického farmaceuta a dnešní doba je jim příznivěji nakloněna.

Na druhou stranu, stěžejním uplatněním absolventů farmaceutické fakulty byla, je a snad i nadále bude práce lékárníka. A na tu, bohužel, jsme po absolvování čtyř let fakulty připraveni velice málo. Chápu, že nikdo nenastoupí na praxi s dokonalými znalostmi a dovednostmi, ale mít v ruce poprvé recept (kromě těch našich vlastních) rovnou naostro mi přijde jako hazard s našimi pacienty. Ano, na výdeji u mne stojí lékárník, ale i on si potřebuje odskočit, vyřizovat telefony nebo dokumentaci. Je stále v dosahu, kdykoli připraven přispěchat mi na pomoc, jen asi nebyl připraven vysvětlovat mi všechno téměř od základu. Napadá mne, proč máme tolik hodin teoretické výuky a ani jednu hodinu, kdy bychom si zkusili přečíst recepty? Jednu hodinu bychom mohli věnovat problematickým lékařským předpisům a jak řešit složité situace při výdeji. A aspoň jeden seminář uvolnit k tomu, abychom si vyzkoušeli výdej. Víím, že času je v předmětu lékárenství málo, a pokud se navíc sejdou dva státní svátky na plánovanou výuku, nestihá se probrat ani naplánované učivo. Tady je asi prostor k tomu přehodnotit časovou dotaci pro některé předměty...

Dalším úskalím je příprava léčiv. Farmaceut má být odborníkem na tuto disciplínu a vést farmaceutické asistenty a laboranty při řešení složitějších receptur. Na své praxi jsem nepotkala jediného laboranta, který by si nevěděl rady s technologií přípravy. Za to mi mnohokrát problesklo hlavou, že jenom díky své střední škole víím, co se skrývá pod pojmem Rivanol, že mám čípky s peruánským balzámem vylepšit trochou ricinového oleje a že antibiotické masti mají použitelnost 14 dní. Prosím, ať se na mne mí přednášející z fakulty nezlobí, ale bez své „zdrávky“ bych nyní nebyla na praxi během individuální přípravy vůbec nic platná. Jistě, během hodin na vysoké škole jsem se dozvěděla mnoho věcí a ujasnila si teoreticky to, co jsem předtím měla nacvičené prakticky. Ale během dvou semestrů praktických cvičení jsme nepřipravovali ani podle jednoho receptu. Návody ke cvičením, které jsme si mohli vytisknout, poskytovaly velice jasný a srozumitelný výklad k tomu, co se zrovna probíralo, včetně detailního postupu přípravy. Ale chybí mi některé základy, které jsou obecně aplikovatelné při receptuře. Vždyť příprava léku je krásná činnost a dělá z farmaceuta plného odborníka. Je to práce, kterou umíme jenom my a pro kterou si nás váží nejen naši kolegové lékaři, ale i naši zákazníci. Přinesou si recept s prapodivnými klikyháky a odnesou si po několika hodinách voňavou mastičku, která jim konečně zabere na bolavou nohu.

Vendula DVOŘÁČKOVÁ
studentka 5. ročníku

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany



Šok z reality

Určitě jako každý bývalý student vzpomínám na pět let studijního a kolejního života jako na roky plné akcí, zábavy, ale i na nespočet perných chvil u zkoušek a hlavně na těch pár okamžiků při tahání otázky, při kterých jsem doufal, že si vytáhnu právě tu jednu z mála, co jsem se učil. Během studia není čas a ani možná velký zájem zabývat se otázkou „co po škole?“. Málokterý student bude přemýšlet nad svojí kariérou ve farmacii, když ještě nemá hotovou zkoušku z organické chemie. Po promoci chvilku volna a co dál? Někdo se rozhodne pokračovat v postgraduálním studiu, další má vyhlédnutou nemocniční či veřejnou lékárnu, jiný zase průmysl či klinickou farmacii. Ať si každý vybral co chtěl, byl jistě postaven před jeden z mnoha šoků z reality, který i když očekáván, tak trošku zamrzí: sice jste právě dokončili školu, ale vlastně stejně nic nevíte o podoboru farmacie, ve kterém chcete dál pracovat, a tak se musíte dále vzdělávat, my vás budeme dále zkoušet. Nám nezbyvá než doufat, že to snad nebude trvat znovu pět let.

Stala se někde chyba, neodnesl jsem si já nedostatek znalostí ze studií, nebo má alma mater mě nedokázala připravit dostatečně do pracovního procesu, či jsem někde vynechal nějaký důležitý předmět? Takové otázky se mi pořád honily hlavou první měsíc po mém osobním setkání se skutečností, a při setkání s bývalými spolužáky jsem zjistil, že nejsem sám. Ono to celé je jedno velké nedorozumění, které začíná hned v prvním ročníku studia a postupem studia se vzniklé nedorozumění pořád opakuje, až ho student začne vnímat jako fakt, který je mu následně tvrdě vyvrácen. Farmacie je velmi různorodý obor s nevídanými možnostmi uplatnění, jenž není možné plně obsáhnout během pětiletého studia. Tento fakt je obecně znám absolventům, ale nejsem si jist, zda si studenti uvědomují totéž. Já sám jsem během studia plně nedokázal pochopit složitost oboru a byl jsem přesvědčen, že promoci jsem odborník, který se už jenom zaučí v praxi. Kdyby se hned od první přednášky studentům jasně vymezilo, co jim dá fakulta, co naopak jim dá následná praxe, jak to na sebe navazuje, a vytvořil se jim ucelený obraz o oboru, kterému se rozhodli zasvětit svůj profesní život, možná by to přineslo více porozumění a menší rozčarovanou po setkání s realitou. Na druhou stranu je na místě se zeptat, jestli fakulta je dostatečně flexibilní v adaptaci na rychle se měnící tvář farmacie a přizpůsobovat jak strukturu, tak i obsah studia aktuálním potřebám oboru.

Mgr. Filip ZEMEK

Nakonec budeme „v síti“ všichni

Zhruba jedno procento dětí v celé Evropě vykazuje všechny znaky závislosti na internetu a nových médiích, v Číně je tak „postižených“ dětí a mladých lidí už sedm procent. Děti závislých na internetu bohužel přibývá také v České republice. O behaviorálních závislostech nebo jinak řečeno o závislostním chování, případně o nelátkové závislosti se diskutovalo letos v listopadu i na ostravské konferenci Občanského sdružení Děti v síti. Do posledního místa obsazený sál, kam přišli pedagogové, učitelé, psychiatři, pediatři, novináři a také značný počet znepokojených a bezradných rodičů, byl důkazem toho, že o tzv. závislosti bez substancí potřebujeme vědět co nejvíce.

Jaroslava Hořanská

Jak řekla psychiatricka MUDr. Kristýna Mílková–Pavlíková, internet je dobrý sluha, ale zlý pán. Závislost na internetu není většinou považována za plnohodnotnou duševní poruchu, v konečném důsledku však může k psychologickým poruchám a duševním chorobám vést. V léčbě nedrogových závislostí je uplatňována individuální i skupinová terapie.

Dětská neuroložka MUDr. Andrea Zakoutová hovořila o negativních dopadech počítačů a internetu na biopsychosociální zdraví dětí. V ambulancích přibývá dětí s potížemi k řešení neurologa. Ze zdravotních rizik (fyzických i psychologických) lze uvést např. oční one-

mocnění, bolesti hlavy, onemocnění pohybového systému, onemocnění KVS a GIT, poruchy imunity, civilizační onemocnění, onemocnění neurologicko-psychiatrická (ADHD syndrom) apod. Je prokázáno, že neproblémoví uživatelé internetu a videoher se této zálibě věnují do jedné hodiny denně.

K nedrogovým závislostem patří mj. neovládavé puzení k předmětu závislosti jedince. (Z internetové diskuse: *Jsem živým důkazem člověka, jenž prodělal závislost na PC hrách. Vy, co jste nyní závislí, budete za pár let řešit to samé... Prodělal jsem koliku ledvin i obezitu. Léčím se ze sociální fobie a parurézy – vzhledem k tomu, že toto jsou relativně neobvyklé psychologické nemoci, je nesmírně obtížné je úspěšně řešit a člověk je opravdu v úzkých, když nebydlí ve větším městě.*)

Co hrají vaše děti?

Jaké děti jsou závislé na informačních technologiích? Najdeme je ve všech sociálních vrstvách, stačí, aby měly stálý přístup k počítači, mohly kdykoliv sledovat televizi nebo bez omezení používat mobil.

Psycholog PhDr. Petr Nilius, který hovořil o on-line vztazích a sociálních sítích, připomněl, že sociální síť je spojená skupina lidí, kteří se navzájem ovlivňují. Není tvořena na základě pojmu ani vazeb. Pojem sociální síť se často používá ve spojení s internetem a nástupem webů.

Někteří odborníci uvádějí, že internet nadměrně užívají především starší děti s emocionálními problémy nebo ty, kteří potřebují stále nové a vzrušující zážitky. Někteří adolescenti a děti nezřídka zanedbávají kontakty s vrstevníky (pokud ti zrovna také nejsou na síti), zhoršují se jejich vztahy s rodiči i sourozenci, mají potíže se spánkem, nemožnost sedět u počítače u nich vyvolává silné podráždění, přestávají rozeznávat hranice mezi realitou a fantazií, mívají problémy ve škole.

Nedrogově závislí se obecně hůře ovládají při vyhledávání kontaktu s ob-

Před rokem 1990 se hrálo bez joysticků, a znalci zastávají názor, že na takovou grafiku by nikdo závislost nezískal.

jektem své závislosti. Občas ji zkoušejí omezit, bez odborné pomoci se jim to málokdy podaří. (Z internetové diskuse: *Mám problém s netolismem, jelikož mě moc baví hrát s kamarády na počítači, tak se o moc dalších věcí nezajímám, ale mojí mámě to hrozně vadí. Na počítači hraji okolo 7–8 hodin, když přijdu ze školy, jinak víc jak 12 hodin bych zatím nevydržel. Vadí mi, že kamarádi mohou hrát po večerech, což já nemůžu. Myslím si, že moje máma je spíše víc závislá na tom, abych ten PC vypnul, než já na tom internetu, i když jsem jí do očí řekl, že jsem závislý. Kdyby byla možnost mi nějak poradit... přivítám jakoukoliv pomoc.*)

K nedrogovým závislostem se může vázat trestná činnost a rovněž sebevražedné chování.

Je prokázáno, že hraní počítačových her zvyšuje tendenci k agresivitě. Před rokem 1990 se hrálo bez joysticků, a znalci zastávají názor, že na takovou grafiku by nikdo závislost nezískal. V letech 1993–94 už se v počítačových hrách objevuje krev, násilí... Od roku 2000 jsou hry charakterizované brutalitou, násilím, perverzností, hororovou atmosférou, nadpřirozenými schopnostmi, typická je pro ně destrukce prostředí, rychlá regenerace života. Jsou to doslova grafické orgie. A jak to bude dál? Převodem na hry formátu 3D dojde k ještě většímu vtažení do alternativní reality, bude kladen důraz na hraní ve více lidech.

Rizika se přesunula do kyberprostoru

Ale vraťme se k projektu Děti v síti. Zakladatelem občanského sdružení stejného jména je společnost Premium Systems, s.r.o., jejíž odborníci z oddělení IT bezpečnosti disponují potřebnými technologiemi k tomu, co sami nazývají „činnosti dětí v kyberprostoru pod kontrolou“.

Na četné dotazy na konferenci sdělili, že se jedná zejména o různé aplikovaná opatření, sestavená podle potřeb konkrétního dítěte. Nejdříve se zjistí, co vlastně a jak dlouho na počítači denně dítě dělá, jaké a jak rizikové aplikace

využívá apod. Tito odborníci se na druhou stranu netají tím, že zcela zřetelně vnímají případnou kontroverznost uvedených opatření. Specializované IT záležitosti takového druhu je bezpochyby vhodné konzultovat se specialistou s vysokou úrovní osobnostní integrity. Přeci jen jde o zásah prováděný v soukromí domácností, které je naprosto nezbytné respektovat.

V další fázi pak navrhuje aplikaci restriktivních opatření v počítači. Tím lze omezit časové využívání počítače v průběhu dne, ale rizikové aplikace také přímo zakázat. Není smyslem, a dnes je to už v podstatě nemožné, dítě od počítače zcela odstavit. Měla by však být dána jasná pravidla, volně řečeno obdobná těm, jaká měly starší generace při venkovních hrách. Pouličním rizikům dnešní rodiče obvykle už věnují velkou pozornost. Je potřeba si připustit, že rizika pro děti se více než zčásti přesunula právě do počítačů a do kyberprostoru. Není důvod pochybovat o tvrzení odborníků, že rodiče by měli svá zařízení chránit, protože se očekává stále rychlejší šíření těchto invazivních programů na volném trhu.

Cesta z města?

V České republice je k internetu připojeno 52 procent domácností, z tohoto počtu je 76 procent domácností s dětmi.

Podle Mgr. Adama Parmy, který se mj. zabývá IT vzděláváním, je možno „počítačovou populaci“ rozdělit následovně: *digital natives* (lidé narození po r. 1980, pro které jsou IT technologie samozřejmostí), dále *digital imigranti* (museli se všechno naučit a doučit) a *digital emigranti* („cesta z města“, uživatelé, kteří od toho všeho už chtějí pryč).



Internet není žádným symbolem zla a nebezpečí a počítačové hry není třeba zakazovat. Naopak, i liknavý uživatel ví, že kdo není na internetu, jakoby vůbec neexistoval, že tam najde všechno (fakta stejně jako nesmysly, i to, co nehledal a ani najít nechtěl), a že „v síti“ jsme mnozí každý den, stejně jako sedíme denně u televize. I počítačové hry mohou hráče vzdělávat a výborně pobavit a ani každodenní hraní nemusí znamenat závislost. Jen je třeba, stejně jako všude jinde, znát míru. Rodiče by měli vědět, co jejich potomci na internetu dělají. Zakazovat jim internet by totiž děti mohlo dovést k opravdovému, tzn. i drogovým závislostem.

Světlo světa

Jdu ze čtvrtého adventního koncertu a myšlenky se mi honí hlavou. Adventní období mám moc rád. Stejně jako chanuku. Svátek světel.

Světlo z Betléma si nesu v dlaních. Světlo světa. Teď sedím u svého psacího stolu, kocour mi přede v klíně. Dolce vita. Přede mnou svítí světlo z Betléma a ve sluchátkách mám Ofru Hazu. Zpívá hebrejsky o malém Mojžíši, jak pluje po veliké řece v košíku z proutí. Košík, který byl pro matku Mojžíše poslední nadějí, světlem v dálí. Všichni víme, jak tento příběh začal a jak pokračoval... Naděje.

Svátek světel. V chrámu zbyla jenom jedna míra oleje. A vystačila na osm dnů.

Naděje, zázrak, světlo světa. V Betlémě jsou ale dvě posvátná místa. V Betlémě jsem byl a světel jsem tam spatřil mnoho. Jednak v místě narození Páně a jednak u hrobu Ráchel, pramáti všech Hebrejců. Obě místa náležitě posvátná. Jedno bez druhého by nemohlo existovat.

Světlo svítí na mém stole a je také z Betléma. Světlo světa je život a i láska hřeje. Život bez lásky je planá naděje. I nenávisť je druhem lásky. Lhostejnost už pak ne.

Kvůli nenávisti faraona malý Mojžíš plul v košíku z rákosí, malý Ježíš prchal před zlobou Herodesa z Betléma. Zázrak z Betléma, zázrak zrození. Láska i naděje.

Tři králové přišli z východu. Z Indie? Z Číny? Mittanie?

Prostě se přišli podívat na zázrak zrození. Na světlo světa. Světlo naděje. Bez lásky by však světlo nebylo. Dodnes všichni spěchají do Betléma. Proč? Světlo nad místem zrození spatřit a tak zapálit.

Také moje svíčka tam hoří. Světlo z Betléma. Je i na mém stole přede mnou. Svítí a hřeje a možná se dokonce směje. Světlo světa. Chanukový svícen má osm plus jednu svíčku, adventní věnec čtyři. V Betlémě rovněž svítí světlo na dvou místech. Na místech láskyplných.

Co na tom ale záleží. Důležité je světlo. Světlo lásky. Světlo naděje. Světlo světa. Světlo z Betléma.

Světlo z Betléma v mých dlaních je i pro Vás!

Mgr. Jan POMYKACZ

Vliv izoflavonů na kostní a ostatní tkáň



Užívání izoflavonů v menopauzálním a postmenopauzálním věku u žen je dnes obecně akceptováno jako racionální postup s měřitelnou, klinicky dobře podloženou efektivitou a bezpečností. Izoflavony však v lidském organismu vykazují celou řadu dalších biologických účinků, které nemusí být pouze soustředěny na omezení menopauzálních potíží.

Mgr. Tomáš Volný

K nejlépe popsáným izoflavonům patří genistein (a jeho glykosid genistin) izolovaný ze sóje. Z pohledu farmakologických účinků je v databázích evidován jako antikarcinogenně účinná látka, jako fytoestrogen a inhibitor enzymů protein kináz. Biologická dostupnost genisteinu a genistinu je srovnatelná, někteří autoři uvádějí u genisteinu lepší biologickou dostupnost. Po perorální aplikaci bylo maximální plazmatické koncentrace u volného genisteinu dosaženo po 1 až 6 hodinách. Genistein je z významné části konjugován na glukuronovou kyselinu, je eliminován ledvinami a vylučován močí.

Klinická studie se zdravými a dialyzovanými pacienty prokázala významně vyšší plazmatické koncentrace genisteinu (3–4krát vyšší) u dialyzovaných pacientů, u osob s renální insuficiencí je proto nutné doporučení suplementace genisteinu vždy kriticky zvážit a v případném doporučení denní dávky zohlednit horší renální eliminaci genisteinu, u zdravých dobrovolníků byl genistein eliminován za dva dny, u dialyzovaných pacientů byl eliminován za sedm dnů. Genistein může být přijímán i prostřednictvím stravy, bylo prokázáno, že dobře přechází do plodové vody. Při doplňkové suplementaci genisteinu v období těhotenství je tedy nutné počítat s případným vlivem genisteinu na plod. Doporučení suplementace genisteinu v období těhotenství by mělo být výjimečné a vždy opodstatněné.

Podle klinických, farmakokinetických studií nebyly u zdravých postmenopauzálních žen při užívání dávek 2, 4, 8 a 16 mg genisteinu/kg tělesné hmotnosti pozorované závažné nežádoucí účinky, u vysokých dávek bylo pozorováno snížení tlaku krve, snížení počtu neutrofilů, nauzea, otoky nohou a zvýšená citlivost prsou. Denní dávka 70 mg genisteinu a daidzeinu byla v multicentrické, randomizované, dvojitě zaslepené a placebem kontrolované klinické studii u menopauzálních žen hodnocena jako zcela bezpečná a dobře tolerovaná, po 4 týdnech u 38 % menopauzálních žen a po 8 týdnech u 51 % menopauzálních žen významně omezovaly návaly horka. Právě návaly horka jsou z mírných menopauzálních potíží užíváním genisteinu nejvýrazněji omezeny, je snížena frekvence jejich výskytu během dne.

K velmi zajímavým patří klinické studie zaměřené na popis vztahu mezi dlouhodobou suplementací izoflavonů a densitou kostní a prsní tkáň. Autoři randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované klinické studie sledovali vliv devítiměsíční suplementace 40 g sojového proteinu denně (s nespecifikovaným obsahem izoflavonů) nebo mléčného proteinu, nepodařilo se jim prokázat žádnou významnou změnu v denzitě kostní tkáň. Velmi významnou výpovědní hodnotu má randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie, kde byl sledován vliv tříleté suplementace denní dáv-

ky 80 nebo 120 mg izoflavonů (podáváno v kombinaci s 500 mg vápníku a 600 IU vitamínu D₃ denně) na densitu kostí u zdravých postmenopauzálních žen bez osteoporózy. Autoři prokázali u denní dávky 120 mg izoflavonů v kombinaci s vápníkem a vitamínem D₃ mírné, na hranici statistické významnosti omezení postmenopauzálního snížení denzity kostí, zjištěný efekt autoři nepovažují za uplatnitelný v prevenci nebo léčbě osteoporózy. Obdobně významnou je multicentrická, randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie, kde bylo 406 zdravým postmenopauzálním ženám po dobu dvou let podáváno 80 nebo 120 mg izoflavonů denně a byl mamograficky sledován vliv suplementace na densitu prsní tkáň, autoři u postmenopauzálních žen žádný významný vliv izoflavonů na densitu prsní tkáň neprokázali.

Také jiná randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná klinická studie sledovala u 205 zdravých postmenopauzálních žen vliv roční suplementace 43,5 mg izoflavonů denně na mamograficky měřenou densitu prsní tkáň, ani zde autoři nezjistili žádný významný vliv. Potenciální vliv dlouhodobé (šestiměsíční až tříleté) suplementace izoflavonů na densitu prsní tkáň u postmenopauzálních žen popisuje metaanalytická studie hodnotící randomizované klinické studie s celkovým souborem 1 287 postmenopauzálních žen. I zde došlo k poměrně jednoznačnému potvrzení výše prezentovaných výsledků, suplementace izoflavonů v doplňkových denních dávkách nevede k významné změně denzity prsní tkáň. Ovšem k dispozici jsou prozatím ojedinělé klinické průkazy mírného zvýšení denzity prsní tkáň po suplementaci izoflavonů u premenopauzálních žen.

(Reference jsou uloženy u autora.)

Autor je klinický farmaceut, vedoucí aplikovaného výzkumu a vývoje Farmaceutických a analytických laboratoří IINSTITUTU



ilustrace: O. Fischer, námět: T. Volný

Informace, že na 1. prosince svolal Pavel Grodza z OSL Nový Jičín vánoční seminář, mohla jen nezasvěcené zmást, že na programu bude několik přednášek o komunikaci v lékárně, a tím to skončí. Všichni, kteří tyto už tradiční semináře na sklonku roku nevynechávají, správně tušili, že ani tentokrát nezůstane jen u odborného programu, tím spíše, že podtitulem akce byla vzájemná komunikace vážně i nevážně.

První přednášku nazval Pavel Brauner **Člověk a zvíře komunikačním hlavolamem**. Neschopnost zvířat používat jazyk neznámá nemožnost komunikace. Slyšeli jsme o různém vnímání zvířete člověkem, o domestikaci zvířat, vztahu člověka ke zvířeti v různých dobách (například Platón tvrdil, že zvíře nemá duši). Od 18. století po současnost se aplikuje patocentrický přístup – etickým měřítkem je senzitivnost pro utrpení živých tvorů.

Stanislav Havlíček hovořil o **komunikaci v lékárně při prodeji doplňků stravy**. To samozřejmě každý lékárník zažívá téměř denně. Přestože dané téma podal s určitou nadsázkou, byla prospěšná připomínka, že podle zák. č. 110/1997 Sb. jsou doplňky stravy potravinami, z čehož také plyne, že v sortimentu doplňků stravy je farmaceut i farmaceutický asistent prodávčem potravin.

Už první věty přednášky, kterou si připravil Martin Ronge, v sále vyvolaly nevěřící pohledy a nezřídka zdvižené obočí. Mluvil totiž o **tzv. energetickém přístupu**. Lze předpokládat, že mnoho lékárníků se personální biodynamikou nezabývá. Mnozí jsme o metodě hlubokového přeladění organismu a aktivaci přirozených regeneračních schopností slyšeli poprvé. Řekl, že terapie je fyzicky nenáročná a že svým klientům předává jen to, čím sám prošel.

Lékař Zdeněk Wilhelm zhodnotil téma **komunikace v medicíně** jako zajímavé, ale těžké. Rozebral komunikaci s pacienty s různými diagnózami, zdůraznil, že zdravotnický pracovník nesmí pacienty nikdy podceňovat. Na příkladech ukázal, jak komunikovat se zrakově postiženými, s neslyšícími, s paraplegiky i onkologickými pacienty; že i lékař se musí naučit, jak říkat nemocnému co ho v léčbě čeká, ale zvládnout také umění sdělit pacientovi a jeho blízkým, že prognóza není příliš optimistická.

Psycholog Alexandr Tomeček se zabý-



Příjemně strávený večer věnovaný komunikaci

val **vzájemnou komunikaci v lékárně** podle Erika Berneho, a to v návaznosti na knihu Jak si lidé hrají. V tomto případě však nešlo o hry příjemné, ale neproduktivní nebo dokonce destruktivní, odehrávající se např. mezi životními partnery.

Léky z pohledu pacienta a lékárníka stručně komentoval docent Jozef Kolář, jeho prezentace totiž obsahovala rovnou stovku kreslených vtipů, ke kterým nebylo třeba mnoho slov. Byť se objevily v tištěných periodikách různých zemí, v podstatě shodně reagovaly na zvyšování cen léků, na generickou preskripci apod.



Všechny přednášky byly výborně připravené, stručné, zajímavé, přínosné, vtipné.

A co bylo pak? Pozvánka nelhala, v zámečku v Bartošovicích začala *volná zábava při kytarě, zpěvu a drbech, s domácími občerstvením*. Francouzská šansonierka Céline Bossu zpívala s kytarovým doprovodem Jiřího Martinů (oba z kapely Hluční sousedé). Slyšeli jsme nádherné lyrické i dynamické písně. Céline zazpívala i česky, při písničce Vlasty Redla Čiže ste husličky čije, kdo vás tu zanechal se k ní připojil celý sál.

Občerstvení bylo vynikající. Poděkování patří všem kolegyním, které je připravily se zkušeností profesionálních kuchařů a navíc byly dokonalými hostitelkami: Jana Martinásková, Lucie Šimelová, Dana Bachanová, Ivana Sokolová, Věra Čechová, Zuzana Čechová, Daniela Pešová, Monika Besedová, Alena Grodzo-ová, Eva Radinová a Hana Zedková.

Bylo těžké odejít ze společnosti, ve které se všichni výborně bavili, kde zazněly desítky vtipů v podání kolegů i hostů, od kterých bychom to vůbec nečekali. Pavel Grodza ani tentokrát nezklamal. Říká se o něm, že všechno co dělá, dělá na 200 procent, a že kdybychom to uměli, měli bychom ho naklonovat, protože takových lidí je kdoví proč stále méně. Zorganizoval další večer, na který budou všichni účastníci dlouho vzpomínat. (jh)

Nahlédnutí pod pokličku farmacie

v zemi papriky a guláše aneb Tři týdny v maďarské lékárně

V rámci stáže v Maďarsku (Budapešť), jsem měla možnost pracovat v lékárně Hallar (Hallar gyógyszertár) patřící v zemi k řadovým lékárnám. Zajímavostí, která mě zaujala již při mém prvním příchodu, byly dva vchody, jeden z ulice a druhý ze dvora mezi domy. Oficína se tím stává průchozí a je rozdělena na dvě části, první s hlavní tárrou, kde farmaceuti dispenzují, a druhou, která je opatřena stolkem s křesílkou pro pacienty a další, řekněme „falešnou“, tárrou.



trápí. Jedna paní např. vytrvale tvrdila, že potřebuje něco na horečku, avšak nabízené léky odmítala. Magistr se tedy vrátil k maďarštině a výsledek – pacientka chtěla lék proti alergické rýmě.

■

Stáž v maďarské lékárně považuji za přínos, byť se pracoviště od českého příliš neliší. V rámci jedné z exkurzí, které pro nás Maďarská asociace studentů farmacie připravila, jsme se podívali do biochemické laboratoře v nemocnici a na oddělení přípravy cytostatik na onkologické klinice. Všechny tyto zkušenosti určitě v budoucnu využiji při výběru další praxe v ČR nebo při volbě svého zaměření v dalším studiu. Děkuji Spolku českých studentů farmacie, že studentům zprostředkovává nahlédnutí pod pokličku zahraniční farmacie. Možnost porovnání její úrovně u nás a ve světě je pro nás všechny velmi důležitá.

Andrea SODOMKOVÁ
FaF UK Hradec Králové

Projekt České lékárnické komory PODPORA STUDENTŮ FARMACEUTICKÝCH FAKULT NA ZAHRA NIČNÍCH STÁŽÍCH V LÉKÁRNÁCH

Za ní jsou vystaveny především potřeby pro fyziologickou péči (berle, ortézy, přístroje na měření tlaku) i jiné rozměrné komodity (balení inkontinenčních vložek). Další vizuální odlišností bylo daleko menší množství OTC vystavených ve vitrínách (většina byla v zásuvkách za tárrou), toto však není v lékárnách pravidlem.

V lékárně pracují dva farmaceuti a dva asistenti, kteří se střídají na odpolední a dopolední směně. Otevřeno je od 8 do 19 hodin, dopolední směna trvá od 7 do 13 a odpolední od 13 do 19 hodin. Dále se v lékárně střídali dva praktikanti z pátého ročníku farmaceutické fakulty. Vedoucí lékárně je zároveň jejím majitelem. Sanitárního pracovníka v lékárně nemají, protože není příliš frekventovaná, takže úklidové práce má na starosti asistent nebo praktikant v čase, kdy v lékárně nejsou pacienti.

Systemem různých křížků

Zboží je do lékárně dodáváno dvakrát denně, ráno okolo osmé a odpoledne okolo třetí hodiny. Do zásuvek a regálů je zarovnáno podle „počtu křížků“. Křížků zde používají dva druhy – plný a prázdný. Léky mohou být označeny žádným křížkem, jedním nebo dvěma plnými křížky, případně jedním prázdným křížkem. Žádný křížek nemají OTC, jeden má většina léků na předpis a dva mají především antibiotika. Díky tomuto systému, který je patrný rovněž

v softwaru, jsem mohla zboží rovnat i já, protože po napsání názvu do počítačového programu bylo hned jasné, do kterého oddělení přípravek patří.

K další náplni mé práce patřilo připravování IVLP, většinou to byly masti, protože v blízkosti lékárně jsou dvě dermatologické ordinace. Laboratoř byla velmi dobře vybavena, ale překvapilo mě, že na zásady správné přípravy se zde příliš nedbá. Například nabírání různých chemických látek bylo prováděno jednou kopistkou bez jakéhokoliv umytí. Složitější přípravky byly připravovány praktikanty, kteří bez knížky ani nevěděli, co dělat. Jednou připravovali krém aquosus, a žádné malé množství – rovnou celý kilogram. Vzniklá hmota opravdu nebyla homogenní a zamýšlený výsledek příliš nepřipomínala. Nakonec to vyřešili telefonátem majiteli lékárně, který jim poradil co a jak, takže druhý den už to byl opravdu krém aquosus, ale místo kilogramu pouze 600 gramů. Nezbyvá než si myslet, že buď hodně chyběli na technologii, nebo výuka není moc kvalitní.

Mastička na knír nevoněla

Nejkurióznější byl asi zážitek s pánem, který si objednal mastičku, kterou používal na nakrucování a tužení svého obřího kníru. Mastička ovšem velmi nepříjemně zapáchala a určitě musela přitahovat hmyz, takže si nedovedu představit, jak se onen pán s takto ošetřeným knírem procházel po městě.

V Maďarsku je někdy dost přeceňována všeobecná znalost angličtiny. Podle názoru mladých ovládá její základy už skoro každý, ale opak je pravdou. Na praxi mě maďarští lékárníci chtěli co nejvíce zapojit do chodu lékárně, proto se vždy ptali pacientů, zda mluví i anglicky a jestli by jim nevadilo, kdyby dispensoval zahraniční student. Nejednou se však stalo, že poté, kdy obojí odsouhlasili, nebyli vůbec schopni říci, co je

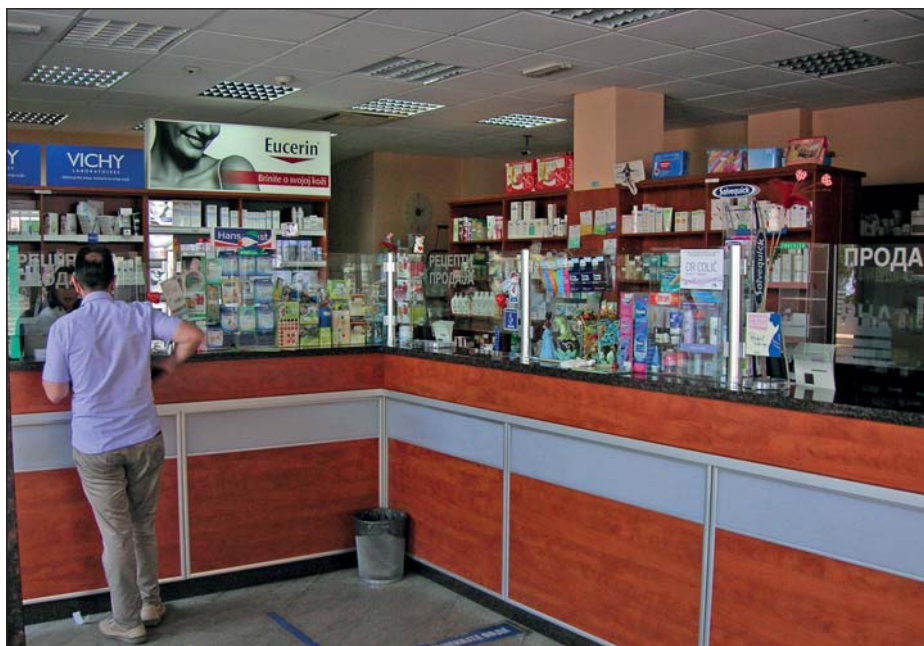
Praxi v rámci SEP (Students Exchange Programme) jsem strávil ve městě Niš na jihu Srbska. Má přibližně 250 tisíc obyvatel a bohatou historii. Nachází se zde Univerzita v Niš, na které je kromě farmacie, která je tu vyučována od roku 2003, možné studovat mnoho dalších oborů jako jsou medicína, právo, ekonomika, matematika nebo elektronika. Farmacie se studuje na fakultě medicíny, kterou studenti našeho oboru navštěvují společně s mediky a budoucími zubními lékaři.

Celkem čtyři srbské farmaceutické fakulty sídlí kromě Niše v Bělehradu, Novém Sadu a Kragujevci. Samotné studium trvá pět let a stejně jako u nás probíhá formou přednášek, seminářů a praktických cvičení v laboratoři. V uvedených pěti letech není zahrnuta delší souvislá praxe v lékárně, jen tři týdny po 4. ročníku. Lékárenskou praxi absolvují studenti jako dobrovolníci po skončení výuky na fakultě. Trvá jeden rok, během něhož stráví šest měsíců ve veřejné lékárně a po třech měsících v nemocniční lékárně a v laboratoři. Po této praxi následuje závěrečná zkouška. Většina absolventů nastupuje do zaměstnání v lékárnách a jen malé procento najde práci v průmyslu nebo v laboratořích. Mají rovněž možnost pokračovat v postgraduálním studiu na fakultě.

Lékárníci po absolvování fakulty vstupují do lékárnické komory a účastní se dalšího vzdělávání, které probíhá formou seminářů. Používá se bodového systému jako u nás.

Otevřeno 24 hodin

Má praxe probíhala v lékárně Cele Kula v blízkosti centrálního náměstí. Tato největší lékárna ve městě má otevřeno 24 hodin denně. Pracují v ní dvě desítky zaměstnanců, převážně lékárníků. Nejvíce lékárníků je zde vždy dopoledne, přes noc mají službu dva. Kromě léků nabízí lékárna množství doplňků stravy a kosmetiky. Jako největší také zajišťuje magistraliter přípravu, která v malých soukromých lékárnách není možná z celé řady důvodů. Připravuje rovněž velké objemy přípravků jako jsou různé krémy nebo pleťová mléka, protože v Srbsku



Praktikantem v lékárně Cele Kula na jihu Srbska

často dochází k výpadkům galenických laboratoří vyrábějících kosmetické přípravky.

V lékárně je oddělená místnost pro konzultační činnost, ale tato služba, ačkoli je placena ze zdravotního pojištění, není pacienty často využívána. V srbských lékárnách je zakázáno měření tlaku, které smí provádět pouze

Hustá síť lékáren

V rámci své praxe jsem především připravoval v laboratoři IVLP přípravky jako jsou roztoky, suspenze, masti, dělené prášky v papírových sáčcích a rozvažoval jednotlivé suroviny. Několikrát jsem také pracoval ve skladu. Základem úspěšného pracovního dne je v Srbsku pořádná snídaně z nedaleké pekárny a šálek silné turecké kávy; bez tohoto by většina místních nezačala pracovat. Srbové jsou velmi přátelští a komunikativní a neváhají pomoci cizincům.

Ve větších městech je velmi hustá síť lékáren. Některé jsou v majetku vlády či města, ale převážná většina je soukromých. Koncentrace lékáren v blízkosti nemocnic a dalších zdravotnických zařízení je podle mého názoru až přehnaně vysoká.

Zahraniční praxi hodnotím velmi pozitivně. Dala mi příležitost porovnat fungování veřejných lékáren v ČR a v Srbsku, zjistit, že společným problémem je nedostatek financí ve zdravotnictví, a v neposlední řadě také zdokonalit svou angličtinu.

Petr HLADÍK
FaF UK Hradec Králové



lékař. Z dalších služeb bych jmenoval jen volně přístupný přístroj na měření tělesné hmotnosti a výšky.

Hodně pacientů je zvyklých chodit do lékárny pozdě večer. Toto místní specifikum je však snadno pochopitelné, vzhledem k denní teplotě se tu v létě pohybují i kolem 40 stupňů Celsia.

České lékárenství 1948–1989 (III.)

Hlavním úkolem lékáren je pokrýt požadavky a potřeby nemocných a zdravotnických zařízení na zajištění dostatku léčiv v předepsané kvalitě a v potřebném čase. K tomu je nutné udržovat zásoby léčiv na potřebné výši. Jedním v minulosti zavedeným opatřením bylo vypracování a udržování tzv. norem zásob, tj. povinnost lékárny udržovat určitou výši zásoby každého přípravku či množství léčivé látky na určitou dobu.

RNDr. PhMr. Vladimír Jeřábek, důchodce



Systém norem zásob měl být užitečný pro pacienty i zdravotnická zařízení, neboť při výpadku výroby se teoreticky nedostatek určitého léku neměl tři měsíce projevit – tak totiž byla lékárnám zákonem stanovena základní výše povinné zásoby HVLP (podle druhu léčiv to bylo rozmezí 1–6 měsíců). Ovšem naplnit zásobu léčiv na spotřebu odpovídající třem měsícům (objednávalo se při poklesu zásoby na 50 %) se dalo u zhruba 80 % sortimentu a úzkoprofilových léků, které byly lékárnám proti jejich požadavkům dodávány zkráceně, se tříměsíční zásobou naplnit nepodařilo. Přobjednávalo se pouze lékárnám s nepřetržitou službou a lékárnám nemocničním. Většina lékáren byla z jediného velkodistribučního podniku v kraji zásobována jednou za 14 dnů. Systém byl výhodný pro farmaceutickou výrobu, která mohla určitý lék vyrábět najednou ve velkých šaržích, nemusela udržovat trvalou zásobu potřebných surovin a také je ve velkých množstvích zasílat obchodní organizaci. S narůstající spotřebou léčiv – zhruba 10 % ve finančním vyjádření a 4 % v hmotných jednotkách – rostly i nároky na skladovací plochy lékáren.

Dovoz léčiv z devizové oblasti byl finančně silně omezen a přednostně byly zajišťovány požadavky nemocnic a specializovaných pracovišť zejména v rámci tzv. celostátních zdravotních programů. Problémy vznikaly také při zavádění nového léku do terapie. Na pozitivní ohlas lékařů na nový preparát nedokázala výroba mnohdy pružně reagovat, aby zajistila jeho dostatek výrobou požadovaného množství (často byly problémy s dovozem zpracovávané suroviny). To se zpětně projevilo v poklesu zájmu lékařů o nový preparát a kritika padala na hlavu lékárníků a odborných pracovníků velkoobchodu. Docházelo tak k nežádoucí

stagnaci při uplatňování nového účinného léku v praxi (např. Brufen, antihypertenziva a další).

Bohužel snahy po snížení povinné tříměsíční zásoby léčiv a zrychlení dodávek z velkoobchodu do lékáren ztroskotaly přes úsilí odborníků Lékařenské služby i velkoobchodu a bez ohledu na pozitivní výsledek experimentu v Severomoravském kraji. Úspěšně zde byla vyzkoušena možnost zrychlit frekvenci dodávek léčiv v menších množstvích a častějších intervalech.

Administrativně byl systém evidence pohybu léčiv, vyjádřený hmotně i finančně, tj. jejich příjem do lékárny a následné zpracování a výdej, jednoduchý, přehledný a lékárně minimálně zatěžující. Ceny léků se měnily relativně zřídka a prakticky všechny byly nemocným poskytovány bezplatně nebo s minimálními doplatky (např. 1 Kčs za recept). Ekonomickou prosperitu lékáren vyhodnocovaly zvláštní ekonomické útvary lékařské služby Ústavů národního zdraví. Od zaměstnanců lékáren byla vyžadována především odbornost při styku s pacienty i ostatními zdravotnickými pracovníky. Vedoucí lékárník byl odpovědný za pečlivé vedení deníku korunové kontroly, což byl základní doklad o hospodaření lékárny.

Snad stojí za upozornění statistická šetření SÚKL, který trvale a periodicky v naší republice vyhodnocuje spotřebu léků od roku 1989 a z kterého vyplývá, že hmotná spotřeba léků se u nás zvyšuje relativně stejným procentem jako dříve (měřeno objektivně pomocí DDD a počtu balení) a že obrovský nárůst spotřeby léků ve finančním vyjádření je způsoben jednak drahými, dováženými léky a v určité míře i růstem cen léků tuzemských.

Současný systém ekonomické evidence pohybu léků v lékárnách je složitější,

i přes obecně zavedené zpracování na počítačích, neboť jednak neplatí stále ceny u jednotlivých přípravků, jednak pacient na mnohé přípravky připlácí. A mění se i několikrát za rok výše doplatků. To je nevyhovující pro pacienty i pro lékárny. Podle mého názoru by ceny léků měly být pevné alespoň po dobu jednoho roku. Jsem si vědom, že rozbor tohoto problému zasluhuje velice podrobná stanoviska z různých stran.

Dovoz léčiv z devizové oblasti byl finančně silně omezen a přednostně byly zajišťovány požadavky nemocnic a specializovaných pracovišť v rámci tzv. celostátních zdravotních programů. Problémy vznikaly také při zavádění nového léku do terapie. Na pozitivní ohlas lékařů na nový preparát nedokázala farmaceutická výroba mnohdy pružně reagovat, aby zajistila jeho dostatek výrobou požadovaného množství (často byly problémy s dovozem zpracovávané suroviny). To se zpětně projevilo v poklesu zájmu lékařů o nový preparát a kritika padala na hlavu lékárníků a odborných pracovníků velkoobchodu. Docházelo tak k nežádoucí stagnaci při uplatňování nového účinného léku v praxi (např. Brufen, antihypertenziva a další).

Dnešním nesporným kladem pro lékárny je rychlé, tzn. každodenní (i několikrát za den) dodávání léčiv od velkodistributorů a v požadovaných množstvích. Mimořádně však vzrostl počet faktur na dodaná léčiva. Na druhé straně nemusí lékárna skladovat větší množství, větší počet přípravků než potřebuje na kratší dobu.

Přes uvedené skutečnosti je pro každou lékárnu výhodné a nutné znát dobře i kvantitativní úroveň expedice léčiv a udržovat si určitou optimální zásobu potřebných, např. sezónních přípravků. Vzhledem k široce uplatňované volbě lékaře a zrušené rajonizaci zdravotnických služeb je to pro lékárny záležitost velmi složitá.

(Pokračování)

VÝZNAMNÁ JUBILEA

prosinec 2012

90 let

RNDr. PhMr. Ladislav Novotný
(OSL Praha 7)

70 let

Mgr. Zdeňka Petříková (OSL Kladno)

65 let

Mgr. Jiřina Nováková (OSL Benešov)
Mgr. Helena Hromadová (OSL Ostrava)
Mgr. Jarmila Hurtíková (OSL Vsetín)
Mgr. Libuše Holečková (OSL Praha 6)
PharmDr. Josef Kopecký (OSL Opava)

60 let

PharmDr. Regina Tůmová (OSL Cheb)
RNDr. Brigita Ročková (OSL Liberec)
Mgr. Václav Navrátil (OSL Jičín)
Mgr. Eva Brettlerová
(OSL Ústí nad Orlicí)
Mgr. Jan Prager (OSL Ústí nad Orlicí)
Mgr. Jiřina Zelinková (OSL Břeclav)
Mgr. Eva Doleželová (OSL Olomouc)
RNDr. Jitka Michalíková (OSL Praha 4)
Mgr. Olga Salášková (OSL Chrudim)
Mgr. Vlasta Lacinová (OSL Praha 2)

55 let

PharmDr. František Špacír
(OSL Brno + Brno-venkov)
PharmDr. Pavel Kymla (OSL Přeborn)
Mgr. Eva Koukalová
(OSL Jindřichův Hradec)
PharmDr. Karel Lička
(OSL Hradec Králové)
Mgr. Marta Nedomová (OSL Kroměříž)
PharmDr. Karel Kraus (OSL Rokycany)
Mgr. Olga Procházková (OSL Praha 5)

50 let

PharmDr. Jitka Šimonová
(OSL Kutná Hora)
PharmDr. Jana Záveská
(OSL Nymburk)
PharmDr. Jaromír Šorejs (OSL Cheb)
PharmDr. Iva Pohlová (OSL Pardubice)
Mgr. Magda Němcová
(OSL Ústí nad Orlicí)
Mgr. Pavel Všetická
(OSL Ústí nad Orlicí)
Mgr. Ivan Bauchner
(OSL Žďár nad Sázavou)
Mgr. Romana Hašlarová
(OSL Olomouc)
Mgr. Petra Bartáková (OSL Benešov)
PharmDr. Iva Kalibová (OSL Praha 4)
PharmDr. Jana Miletinová
(OSL Hradec Králové)
PharmDr. Vít Svačina
(OSL Ústí nad Orlicí)

Upřímně blahopřejeme!

(člnek)

Běh pro radost a kondici (XIV.)

Protahováním se snažíme udržovat nebo zlepšovat rozsah svých pohybů. Posilování má za cíl nejen napomoci ke správnému držení těla, ale i výkonnosti našich svalů a prevenci bolestí v přetěžovaných partiích. Výsledkem bývá zkvalitnění běžecké techniky i výkonnosti.

Odezvou na tréninkovou zátěž je zesílení svalového stahu. Zčásti je dosahováno vyšším zapojením jednotlivých vláken, protože při stahu se zúčastní jen některá a zbytek v té době regeneruje. Zatímco u netrénovaného svalu se podílí při jednom stahu a maximálním úsilí asi 50–60 % vláken, pak tréninkem se toto procento zvyšuje až na 85 %. Dále, tréninkem vzrůstá nejen počet kapilár ve svalech, zásoba tuku ve svalových buňkách, ale i počet a velikost mitochondrií a obsah bílkovin ve svalových buňkách. Právě možnost zvýšení proteosyntézy anabolickými steroidy patří k nejčastějším způsobům dopingů. Pro výkonnost je významná i koordinace činnosti jednotlivých svalových skupin a ekonomizace využití energie.

Cílem běžeckého posilování není rozvoj maximální nebo statické síly, ale především prodloužení doby efektivní činnosti svalu, tj. **silové vytrvalosti**. Při posilování vytrvalců se v současnosti využívá především hmotnosti vlastního těla. Na rozdíl od minulosti se činky doporučují méně často. Základem jsou po vzoru novozélandského trenéra Lydiarda **výběhy svaňů**. Používají se úseky od 50 do cca 1 000 m s různým sklonem. Kratší vybíháme co nejrychleji, delší asi s 80% úsilím. Volíme kratší frekvenční krok, s dopadem na přední část chodidla a s vyšším zdvihem kolen, návrat z kopce jen proklušeme. Svahy můžeme zařazovat celoročně nebo jen před závody. Ukázalo se, že pobyt v našich (nízkých) horách má vliv hlavně na růst silové vytrvalosti, ale ke zvyšování počtu erytrocytů prakticky ne-

dochází. Jistým problémem při výrazném podílu vrchafského běhání může být návyk odlišné techniky běhu. Proto je nutno tyto zátěže střídát s rovinným běháním. Určitou alternativou kopců mohou být výběhy schodů, série podřepů nebo výstupy na 50 cm vysokou židli, používanou obvykle při Step testu. Běžné jsou cviky zaměřené pouze na určité svalové partie, které jsou zatěžovány při běžeckém pohybu. Dýcháme přirozeně, výdech se provádí ve fázi výkonu, nádech v „odpočinkové“ části cviku. Můžeme začít od chodidel. Stoj spojný asi 50 cm od zdi, opřít se o zeď rukama, pokrčit levou nohu, zdvihnout ze země a „houpat se“ na pravé noze, tj. pouze zvedat patu. Opakovat 10 až 20x. Posilují se svaly chodidel i lýtka. Nohy vystřídát. Opřít se zády o zeď, provedeme mírný podřep (stehna svírají se zdi úhel asi 45°) a střídavě pomalu šlapeme. Vnímáme tah především v oblasti kolena a dolní části stehna. Cvik pomáhá regulovat postavení česky, posiluje stehenní svaly.

Všechny běžecké školy využívají **podřepů**. Stoj spojný, chodidla oddálit na šířku dlaně, ze vzpřímeného stoje za výdechu pokrčíme obě nohy, až stehna svírají s hruďí nejvýše pravý úhel. Za nádechu a zatažení hýžďových svalů se vrátíme do vzpřímeného stoje. Soustředíme se na udržení zpevněného těla tak, aby změny polohy při pohybu vycházely výhradně z kyčlí, bederní páteř tlačíme směrem dozadu, současně tak protahujeme zádové svaly a posilujeme břišní. Chodidla nejprve ponecháváme na podlaze celou plochou, po rozcvičení lze cvičení ztížit výstupy na špičky. Pro posilování břišních svalů běžců je nejpřirozenější leh, protlačit pánev do podložky a „šlapat kolo“. Čím níže držíme nohy nad podložkou, tím je cvičení intenzivnější. Ani na ruce nesmíme zapomínat. Traduje se, že správného běžce bolí po tréninku nejvíc ruce, joggera pusa. Nejjednodušší posilování umožňují tradiční kliky, větší počet opakování dovoluje „dámská varianta“, tj. z kleku na měkké podložce. Speciální zátěží jsou odrazová cvičení, např. běžný poskočný klus. Posilovacích cviků jsou popsány stovky. Je výhodnější používat ustálenou sestavu a udržovat trvale své silové parametry. Bez průběžného opakování se silová úroveň postupně opět snižuje.

Miloš POTUŽÁK

Česká farmaceutická společnost
ČLS JEPSpolek moravskoslezských
farmaceutů pořádají**CX. přednáškový večer**

Uskuteční se

9. ledna 2013 v 18.30 hodin
ve velkém sále Domu techniky
v Ostravě-Mariánských Horách.**Téma:** Prenatální kardiologie,
vrozené srdeční vady**Přednáší:**prim. MUDr. Tomáš Gruszka,
Dětská klinika FN Ostrava
4 body v CV, 1 kredit pro FA

V záležitosti domácích lékáren

(Z žádosti představenstva Časlavského gremia k ministerstvu vnitra v záležitosti domácích lékáren.)

Domácí lékárny zařizují si venkovští lékaři, aniž by začasťe i povolení od dotyčného politického úřadu vůbec k tomu byli si vyžádali a když i takové předcházelo, stalo se as málo kdy na základě patřičného šetření, zejména nezděděly o tom dříve bezprostředně ve vůkoli ležící veřejné lékárny. Zařízené domácí lékárny vedou se takofka napořád po živnostensku, jen s tím rozdílem, že břemen, držitele veřejných lékáren obtěžujících, neznají. Z dotyčných míst, ano i z celého zdravotního obvodu venkovského na blízku jsoucí veřejné lékárny nejen ani lékařského předpisu nevidí, ale takové domácí lékárny zabývají se i též drobným ručním prodejem. Následkem toho ubývá ode dne ke dni veřejným lékárnám, které beztoho způsobem předepisování nejjednodušších léků a těmi v poslední době četnými úředními nařízeními velké újmy utrpěly, takofka existence vůbec.

Lékárnictvo není snad ovládáno sobectvím, aby neuznávalo potřebu a nutnost venkovského lékaře míti po ruce nevyhnutelných léků, by nemocným po venkově, od veřejných lékáren vzdáleným, dostalo se v čas potřebných léků. Ale držitelé veřejných lékáren nemohou již lhostejně přihlížeti k tomu, jak odbyť v jich závodech ode dne ke dni se menší, ano i existence jejich vůbec se ohrožuje, kdežto závody jejich vyžadují mimo velkých státních daní a okr. i obecních přírážek nemalou režii. Jak možno pak venkovskému lékárníku uhraditi potřeby své sebe skrovnější rodiny, když jsa vůkol takofka obklopen domácími, po živnostensku vedenými lékárnami, obmezen jest prostě na nepatrný místní odbyť? Uznáváme, že venkovští lékaři, mimo ohled na nemocné, držením domácích lékáren i svou existenci zlepšiti si chtějí a snad tu i tam i musí, avšak mělo by se jen do jisté míry tak díti, neb kdežto u těchto jest to mimořádným důchodem, jest lékárník výhradně jen na důchod z jeho závodu odkázán a to již následkem stávajících přečetných malodrogerií, hlavně pak jen na recepturu, není-li i v této místní spotřebě jinak zkrácen.

Časopis českého lékárnictva, 21. prosince 1892, str. 622

K ženské otázce v lékárnictví

(Redakci naší zaslal p. J. Bouda, Duchcov.)

Spolek »Minerva« v Praze snaží se dívkám své střední školy umožniti přístup k přiměřenému povolání a béře zřetel k lékárnictví. Podotýkám předem, že nemám žádný předsudek, že by snad ženám nedostávalo se k vážným studiím schopnosti, naopak jsem přesvědčen, že právě tak jako jednotlivé ženy vynikají v astronomii a matematice, že by i při farmacii vynikaly, proto však přece nenahlížím, že by připuštěním dívek k lékárnictví stav náš získal nebo byl povznesen.

Připouštím rád, že by jednotlivcům bylo milé, kdyby nyní, když mají nouzi o tyrony, měli hned opět levnou náhradu, však stavu našemu by se tím nikterak nepomohlo. Nouze o spolupracovníky dosud citelná není, nám netřeba proza-

tím číselného rozmnožení našich řad a doufám, že i přihlášky mladíků k lékárnictví budou přibývati, když poskytneme našemu dorostu vyhlídky, že jim i v našem stavu kyne příznivá budoucnost. Jest jen ku blahu našeho stavu, že minuly časy, kdy se v jednotlivých lékárnách přijímali 2, 3 až 4 tyroni, a tím se i odchovávali nebezpeční konkurenti, tak že mnohdy dobrý farmaceut nucen byl do tábora »jistého druhu divokých existencí« přistoupiti.

Neobávám se, že by mohlo tak daleko dojíti, že by farmacii síly tak značně ubývaly a ona tak slábla, že by se snadno v ruce »divokých« našich konkurentů dostati mohla. Stát má důležité zájmy v zachování lékárnictví a nepřipustí podobný obrat. Záleží na nás, abychom v nynějších poměrech hleděli stav svůj udržeti vlastní silou a naše spolupracovníky přesvědčili, že jim stav náš poskytuje tolik, co jiné stavy. Tím získáme dorost, který s větší láskou k stavu přilne a tím stav náš se povznese. Náš stav úlohu tuto provést může, máme zvláštní výsady oproti stavům jiným a bude nám lépe, když se soustředíme a o dobrý dorost postaráme než abychom se ohlíželi po výpomocných silách jiných. Možná, že mezi oněmi 7 gymnast-

kami, které k lékárnictví se hlásí, jsou vesměs jen výtečnice, které si dobře předložily, že chtějí »sloužiti trpícímu člověčenstvu a to za odměnu, která daleko se nevyrovná odměně u jiných stavů« – dá se však předpokládati, že by později přihlašovaly se též kandidátky, nevynikající nad naše současné spolupracovníky a činily též jiné nároky.

Lékárník na venkově, který dle pamětního spisu »Minervy« odchová ku své podpoře v lékárně statečnou dceř, bystrou ženu, nebo milovanou tchýni, řídí se dle svých poměrů, neublíží však našemu stavu tolik, jako jiný, který by odchovával 3–4 farmaceutky, které pak »svému choti, obvodnímu lékaři neb medicínálnímu drogistovi« výhodně pomáhají připravovati léky zajisté ne ku prospěchu stavu lékárnického. Nenamítal bych ničeho proti přijímání dívek k lékárnictví, kdyby i u nás již byly »lékárny, dobročinné ústavy pro rozdávání léků« jako v Anglii, kde, jak zpráva »Minervy« velebí, dámy s tak výtečným prospěchem působí.

Nahlížím snahu spolku »Minerva« starati se o nová povolání svým svěřenkám a v jich prospěch mluvit, musím se však rozhodně ujmout naší omladiny, našeho dorostu, jako by byl méně způsobilým, při vydávání léků nedbalým, roztržitým, dal se »jen sváděti hýřivými besedami k utrácení peněz, zdraví a čilosti« – a nám kynula pouze ta jediná spása – vychování »farmaceutek«!

Zkušenosti, kterých nabyly představenstva poštovní a telegrafní v Belgii a Anglii zní, že očekávání s ženskými výpomocnými silami celkem se neosvědčila a všude přednost se dává silám mužským; připomínám též, že lékárníci v Německu opět se zabývali otázkou nám nyní předloženou a došli k úsudku, že ženské síly k lékárnictví se nehodí, doporučuji tedy usnešení valné hromady Farmaceutické Společnosti naší z minulého roku: »že naléhavá potřeba přijímání ženských sil k lékárnictví není« a přejíti přes tuto otázku k dennímu pořádku.

Časopis českého lékárnictva, 21. prosince 1892, str. 624

**Sepsáno
před 120 lety**