

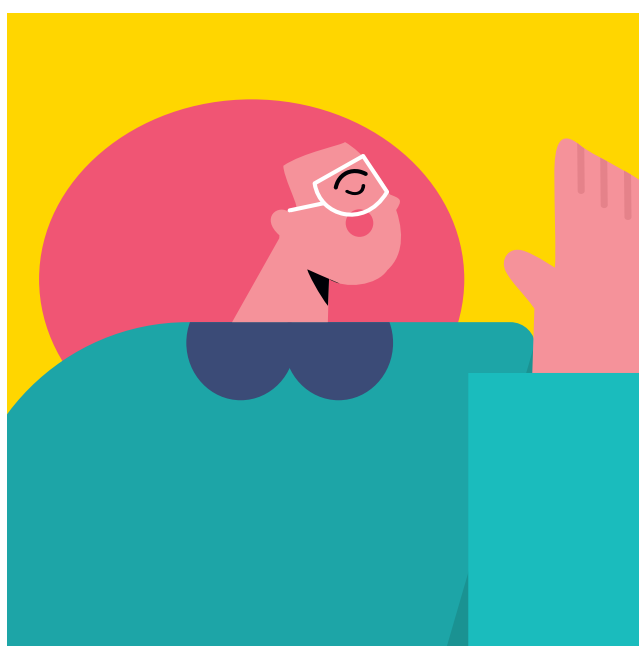
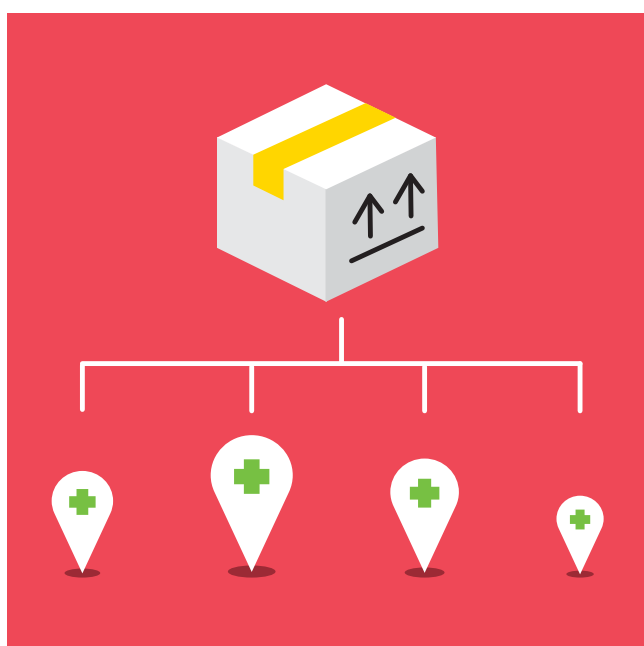


Časopis českých lékárníků

měsíčník stavovské lékárnické komory

6/2023 ročník **XCV**

VYCHÁZÍ OD 1882



Černobílá inzerce

personální inzerce	70 Kč/1 cm ²
celá strana	38 000 Kč
1/2 strany	20 000 Kč
1/3 strany	15 000 Kč
1/4 strany	12 000 Kč
1/8 strany	7 000 Kč

Barevná inzerce

celá strana	
uvnitř časopisu	57 000 Kč
dvoustrana	90 000 Kč
2., 3. str. obálky	57 000 Kč
4. str. obálky	62 000 Kč
1/2 strany	29 000 Kč
1/3 strany	20 000 Kč
1/4 strany	17 000 Kč

Ceny jsou uvedeny bez DPH.

Slevy

- Pro celoroční objednávku barevné inzerce poskytujeme slevy individuálně.
- Při opakování inzerátu bez jakékoli změny obsahu nebo grafické podoby poskytujeme od druhého zveřejnění slevu ve výši 10 % z původní ceny.
- V případě závazné objednávky inzerce na šest měsíců v jednom roce poskytujeme slevu 15 %.
- Za platbu předem do uzávěrky příslušného čísla poskytujeme slevu ve výši 5 %.

Agenturní provize řeší redakce individuálně.

Speciální nabídka

Inzerentovi, který do stejného čísla objedná barevnou inzerci (min. 1/4 strany), poskytujeme zdarma stejný rozsah (např. na podrobnější informace o produktu prezentovaném v barevném inzerátu, klinickou studii apod.; není však možné prezentovat další přípravek).

Příplatek za umístění

Za umístění inzerátu podle požadavku klienta (sudá, lichá strana; horní, dolní polovina strany; vnitřní, vnější část strany) účtujeme příplatek ve výši 15 % z ceny inzerátu.

Další služby

Vkládání letáku do časopisu po 3 Kč/ks při hmotnosti do 5 g. Přesáhne-li hmotnost letáku 5 g (A4, 80 g papír ofsetový), max. do 45 g (3 x A4, 250 g křída nebo nabídkový katalog do 16 stran, A4, 60 g papír), účtujeme navíc 3 Kč/ks, do 40 stran 8 Kč/ks.

ČASOPIS ČESKÝCH LÉKÁRNÍKŮ

ceník a podmínky inzerce v roce 2023

Technické podmínky

1. Rastrové obrázky (fotografie):

Přijímáme veškeré obvyklé formáty, zejména TIFF, EPS, JPG (nejvyšší poměr kvalita/komprese) výhradně v režimu CMYK nebo stupních šedi v případě černobílých obrázků. Pokud obrázky budou dodány v režimu RGB, nemůžeme zaručit optimální barevné podání výsledného tisku. Minimální doporučené rozlišení je 300 dpi při dané velikosti obrázku.

2. Vektorové objekty (písma, loga, kresby):

Preferujeme vektorové formáty EPS, AI, barevný režim výhradně CMYK. Pokud jsou obsaženy texty, je nutné provést převod do křivek. Černé texty, linky, rámečky a podobné objekty musí být složeny z čisté černé (C=0, M=0, Y=0, K=100), ne soutiskem.

3. Kompletní inzeráty, které mají být zakomponovány do stránek (např. 1/2 strany):

Inzeráty dodávejte ve formátu PDF v režimu CMYK a v křivkách. U objektů zasahujících k okraji stránky přidejte minimálně 3 mm na každé straně.

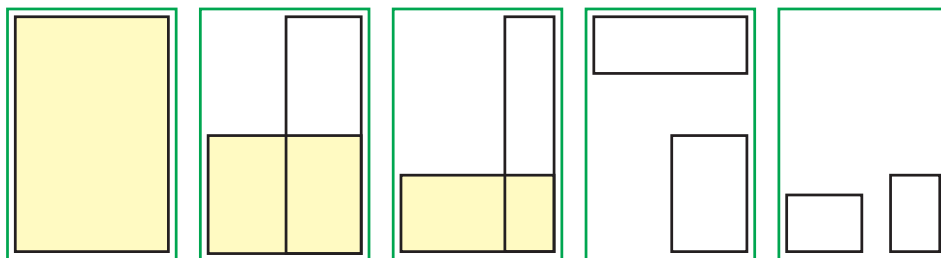
4. Hotové celostránkové inzeráty, do kterých nebudeme zasahovat:

Inzeráty je nutno dodávat v PDF, v křivkách, optimalizované pro komerční tisk, formát A4 s ořezovými značkami, spadávky (přesahy, přeplnění) u objektů zasahujících k okraji stránky přidejte minimálně 3 mm.

5. Kontakt:

Kontaktní osobou pro případ problémů s vytvářením dat je Kateřina Hoferková, e-mail: katavev@centrum.cz

INZERÁT OZNAČTE: název_ rozměr_barevnost (např.: mast_93x136_cb)



1/1	1/2	1/3	1/4	1/8
210 x 297*	93 x 276	60 x 276	93 x 136	93 x 66
190 x 276	190 x 136	190 x 89	190 x 66	60 x 108

* Rozměr platí pro tisk na plnou stranu. Při zhotovení je nutno přidat po 3 mm nahoru a dolů na spadávání; na liché straně přidat 3 mm vpravo, na sudé 3 mm vlevo.

Objednávky inzerce posílejte do redakce e-mailem na adresu:

casopis@lekarnici.cz

nebo písemně:

Časopis českých lékárníků, Rozárčina 1422/9, 140 02 Praha 4

Uzávěrky a distribuce ČČL v roce 2023

(uzávěrka inzerce / distribuce čísla)

letní dvojčíslo

7–8: 14. 7. / 7. 8.

č. 9: 1. 9. / 25. 9.

č. 10: 1. 10. / 23. 10.

č. 11: 1. 11. / 27. 11.

č. 12: 24. 11. / 18. 12.

Storno objednávky do posledního pracovního dne před uzávěrkou
70 % z ceny, storno po uzávěrce 100 % ceny.

V polovině letošního července to bude přesně čtvrt století od chvíle, kdy měl v českých kinech premiéru film *Wag the Dog – Vrtěti psem*. Název filmu v sobě skrývá podstatu vtípu, proč pes vrtí ocasem? Je totiž chytřejší než ocas. Kdyby byl ocas chytřejší, vrtěl by ocas psem. A celá filmová zápletka je absurdním satirickým zpracováním něčeho, čemu se ve vojenské hantýrce říká *kouřová clona*, odvádění pozornosti od podstatného k bezvýznamnému kouři. Někdy, a vždy jen dočasně, to funguje. V lékárnách každodenně řešíme nedostatek léků a namísto rozboru efektivních řešení už řadu týdnů uzurpuje prostor v médiích absurdní vábníčka ministerského náměstka o rozpočítávání klinických balení. Víc o tom Kamil Hrubý na straně 31. O stranu dřív si můžete mimo jiné přečíst o MDR, mladším, ale robustnějším bratříčkovi FMD pro zdravotnické prostředky. Jenže ocas, vrtící svým psem, je tu víc než jeden. Každá krize je totiž jen příležitost k většímu benefitu (pro někoho). A tak výrobci využívají šanci a volají po přehodnocení přiznaných cen a úhrad. Pomíjejí přitom, že bez ohledu na cenu a její regulaci nejsou některé lékové skupiny dostupné nejen u nás a v Evropě, ale celosvětově. A že to není cenou, bylo zřejmé už vloni při masivním výpadku dětských antipyretických sirupů, jejichž cena regulována není. Píšu o tom na straně 11. A ještě jedno připomenutí: V listopadu budeme na sjezdu volit do Představenstva, Čestné rady a Revizní komise Komory. Máme v plánu většinu prázdninového čísla časopisu zaplnit profily kandidátů, kteří se o místa v orgánech Komory chtějí ucházet. Do konce června je čas, aby nám je do redakce poslali. Věřím, že se najdou a bude jich dost. Bez zodpovědných a kvalitních lidí ve vedení Komory by nám totiž místo přípravy a realizace efektivních řešení pro budoucnost oboru zbyl jen občasný pokus o *vrtění psem*.



Stanislav HAVLÍČEK

šéfredaktor Mgr. Zdeněk Pokorný
redaktor PharmDr. Stanislav Havlíček

redakční rada

PharmDr. Tomáš Arndt, Mgr. Michaela Bažantová,
PharmDr. Přemysl Císař, Ph.D., Mgr. Daniel Cvejn, Ph.D.,
PharmDr. Pavel Grodza, doc. RNDr. Jozef Kolář, CSc.,
PharmDr. Miroslav Koška, PharmDr. Kateřina Malá, Ph.D.,
MVDr. Mgr. Kateřina Návojevová Horáčková, PharmDr. Miloš Potužák,
PharmDr. Helena Slámová

vydavatel

Česká lékárnická komora, Rozárčina 1422, 140 02 Praha 4

sazba Kateřina Hoferková

ilustrace na obálce Kristýna Šlajchrtová, Carton Clan

tisk a distribuce

CZECH PRINT CENTER a. s.

Na Rovince 876, 720 00 Ostrava-Hrabová

ČČL č. 6 vychází 22. 6. 2023 v nákladu 8 986 výtisků.

předplatné a inzerce objednávky v redakci časopisu

redakční uzávěrka č. 7-8/2023 – 14. července 2023

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, reprodukci apod.) • Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravit. Na otištění rukopisu není právní nárok.



obsah

Přátelé, takhle skutečně ne	4
Ze života právníka v Komoře – díl čtyřicátý osmý, o paroháčích	5
Zeptali jsme se	6
Jak „spravedlivě“ se rozdělují antibiotika	8
Lékárna a distribuce	9
Distribuce: Slon v porcelánu nebo růže?	10
Krize jako příležitost	11
O vitamínech a konspirační teorii, která zatím neexistuje	13
Valencie hostila asociaci farmaceutických fakult	15
Hodně společného i rozdílného Česko-slovenské setkání lékárníků	16
Z revolucionáře institucí	19
Osvědčení k výkonu lékařské praxe	20
Semináře	22
Důležité upozornění – končí cyklus CV	23
Právní poradna	24
Pozvánka na XXXVIII. Lékárnické dny	24
Prosím pozor, hlášení z Ostravy: Jeden CYP a kolik toho zrobí!	25
Před ostrým provozem na trenažer Hradecká fakultní novinka si získává studenty i pedagogy	26
Svěží Jarní konference v Jihlavě již po třinácté	30
Tak to vidím já: Cesta pod povrch nápadu o přebalování	31
Odborné důkazy pro externí použití kostivalu	32
Nové nebo méně známé léčivé rostliny: Magnolia officinalis Reh. et Wils.	34
Molekula měsíce: Fezolinetant	35
Vědecké okénko: Výběr nedávno publikovaných prací aneb čím žije vědecký svět?	36
Světové dny zdraví	37
Významná jubilea	39

Přátelé, takhle skutečně ne



Další náročný půlrok za námi, letní prázdninový čas před námi. Třešně právě dozrávají, meruňky u nás zjara zmrzly, takže nebudou a můžeme se sázet o to, jestli přijde okurková sezona.

Mgr. Aleš KREBS, Ph.D., prezident ČLnK

Stejně jako v průběhu předchozích let probíhá v jarním období dohodovací řízení a přístup zdravotních pojišťoven se v porovnání s předchozími roky ani v nejmenším nezměnil. Tedy přidat na signálním výkonu korunu, nebo nic, což by vzhledem k navýšení DPH znamenalo reálně ztrátu cca 40–45 milionů. Původní požadavek segmentu byl v souvislosti s očekávaným navýšením příjmu zdravotních pojišťoven a nákladů poskytovatelů 30 korun za položku, zdravotní pojišťovny na to nepřekvapivě nepřistoupily. Další jednání by se mělo uskutečnit v průběhu června. Jedná se o zdánlivě jednoduchou a přehlednou situaci, která je součástí každoročního folkloru „jednání“ pod diktátem zdravotních pojišťoven. Reálně totiž jejich právo veta ani k ničemu jinému vést nemůže, nerozhodují věcně podložené argumenty ani data. Nebýt loňského přímého letního jednání Komory s ministerstvem a jeho vstřícnosti, jsme letos na 19 korunách.

V letošním roce ale do jednání nepřímo vstupují i požadavky distribučních firem na zavedení fixní platby za distribuci jednotlivého balení, bez ohledu na jeho cenu. Podle zákona nemohou zdravotní pojišťovny nic hradit přímo distributorům, neboť ti neposkytují zdravotní péči. Požadovanou částku si mohou vzít pouze prostřednictvím společné obchodní přírážky, jejich cílem je úprava cenového předpisu směrem k zavedení zmíněné fixní částky formou nápočtu. Zároveň padl nápad, že by se mohl zvýšit SiV, aby se navýšení podílu distribuce lékárnám kompenzovalo. Abyste tomu milí čtenáři rozuměli správně, nápad směřoval k (ne)přímému spojení odměny lékárníka s fixní přírážkou distributora. Přidá se SiV za práci lékárníka, vezme si ho distribuce. Zároveň bez reálného omezení výše distribucí čerpané obchodní přírážky. Připadá vám to také jako šílenost? Za ta léta jsem z mnoha různých jednání zvyklý na rozličné věci, tentokrát mi ovšem eufemismy došly. S takto formulovaným návrhem jsme byli s panem viceprezidentem konfrontováni na jednání se zástupci distribuce, kteří nehodlali ustoupit ani o pověstnou píď. Poněkud zaskočení jsme tak byli nejen jednáním některých zástupců protistrany z pozice síly, ale i tím, že předseda GML nepodpořil náš požadavek na zastropování obchodní přírážky distributora ve výši dohodnuté a podpořené při jednáních o cenovém předpisu v loňském roce (do výše maximálně do výše 1/5 společné obchodní přírážky). Proti návrhu distribuce se následně zcela jasně postavilo i představenstvo Komory, které vyslalo jasný vzkaz. Přátelé, takhle skutečně ne.

V žádném případě nezpochybňuji rostoucí náklady velkodistribučních firem a nutnost hledat jejich řešení. Nelze to však neustále dělat na úkor poskytovatelů lékárenské péče, uplatňovat si stále větší a větší část společné obchodní přírážky, aniž bychom se mohli na českém oligopolním trhu efektivně bránit. S výše zmíněným postojem Komory jsem na následném jednání seznámil i zástupce ministerstva zdravotnictví. Ti se zastropování distribuční části přírážky rozhodně nebrání, což může být dobrým signálem. Dábel tkví ovšem v detailu, v tomto případě v nastavení podmínek. Nyní jsou v přípravě data, na jejichž základě bychom mohli dojít ke smysluplnému řešení. Primárně nám jde o nastavení podmínek, které budou pro lékárny bezpečné a zajistí jim i z ekonomického pohledu dlouhodobou perspektivu a stabilitu. Strop pro distribuci a dostatečný podíl (nejen) fixní odměny za výdej pro lékárny.

Do poslanecké sněmovny se k projednání dostane také tzv. výpadeková novela zákona o léčivech. Připomínkovali jsme ji opakovaně ve vnitřním i vnějším řízení, ministerstvo zdravotnictví s námi vypořádávalo připomínky (dostupné jsou na webu Komory) individuálně a v určité části nám vyhovělo. Zejména s ohledem na stanovení a kontrolu zásob u přípravků s omezenou dostupností se podařilo nastavit podmínky, které by měly být pro lékárny řešitelné tak, aby nemohly dávat kontrolním orgánům při jednání poskytovatele v duchu zákona příležitost k sankcím. Záměr ministerstva prosadit novelu je zcela jasný a s tím jsme také museli při jednáních počítat. Velká bitva o konečné znění se pravděpodobně strhne v poslanecké sněmovně, dají se očekávat různé pozměňovací návrhy, v jejichž důsledku může vypadat konečný produkt legislativního procesu úplně jinak, než je tomu dnes. Dovolím si dvě poznámky. Zásadní důležitosti nabývá, jakým způsobem bude stát vymáhat plnění povinností zejména na straně držitelů registrací, protože bez toho se norma stane zcela bezzubou. Stejně jako stávající povinnost dodávek pro potřeby českých pacientů zakotvená již dnes v zákoně. Druhá poznámka přímo navazuje. Pokud bychom měli pro naše pacienty dostatek léčivých přípravků, nemuseli bychom vůbec vymýšlet obdobné novely zákona.

Vládou byla projednána také novela zákona zvyšující pokutu za nenaskladňování léčivých přípravků do LIS. Cílem této činnosti je často zakrýt nelegální reexport. Vládní návrh i přes nesouhlas ČLnK obsahuje navýšení pokuty na maximální částku 20 milionů korun. O důvodech našeho nesouhlasu jsme informovali, mimo jiné se jedná o obavu z navýšení pokut i u nedbalostních či bagatelních přestupků v oblasti evidence. Jako doplnění pokuty se v návrhu objevil správní trest zákazu činnosti. V jaké podobě návrh projde a hlavně jak bude následně aplikován v praxi ukáže teprve čas.

A tím vším jsem si odpověděl na otázku v úvodu. Ne, nevsadil bych si na to, že okurková sezona přijde. Přeji vám krásné léto, příjemnou dovolenou podle vašich představ, úrodu bohatou a pouze chutnou.

Ze života právníka v Komoře

– díl čtyřicátý osmý, o paroháčích



Kdo chce mít pozoruhodný život, nebo se alespoň opájet pocitem, že ho má, musí být svolný unášet se pozoruhodnostmi i tam, kde je většina ostatních nevidí. Často až na samou mez trapnosti. A nesmí se stydět, nebo alespoň ne sebedestruktivně, za to že jeho pozoruhodnosti nějaká ta trapnost občas štrejchne. Já se třeba celý život

trochu stydím za to, že jsem se až v osmé třídě dozvěděl, co znamená být paroháč. Navíc od děvčete, které si tu chvilku dosyta užilo se zvláštní směsicí posměšku a sympatií, což mou pubertální touhu po ní vystřelilo na oběžnou dráhu. To trauma, traumíčko, si nesu dodnes a chlácholím se jen tím, že lepší je se ve třinácti dozvědět CO je paroháč než kdykoliv BÝT paroháč. Nebo, přesněji, dozvědět se o tom. Protože mezi být a dozvědět se o tom je obrovský rozdíl, o kterém by uměli povyprávět všichni, kteří tím prozřením prošli. A o pozoruhodnostech, trapnosti a o tom, co oči nevidí, to srdce nebolí, by měl být i tento text. Protože, ruku na srdce, komu vadí být paroháč, když o tom neví? A to dokonce, když o tom kromě něj vědí všichni ostatní?

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK

Takhle nějak se to má s reexporty léků. Hned zkraje si vyjasněme, že když spolu my, lékárníci (a já), mluvíme o reexportech, máme na mysli ty ošklivé, zakázané, nelegální, darebné. Všichni o nich něco tuší. Ti, co na nich vydělávají, toho ví nejméně, všem ostatním nasazují parohy a, možná, že se trochu bojí, aby se na ně nepřišlo. Ale to jen ty slabší kusy. My, lékárníci (i já) také víme. Spousta se toho našpítá a spousta projeví. Až to občas začne vrtat hlavou i těm, kteří o tom zprvu neví nic, a nakonec toho ví víc než ten, kdo by o tom měl vědět skoro nejméně. Mám na mysli novináře z Českého rozhlasu, kteří vzali otevřená data ze SÚKL, a víceméně jen z nich zjistili, jak velký problém jsou černé reexporty přes pár lékáren. Doporučuji vyhledat a přečíst jejich několikadílný seriál. Dokonalá práce takřka z ničeho. Poctivá a ohromující. Díky nim mi v plném rozsahu došlo, nikoliv v osmé třídě, ale až o desítky let později, jaký je rozdíl mezi dnes oblíbeně užívaným označením Insider (pokud jde o Komoru, mohu to být třeba já, pokud jde o to, co se děje u vás doma, budete to pravděpodobně vy, a jestli ne, tak si popřemýšlejte, jestli nenastal čas na změnu) a lehce posměšným Outsider. A také, že Outsider vůbec nemusí být směšný. Protože ti novináři na začátku outsiders byli, ale na konci rozhodně nebyli směšnější. Zjistili, že množství reexportovaných léků je jedním slovem obrovské. Stačilo jim k tomu porovnat data o dodávkách do lékáren a data o výdejích z lékáren. Výsledek je šokující. Ale vlastně není. Protože záleží na tom, pro koho je to novinka a kdo to už dávno ví.

Ty léky se vozí na Slovensko a odtud nejspíš do Německa nebo do zemí na sever od nás, ve kterých je půl roku noc, lidi tam hodně spí, málo utrací, a proto jsou tak bohatí. Takže mohou za léky platit hodně. Jako Němci, kteří jsou bohatí tak nějak přirozeně i bez toho spaní. A vozí se jich tam hodně, za miliardy. Výrobcům se to prý nelíbí, ale znáte to, ono to bude složitější. Výrobci jsou, další dnes oblíbené slovo, korporáty. A korporáty jsou schopny spoustu věcí vymyslet a dělat racionálně a dobře, bez ironie. Současně jsou posedlé počítáním, tabulkami, vývojem, růstem. Prostě není nic, co by si nezměřily, nesledovaly a nevyhodnocovaly. Takže není možné, aby nevěděly nic o tom, kolik kterých jejich výrobků kudy běží. Ne nutně do posledního balení, tak daleko našťestí FMD ještě nepokročilo, ale představa mají. A může jim vadit, že někdo se přizívuje na jejich lécích, které nuceně do Česka dodávají za málo a ony se pak prodávají v Německu za draho. Protože ten zisk by přeci měli mít oni, ne nějakí reexportéři. Jenže na druhou stranu korporát není jednohlavé zvíře. Je jako lego, jehož některým kostičkám, může vyhovovat, že se zboží točí. I když neskončí v ruce českého pacienta. Stejně tak distributoři, také korporáty, ví, do kterých lékáren dodávají víc, než odpovídá potřebě pacientů. Ne možná přesně, ale ty kontury jsou nepřehlédnutelné. I SÚKL toho hodně ví. A hodně svede, to je třeba přiznat. Mohl by ale mnohem víc. Respektive nástroje má, jen sil se možná nedostává. Protože, jak ukázali novináři, poctivá práce si žádá čas. A lidi. A kapacity jsou omezené, všude. A i s tím mohou počítat ti, kteří reexportují. Jen zlehka se tu dotýkám propletence, v němž se všichni pohybujeme, a který se snažíme rozplést. A snahu je nutno přiznat všem, korporátům, SÚKL, Komoře a brzy dost možná i jiným orgánům. Jen by se hodilo s vaničkou nevytlévat dítě. Aneb nebránit kvůli reexportům péči o pacienta.

Výrobci vymysleli a pochvalují si DTP. Zrovna vám nemusím vysvětlovat, co to znamená. Dobře, lékárníci si zvykli a polomlčky trpí, že bez navýšení odměny za jejich práci se podstatně ztížilo objednávání léků. Jeden konkrétní výrobce si v rámci DTP vytvořil systém limitů, které stanovil odebírajícím lékárnám. To by mohlo být v pořádku, pokud by byl ochoten limit navýšit, když se po jeho lécích v lékárně zvýší poptávka od pacientů a lékárna to hodnověrně vysvětlí. Jenže výrobce ochoten nebyl a často stále není. Bezdůvodně nedodával a lékárně si stěžovaly. Až na Komoru. A Komora ze stížností připravovala podněty a ty posílala na SÚKL. Psala v nich o podezření, že distributor (jímž výrobce v těchto případech je také) porušil povinnost dodat lékárně léky pro potřeby pacientů. Poprvé v říjnu 2021 a pak znovu a znovu. V prosinci pak přišla odpověď, že SÚKL pokládá popsané skutečnosti za velmi závažné a popsaný stav prošetřuje. O závěrech šetření že bude informovat. Následovala další odmítnutí dodávek a další podněty. Jen ty závěry šetření nikdy nedorazily.

Pokračování na straně 8

ZEPTALI JSME SE

Co vám v současnosti vadí na službách českých distributorů, co byste naopak pochválili? Setkali jste se s případem, kdy se lékárna ocitla na „černém seznamu“ a distributor jí odmítal zásobovat některými léky? Co říkáte nápadu, že kromě nezastropované obchodní příirážky by chtěli distributoři získat i podíl na SiV? Neovládla vás při psaní předcházejících odpovědí autocenzura ze strachu, abyste si nerozohněvali některého z distributorů?

PharmDr. Josef MAREK,
Lékárna U Svaté Theodoty, Letohrad



Nejprve odpovím na poslední otázku, strach napsat, co si myslím na toto téma opravdu nemám, a napíšu vše, jak si myslím. Jen nevím, jestli budu mít dost jasný a vyhraněný názor. Samozřejmě zkušenosti ze spolupráce s distributory mám za ty desítky veliké. A za ty desítky let se celý systém dobře stabilizoval, to je potřeba si říci na rovinu. Vzpomínám si na období, kdy nám pojišťovny platily za recepty s několika-měsíčním zpožděním, a proto jsme nemohli platit včas distributorům. Někteří to vzali rozumně, ale někteří nám vypočítali nemalé penále a museli jsme ho zaplatit, to jim mám dodnes za zlé. Stálo nás to hodně sil, nervů a peněz. Po letech se ale všechno srovnalo a funguje to vcelku dobře.

Vždycky jsou pochopitelně nějaké problémy a rozumím, že chce distributor „urvat“ maximum. Ale bylo by potřeba nás brát jako partnery, a to ne vždycky tak je. Distributor si dost často nadiktuje podmínky, marže, jak se mu chce. Proto myslím, že by velice prospěla oddělená příirážka.

Aktuálně vidím ještě velké rezervy u distributorů, co se týče re-exportů. Nejen to, že asi sami tyhle praktiky provozují, ale myslím, že by měli nějakým způsobem razantně omezit ty lékárny, které skoupi dané problémové léky a nikdo už je u nás nevidí. Myslím, že v tom mají distributoři velké rezervy a zároveň by měl v tomto výrazněji zasáhnout SÚKL i na straně distributorů. A pak tam jsou ty drobné každodenní bolesti, nakonec z těch se skládá celý život. Tak třeba poměrně časté chyby v dodávkách, časté reklamace. Také nás trápí praktiky dnešní doby, a to rozdělování nedostatkových léků. Nedělám si moc iluze, že distributor raději prodá tyto léky svým, nebo svým spřáteleným lékárnám. Nebo aktuálně řidič jednoho velkého distributora, když objednáme větší množství zboží, tak si stěžuje a má pravidelně řeči, že teda takhle ne. Je to o lidech. Ale co s tím člověk nadělá, musíme se nad to povznést.

PharmDr. Miroslav KOŠKA, Lékárna Dr. Max, Brno



Sortiment v naší lékárně vnímám jako poměrně ustálený. Navíc tím, že jsme v nákupním centru, tak ne moc pacientů si chce přípravky nechat objednat, pokud je nemáme na skladě. Dá se tedy říct, že od distributorů objednávané opakovaně víceméně stejné přípravky, což většinou funguje. Tedy až do okamžiku objednávání

přípravků přes DTP kanály. Ač rozumím úmyslu jejich zavedení, nelíbí se mi, že se zcela zbytečná administrativa, telefonování a psaní e-mailů týká i případů, kdy potřebuji objednat doslova pár balení. Pokračováním je pak nutnost respektovat dané podmínky dodání a nemožnost vrátit přípravek zpět. I když se snažíme tomu předejít, občas se stane, že si pacient svůj přípravek nevyzvedne – a ten pak zůstává v lékárně. Dalším „zajímavým“ jevem v distribuci, který považuji za naprostý úlet, je celá záležitost ohledně vyhlášeného slevového programu na jeden léčivý přípravek. A našly by se i další. V globálu jde samozřejmě o byznys, chápu, přesto bych si přál, aby v distribučním řetězci panovala větší rovnocennost a spravedlnost. Klesající ceny léků a zvyšující se náklady na jejich přepravu mají své dopady na všechny strany. Nelze se proto divit distributorům, že se snaží navýšit své zisky. Ovšem nápad na získání podílu ze SiV považuji za nebezpečný. Výkony mají zůstat pro lékárny a počet výkonů by se měl ideálně navyšovat. Ekonomická situace lékáren je už tak dost bídná. Je-li v podobné situaci i distribuce, je nutné pro ni hledat jiné zdroje peněz či změnit celý stávající systém. Ostatně již nějakou dobu zachytávám signály o dlouhodobé neudržitelnosti aktuálního stavu financování zdravotnictví, tak uvidíme, co přinese budoucnost.

PharmDr. Veronika HORÁKOVÁ,
Nemocniční lékárna Fakultní nemocnice, Motol



Na úvod bych uvedla, že moje osobní zkušenost je asi trochu specifická. Mezi „moje“ hlavní distributory nepatří nikdo z velkodistributorů léčiv, protože se ve své praxi nejvíc zabývám specifickou problematikou laboratorních diagnostik.

Problémy s dodávkami léků jsou ve všech lékárnách. Také se nám stane, že dodávku slibovaných léků dostanou jiné lékárny a my pak jako jedna z mála pohotovostních lékáren s nepřetržitým provozem (v celé České republice je nás jen 16!) ostrouháme a pak celou noc vymýšlíme náhrady léků pro naše pacienty, aby byla zajištěna jejich urgentní medicína.

Na druhou stranu bychom měli ve všech problémech vidět i příležitost. Jako farmaceuti jsme nyní pacienty bezpochyby vnímání jako důležitější a potřebnější než v minulosti, a jsou nám vděční, že je třeba v noci nenecháme na holičkách a snažíme se jim odborně pomoci. To určitě může pomoci v budování důvěry pacientů ve farmaceuty jako nezastupitelné odborníky.

Co se týká nezastropované marže pro distribuci a podílu na SiV, bylo by to jen dalším krácením zisku lékáren. S tímto souhlasit jednoznačně nelze. Obecně by bylo ideálním řešením, jak jsem již psala dříve, aby lékárna nebyla financována v největší míře z marží, ale to je běh na delší trať...

PharmDr. Přemek CÍSAŘ, Lékárna Modřínová, Třebíč



Vadí mi, že distribuce léčiv mají spousty šamponů na vlasy, ale nemají, čím bychom zaléčili streptokoka. Vadí mi zvyšující se podíl na společné marži. Vadí mi, že neumí vytvořit menší balení surovin. Pochválit naopak musím za to, že se snaží lékárnám poskytovat jistý marketingový background. O „černém seznamu“ jsem slyšel, ale je to

asi jako se zakázanými interprety za normalizace. On jim to taky většinou nikdo neřekl, jen už si nikde nezazpívali a nezahráli. Možná jsem na něm byl, jen mi to nikdo neřekl. SiV je signální výkon. Co by chtěl distributor signalizovat? Naopak bych založil odměňování lékáren na silném SiVu. Kdo jen vydá, dostane malou logistickou marži. Kdo u toho poskytne lékárenskou péči, dostane i velký SiV. Poměr přenesení marže na SiV je samosebou k politické diskusi. Hlavně aby to pro pojišťovny vyšlo neutrálně. Autocenzura? Co to je, když na sebe jako já vykecáte všechno?

Mgr. Helena SLÁMOVÁ, Lékárna Komín, Brno



Začnu od konce. Neovládla. Proč by měla? Jakože zkritizuju SÚKL a spočítají mi to při kontrole a když zkritizuju distributory, tak mi přestanou dodávat léky? Je fakt, že o svobodný výkon povolání pomalu, ale jistě přicházíme, ale chci věřit, že alespoň svoboda slova byla a bude i lékárníkům zachována a není třeba se obávat nějakého

zaklekávání z pozice síly. Pokud by tomu tak bylo, nežili bychom v zemi, v jaké doufám, že žijeme.

Abych i pochválila, z hlediska zástupců distributorů, se kterými jednám, se setkávám spíše s ochotou a vstřícností a snahou problémy řešit. Bohužel je to na lokální úrovni a je možné, že jiní lékárníci mají i s tímto odlišné zkušenosti.

Co mi vadí? Vadí mi vertikální propojení distributorů a lékárenských řetězců, v řadě zemí přímo zakázané, a to z dobrých důvodů. Je naivní si například myslet, že při omezeném množství léků distributor nedodá přednostně do svých lékáren.

Vadí mi i nespravedlnost v dodávkách do lékáren. Nerozděluje se podle toho, jaké léky a kolik kterého lékárna potřebuje, nýbrž dle toho, jaký má lékárna u distributora obrat a jak moc je pro něj zajímavá. Mou optikou je to zcela nepřijatelné, v našem systému zdravotnictví má každý pacient právo obdržet svůj lék přesně v té lékárně, kterou si sám vybere.

Vadí mi DTP kanály, protože doslova popírají férovou konkurenci a ponižují lékárníky na úroveň škemrajících zoufalců, kteří se bezmocně snaží zajistit léčbu pro své pacienty. Přesto, že antimonopolní úřad na takové praktice neshledává nic závadného, já DTP považuji za protiprávní. Rovněž totiž odpírá dodání léku lékárně pro pacienta, který si ji svobodně vybral

a výrobce nemá právo mu určovat, ve které lékárně si daný lék má vyzvednout.

Vadí mi, že lékárnám s nižším obratem distributor prostě vezme značnou část přírážky. Tomu se lékárna velmi často vůbec nemůže bránit, protože obrat prostě neovlivní.

Že by se chtěl distributor přizívit na SiV, jsem poprvé slyšela z úst výše postaveného manažera v distribuci. Považovala jsem to tenkrát za špatný vtip. Nyní zjišťuji, že jde o realitu těchto dnů. Pán mi tenkrát se zcela vážným výrazem sdělil, že oni chtějí také manipulační poplatek za krabičku. Já si myslela, že SiV má být pokus o ohodnocení, byť směšné, naší odborné práce, se kterým se bude pracovat a postupně se přes něj dostaneme k opravdovému výkonu. Považovala jsem za tragikomické, že si distributor myslí, že máme SiV za to, že krabičku naskladníme a pak se pro ni ohneme do šuplíku. No a vida, distributorům se daří tento zvrhlý nápad posouvat dál a není vyloučeno, že padne na úrodnou půdu. Takže místo oddělené přírážky, budeme mít společný i výkon. Vždycky mě překvapí, že mě v tom našem oboru znovu dokáže něco překvapit.

Ať jsem trochu spravedlivá. Chápu, že také distribuci vzrůstají náklady a hledají možnosti navýšení příjmů. Možná nelze platbu od pojišťoven k distributorům realizovat jinak, tak je snaha to někam našroubovat. Nevím. Každopádně nepočítám, že to přinese pro lékárny cokoliv dobrého, jen další komplikace a každoroční handrkování při dohodovacím řízení. I teď je nadlidský výkon vyrazit z pojišťoven zvýšení, byť o 1 Kč pro nás. Jak to asi bude vypadat, když se i u SiV budeme navíc přetahovat s distributory?

PharmDr. Jana HORÁKOVÁ, Lékárna Masarykovo nám., Valašské Klobouky



Ano, napadlo mě, kolik toho víme a co nebo jak napíšeme. K tématu a otázkám by toho bylo opravdu hodně, a to jsme také probírali na setkání s prezidentem, viceprezidentem a tiskovou mluvčí v Praze. Bylo to jasné, výstižné, cílené a trefné. Vše má svá úskalí, je dobré o tom jednat a postoupit diskuze a závěry dále.

Jak zaznělo, za ne zcela košer chápeme určité obchodní vztahy, provázanost distribuce a podílové vlastnictví lékáren, obchodní tajemství, nerovné podmínky pro odběratele, řetězce a malé lékárny, výše obchodní přírážky a požadavky na odběr s ní spojený, výpadky, nedostatkový sortiment v lékárně distribuovaný jinam, léky na benzínkách, v drogeriích, nelékárenských e-shopech, zásilkových výdejích, reexport jinam, rozdílnou konečnou cenu a různé doplatky v různých typech lékáren, nekorektnost rozdílů cen pro koncového zákazníka, upřednostňování lékáren, či sortimentu, atd., dodávky v limitovaném množství, kvóty, režimy DTP, změny cenové politiky a úhradové vyhlášky, avizované či neavizované, jejich odraz v kompenzacích, otázka vrácení či reklamace.

Má-li distributor povinnost zásobovat lékárny, a lékárny obyvatelstvo, proč máme takový současný stav? Podrobněji a výstižněji k tomu jistě bude ještě čas a prostor. Přeji krásné letní dny, na slyšenou, na viděnou a na setkání.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Mgr. Filip ŠKARDA,
U Matky boží pomocné, Veselí nad Lužnicí



Otázka je velmi zajímavá a odpověď na ni je, řekl bych, složitá. Pokusím se to shrnout ze svého pohledu a tentokrát stručněji a jednodušeji.

Problematika české distribuce rozhodně tkví ve dvou základních bodech.

Prvním bodem je vazba distributor–lékárna na úrovni stejného majitele a druhým

bodem je společná obchodní přírážka lékárny a distribuce. První bod je zodpovědný za často naprosto neprůhledný systém dodávek léčiv do lékáren. Nezřídka jsou lékárny majetkově propojené s distribucí zvýhodněny nejen v cenách, ale v dodávkách všeobecně, což je znát hlavně nyní v době výpadků. Distribuce a jejich OZ to popírají tak vehementně, že je to vskutku pozoruhodná tragikomedie o několika dějstvích. Společná obchodní přírážka je velmi nebezpečná a dokáže si představit situaci, kdy se všichni distributoři nenápadně rozhodnou, že zvýší OP na 10 % a my s tím neudělám nic. Zároveň oddělení OP je možné pouze za podmínky, že to nebude „ukrojeno z naší části“.

Dalším aspektem, který si málokdo uvědomuje, je fakt, že na léčiva je uplatňována degresivní marže, která se stoupající cenou léčiva klesá, ale OP distributora se nemění.

V jeden okamžik pak dojde k tomu, že má distribuce více než lékárna.

Pochválit bych distribuci chtěl asi za to, že jsou relativně pružní a sofistikované systémy objednávání povětšinou fungují.

A k poslední větě, ne, distribuce se nebojím, kdo se bojí, nesmí do farmacie.

Jak „spravedlivě“ se rozdělují antibiotika

K diskuzi o distribuci a lékárnících přispěla na facebooku Mladých lékárníků Kristýna Pilátová anketou, jak dopadlo konkrétní přerozdělení antibiotika Ospen 750. Hlasování se zúčastnilo 359 lékárníků, což není zase tak zanedbatelné číslo. Další názory i stesky zazněly v komentářích pod anketou.



Pokračování ze strany 5

Ze života právníka v Komoře...

Až se v přehledu sankcí dostupném na webu SÚKL objevil údaj o uložení pokuty 50 000 Kč tomuto výrobcí/distributorovi. Komora proto podle zákona o svobodném přístupu k informacím o toto rozhodnutí požádala a dostala ho. Z odůvodnění jen domýšlíme, že vzešlo z kontroly, kterou SÚKL zahájil i kvůli podnětům z Komory. Nicméně se z něj také dozvídáme, že se v něm řeší evidenční chyba v pravidelném hlášení distributora, nikoliv to, na co jsme si stěžovali. Při znalosti výše pokut lékárnám trochu překvapuje poměr mezi výší pokuty a miliardovým obratem, ale nutno připustit, že delikt příliš nebezpečný nebyl. Jen zůstává otázka, co je s těmi delikty, které nebezpečné jsou. Pokud lékárna nemůže vydat lék svému pacientovi, přestože výrobce lék má a může ho dodat, jde o nebezpečný jev.

A tím se vracím na začátek. Jestliže opatření proti reexportům vedou k omezení výdeje pacientům, aniž by se tím zabránilo mohutným vývozům, je něco špatně. A paradoxně často vůbec nejde o léky, které v médiích už měsíce řešíme jako nedostatečné. Nepředstavujme si ale, že žijeme ve vzduchoprázdnu.

Že teprve teď někdo přijde s revolučními nápady, jak všechno vyřešit. Takhle se slapové jevy přílivů a odlivů léků ovládat nedají. Stejně jako rozhlasoví novináři musíme všichni jako mravenci proslapávat cestičky, prochozené i ty nové. A v tom hemžení by měl SÚKL určitě dbát na to, aby distributor dodával těm, kteří slouží pacientům, a trestat ty, kteří slouží jen sobě. V tom prvním má velkou rezervu, v tom druhém dělá, co může a my si přejeme, aby toho bylo ještě víc. Jen nevidíme řešení v tom, že za chybu v evidenci bude pokuta místo už tak nesmyslných dvou milionů dvacet. Jen proto, že výtečníci záhadně svou evidenci ztrácejí, takže účinně brání zjištění, kam se léky prodali. A pokud do dvou milionů se jim vyplatí. Jenže správné je trestat za to, co skutečně provedli. Nebo, když to nejde, je od léků odstříhnout. Mluví se o odebrání licence, my už nějakou dobu říkáme, ať si licenci (oprávnění k poskytování zdravotních služeb) klidně nechají, protože krajské úřady je účinně odebírají moc neumějí. Důležité je jim zamezit přístup ke zdroji. Neumíš vést evidenci, nedostaneš léky. V tom vidíme účinný nástroj, který by potlačil významnou část reexportů a třeba i uvolnil ruce od zbytečně rigidních limitů dodávek do opravdových lékáren. Stoprocentní řešení to jistě není. Jenže nic není stoprocentní, v době umělé inteligence (AI) už ani ta smrt ne.

Lékárna a distribuce

Když se řekne „lékárna a distribuce“, vybaví se mi ustanovení § 82 odst. 4 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech.

Toto ustanovení původně definovalo, za jakých podmínek může lékárna vydat léčivé přípravky jiným lékárnám nebo zdravotnickým zařízením s uložením pokuty do výše 100 tisíc korun, pokud lékárna dodá jiné lékárně v rozporu s tímto ustanovením. Po odhalení nelegálních reexportů léčivých přípravků z lékáren, byla snaha státních institucí toto ustanovení nejen novelizovat, lépe vymezit co je možné, výjimečně možné a co už se nesmí, ale také zvýšit sankci, aby měla preventivní a represivní význam. Novelty daly vzniknout znění zákona, ve kterém by se snadno ztratil zdatný jazykovědec, a naopak zcela vyžil advokát. Měla jsem možnost číst mnoho stránek odvolání proti sankci uložené za převody léčiv mezi českými a slovenskými lékárnami, pojednávající o významu slova „výjimečně“ a úloze jednotlivých čárek v souvětí, které mají vymezovat, ke kterému druhu léčivých přípravků se podmínka vztahuje.

Vzhledem k četným dotazům, které k výkladu výše uvedeného ustanovení dostávám, je vhodná příležitost si tuto legislativní jazykovou perličku vychutnat.

Aktuální znění § 82 odst. 4 zákona o léčivech:

Pokud lékárna vydává humánní léčivé přípravky poskytovatelům lůžkové péče, musí být poskytovatel lůžkové péče uveden v rozhodnutí vydaném takové vydávající lékárně podle zákona o zdravotních službách. Nejde-li o humánní léčivé přípravky, které se v lékárně připravují, může je lékárna odebrat od jiné lékárny pouze výjimečně, a to v případě, kdy nemá takový léčivý přípravek k dispozici a nemůže jej v potřebném čase získat od distributora, nebo když má jiná lékárna nevyužitě zásoby humánního léčivého přípravku, které nelze vrátit distributorovi. Takové poskytování a odebrání léčivých přípravků je možné jen mezi poskytovateli zdravotních služeb poskytujícími lékárenskou péči⁹) a nepovažuje se za distribuci a lékárna o něm vede evidenci v rozsahu a způsobem stanoveným prováděcím právním předpisem. Lékárna, jejíž provozovatel je zároveň držitelem povolení k distribuci, nesmí užít k distribuci humánní léčivé přípravky, které odebrala jako lékárna.

Pokusím se toto obsahově přetížené ustanovení rozebrat, a tak nějak „po lékárnicku“ vysvětlit:

Požadavky na lékárnou

Lékárna, která zásobuje lůžková zařízení musí být k takové činnosti náležitě technicky a věcně vybavena. Pro účely zásobování lůžkového zařízení jsou na lékárnou kladeny vyšší nároky na minimální dispozice provozních prostor, konkrétně musí mít větší místnosti na příjem a uchovávání léčivých přípravků, větší přípravnu, umývárna musí být samostatná místnost a navíc musí být vymezen prostor minimálně 10 m² určený pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků zařízení lůžkové péče. Závazné stanovisko k věcnému a technickému vybavení vydává na základě žádosti provozovatele

SÚKL. Souhlasné stanovisko, které obsahuje i údaje, do kterých lůžkových zařízení budou léčivé přípravky dodávány, je podkladem k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb (lékárenské péče). I na této části ustanovení se trochu podepsal čas, protože na rozdíl od dříve vydávaných registrací krajské úřady v současnosti ve vydávaných oprávněních k poskytování zdravotních služeb údaje o rozsahu poskytované lékárenské péče neuvádějí. Přesto by lékárna, pokud obdrží nové závazné stanovisko SÚKL, měla krajský úřad informovat o změně a krajský úřad tuto změnu uvést do spisu.

Převody mezi lékárnami

Pro vymezení legální možnosti převodů léčivých přípravků mezi lékárnami byla vždy snaha zachovat možnost převodu léčivých přípravků mezi lékárnami buď při nedostupnosti léčivých přípravků v distribuci nebo v případě ohrožené expirace či nevyužitých zásob, např. v situaci, kdy provoz lékárny končí a distributor odmítne převzít dodané léčivé přípravky zpět. Důvodem je zachování možnosti pro využití takových léčivých přípravků, zabránění plýtvání.

Poměrně často se na toto téma objevují dotazy, protože lékárny mají obavu převzít léčivé přípravky od jiného provozovatele. Zbytečně, opravdu je to možné, nezáleží, zda je to stejný nebo jiný poskytovatel lékárenských služeb (jiné IČO), více záleží na konkrétní situaci a míře její „výjimečnosti“. Při tvorbě převodky je nutné zohlednit Nařízení o ochranných prvcích (FMD), aby nebyly převáděny léčivé přípravky se zneplatněnými jedinečnými identifikátory. Je dobré upozornit, že SÚKL dává do zápisu, pokud lékárny stejného poskytovatele zdravotních služeb udělají předsezonní hromadnou objednávku na jednu lékárnou, a poté si převodkami léčivé přípravky rozvevou mezi jednotlivé pobočky, takové jednání je již mimo vymezení uvedené v zákoně.

Také léčivé přípravky, které se v lékárně připravují, může lékárna odebrat, stejně jako léčivé a pomocné látky, od jiné lékárny, ale pouze v případě, pokud vydávající lékárna má takový rozsah přípravy a odebírající lékárnou uvedenou v rozhodnutí vydaném podle zákona o zdravotních službách (např. lékárny se soustředěnou přípravou). Rozsah přípravy a seznam odebírajících lékáren jsou uvedeny v závazném stanovisku vydávaném SÚKL.

Zakázaný převod

Lékárna, jejíž provozovatel je zároveň držitelem povolení k distribuci, nesmí užít k distribuci humánní léčivé přípravky, které odebrala jako lékárna. Tato věta v ustanovení zákona měla společně se zvýšenou sankcí zabránit provozovatelům lékáren, kteří jsou zároveň distributory, vracet léčivé přípravky dodané do lékárny zpět do distribuce a následně je nelegálně vyvážet. My dnes víme, že provozovatelé lékáren provádějící nelegální

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

reexporty tyto léčivé přípravky do evidence skladových zásob lékárny vůbec nezavedou. Vláda na květnovém jednání schválila novelu zákona o léčivech, která zvyšuje horní hranici sazby za přešupek nesprávného vedení evidence ze 2 na 20 milionů, s možným zákazem činnosti na 2 roky.

K dokreslení situace ještě připojím původní znění § 82 odst. 4 zákona o léčivech z roku 2007:

Pokud lékárna vydává léčivé přípravky jiným lékárnám nebo zdravotnickým zařízením lůžkové péče, musí být jako odebírající uvedena v rozhodnutí vydaném lékárně podle zvláštního právního předpisu⁷¹). Poskytnutí léčivých přípravků jiné lékárně je omezeno na léčivé přípravky připravené v dané lékárně; ostatní léčivé přípravky lze jiné lékárně poskytnout pouze za výjimečných okolností a v nezbytně nutném množství; prováděcí právní předpis stanoví rozsah a způsob takového poskytnutí.

Mgr. Dagmar DUBSKÁ, odborný konzultant ČLnK

Distribuce: Slon v porcelánu nebo růže?

Před lety jsem v Benešově v jedné restauraci objevil starou ceduli „Družstevní sklad piv a limonádových nápojů restaurací a hospod okresu Benešov“. Už za Rakouska si zřizovali hostinští mezisklad, aby, když jim náhodou dojde pivo nebo limo, měli kam poslat pikolika s kárkou pro rychlé dozásobení. V dnešní době by se řeklo, že měli sdílené zásoby.

Po roce 1989 se naskytla příležitost, aby majitelé lékáren vlastnili své distribuce. Bohužel to zašlo na vzájemné nedůvěře a nezájmu. A tak nemáme svoji Jihlavskou lékárenskou, které bychom dávali přednost před ostatními a pěstovali ji jako růži, která by nám provoněla to naše lékárenství. Musíme využívat distribuce cizích vlastníků. Majitel Dr.Max si vlastní distribuci pořídil. Jiné distribuce vlastní několik lékáren. Další šli cestou poskytování marketingové podpory lékárnám, kterým dodávají. Jsou i distribuce jednotlivých výrobců, které dodávají napřímo, ale takové většinou chtějí velké odběry.

Co vlastně od takové distribuce lékárník čeká?

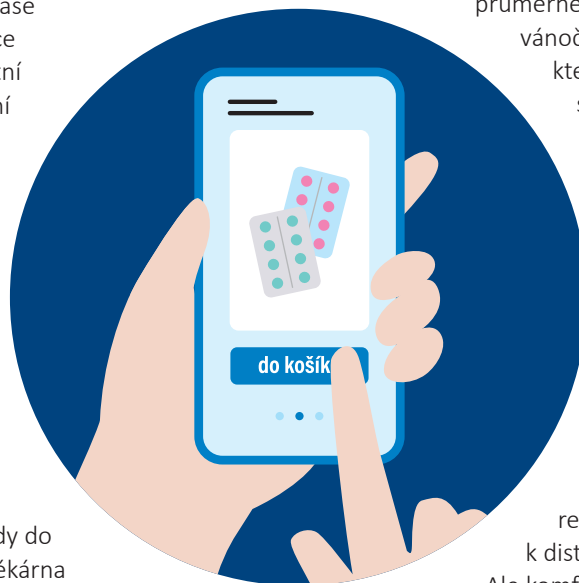
Pamatuji doby, kdy do lékárny jezdili tři distribuce 2x denně. Byl to luxus a bylo to minulé století. Taky mi seniorní kolegové vyprávěli příběhy, kdy do lékárny jezdila Avia jednou za měsíc, lékárna se zavřela a kdo měl ruce a nohy, nosil krabice do skladu. Chci mít distribuci, která mi lék doveze zítra ráno. To mi stačí. Měla by samo sebou dodržovat všechna pravidla správné distribuční praxe, aby dovezla léčiva v té nejlepší kondici. Široký sortiment léčiv je samozřejmostí. V současné době šetření se jeden distributor snaží ušetřit na závozech a rozdělil si lékárny na ty, které odebírají víc a na ty, co odebírají míň. Těm druhým pak zrušil jeden denní závoz. My měli štěstí, že nám zůstal ranní závoz, ačkoli spíš dopolední. Z běžného času 8:00 se závoz posunul na desátou, ale pak se pár chytrých hlav dalo dohromady a vrátili nás do trasy, která přijíždí v osm. V jiných lékárnách jsou z toho doslova „na mrtvici“, protože jim nechali jen odpolední závoz a dovezou jim tedy zboží v 16:00, kdy už je tam sám voják v poli magistr a je rád, že poskytuje

lékárenskou péči. Pacient tedy přijde v pondělí a lék dostane až ve středu odpoledne. Na to nejsme my ani naši pacienti zvyklí. U takové distribuce budete objednávat jen to, co nikdo jiný nemá. Třeba léčiva distribuovaná formou DTP kanálů. Takže od nich berete míň, když berete míň, vyhrožují, že nemusíte mít stejné podmínky jako doteď. Bere se za míň peněz, ale pacienti dva dny čekat nebudou. Spirála se roztáčí. Distribuce nechápu princip „naš zákazník, náš pán“.

Je super, že máte distribuci, která má všechno, ale nemůže si za to říct 10 procentních bodů z naší společné průměrné cca 20% přírážky. Hezká byla předvánoční návštěva reprezentantky distribuce, která mi vyprávěla, jak vytvořili pracovní skupinu, která půl roku jednala, aby nám zvedli svou část marže o 0,1 procentního bodu, kteroužto smutnou zprávu mi jde ona oznámit. Možná kdyby nejednali, ušetřili by stejné peníze taky.

V posledních letech se nám tu ustálil takový nešvar, že držitelé registrace mají své sklady u distribucí, ale ten distributor tam nesmí. Osvědčila se mi taktika rovnou zavolat na zastoupení držitele registrace a vyjednat přímé vyskladnění k distributorovi a následně na lékárnu.

Ale komfortní to tedy není. Myslel jsem si, že je to časem začne štvát, protože to žere spoustu času a tím i peněz, ale ne. Třeba by se osvědčila nějaká dohoda, že když mi něco dojde, tak si ze skladu vezmu podobně jako ti hostinští v Benešově ze společného Družstevního skladu piv a limonádových nápojů a napíšu „na futru“, že jsem si vzal. Přece by nám všem mělo jít o to, aby se co nejvíce správných léčiv dostalo ke správnému pacientovi v ten čas, kdy je to potřeba a nikoho nezajímá ta byrokracie za tím. Shrnuto podtrženo: Distribuce nejen vozí léky z bodu A do bodu B, ale vyjednávají nám nezávislým marketingovou podporu, čímž si zajišťují naši loajalitu. Zároveň se někdy chovají jak slon v porcelánu a rezignovaly na svou úlohu – doručit léčiva včas.



Přemek CÍSAŘ

Krise jako příležitost

Nedostatek léků je téma, které poslední rok intenzivně zaměstnává nejenom českou mediální scénu. O praktickém dopadu se přesvědčujeme každý den v praxi. Reálně je ale léků mnohem víc než kdykoliv v minulosti.

Jen za uplynulých dvacet let se globální obchodovaná hodnota produktů farmaceutického průmyslu více než zpětinásobila, ze 113 miliard USD v roce 2000 na 629 miliard USD v roce 2019. Tehdy předpokládaný další dvouciferný meziroční nárůst do roku 2030 byl významně překonán už v pandemických letech, které k celkovému objemu přispěly souhrnně zhruba částkou 350 miliard USD jen za vakcíny, násobně více pak za obrovské množství testů a dalšího spotřebního zdravotnického materiálu. V neposlední řadě je třeba započítat nová antivirotika. Nikdy v minulosti jsme neměli k dispozici tolik a za tolik. Vlivem růstu a postupující globalizace se ale farmaceutické dodavatelské řetězce staly mnohem složitějšími, jsou vícevrstevnaté, zahrnují několik stran, což ztěžuje integraci a komunikaci. Staly se zranitelnějšími.

Dávno je pryč doba přelomu 19. a 20. století, kdy měla továrna Oscara Tropolowitze vedle hal na kompletní výrobu farmaceutických výrobků také provozy vyrábějící obaly a vlastní autopark na rozvážení objednaného zboží. V současnosti je většina provozů outsourcována, velmi často dokonce i tak základní část, jako je výroba účinných látek (API).

Všichni asi máme nějakou představu o fungování farmaceutického dodavatelského řetězce? V základním (a nejjednodušším) provedení výrobce dodá produkty distribuci, distribuce je posune do lékáren a lékárníci zase pacientům. Jak to ale vypadá na druhé straně, co předchází odeslání hotového produktu směrem k distribuci?

Než výrobce začne vyrábět, měl by mít přehled o nákladech na výrobu (někdy zahrnující i přepravní náklady), měl by umět odhadnout poptávku po produktech, vliv současné a nástup budoucí konkurence a podle toho zajistit výrobní suroviny. Přitom ale čelí mnoha výzvám, přičemž se v poslední době soustředí především na jednu. V reálném čase totiž nedohlédne na dostupnost konkrétního výrobku. Proto se všichni podporují a velmi se snaží zavádět rozličné digitální nástroje pro kontrolu pohybu každého jednotlivého balení (FMD, DTP, DTC a další).

Výzev, se kterými se musí vypořádat je ale mnohem víc. Velké ztráty působí **narušení chladového řetězce** pro termolabilní produkty. Robustnost „chladírenské“ distribuce přitom určuje její omezenou kapacitu. (viz problémy s dodávkami vakcín).

Další výzvou je **řízení zásob**. Zejména u produktů s drahou výrobou a velkými nároky na skladování, případně s krátkou dobou použitelnosti (například biologická léčiva) je pro výrobce klíčové nejenom zajištění potřebné přepravní a skladovací kapacity, ale ještě mnohem více správný odhad budoucích potřeb. Pro eliminaci budoucích ztrát jsou principy dodávek podle aktuálních potřeb (just in time, JIT) v těchto kategoriích produktů mnohem důležitější.

Důležité je také dbát na dodržování celého spektra **regulatorních (mezi)národních předpisů** týkajících se obchodu, veřejného zdraví, bezpečnosti produktů a průmyslových standardů, včetně kontroly (a následné evidence) přepravních a skladovacích podmínek, jako teplota a vlhkost, označování, balení a manipulační protokoly. Přísná regulace a její dodržování na jedné straně prospívá spotřebitelům a usnadňuje (ale také formalizuje) kontrolní činnost dozorovým orgánům. Na straně druhé ale omezuje konkurenci, monopolizuje trh a ve finále zvyšuje ceny plátcům. Viz „Proč chybějí léčiva“ (Šroub, ČČL 04/23, s. 32): „...**velcí výrobci podporují další a další podrobnou a nákladnou regulaci, která je sice těžkopádná a skoro nesplnitelná, prodražuje a někdy skoro znemožňuje výrobu, ale výrobcům poskytuje bonus v tom, že vyřadí menší a novou konkurenci, která by jejich postavení mohla ohrozit, ale která přemrštěným požadavkům nedostojí.**“

Pro minimalizaci rizik byly na konci minulé dekády farmaceutickým dodavatelským řetězcům doporučovány různé strategie, jak redukovat riziko produktových a finančních ztrát. Kromě zajištění **robustního chladového řetězce**, včetně posílení evidence dat, měly zavádět transparentnější a sofistikovanější řešení pro **sledování tranzitních zásilek**. Zavádění **inovativních technologií pro analýzu dat** a s tím související lepší předvídání v reálném čase má pomáhat předpovídat potenciální narušení. Pokročilá analytika a inovativní technologie (včetně využití umělé inteligence) mohou pomoci vytvořit na datech založený systém krizového řízení, který je připraví na neočekávané problémy a navrhne účinná řešení. Technologická inovace má umožnit komunikaci mezi všemi účastníky farmaceutického dodavatelského řetězce (výrobci, distributory, sklady i dalšími zúčastněnými stranami). Technologická vylepšení se ale netýkají jen vlastních dodávek, ale také **eliminace zpoždění dodávek** v důsledku předvídatelných rizik, například optimalizace tras s ohledem na přesné předpovědi počasí nebo existence regulačních omezení v průběhu přepravy.

Díky moderním technologiím a inovacím se farmaceutické dodavatelské řetězce stávají flexibilnější, transparentnější a agilnější. Díky zapojení umělé inteligence, strojového učení a zpracování přirozeného jazyka stále více využívají robotiku a rozvíjejí automatizaci výrobních a balicích procesů. To vede ke zvyšování produktivity, snižování provozních nákladů a vzniku chyb při označování a rozesílání, čímž se zároveň snižují rizika pro spotřebitele. Automatizované výrobní a skladové procesy navíc pomáhají rozložit pracovní zátěž a umožňují zaměstnancům soustředit se více na strategické inovace.

Čína plus jedna

Přes všechna výše vyjmenovaná vylepšení ale stále dochází k výpadkům. Koncentrace výroby základních surovin (aktivních i pomocných látek) do Asie vede globální firmy k hledání dalších dodavatelů. Eufemisticky by se dalo říct, že hledají řešení Čína+1. Zcela bez rizika není ale ani volba indických dodavatelů, kteří

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

jsou více ohroženi dopadem klimatických změn. Sucha a záplavy v Indii ohrožující lokální výrobu a tím sekundárně i zahraniční odběratele, kteří, jak už bylo řečeno, fungují kvůli minimalizaci výrobních nákladů v režimu just-in-time a jsou při jakémkoliv výpadku zranitelní v oblasti naplánované výrobní kapacity.

Nejistá cena na vstupu

Geopolitické napětí posledních dvanácti měsíců nepřekvapivě otřásl i nejspolehlivějšími články dodavatelského řetězce. Konflikt na Ukrajině měl ve farmaceutickém sektoru (nejen v něm) významný dopad na cenu surovin kvůli rostoucím cenám energie a nedostatku zdrojů, vlivem čehož vzrostly také ceny obalového materiálu; skla, hliníku i papíru. Do problémů se dostala i vlastní výroba zejména vlivem růstu cen energií (údajně se náklady na elektřinu u některých výrobců léků v Evropě zvýšily až desetinásobně). Ve vybraných skupinách produktů vzrostly náklady v rozmezí 50–160 %.

Také proto se výrobci hlasitě ozývají proti přílišné regulaci cen a úhrad a reálně hrozí, že ukončí (nebo přeruší) výrobu u skupiny léků s nízkou regulovanou cenou. Je to pochopitelné, bylo by promarněnou příležitostí krizi náležitě nevyužít.

Každou krizi je třeba ve správný moment využít

Ne, vůbec nezpochybňuji argumenty o rostoucích nákladech a krizi v dodávkách surovin a obalového materiálu. Jenomže, jak už bylo výše citováno, regulace a tlak na snižování cen vedou k monopolizaci trhu a omezení konkurence (což velkým hráčům vyhovuje). Monopolní výroba pak umožňuje takřka libovolně navýšit cenu.

Nejextrémnějším případem volnotržního systému je kauza firmy Turing Pharmaceuticals, která v roce 2015 koupila patentová práva na Daraprim (pyrimethamin) a prakticky přes noc jej zdrazila o víc než 5 600 %, ze 13 na 750 dolarů za tabletu. Pyrimethamin byl přitom už od roku 1953(!) používán jako antimalarikum. V současnosti se používá jako antiparazitikum (toxoplazmóza a cystoisosporiáza) a v kombinaci jako prevence pneumocystické pneumonie u HIV pozitivních pacientů. Ano, je to extrém a Martin Shkreli, tehdy pětaticetiletý manažer Turing Pharmaceuticals, si tímto krokem vysloužil pověst největší farmaceutické hyeny v USA. Daraprim byl totiž v USA jediným registrovaným pyrimethaminem a Shkreli si zisky navíc ještě pojistil, obešel stávající distribuci a zavedl speciální DTP/DTC distribuční kanál Daraprim direct. Trvalo 5 let, než se v USA podařilo registrovat generické formy pyrimethaminu. V Indii se přitom stejný pyrimethamin prodával v řadě variant i kombinací v ceně od 4 do 10 centů (3 až 7 rupií).

Shkreli nebyl jediný, byl jen nejdrzejší. Rok po aféře Daraprim, okopírovala Shkreliho scénář firma Mylan. Ta sice od roku 2007 dodávala na americký trh adrenalinový autoinjektor, ale když v roce 2016 uvedla na trh vlastní generickou variantu EpiPen, byla jeho cena o 500 % vyšší. Bud' je to další exemplární příběh o dokonalém načasování využití krize nebo se tak stalo jenom náhodou v době, kdy FDA zamítla žádost firmy TEVA na alternativní produkt a zároveň byl pro závady v dávkování z trhu stažen obdobný přípravek firmy Sanofi.

Dalším příkladem je zdrazení tak všedního léku jako digoxin. I v tomto případě byl jeho meziroční nárůst ceny o 2 800 % způsoben vymizením konkurenčního prostředí.

Ze studie University of Florida o vztahu mezi konkurencí na trhu a změnou ceny generických léků vyplývá, že u generik s nejvyšší úrovní konkurence (kvadropol) dochází k průměrnému poklesu ceny o 31,7 % (-34,4 až -28,9 %), na druhé straně generika s nejnižší úrovní konkurence (monopol) průměrně zdrazují o 47,4 % (25,4 až 73,2 %). Přitom při dvou dodávajících firmách (duopol) ještě stále dochází k průměrnému snižování cen o 11,8 % (-18,6 až -4,4 %) Vedlejším zjištěním je, že nízká úroveň konkurence na trhu má významnější dopad na zdrazování levnějších generik.

V Evropě (a speciálně u nás) máme štěstí, že se díky složitě provázané cenové regulaci tyto volnotržní cenové skoky odehrávají v podstatně delším časovém horizontu a jako výsledek dlouhých jednání mezi výrobci, regulátory a plátcí.

Existuje ale i segment neregulovaných léčivých přípravků. Žádná dohoda o cenách u nich není nutná, fungují podle tržních pravidel bez regulace ceny, a přesto jsme u nich v nedávné minulosti zaznamenali vcelku rozsáhlý výpadek. Výpadek sirupů (a později i dalších lékových forem) s obsahem ibuprofenu a následně i paracetamolu (u obou dva hlavní výrobci) začal v září minulého roku a dodnes úplně neskončil. Podle tehdejších vyjádření regulátora (SÚKL) šlo o výrobní problémy a kapacitní omezení distribuce.

Jenže důvod může být i mnohem prozaičtější: špatný odhad budoucí (s)potřeby a následná spekulace na nákupní cenu účinných látek.

Na počátku roku 2022 se trh s ibuprofenem a paracetamolem (API) slibně rozvíjel (rozuměj zdrazoval) a třetí vlna covid iniciovala rostoucí poptávku, která v polovině roku vytáhla cenu až na konečných 38 720 USD za tunu ibuprofenu respektive 10 500 USD za tunu paracetamolu při dodání do přístavu v Hamburku (ceny globálně vyráběných komodit se v mezinárodním obchodě určují včetně přepravních nákladů do cílové destinace). Je pochopitelné, že ve srovnání cen předcházejícího období, nebyla ochota výrobců takovou cenu akceptovat a v nákupech polevili. Pravděpodobně propočítali dopad na spotřebu vyrobených zásob, zhodnotili předchozí léta a řekli si: „počkáme“.

Pro malý zájem na konci roku 2022 poklesla cena ibuprofenu až na 14 520 USD za tunu a u paracetamolu na 7 740 USD za tunu (při dodání do Hamburku). Z finančního pohledu a pro výsledný poměr zisk/náklady to pro udržení stávající ceny finálního produktu byla pro evropské výrobce zřejmě úspěšná strategie. Zaplatili za ni zvýšeným stresem lékárníci i rodiče a ve finále trochu možná i ministerští úředníci při zajišťování náhradních dovozů.

Celé to ale píšu proto, že i lékárníci by se měli naučit, že krize v dodávkách léčivých přípravků je jedinečnou příležitostí, jak něco získat také pro stav lékárnický. Nebudou to peníze a trojiciferné nárůsty zisků, bude to něco mnohem cennějšího, ocenění našich znalostí při hledání náhradních řešení a návrat prestiže profese, která „umí“ poradit, sehnat a zařadit. Kolegové, kteří pamatují reálný socialismus by o tom mohli vyprávět.

Stanislav HAVLÍČEK

O vitamínech a konspirační teorii, která zatím neexistuje

Přes své relativní mládí platil v roce 1912 tehdy osmadvaceti-letý Kazimierz Funk za biochemickou kapacitu. Měl za sebou doktorská studia v Bernu a Ženevě, stáž na Pasteurově institutu v Paříži a čerstvě i asistentskou pozici na berlínské Freie Universität, kde s nobelistou Emilem Fischerem studovali metabolismus proteinů. Byl autorem přelomové dizertace (1904), která objasnila strukturu přírodních barviv brazilinu a hematofylinu totální syntézou. A v roce 1911 nastoupil na londýnský Listerův institut preventivní medicíny, kde měl za úkol zjistit příčinu nemoci beri-beri.

Už delší dobu byl proponentem poměrně kontroverzní teorie „mikronutrientů“. Mluvíme o době *fin de siècle*, respektive době krátce po ní. Bylo to období, kdy průmyslová revoluce ohlásila své vítězství, lidstvo obecně věřilo v průmyslové přístupy k životu ve všem. Tedy i v případě potravin. Obecným moudrem tehdejší doby bylo, že v budoucích světech přestane být zemědělství potřebné a potraviny se budou vyrábět v továrnách z průmyslových surovin.

Jenže to byla teze poněkud problematická, žádné pozorování ji totiž nepotvrzovalo. Už od 70. let 19. století byly činěny experimenty s umělou výživou. Zvířatům byla podávána směs tehdy známých čistých živin, sacharidů, proteinů, lipidů a v každém z experimentů pokusné subjekty skomíraly, vykazovaly zvýšený počet patologií a hynuly. Navrhovaná vysvětlení byla tři:

1. Ozvali se stoupenci „vis vitalis“, jakési záhadné životní síly (či energie), kterou musí potraviny obsahovat, aby byly výživné.
2. Byli tu pozitivisté, kteří tvrdili, že prostě ještě neznáme všechny základní nutrienty, že kromě cukrů, tuků a bílkovin musí existovat ještě nějaké další.
3. A pak tu byla teze o „mikronutrientech“ tedy živinách, které se v potravinách vyskytují v malém množství, ale jsou pro výživu potřebné. Teorii mikronutrientů ale věřilo jen málo vědců, většinou byli považováni za blázny.

Ideálním kandidátem na důkaz existence mikronutrientů byla nemoc beri-beri. Epidemicky propukala v oblastech postižených hladomory, případně mezi skupinami lidí odkázaných na jeden dominantní zdroj potravy (nejčastěji rýži). Šlo si velmi snadno představit, že se jedná o nějakou formu malnutrice. Navíc, krátce před Funkovým nástupem do Londýna, publikoval pozdější nobelista Christiaan Eijkman svá pozorování, že rýže nezbavená otrub (hnědá rýže), kterou v Indonésii, kde byl koloniálním lékařem, konzumovaly nižší vrstvy, dle všeho „léčí“ beri-beri nejen u kuřat (u kterých učinil náhodný objev), ale i u lidí. Funk si tedy objednal několik metrů rýžových otrub a jal se z nich extrahovat obsahové látky.

A právě roku 1912 vyextrahoval první. Byla to sloučenina obsahující uhlík, dusík, vodík a kyslík a v izonitrilovém testu

dávala pozitivní reakci (dnes už víme, že falešně pozitivní). Šlo tedy o primární amin. Shodou okolností paralelně s Funkem vyextrahoval z rýžových otrub jinou látku i Eijkman. Také šlo o primární amin a Eijkman jej nazval amin života, „vital-amine“. Funk zkrátil „vital-amine“ na „vitamine“ a ještě téhož roku mu vyšla kniha „Die Vitamine“.

V publikaci postuloval vitamínovou teorii, podle které byly vitamíny malé molekuly charakteru primárních aminů, které jsou strukturálně odlišné od aminokyselin a z neznámých důvodů nutné pro fungování organismu. Tělo je přitom nedokáže samo vytvořit a musí je přijímat potravou. Za vitamíny označil svůj „anti-beri-beri-faktor“, Eijkmanův „vital-amine“, kyselinu askorbovou a „anti-rachitický faktor“. Dále předpověděl, že „vitaminů“ bude zcela jistě více. A velmi vizionářsky vyjmenoval nemoci, které za hypovitaminózy považuje. A jakkoli se v některých případech netrefil (např. ulcerózní kolitida nebo celiakie), většinou ano. Pelagru, Addison-Biernerovu nemoc a spoustu dalších syndromů s patofyziologií do té doby neznámou předpověděl jako hypovitaminózy. A to v době, kdy ještě nebyla známa ani struktura (odtud ten omyl s aminy) ani metabolická funkce žádného z Funkových vitamínů.

Dá se říci, že mladý, ambiciózní (a na úspěch zvyklý) Funk tak moc toužil po vavřínech za hypotézu o „mikronutrientech“, že svou vitamínovou teorii poněkud uspěchal. Zhruba do 2. světové války se ji sám Funk, a s ním spousta stoupců vitamínů snažili napravit „revizí“. A právě tyto revize vedly k nebývalému pokroku v poznacích z biochemie. Sám Funk se podílel na objasnění struktury kyseliny askorbové, což jej donutilo opustit tvrzení o aminech. I proto v angličtině vitamíny ztratily koncovku „-e“ a dnes se jim říká „vitamins“. Výzkum vitamínů skupiny B zase přispěl k nalezení metabolických drah cukrů. V roce 1936 Funk vyřešil strukturu thiaminu. To už byl občanem USA částečně pracujícím v tamním soukromém sektoru, částečně na akademické půdě a občas si také profesionálně odsakoval do rodného Polska.

Poznání vitamínů se větvilo, větvilo a po 2. světové válce i samotnému Funkovi začalo být jasné, že kategorie „vitamíny“ se odborně vyčerpává, respektive přestává být svébytnou biochemickou kategorií. Jenže už bylo pozdě. Prvním průmyslově vyráběným vitamínem se v roce 1935 stal vitamín C, kyselina askorbová. Ještě před tím už se masově produkoval olej z tresčích jater. V narážce na tehdejší léčbu křivice pobyttem na slunci (buď u moře nebo v horách) se prodával pod názvem „slunce v lahvi“.

Vitamíny se staly zlatým dolem. Přispělo k tomu zejména lobování výrobců „vitamínových přípravků“. Přesvědčili vládu F. D. Roosevelta a v nově vznikajícím Federal Food, Drug, and

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Cosmetic Actu, zákonu, který založil organizaci dnes známou jako FDA, nechali uzákonit kategorii doplňků stravy. Tím byl trh stabilizován. A už v průběhu 2. světové války se začalo mluvit o vitamínii. Největším odběratelem doplňků stravy totiž byla americká armáda.

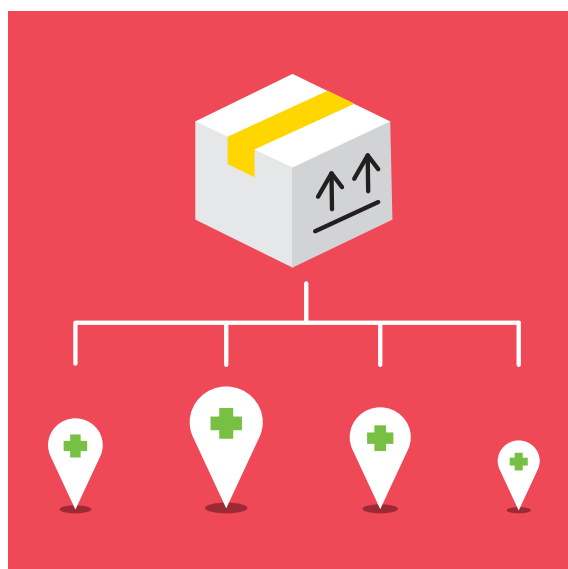
S pokroky v poznání fyziologické funkce jednotlivých látek kategorizovaných jako vitamíny se sice odborný význam toho termínu vyprazdňoval, z hlediska obchodního, marketingového a politického trvale stoupal. A možná právě z toho důvodu se udržel dodnes. Přestože se Světová zdravotnická organizace opatrně vrací k původnímu a přesnějšímu termínu mikronutrienty, mezi něž lze zařadit i minerály, některé ne-proteinogenní aminokyseliny (např. ornitin, citrulin) i další látky, vypadá to, že se termínu „vitamín“ hned tak nezbavíme, jakkoliv je pro popis aktivity konkrétních látek spíše na překážku.

Vitamín A je chromoforem, vitamíny B (kromě těch vymyšle-ných) jsou koenzymy, vitamín C je scavenger nepárových elektronů, vitamíny D jsou steroidní prohormony, vitamín E je jiný scavenger nepárových elektronů, často fungující v koordinaci s vitamínem C, vitamín K je pak jeden z faktorů srážení krve, a tak by se dalo pokračovat. Ani s kategorizací to není snadné ubichinon (koenzym Q10) není vitamínem podle původní teorie, tělo si jej dokáže vytvořit samo, ale potřebuje k tomu kyselinu 4-hydroxybenzoovou, kterou si dokáže samo vytvořit pouze částečně a potřebné množství musí přijmout z potravy. Ostatně i retinal a retinol si tělo dokáže vytvořit samo, jen k tomu potřebuje nějaký karoten, a přesto jsou retinal a retinol považovány za vitamíny. A bydlíte-li na Mallorce, dokáže si tělo připravit v potřebném množství i vitamín D.

Ve stejném duchu by se dalo pokračovat poměrně dlouho. Je zřejmé, že primárním důvodem perzistence termínu vitamín, jsou důvody obchodní. O přípravky s „prohormonem D“ by asi nebyl takový zájem jako o vitamín D.

A proč obšírně a složitě připomínám, co všichni víceméně víme? Protože právě obchodní a marketingový rozměr zavedené terminologie skýtá prostor pro všelijaké interpretace. Žijeme v době, kdy jsou informace zbraněmi, nejčastěji používanými k demoralizaci a zavedení chaosu. Někdy v důsledku činnosti cizích (nepřátelských) států, někdy jako špatně pochopená recese, někdy se jen tak z nudy společnost sama sebe zahrnuje informačním šumem, který ztěžuje práci odborníků, kteří si dali za jeden z úkolů edukovat a vysvětlovat. Mezi ně (snad) patří i lékárníci.

Krátký průzkum (ohraničený vírou v účinnost mého antiviru) redditu, 4chanu, quora a podobných semenišť konspiračních teorií mi neukázal, že by se rodil nějaký hoax, že „vitamíny neexistují“. Přesto nelze ignorovat, že vzhledem k výše řečené historii i faktu, že průzkum za průzkumem ukazují nulový benefit většiny potravinových doplňků pro jejich uživatele, je to z hlediska konspiračních teorií tikající časovaná bomba. Tím spíš, že její příběh lze velmi představitelně nastavit na podhoubí již existujících konspiračních teorií.



Kazimierz Funk byl polský Žid. Židovský původ měla asi třetina z patnácti laureátů oceněných jednou z devíti Nobelových cen za lékařství a fyziologii udělených v oblasti vitamínů (což je spíše dané tím, že je to ve skutečnosti několik ne příliš souvisejících oblastí chemie). I počet udělených Nobelových cen je na jeden obor naprosto výjimečný (srovnatelný snad jen s hmotnostní spektrometrií v chemii). A spousta dalších „podivností“ (s relativně nevinným vysvětlením) by se jistě ještě našla i bez ohledu na nemravný objem peněz, do kterého výzkum vitamínů (a následná výroba a prodej potravinových doplňků) od 30. let minulého století narostl. Šikovný konspirátor by se nemusel ani moc namáhat, dokonce by ani nemusel moc lhát. Stačilo by mu některá fakta poskládat jen mírně zavádějícím způsobem a měl by teorií, které by mohl podlehnout i vzdělaný člověk.

A jsem u tématu tohoto čísla. Samozřejmě, všichni víme, že hoaxy, které mezi obyvatelstvem ohledně distribuce léčiv kolují, jsou nesmysly. Co hůř, odvádějí pozornost od skutečných problémů, které v distribuci jsou. Jenže právě situace, kdy jsou problémy vidět, je nejlepší živnou půdou pro vznik hoaxů, které v konečném důsledku vedou k oddálení řešení opravdového problému. Vzhledem k tomu, že je náš obor už ze své povahy magnetem na hoaxy, drby, pověry, předsudky a další informační šum, pokaždé, když vytvoříme vhodné podhoubí pro takové zvěsti, plodnice ve formě nepříjemných důsledků na sebe nenechají dlouho čekat.

Nevynuceně vytvářet další takové živné půdy je nerozum. Z tohoto pohledu jsou vitamíny spíše zděděným hříchem minulosti a nezbývá než doufat, že se medicínám a bio-chemickým autoritám podaří přejít na termín mikronutrienty postupně, a tak nenápadně, že si toho téměř nikdo nevšimne.

¹ Funkův „anti-beri-beri-faktor“ dnes známe jako niacin a víme, že není ani anti-beri-beri-faktorem, ani primárním aminem, nýbrž amidem. Eijkmanův „vital-amine“ známe jako thiamin a víme, že je anti-beri-beri-faktorem i primárním aminem. O kyselině askorbové víme, že není aminem a antirachitický faktor známe jako skupinu kalciferolů, o kterých víme, že nejsou aminy.

Valencie hostila asociaci farmaceutických fakult

Evropská asociace farmaceutických fakult (European Association of Faculties of Pharmacy, EAFP) byla založena v roce 1992. Jejím cílem je poskytnout vzdělávacím institucím v oboru farmacie platformu pro společné diskuse o perspektivách rozvoje farmaceutického studia, ke sdílení zkušeností a dobré praxe a usnadnit a podporovat mezinárodní spolupráci mezi fakultami, univerzitami, farmaceutickými profesními a vědeckými organizacemi. Mezi členské fakulty EAFP patří obě české farmaceutické fakulty, naše brněnská se stala jejím členem ve roce 1994, tehdy ještě jako součást Veterinární a farmaceutické univerzity Brno.

EAFP podporuje setkávání zástupců členských fakult organizací výročních konferencí. Těch doposud bylo celkem 27, v prvních letech existence asociace (1992–1998) se konaly ve dvouletých intervalech, od roku 1999 jsou pořádány každoročně. Klasický prezenční formát konferencí změnila pouze koronavirová pandemie, kvůli které v letech 2020 a 2021 byla tato tradice dočasně přerušena.

Hostitelem letošní konference, která se konala 17.–19. května 2023, bylo španělské město Valencia, čímž se Španělsko stalo zemí, která tuto konferenci pořádala již potřetí (2004 – La Laguna, 2007 – Madrid). Setkání se zúčastnili vedoucí představitelé a další zástupci farmaceutických fakult, univerzit a profesních organizací z většiny evropských i některých mimoevropských (např. USA, Kazachstán, Turecko, Irák) zemí. V odborném programu konference zaznělo 8 plenárních přednášek, 17 krátkých prezentací a bylo prezentováno 94 posterových sdělení. Za hlavní téma konference byla zvolena problematika s názvem Udržitelnost ve farmacii, farmaceutické praxi a farmaceutickým vzděláváním.



Ústřední motiv výroční konference EAFP navazoval na program rozvoje Organizace spojených národů (OSN), který byl jejím summitem schválen na období let 2015–2030 v dokumentu pod názvem Přeměna našeho světa: Agenda pro udržitelný rozvoj 2030, jehož součástí je i sedmáct cílů udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goals, SDGs). V souladu s cíli udržitelného rozvoje OSN bylo Mezinárodní farmaceutickou federací (FIP) přijato v roce 2020 jednadvacet rozvojových cílů FIP, které mají být klíčovým zdrojem pro transformaci farmacie a farmaceutické profese v příštím desetiletí na globální, regionální a národní úrovni. V tomto kontextu jsou farmaceutické fakulty a vzdělávací instituce důležitými hráči, kteří přispívají k rozvoji dovedností a kompetencí farmaceutických odborných pracovníků a k ekologické udržitelnosti, a to prostřednictvím svých výzkumných a inovačních aktivit a podporou „zelených postupů“ při vývoji, výrobě, distribuci a používání léčiv.

Konference ve Valencii se i letos zúčastnili členové vedení brněnské i hradecké farmaceutické fakulty. Za Farmaceutickou fakultu Masarykovy univerzity jsme v odborném programu formou posterové prezentace představili náš nový bakalářský studijní program Kosmetické prostředky a mezi krátké přednášky byla zařazena naše společná prezentace s maďarskou Univerzitou Pécs o projektu společné spolupráce se zaměřením na rozvoj kurzů a virtuální mobilitu, realizovaného s podporou programu aliance EDUC (European Digital UniverCity).

PharmDr. Tünde AMBRUS, Ph.D.
Farmaceutická fakulta Masarykovy univerzity



Hodně společného i rozdílného

Česko-slovenské setkání lékárníků

V Hradci Králové a na blízkém Kuksu se 12.–13. května setkali zástupci českých a slovenských komor lékárníků. Do historizující nostalgie měla ale schůzka daleko. Zkušenosti sousedských profesních komor jsou různé a určitě oboustranně inspirující. Požádali jsme o zhodnocení akce prezidenty ČLnK a Slovenské lékárnické komory. Vyjádření nám poslal i viceprezident ČLnK Martin Kopecký.

Proč se představitelé české a slovenské komory sešli v Hradci a na Kuksu? Šlo jen o jednorázové přátelské setkání nebo o založení tradice pravidelných konzultací českých a slovenských lékárníků s cílem zlepšit postavení lékárníků v obou zemích?

V loňském roce jsme se společně se Standou Havlíčkem zúčastnili Zemplínských lékárnických dní v Humenném. Po období covidových omezení byla konečně příležitost k setkání s našimi slovenskými kolegy. Byl jsem velmi rád za poskytnutý prostor pro přednášku a následnou velmi zajímavou diskusi k tématu společných i rozdílných prvků v poskytování lékárenské péče v našich zemích. Jednalo se nepochybně o důležitý impuls k tomu, abychom se více setkávali a předávali si vzájemně zkušenosti, pozitivní i negativní, s vývojem lékárenství v našich zemích. Mám velkou radost z toho, že se podařilo v květnu uskutečnit přátelské pracovní setkání vedení komor v Hradci Králové a na Kuksu, které nepochybně nezůstane posledním.

Jak v tomto směru působil výběr místa, Mekka lékárníků Kuks? Byl to dobrý nápad se potkat právě tam? Jak se vám tam líbilo?

Jen těžko bychom hledali lepší místo spojené s historií českého lékárenství jako právě hospital Kuks a České farmaceutické muzeum. Skvělé místo pro setkání s našimi slovenskými kolegyněmi a kolegy. Měli jsme jedinečnou možnost si prohlédnout hospital i zahradu, za představení expozic ČFM musím poděkovat paní doktorce Valáškové.



Jak se mi tam líbilo? Genia loci Kuksu nelze jednoduchým způsobem popsat. Snad neprozradím nic tajného, že jsme si ho po odjezdu delegací s panem šéfredaktorem ještě pár hodin užívali, v diskusi, mlčky i úžasu nad tím, co naši předci dokázali vybudovat.

Jak se v základních bodech liší existence českého a slovenského lékárníka a čím konkrétně byste se chtěli vzájemně inspirovat?

Po 30 letech od rozdělení federace vedou cesty českého a slovenského lékárenství rozdílnými směry, přestože mají dlouhými roky formovaný společný základ. Je to naprosto logické a očekávatelné. Společným prvkem vývoje zůstaly nepochybně „divoké devadesátky“ vedoucí k rozvolnění mnoha funkčních pravidel dodnes uplatňovaných v zemích západní Evropy. S tímto dědictvím jsme pravidelně konfrontováni, postupně se k němu přidávají stále nové „cool a svěží“ nápady různých skupin prahoucích v první řadě po zisku za současného rozvolnění pravidel k poskytování péče.



Nejviditelnější rozdíly jsou pravděpodobně v oblasti financování lékárenské péče a možnosti poskytování některých odborných služeb. Slovensko má rozdělenou obchodní přírážku, není tedy možné, aby si distribuční firmy plně diktovaly podmínky dodávek do lékáren prostřednictvím její výše. Přesto to není tak jednoduché, neboť se i v této oblasti vyskytují zpětné bonusy, každopádně rozdělení poskytuje určitou jistotu. My jsme naopak napřed ve fixní platbě za výdej prostřednictvím signálního výkonu, která na Slovensku neexistuje. Liší se i systémy spoluúčasti pacientů, slovenský se blíží ke stejným doplatkům tím, že je uplatňována procentuální úhrada, případnou slevu je tedy třeba poskytnout i zdravotním pojišťovnám. Inspiraci můžeme z naší strany hledat ve způsobu zavádění některých screeningových služeb ve slovenských lékárnách, kterým to umožňuje slovenský zákon o léčivech. Velmi zjednodušeně řečeno, pokud vzorek kapilární krve neopustí lékárnou, je možné



pacientovi hodnoty některých látek v krvi změřit. Skutečně to není raketová věda a tam, kde v této oblasti funguje spolupráce lékář – lékárna, to specialistovi šetří čas na komplikovanější případy. Podotýkám, že pacient si podobné vyšetření plně hradí sám, bez účasti zdravotních pojišťoven.

Společného i rozdílného najdeme hodně a díky vzájemným setkáním si dokážeme efektivně předávat nabyté zkušenosti. Co funguje, co naopak nikoliv, na co si dát pozor nebo jak se podařilo k danému dopracovat.

Kdy a kde se odehraje příští setkání?

S ohledem na vyváženost pravděpodobně na Slovensku, kdy a kde přesně necháme na slovenské komoře. Zaslých jsem něco o medvědech, vlčích a jiné dravé zvěři, tak to snad všichni ve zdraví přežijeme. Ale vážněji. Místo rozhodně není tak důležité jako to, že se potkáme, budeme se vzájemně inspirovat, popisovat si zkušenosti a cesty vedoucí k tomu, jak bychom chtěli, aby vypadala lékárenská péče v našich zemích. Za sebe mohu jen říci, že se na každé takové setkání velmi těším.

Mgr. Aleš KREBS, prezident ČLnK

Proč se představitelé české a slovenské komory sešli v Hradci a na Kuksu? Šlo jen o jednorázové přátelské setkání nebo o založení tradice pravidelných konzultací českých a slovenských lékárníků s cílem zlepšit postavení lékárníků v obou zemích?

Už v letech 2017–2019 jsme spolu s polskou a maďarskou lékárnickou komorou stretli v Bratislave, Praze a Varšave na podujatí, které jsme nazvali V4 PharmFORUM. Bohužiaľ pandémia covid-19 neumožnila, aby sa v ďalších rokoch z týchto stretnutí stala tradícia. Táto alternatíva však vylúčená nie je a verím, že toto naše aktuálne stretnutie možno považovať

za prodruhu obnovu tohoto stredoeurópskeho fóra. Na druhej strane však je prirodzené, že spoločný spoločenský vývoj, zahŕňajúci prirodzene aj lekárenstvo ako aj naša jazyková blízkosť vytvára širší priestor na česko-slovenskú komunikáciu a zdieľanie pozitívnych aj negatívnych skúseností.



Jak v tomto směru působil výběr místa, Mekka lékárníků Kuks? Byl to dobrý nápad se potkat právě tam? Jak se vám tam líbilo?

V novembri 2022 sme mali voľby a keďže máme viacero nových členov Rady aj Prezídia, tak sme uvažovali o nejakom teambuildingu. Riaditeľka nášho sekretariátu Lenka Vasilová navrhla práve Kuks. Vo februári na konferencii v Prahe som sa s týmto nápadom pochválil viceprezidentovi Martinovi Kopeckému a následne sme dospeli až k spoločnému stretnutiu, ktorého bola Česká lekárnická komora skvelým hosťiteľom.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Kuks je lékárnický fenomén, který má jedinou chybu – že nič podobné nevíme ponúknuť na Slovensku.

Jak se v základních bodech liší existence českého a slovenského lékárníka a čím konkrétně byste se chtěli vzájemně inspirovat?

Odpovím v dvou rovinách – rovine výkonu povolania a rovine profesijnej samosprávy. Vo výkone povolania sa naša rutinná každodennosť až tak nelíši. Existujúce výnimky sú však pomerne zásadné – napríklad v cenotvorbe liekov, ktorá sa na Slovensku líši tým, že máme rozdelenú maržu distribútora a lekáreň ako aj viac-menej jednotné doplatky, ktoré eliminujú doplatkovú turistiku a doplatkovú pomerne nekalú konkurenciu známú z ČR. Vy máte na druhej strane lepšiu dostupnosť mnohých liekov, signálny výkon a menej lekární. Ak by sme z každej krajiny vzali to, v čom je oproti tej druhej lepšia, dokázali by sme vymyslieť ideálny model fungovania lekárenstva.

Profesijná samospráva je v ČR podľa môjho názoru výrazne viac rešpektovaným partnerom štátu. Od roku 2004 – teda už takmer 20 rokov sú v SR kompetencie komôr výrazne limitované, máme svojrázny hybrid nepovinného členstva a povinnej registrácie a legislatívu spoločnú pre 11 zdravotníckych komôr, čo v konečnom dôsledku absolútne eliminuje akékoľvek možnosti nápravy tejto ústavno-právnej deformácie. Podpísali sme však memorandum o spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou a Slovenskou komorou zubných lekárov a našim cieľom je, aby práve naše tri komory boli podľa českého vzoru kľúčovou a integračnou štruktúrou organizácie zdravotníctva s postavením, ktoré majú komory v civilizovaných krajinách. Som však rád, že sa napriek nepovinnému členstvu má Slovenská lekárnická komora približne 90-percentnú angažovanosť, čo svedčí o tom, že farmaceuti si ctia princípy samosprávy a chcú sa na nej podieľať.

Kdy a kde se odehraje příští setkání?

Verím, že čoskoro a prirodzene na Slovensku. Keďže súčasťou slovenskej delegácie bol aj najvýhodnejší slovenský lekárník

a člen rady Dr. Štefan Dunaj (ktorý do Hradce cestoval približne dvanásť hodín so štyrmi prestupmi), možno ho poveríme organizáciou dobrodružného stretnutia v kraji zubrov, medveďov a nedotknutého krásneho pralesa Národného parku Poloniny, o ktorých každý, kto ich navštívi prvýkrát, konštatuje, že sú krajšie ako Tatry. A možno sa stretneme niekde na strednom, či južnom Slovensku... Určite sa však máte na čo tešiť, hoci by to aj nakoniec bola „iba“ Bratislava...

**PharmDr. Ondrej SUKEĽ,
prezident Slovenskej lekárskej komory**



Setkání na Kuksu navázalo na setkávání lékárnických komor Slovenska, Polska, Maďarska a ČR, která se konala před obdobím covidových uzávěr. Krátké setkání představitelů SleK a ČLnK považují za obnovení tradice takovýchto schůzek. Ačkoliv máme společný základ v československém zdravotnictví, tak se lékárenství v ČR a na Slovensku vydalo různými cestami. A právě proto jsou taková setkání, na kterých dochází k výměně informací, důležitá a inspirující pro obě strany. Zatímco my můžeme „závidět“ možnosti provádět screening ve slovenských lékárnách, slovenští kolegové by v rámci odměňování zase rádi měli náš signální výkon.

PharmDr. Martin KOPECKÝ, viceprezident ČLnK

Motolští se proběhli

Poslední květnovou sobotu se konal běžecký závod v brdských lesích v rámci seriálu Trail Running Cup. Na startu nechyběli závodníci z motolské nemocniční lékárny.

Trasu 9 km si daly Petra Čechová s kolegyní Kamilou Šugerekovou. V hlavním závode, Brdském půlmaratonu, pak na trase dlouhé 21 km poměřovali síly Veronika Horáková s Petrem Horákem jr. a Christianem Mayerem. Trať byla krásně kopcovitá. Na 21 km na nás čekalo téměř 500 metrů převýšení. Přeskakovali jsme poválené stromy, místy se brodili v potocích a prodírali se křovisky, kochali se překrásnými výhledy v okolí Knížecích Studánek. Běh nádhernou přírodou, počasí vyšlo na jedničku. Prostě parádní sportovní den s motolskými kolegy uprostřed brdských lesů.

Veronika HORÁKOVÁ



Z revolucionáře institucí

Z mladého revolucionáře stává se časem součástí establishmentu. Už je to tady. Dostal jsem se s kolegyní do pře o snižování bodů do CV při mateřské a rodičovské dovolené. Ač jsem byl na Sjezdu a vím, jak jsem hlasoval, výsledek tohoto hlasování mi utekl. Až teď jsem dohledal, že došlo ke změně, a i členky na mateřské a rodičovské dovolené musí v cyklu získat 90 bodů.

„Jak jsi hlasoval?“

„Pro současnou verzi 90 bodů pro všechny.“

„To je debilní názor. Máš tři malé děti, nevíš, kam dřív. Na semináře musíš jezdit, ale nejbližší je to hodina cesty. Můžeš sbírat body online, ale když si to pustíš, batolil se ti mezi nohama dítě, do toho přebaluješ nebo vaříš, takže z toho máš prd. K tomu někdo staví dům nebo má děti fakt brzy po sobě a volného času je minimum.“

„A ty to potřebuješ? K čemu?“

„Měla bych plnit. Štěstí, že to nikdo nekontroluje. Ale proč je to potom daný? Proč to není jen doporučený? Šéfka třeba chce, abychom plnili, když je to jednou dané.“

„Je to imperfektní norma, říkal doktor Maršík. Zatím to zkoušíme zperfektit u vedoucích lékárníků a odborných zástupců. Problém je, že málokdo hlásí mateřskou a rodičovskou dovolenou a od kdy do kdy, a pak se to doplňuje zpětně. Zároveň je tu otázka, jak to udělat u vedoucích lékárníků a odborných zástupců na mateřské/rodičovské? Když zvládne vést lékárnou, měla by i plnit. Moc otázek, moc výjimek. Jen to všichni chtějí řešit pět minut před hlasováním, a to už nejde.“

„Každý, kdo je na RD, nechce vést lékárnou. Spoustu holek má problém plnit. S dětma se špatně plánuje. Já mám první tři roky s dětma v mlze.“

„Musí do lepšího OSL. My máme každý rok Setkání OSL za 6–12 bodů, a dvě IDS 12 bodů. Když něco nestihneš, tak to dáš přes webinář nebo napíšeš osvětový článek do místních novin. Jsou to tři večery v roce.“

„Nasbírat body na mateřský, pokud nejsi v Třebíči nebo ve větším městě, může být fakt problém. Večer, když děti uspí, padáš na hubu. Přes den to nejde vůbec. Ne všude jsou IDS a když už bys mohl, tak jsi těsně před porodem nebo kojíš po 2 hodinách nebo máš dítě v horečkách anebo odpadne hlídání. Nebylo to šťastný hlasování. Věříš, že jsem minimálně jeden rok řešila všechno možný, jen ne splněné body?“

„Věřím. Řešilas, jak body vyprat a ne získat. A taky si je nepotřebovala. Já se tomu nebráním, ale musí to být domyšlený, aby to fungovalo i prakticky. Vidím na Čestné radě, jaký administrativní bordel dokážou lékárnici vytvořit. Víš, kolikrát se stalo, že na sekretariátu dohledávali v březnu, proč kolegyně platila jen polovic? Žere to strašného času sekretariátu a tím i peněz Komory. IDS si můžeš udělat i na vesnici. Jen chtít.“

„Jo, v tomhle máš jiný pohled. Jseš chlap. I vedoucí na mateřský se má věnovat hlavně dětem. A ne honit 90 bodů. Já se na mateřský doučila fůru věcí, co se týče léků, doplňků, bylinek. Jen ty informace nebyly oceněné body. A daly mi možná mnohem víc. Má to smysl, když si pak vedoucí honí body semináři, který jí jedou na mobilu, ona nemá čas to sledovat, nemusí vyplnit ani test a body jí prostě připíšu?“



„No ona, i když je na mateřský, tak za tu lékárnou ručí, tzn. že tam nějak musí chodit. Tak musí tedy i plnit. A klidně i půlku. Musí se domluvit pravidla, pak je dát do paragrafů. Na to je super se sejít na jaře a zkusit to navrhnout, sepsat, vydat v ČČL, aby se to na Sjezdu mohlo schválit.“

„Je to opruz.“

„Nebráním se tomu, kdyby to šlo snadno zadministrovat. Hele víc otázek než odpovědí. A já se přiznám. Mám raději, když je to jednoduché.“

„Klidně půlku. Ale ne plný počet bodů.“

Sám sebe jsem překvapil, jak jsem stál na straně Komory. Che Guevara v tepláčkách na kanapi s plechovkou piva v ruce. Už jsem establishment. Teď už platí ten Řád, který je, takže i kolegyně na mateřské a rodičovské dovolené musí plnit kouzelných 90 bodů. Ale každý řád se na příštím sjezdu dá přepsat, když bude vůle a bude to dávat smysl. Pokud se vám to nelíbí, je tu možnost řád změnit, ale je třeba, aspoň pro takové konzervy jako jsem já, zodpovědět několik otázek.

- Proč by členka, toho času na mateřské/rodičovské dovolené, která i v té době je vedoucí lékárníci nebo odbornou zástupkyní měla plnit míň bodů? Vždyť po celou tu dobu ručí za chod lékární.
- Co s takovou členkou, která nenahlásila, že je/byla na mateřské/rodičovské dovolené, a teď zjistila, že by to chtěla zapsat? Jaký jí dáme časový limit?
- Když je kolegyně na mateřské/rodičovské dovolené, ale i tak chodí do práce na pár dní v měsíci, má plnit? A kolik? A proč? A v neposlední řadě by bylo fajn, kdyby podle těch nových pravidel dotyčný vypočítal jednoduchou slovní úlohu:

Vedoucí lékárnice nastoupila na mateřskou dovolenou 15. 9. 2020, ale 7. 10. 2020 bohužel o dítě přišla. Vrátila se do práce, aby 13. 8. 2021 znovu nastoupila na mateřskou. Tentokrát šťastně porodí, ale majitel ji zbaví funkce vedoucí lékárnice a to k 28. 2. 2022. Od 1. 9. 2022 bude kolegyně chodit na dva dny v týdnu do práce. Kolik má k 31. 8. 2023 splnit bodů? Dnes je to jednoduché: 90. Po dvaceti letech se z revolucionáře stala instituce a je na další generaci, aby povstali noví revolucionáři, kteří náš obor posunou dál.

Přemek CÍSAŘ

OSVĚDČENÍ K VÝKONU LÉKÁRENSKÉ PRAXE

zrušená a vydaná od 1. 5. do 1. 6. 2023

Zrušená osvědčení

277/1997	PharmDr. Lenka Cvejnová, Lékárna Na Letné, Českých bratří 383, Náchod	316/2006	PharmDr. Alena Šušková, Lékárna Alma, Jiřího Horáka 1697, Benešov u Prahy
659/2022	PharmDr. Iva Abdelhafez Helešicová, BENU Lékárna, Zápy 275, Zápy	164/2023	PharmDr. Miroslava Bucharová, Lékárna Dr.Max, V Kasárnách 1019, Kolín
447/2021	Mgr. Martina Kaňoková, Lékárna Frýdlant, Hlavní 79, Frýdlant nad Ostravicí	30/2000	Mgr. Blanka Časová, Lékárna Na Náměstí, nám. T. G. Masaryka 7, Třešť
337/2013	Mgr. Martina Kaňoková, MoraviaPharm s. r. o., Hlavní 79, Frýdlant nad Ostravicí	279/2023	Mgr. Kristýna Šetková, Dr.Max Lékárna ve Stříbře, Benešova 147, Stříbro
36/2023	PharmDr. Lenka Přikrylová, Lékárna Na Údolní s. r. o., Údolní 392/16, Brno	718/2016	Mgr. Josef Procházka, Lékárna Hradební s. r. o., Obchodní 1507, Uherské Hradiště
196/2023	Mgr. Pavel Švach, BENU lékárna, Nová cesta 531, Bílovec	289/2011	Mgr. Josef Procházka, Lékárna Hradební s. r. o., Obchodní 1507, Uherské Hradiště
333/2021	PharmDr. Lucia Rusňáková, HVĚZDA Petřiny s. r. o., Křenova 438/3, Praha 6	231/2022	Mgr. Petra Vysloužilová, Dr.Max LÉKÁRNA, Konečná 25, Prostějov
687/2014	PharmDr. Lenka Láníčková, EUC Lékárna, Denisovo nábřeží 1000/4, Plzeň	585/2022	Mgr. Benedikt Juris, Dr.Max LÉKÁRNA, kpt. Jaroše 375/1, Karlovy Vary
688/2014	PharmDr. Lenka Láníčková, EUC Lékárna, Denisovo nábřeží 1000/4, Plzeň	1836/2013	Mgr. Benedikt Juris, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING a. s., Nové sady 996/25, Brno, Staré Brno
205/2020	PharmDr. Viera Ryslová, Lékárna Janovská, Janovská 486, Praha 10	1042/2013	Mgr. Pavla Pážová, BENU Lékárna, náměstí Míru 174, Zlín
206/2020	PharmDr. Viera Ryslová, Lékárna Janovská, Janovská 486, Praha 10	97/2023	PharmDr. Ing. et Ing. Pavel Škvor, MBA, Lékárna Rodvinovská, Budějovická 2056/96, Praha 4
284/2020	Mgr. Daniel Skiba, Dr.Max LÉKÁRNA, Masarykova 19, Opava	130/2023	PharmDr. Ing. et Ing. Pavel Škvor, MBA, Lékárna Rodvinovská s. r. o., Budějovická 2056/96, Praha 4
772/2021	PharmDr. Hana Bedřichová, Dr.Max LÉKÁRNA, Lidická 3583/139a, Břeclav	908/2022	Mgr. Renata Škapová, Lékárna U zlaté koruny, Červenohradecká 1559, Jirkov
251/2021	Mgr. Petr Papuga, BENU lékárna, Kochova 1227/2, Havířov	332/2021	PharmDr. Lucia Rusňáková, Lékárna Hvězda Petřiny, Křenova 438/3, Praha 6
452/2022	Mgr. Jitka Wybitulová, BENU lékárna, Alešova 591, Bohumín	433/2005	Mgr. Otto Svoboda, Lékárna U divadla, Masarykova 45, Čáslav
653/2020	Mgr. Hana Koupilová, Lékárna U školy, Hlavní 143, Hanušovice	482/2013	Mgr. Petr Štěpánek, Lékárna Šutka, Čimická 443/35, Praha 8
333/2014	Mgr. Hana Koupilová, Pharm-K s. r. o., Hlavní 98, Hanušovice	197/2022	PharmDr. Iveta Baumgartnerová, BENU Lékárna, Na Pankráci 1727/86, Praha 4
890/2022	Mgr. Halina Kantorová, BENU lékárna, nám. Svobody 528, Třinec	86/2011	Mgr. Luboš Vančura, Lékárna Čkyně, Čkyně 301, Čkyně
642/2022	Mgr. Munkhzul Damdinragchaa, Lékárna Chýně, Pražská 950, Chýně	551/2022	PharmDr. Kateřina Šimová, BENU Lékárna, Makovského nám. 3147/2, Brno
34/2022	Mgr. Munkhzul Damdinragchaa, AVICENUM – PHARMA s. r. o., Zvěřinova 3452/1, Praha 4	414/2021,	Mgr. Mojmír Hübl, Lékárna Pod Svatou Horou, Zahradnická 72, Příbram
463/2021	Mgr. Renata Samiecová, BENU lékárna, Pekařská 1692/83, Opava	935/2022	Mgr. Mojmír Hübl, Hradčanská lékárenská společnost s r. o., Popovova 948/1, Praha 4
667/2021	PharmDr. Lenka Nosková, Dr.Max Lékárna, U Fortny 49/10, Opava	198/2023	PharmDr. Eva Valentová, Lékárna U královské obory, Dukelských hrdinů 567/52, Praha 7
555/1993	PharmDr. Ilona Šubrtová, Lékárna 207-12, Jiráskova 1320, Mladá Boleslav	199/2023	PharmDr. Eva Valentová, Pharm Go 109 s. r. o., Roháčova 145/14, Praha 3
766/2022	PharmDr. Petra Kolářová, Julka Burešová s. r. o., K Pérovně 945/7, Praha 10	239/2022	Mgr. Luděk Brož, MODRÝ PAVILON s. r. o., Chittussiho 1001/9, Slezská Ostrava
382/2020	RNDr. Olga Jozová, Lékárna Šalvěj, Agrikolovo 988, Jáchymov	240/2022	Mgr. Luděk Brož, MODRÝ PAVILON s. r. o., Chittussiho 9, Slezská Ostrava
384/2020	RNDr. Olga Jozová, Medikeo s. r. o., Náměstí Republiky 280, Jáchymov	92/2023	PharmDr. Ľudovít Benko, TETA Lékárna, Ďáblická 1061, Praha 8

Vydaná osvědčení

- 291/2023 Mgr. Ivana Kabourková, Lékárna Dr.Max, Pivovarská 700, Domažlice, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 292/2023 Mgr. Martina Kaňoková, Lékárna Frýdlant, Hlavní 79, Frýdlant nad Ostravicí, Lékárna Frýdlant s. r. o.
- 294/2023 Mgr. Michal Petřík, Lékárna Horní lán, Horní lán 1310/10a, Olomouc, SPEA Olomouc s. r. o.
- 303/2023 PharmDr. Petra Kůrková, LÉKÁRNA MC HIPPOKRATES, Lidická 935/10, Boskovice, HIPPOKRATES BOSKOVICE a. s.
- 305/2023 PharmDr. Aleš Novosád, BENU Lékárna, Roztylská 2321/19, Praha 4, BENU Česká republika s. r. o.
- 306/2023 PharmDr. Jana Pavlišová, Dr.Max LÉKÁRNA, Vrchlického 1977, Kladno, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 307/2023 PharmDr. Dagmar Stehlíková, BENU Lékárna, Zápy 275, Zápy, BENU Česká republika s. r. o.
- 308/2023 Mgr. Jana Šabršulová, Lékárna MEDICAMENTUM, Gregorova 1390/35, Nový Jičín, Pharm N spol. s r. o.
- 309/2023 PharmDr. Michal Šiška, Dr.Max Lékárna ve Stříbře, Benešova 147, Stříbro, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 310/2023 PharmDr. Marie Tkáčová, Lékárna Dr.Max, V Kasárnách 1019, Kolín, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 311/2023 PharmDr. Lenka Přikrylová, BB Lékárna s. r. o., Údolní 11, Brno, Lékárna Na Údolní s. r. o.
- 313/2023 Mgr. Silvia Badinková, Lékárna Medispot, Budějovická 2056/96, Praha 4, Medispot a. s.
- 317/2023 Mgr. Marie, Tušková, BENU Lékárna Na Mlýnské stoce, Na Mlýnské stoce 290/10, České Budějovice, BENU Česká republika s. r. o.
- 318/2023 Mgr. Helena Vyhánková, BENU Lékárna, Nerudova 1093, Kralupy nad Vltavou, BENU Česká republika s. r. o.
- 319/2023 PharmDr. Helena Reissová, BENU Lékárna, Mostní ul. 818, Kralupy nad Vltavou, BENU Česká republika s. r. o.
- 320/2023 PharmDr. Marcela Šenecová, BENU Lékárna, Lidmily Malé 656, Pardubice, BENU Česká republika s. r. o.
- 321/2023 Mgr. Kateřina Brchelová, BENU Lékárna, Jana Zajíce 875, Pardubice, BENU Česká republika s. r. o.
- 322/2023 Mgr. Erik Juřenčák, BENU Lékárna, Na spravedlnosti 2792, Pardubice, BENU Česká republika s. r. o.
- 323/2023 Mgr. Pavel Švach, BENU Lékárna, Nová cesta 531, Bílovec, BENU Česká republika s. r. o.
- 324/2023 Mgr. Petr Papuga BENU Lékárna, Kochova 1227/2, Havířov, BENU Česká republika s. r. o.
- 325/2023 Mgr. Jitka Wybitulová, BENU Lékárna, Alešova 591, Bohumín, BENU Česká republika s. r. o.
- 326/2023 PharmDr. Tomáš Arndt, Ph.D., BENU Lékárna, Stroupežnického 522/18, Praha 5, BENU Česká republika s. r. o.
- 327/2023 Mgr. Lukáš Otoupal, BENU Lékárna, Roztylská 2321/19, Praha 4, BENU Česká republika s. r. o.
- 332/2023 Mgr. Lucie Bauerová, Lékárna Alma, Jiřího Horáka 1697, Benešov u Prahy, Lékárna ALMA s. r. o.
- 333/2023 PharmDr. Iveta Baumgartnerová, Lékárna BENU OC Arkády, Na Pankráci 1727/86, Praha 4, BENU Česká republika s. r. o.
- 334/2023 Mgr. Jana Obrová, BENU Lékárna, Velké nám. 3, Králíky, BENU Česká republika s. r. o.
- 335/2023 Mgr. Blanka Časová, Lékárna Na Náměstí, nám. T. G. Masaryka 123/1 a, Třešť, RV-APA 2, s. r. o.
- 337/2023 PharmDr. Martin Gargoš, Lékárna U zlaté koruny, Červenohradecká 1559, Jirkov, SANOVIA a. s.
- 338/2023 PharmDr. Tomáš Janíček, BENU Lékárna, náměstí Míru 174, Zlín, BENU Česká republika s. r. o.
- 339/2023 Mgr. Jitka Junová, Křenova 438/3, Praha 6, HVĚZDA Petřiny s. r. o.
- 340/2023 Mgr. Halina Kantorová, BENU lékárna, nám. Svobody 528, Třinec, BENU Česká republika s. r. o.
- 341/2023 Mgr. Anna Kohutková, BENU Lékárna, Makovského nám. 3147/2, Brno, BENU Česká republika s. r. o.
- 342/2023 Mgr. Michaela Tholtová Krejčí, BENU Lékárna OC Kaufland, Urbinská 236, Český Krumlov, BENU Česká republika s. r. o.
- 343/2023 Mgr. Olga Lednová, Lékárna na náměstí, B. Němcové 282, Slavkov u Brna, Lékárna Slavkov s. r. o.
- 344/2023 PharmDr. Jarmila Prynchová, EUC Lékárna, Denissovo nábřeží 1000/4, Plzeň, EUC Klinika Plzeň s. r. o.
- 346/2023 Mgr. Jan Rosecký, Dr.MAX LÉKÁRNA, Dolní 100, Havlíčkův Brod, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 347/2023 PharmDr. Lucia Rusňáková, Lékárna Chýně, Pražská 950, Chýně, AVICENUM-PHARMA s. r. o.
- 349/2023 Mgr. Renata Samiecová, BENU lékárna, Pekařská 1692/83, Opava, BENU Česká republika s. r. o.
- 350/2023 Mgr. Daniel Skiba, Dr.Max LÉKÁRNA, U Fortny 49/10, Opava, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 352/2023 Mgr. Otto Svoboda, Lékárna U divadla, Dusíkova 1243/5, Čáslav, Lékárny HERBA s. r. o.
- 353/2023 Mgr. Silvia Szeteiová, Donna my personal pharmacy, Heršpická 11e, Brno, Donna personal pharmacy s. r. o.
- 354/2023 PharmDr. Drahomíra Švecová, Lékárna FN Lochotín, Alej Svobody 80, Plzeň, FN Plzeň
- 355/2023 Mgr. Martin Zápotočný, Dr.Max LÉKÁRNA, Hálkova 1568, Humpolec, ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a. s.
- 356/2023 Mgr. Rudolf Zbořil, Lékárna Šutka, Čimická 443/35, Praha 8, Lekusin s. r. o.
- 357/2023 PharmDr. Marek Žovinec, Lékárna Na Letné, Dlouhá 34, Olomouc, Hégr Tomáš
- 360/2023 PharmDr. Zuzana Koníčková, Lékárna Na Poliklinice, Václavská 1560, Tachov, TREVIN Pharm s. r. o.
- 383/2023 PharmDr. Hedvika Kozáková, Ekolékárna Nuselská, Nuselská 1754/53, Praha 4, Ekolékárna s. r. o.
- 387/2023 Mgr. Adéla Bergerová, Benu Lékárna, Štrossova 1931, Pardubice, Lékárna Medila s. r. o.

(člínk)

SEMINÁŘE

Semináře klinické zkušenosti s léčebným konopím

Seminář je věnován problematice léčebného konopí a jeho aktuálnímu využití ve zdravotnických zařízeních. Druhé pokračování cyklu seminářů se především zaměřuje na novinky implementované v posledních letech a navazuje na Doporučený postup konopí pro léčebné použití České lékárnické komory. V přednáškách budou zahrnuty například legislativní novinky, nové možnosti využití standardizovaných extraktů, aktualizace klinických studií souvisejících s léčebným konopím a hlavními obsahovými látkami THC a CBD, nebo možnosti využití léčebného konopí v dermatologii.

Změny legislativy v minulém roce otevřely i pro lékaře nové možnosti využití léčebného konopí. Hlavně tedy zpřístupněním extraktů z léčebného konopí. Vznikají nové zkušenosti při použití právě těchto extraktů, které jsou třeba aplikovat do praxe, jak lékařské, tak lékárnické.

Přijměte pozvání na tyto semináře, které se uskuteční vždy od 17.30 do 20.30 hodin:

Místa konání	Datum	Kód semináře
Olomouc	18. 9. 2023	23025
Ústí nad Labem	9. 10. 2023	23026
Praha	6. 11. 2023	23027

Přednášející: PharmDr. Jaroslav Peč, Ph.D.
a MUDr. Radovan Hřib

Poplatek: lékárníci: 400 Kč, farmaceutičtí asistenti: 700 Kč

Přihlašování pro lékárníky na: www.lekarnici.cz / sekce Vzdělávání → Akce pořádané ČLnK.

Akce je pořádána Českou lékárnickou komorou ve spolupráci s firmou Canopy Growth Czech s. r. o., a je ohodnocena 8 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků.



SETKÁNÍ

Krajská setkání lékárníků OSL se členy představenstva České lékárnické komory

Vážené kolegyně, vážení kolegové, po volebním sjezdu delegátů jsme avizovali větší otevřenost vedení Komory vůči všem členům. Jednou z aktivit pro lepší informovanost kolegů z regionů je cyklus krajských setkání lékárníků s vedením Komory. Součástí těchto setkání je nejen přehled aktuálních témat řešených Komorou v oblasti legislativy, provozu lékáren, rozvoje odborných aktivit apod., ale především diskuzní blok k aktuálně řešeným tématům v lékárenství a ke komunikaci se státní správou. Tento cyklus jsme se rozhodli uspořádat na základě požadavků lékárníků a také z přesvědčení, že pro další rozvoj lékárenství, vzájemné komunikace a předávání zkušeností mezi členskou základnou a vedením Komory je nutný osobní kontakt.

Budeme velmi rádi, když nám přijdete předat své zkušenosti s elektronizací zdravotnictví, celoživotním vzděláváním, rolí lékárníka ve zdravotním systému nebo diskutovat o tom, jakým směrem by se podle vás měla Komora a lékárenství v nejbližších letech vydat.

Přijměte proto, prosím, pozvání na tato krajská setkání, která se uskuteční ve městech **Karlovy Vary, Ostrava a Praha**.

Budeme se těšit na setkání s vámi.

Mgr. Aleš KREBS, Ph.D.
prezident České lékárnické komory

Akce je ZDARMA, určena pro farmaceuty a je ohodnocena 6 body do systému celoživotního vzdělávání lékárníků. Přihlašování na: www.lekarnici.cz.

Program:

18.00–19.30 hodin

Přehled aktuálních témat v oblasti:

- legislativy,
- provozu lékáren,
- rozvoje odborných aktivit, apod.

19.30–21.00 hodin

Diskuze aktuálně řešených témat v lékárenství a ke komunikaci se státní správou.

Místo konání	Datum	Číslo semináře
Karlovy Vary	12. 9. 2023	23072
Ostrava	19. 9. 2023	23073
Praha	23. 10. 2023	23074

Důležité upozornění – končí cyklus CV

Aktuálně probíhající tříletý cyklus celoživotního vzdělávání (CV) 2020–2023 se blíží ke svému závěru a bude ukončen 31. 8. 2023.

Ke stejnému datu je povinností každého člena ČLnK, který v průběhu cyklu CV vykonával činnost v lékárně (bez ohledu na výši pracovního úvazku nebo dobu, kdy v lékárně nepracoval), **získat minimálně 90 bodů** za účast na vzdělávacích akcích nebo za aktivity související se vzděláváním.

Řád pro celoživotní vzdělávání však umožňuje v přesně definovaných situacích splnění cyklu CV i při nižším počtu bodů. Kompletní informace k ukončení cyklu CV byly publikovány v předchozích číslech časopisu a jsou k dispozici na webu zde: 1url.cz/@CV2023.

S potěšením oznamujeme, že **k 20. 5. 2023 má podmínky cyklu CV 2020–2023 splněno již 75 % všech členů pracujících v lékárnách a 88 % členů, kteří jsou držiteli osvědčení.**

Všichni ostatní (2170 členů) byli na skutečnost, že zatím nemají dostatečný počet bodů a neplní proto podmínky CV upozorněni 24. 5. 2023 e-mailem. Stále však ještě mají dostatek času chybějící body získat. V blízkém se prázdninovým období zejména prostřednictvím některé z tzv. distančních forem vzdělávání (webináře, e-learningy), jejichž přehledná nabídka je k dispozici v autorizované části internetových stránek: www.lekarnici.cz pod záložkou Vzdělávání.

Podle přílohy Řádu pro celoživotní vzdělávání ČLnK je možné získat body také za publikační, přednáškovou a pedagogickou činnost v oboru, obhájení rigorózní nebo disertační práce, získání specializační způsobilosti atestační zkouškou, absolvování odborné stáže nebo účasti na vzdělávací akci neregistrované ČLnK. Tyto aktivity je nutné včas (nejlépe průběžně) doložit Oddělení vzdělávání ČLnK.

PharmDr. David OVČAŘÍ,
Pracovní skupina pro celoživotní vzdělávání

Lékařna v Týně nad Vltavou přijme

LÉKÁRNÍKA

Majitel lékárník, nadstandardní platové podmínky,
bonusy.

Auto k dispozici, ev. příspěvek na bydlení.

Profesní svoboda, individuální úprava pracovních
podmínek, možnost zkráceného úvazku,
prostor pro seberealizaci dle uvážení.

Práce v malé skupině lékáren u stabilního zaměstnavatele.

Neváhejte nás kontaktovat pro bližší informace.

Tel.: 608 025 756 po 18.00 hod.

Neslavný návrat „inzulinů zdarma“

Čtenářka magistra Petra Bartáková nám poslala fotku a mikropříběh, jak se mnohde hospodaří s léky.

Dobrý den, manželka pacienta, kterým je starší pán, přinesla tuto hromadu prošlých inzulinů... Při předávání léků se paní viditelně styděla: „Je mi to moc líto, ale manželovi neumím zabránit v tom, aby si všechny tyto léky vyzvedával v lékárně zbytečně, neboť od lékařky jde sám rovnou do lékárny. Řekne mi: Proč bych si léky nevyzvedl, když jsou zadarmo?“



A dalším prohrěškem je při léčbě jeho diabetu ještě to, že vůbec nedodrhuje předepsané dávkování, proto mu zbývá takové množství! I takoví pacienti stále ještě jsou i když od dob, kdy všechno v socialistickém zdravotnictví bylo pro všechny zdánlivě ZADARMO, uplynulo už hodně vody.

Děkujeme moc, že nám posíláte podobné příběhy! Často vypovídají o situaci ve zdravotnictví víc než dlouhé úvahy.

(red)



ÚSTAVNÍ LÉKÁRNA
ÚSTAV HEMATOLOGIE
A KREVŇÍ TRANSFUZE

PŘIJMEME
LÉKÁRNÍKA

KOHO HLEDÁME

• Lékárníka z řad **absolventů**
i zkušených profesionálů

CO DĚLÁME

- **Zásobujeme** klinická pracoviště i ostatní úseky HVLP včetně infuzních roztoků.
- Zabýváme se **přípravou léčivých přípravků**.
- Vykonáváme **dispenzační činnost**.
- **Podpoříme vaši přípravu na specializační zkoušku** a umožníme vám zapojit se do výzkumů a klinických studií.
- **Nabízíme** příjemné pracovní prostředí v menší kolektivě s možností pružné pracovní doby v rozmezí 7.30–17.00 hodin.

NA CO SE MŮŽETE TĚŠIT

- **Náborový příspěvek.**
- **Nezávislost** na bonusových programech.
- Zajímavé **platové ohodnocení**.
- Práce bez víkendů a nočních směn.
- Pět týdnů dovolené a pět dní volna navíc.
- Atraktivní **benefity**, finanční příspěvky, karta Multisport.
- Zajímavé mimopracovní aktivity, společné sportovní akce...

DEJTE NÁM
O SOBĚ VĚDĚT
A POJĎTE
DO TOHO S NÁMI

PharmDr. Martina Lisá, Ph.D., MBA
MARTINA.LISA@UHKT.CZ

PRÁVNÍ PORADNA

Lze vydat na RP na HVLP z důvodu výpadku v distribuci IVLP s totožným složením? Například místo HVLP Batrafen ung/sol, Framykoin ung, Bactroban ung...atd. Je nutné kontaktovat lékaře pro vystavení nového receptu s IVLP rozpisem, nebo stačí expedovat na HVLP recept s poznámkou k výdeji – po telefonické dohodě s lékařem z důvodu výpadku expedováno IVLP s totožným složením? Zatím jsme takto expedovali a pojišťovna s tím nemá problém.

Tento dotaz se občas objeví, takže vám mohu odpovědět i se znalostí názoru kolegů z představenstva ČLnK. Odpověď zní ano i ne. Ano proto, že při nedostatkovém HVLP lze vydat IPLP se stejnou účinnou látkou. Ne proto, že výdej by neměl proběhnout jako substitute na recept s předepsaným HVLP, ale lékař by měl předepsat už rovnou IPLP. Takže doporučuji, na recept s HVLP nevydávejte IPLP, ale vedte lékaře k tomu, aby předepsal IPLP a teprve to následně vydejte.

SÚKL změnil registraci přípravku QUAMATEL 20 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční/infuzní roztok. Řešíme, co správně udělat s kusy v naší aktuální zásobě. Na přípravku je na obalu všude uvedeno skladování do 25 °C a je vyznačena expirace 2 roky. Také obsahuje příbalový leták s původními informacemi. Můj názor je, že se všemi baleními vyrobenými dle původní registrační dokumentace musí být zacházeno dle původní registrace a dokumentace. Ale jsou u nás opoziční názory, že je platná aktuální dokumentace, která je zveřejněná na stránkách SÚKL (stejný SÚKL kód, stejné registrační číslo), která už má skladování 2–8 °C. To znamená, je ihned dát do lednice. A zřejmě i prodloužit expiraci na 3 roky. To bych si ale netroufl, protože část své doby použitelnosti byly již tyto kusy skladovány nad 8 °C. Proto mi tato varianta nedává moc smysl. Případně, měli bychom tato balení vrátit distributorovi s reklamací, že neodpovídají aktuální registrační dokumentaci? Co je správně?

Váš dotaz řeší ustanovení § 35 odst. 2 ZoL:

(2) Léčivý přípravek odpovídající údajům a dokumentaci před provedením změny registrace lze, pokud nebylo v rozhodnutí o změně registrace stanoveno jinak, nadále uvádět na trh

nejdéle po dobu 180 dnů od schválení změny. Distribuovat, vydávat, v případě vyhrazených léčivých přípravků prodávat, a používat při poskytování zdravotních služeb nebo veterinární péče je takový léčivý přípravek možné dále po dobu jeho použitelnosti. Ustanovení vět první a druhé se použijí i pro veterinární léčivé přípravky podléhající nařízení o veterinárních léčivých přípravcích.

Z něj plynou dva podstatné závěry:

1. LP odpovídající údajům a dokumentaci před změnou (v našem případě před 14. 4. 2023) lze uvádět na trh ještě 180 dnů po schválení změny. Nebylo-li v rozhodnutí o změně registrace stanoveno jinak. Rozhodnutí samotné na webu SÚKL nevidíme. Z textu článku spíše vyplývá, že nic jiného stanoveno nebylo, takže platí první věta.
2. Distribuovat, vydávat, v případě vyhrazených léčivých přípravků prodávat, a používat při poskytování zdravotních služeb nebo veterinární péče je takový léčivý přípravek možné dále po dobu jeho použitelnosti. Zde se ani neumožňuje, aby rozhodnutí o změně registrace stanovilo jinak.

Takže by to mělo být tak, že ještě do 11. 10. 2023 lze původní přípravek uvádět na trh a všechny přípravky takto uvedené na trh lze vydávat po dobu jejich použitelnosti, tedy 2 roky.

Pro jistotu dodávám, že nemohu úplně vyloučit, že v rozhodnutí bylo ohledně uvádění na trh stanoveno něco jiného, protože příslušné rozhodnutí nemáme k dispozici. SÚKL by to ale měl výslovně zmínit v článku na svém webu. A protože taková zmínka chybí, můžeme spíše předpokládat, že nic jiného stanoveno nebylo.

Opačně z těchto výkladů vyplývá, že se stávajícími přípravky nelze zacházet jako s těmi, které budou uvedeny na trh již v souladu se změněnými údaji a dokumentací. Předpokládám, že výrobce sám vyznačí na obalu nové podmínky skladování a delší expiraci, takže lékárník bude moci rozpoznat, který přípravek je „starý“ a který „nový“.

Mgr. MUDr. Jaroslav MARŠÍK,
advokát, právní poradce ČLnK

Česká farmaceutická společnost ČLS JEP, Sekce lékárenství vás srdečně zvou na již

XXXVIII. Lékárnické dny

6.–8. října 2023, Dům kultury Družba v Klatovech

Odborná témata přednášek:

- Farmakoterapie v pediatrii • Farmakoterapie v psychiatrii • Farmakoterapie v onkologii
- Novinky ve farmaceutickém školství a vědě, v lékárenství
- Workshopy na téma: správné měření krevního tlaku, inhalační systémy v pneumologii • Varia- hypertenze, revmatologie

Přihlášky na webu: www.cfs-cls.cz, průběžné informace na stránkách: www.lekarnickedny.estranky.cz

Na vaši účast se těší organizační výbor: Tonda Svoboda, Pavel Grodza, Ivana Sokolová, Aleš Mareček, Radek Oswald a Jirka Kotlář

Prosím pozor, hlášení z Ostravy: Jeden CYP a kolik toho zrobí!

Dovolte nám podat hlášení z tradiční XXIV. Konference lékárníků, která se letos uskutečnila 13. května v Ostravě na akademické půdě lékařské fakulty. Za hlavní téma konference jsme zvolili infekční onemocnění a úskalí jejich léčby. Konference se konala v hybridní formě, byla možnost jak prezenční účasti, tak i on-line přihlášení.

V úvodní přednášce náš kolega PharmDr. Miroslav Turjap podrobně shrnul lékové interakce Paxlovidu a jejich management. Jeho hláška „Jeden CYP a kolik toho zrobí“ pobavila přítomné ostravské a věříme, že i on-line posluchače, a vystihla podstatu celé prezentované lékové problematiky. Následující dvě přednášky se týkaly terapeutického monitoringu antivykotik. PharmDr. Jana Ďuricková, PhD. na kazuistice ukázala, jak významné je terapeutické monitorování hladiny flukonazolu pro určení vhodné terapeutické dávky. Mgr. Tereza Vaňková, klinická farmaceutka v nemocnici v Ostravě a v Novém Jičíně představila význam terapeutického monitoringu vorikonazolu a flukonazolu. MUDr. Roman Staněk v následující přednášce přiblížil postupy antibiotické terapie urologických infekcí a varoval před nárůstem antibiotické rezistence. O přestávce po velmi přínosném a náročném bloku jsme měli možnost popovídat si s přítomnými posluchači a přednášejícími, což byla rovněž velmi příjemná a osvěžující část dne.

Druhý blok odborného programu zahájila MUDr. Alena Zjevíková z kliniky infekčního lékařství FN Ostrava přehlednou a velmi zajímavou přednáškou o strategii léčby boreliózy. V kazuistice ukázala, že pátrání po diagnostice neurologických obtíží je často úplná detektivní práce. Zákeřnost boreliózy spočívá i v tom, že odeznění případných neurologických obtíží může trvat i měsíce po přeléčení antibiotiky. Pacienty je potřeba na toto



upozornit, aby neměli pocit, že léčba byla neúspěšná. Následná přednáška se týkala antivirové léčby HIV. MUDr. Daniela Bártková nás provedla historií HIV, nemohla nezmínit profesora Antonína Holého, který je objevitelem řady celosvětově používaných antivirotik. Myslím, že je dobré vědět, že pokud k vám do lékárny zavítá pacient s obavou z nakažení virem HIV, nasměrujte jej co nejdříve do nejbližšího HIV centra pro preventivní podání antivirotik. Předposlední přednáška Mgr. Evy Krejčí z antibiotického střediska nás vrátila k antibiotické terapii, problematice rozvoje rezistence. Čím dál přísněji by mělo platit, že se nasazují cílená antibiotika dle regionálního doporučení, musí být v dostatečně vysoké dávce a užívány po předepsanou dobu.

Závěrečnou přednášku na téma podpora imunity v lékárně odprezentovala naše kolegyně z řad farmaceutických asistentek Lenka Josifidu. Cílem prezentace bylo ukázat, že při konzultaci s pacientem v lékárně je vždy třeba postupovat individuálně. Při výběru a doporučení konkrétních doplňků stravy postupovat v souladu s doporučeními, která mají racionální opodstatnění.

Co napsat závěrem?

Věříme, že se vám letošní konference líbila, že přinesla nové informace a motivaci k práci v lékárně. Infekční onemocnění a úskalí jejich léčby jsme se pokusili probrat co nejpodrobněji. Jako úskalí hybridní formy konference vnímáme nízkou prezenční účast a děkujeme 20 přítomným, že si udělali čas a přijeli osobně. Postarali se o milou atmosféru a svými dotazy a poznámkami přispěli do odborné diskuze. On-line přihlášených posluchačů bylo kolem 160 a těm zase děkujeme, že si na přenos udělali čas a vydrželi s námi po celou dobu odborného programu. Do budoucna musíme zvážit témata a formu konání konference.

Přejeme vám hezké léto, odpočinek na dovolených a pevné nervy ve zvládání všech situací v lékárně.

Jana MARTINÁSKOVÁ a Olga NEDOPÍLKOVÁ



Před ostrým provozem na trenažer

Hradecká fakultní novinka si získává studenty i pedagogy

Na konci loňského roku jsme vás informovali o tom, že docent Josef Malý, vedoucí Katedry sociální a klinické farmacie, byl oceněn Cenou Arnošta z Pardubic za pedagogickou činnost včetně lékárenského trenažeru, který se začal využívat na hradecké farmaceutické fakultě. Dokonce jsme vám slíbili, že se na to, jak tato novinka funguje v praxi, pojedeme podívat a o naši zkušenost se podělíme. A protože sliby z Vánoc se mají plnit ideálně v létě, tady je pohled na zajímavou „školu hrou“, na trenažer, co není ani kokpit Boeingu 737, ani interiér Škody 120 GLS z mé dávné autoškoly, ale docela obyčejnou lékárenskou oficínou.

Ve vestibulu hradecké fakulty postává hlouček studentů čtvrtého ročníku, přiznejme si, že většinou studentek, a čekají, až na ně přijde řada a budou se moci na chvíli proměnit ve skutečné lékárníky. Zařízená lékárna neboli lékárenský trenažer, je v místnosti hned vlevo od recepce. Provází mě Josef Malý a vše mi podrobně vysvětluje.

„Studijní skupiny rozdělíme na půl a 10–12 lidech proběhne nácvik dispensace. Vyučující studentům ukáže, jak má taková dispensace ideálně vypadat a studenti chodí po jednom do místnosti s trenažerem, kde je s nimi v tu chvíli jen učitel a pacient. Student v roli farmaceuta má k dispozici počítač. Nemáme to sice dotažené stran výdejního softwaru, ani FMD, ale to se naučí v praxi rychle a tady by je to zdržovalo. Přichází pacient s modelovým receptem nebo s otázkou na samoléčení. Máme připravené různé recepty s různými kombinacemi léčivých přípravků, které se střídají. Každý student dostane dva, někdy tři recepty, víc ne. Proběhne výdej, my to natáčíme a potom se video v celé skupině společně rozebírá v seminární místnosti.“

Čili spolužáci při tom výdeji nejsou...

„Nejsou, dřív tam byli, zjistili jsme ale, že ti za tárou jsou nervóznější. Je to pro ně stres, tak je asi dobře je nechat vydechnout a teprve pak jim ukázat na záznamu, jak si vedli. Nejdřív komentují sami sebe, pak se k tomu vyjadřuje zbytek skupiny, a nakonec to uzavře učitel, když zhodnotí, co bylo dobře, co by šlo zlepšit a co bylo špatně.“

Mohou se na to studenti nějak dopředu připravit, nebo jsou hození do vody a musí plavat, jak umí?

„Před nácvikem dostanou seznam léčivých přípravků, které se mohou objevit na receptech, legendu pacienta ovšem neznají. Učitel i fiktivní pacient mají připravené scénáře, kde je řečeno, co je cílem dané dispensace, na co by se pacient měl zeptat nebo jaké odpovědi by se měl dopídit, co vnést za nejistotu (např. že teď to má užívat jednou týdně, ale vždycky to užíval jednou denně) apod.“

Máte pro studenty připravené i nějaké naschvály, zápletky, že například dostane formálně chybný recept?

„Pro každou skupinu máme v letním semestru tři nácviky, což není mnoho, proto se snažíme soustředit především na dispensaci. Administrativní věci řešíme méně, chtěli bychom je řešit více, až budou mít studenti po praxi v lékárně. S kolegy z praxe jsme diskutovali, že už by studenti po praxi nepotřebovali zpětnou vazbu videa, ale stačilo by je slovně nasměrovat, protože studenti budou přece jen zkušenější. Mohou se navíc korigovat navzájem mezi sebou... Přemýšlíme také, že pro ty, co chtějí jít do lékárny, by měly být volitelné dispensace. Něco podobného jsme už zavedli pro ty, kteří směřují do nemocničního lékárenství. S těmito studenty trénujeme dispensaci nemocničních léčiv včetně tzv. centrových přípravků, onkologickou a imunosupresivní farmakoterapii atd. Setkalo se to s kladným ohlasem.“





Co všechno se za tři nácvičky může student naučit?

„Během celého semestru dispenzací, její konkrétní náplň, pořád opakujeme a procvičujeme. Třeba jsme právě rozebírali relativně komplikovanou kazuistiku diabetika se srdečním selháním. Říkal jsem studentům: máme tady nějaké laboratorní výsledky, ale zkusme se na to podívat z pohledu lékárníka, že pacient přijde k vám do lékárny a vy mu máte vydat léčivé přípravky. Co Entresto, Betaloc nebo Furon, jak bude vypadat jejich dispenzace? Co říct pacientovi u Ozempicu, antidiabetika na hubnutí? Snažíme se je na dispenzaci připravovat už během seminářů v klasických učebnách, ale souhlasím s tím, že kdybychom trenažer mohli využívat pořád, bylo by to bezvadné. V návrhu nového kampusu, který by se měl vedle stávající budovy, kde nyní sídlíme, postavit, bude trenažer větší, flexibilnější. Navrhli jsme i lepší řešení přenosu signálu z trenažeru do seminárních místností, kdy by studenti seděli v učebně a naživo by sledovali dispenzaci svého spolužáka. V trenažeru by byly dva projektory, z toho jeden by zabíral detail receptu na táře. Na druhou stranu stejně platí, že bez teoretických znalostí nemůže student dispenzaci dobře provést. Kdybychom víc trénovali dispenzaci, tak asi budou víc nadřilovaní, ale nebudou mít zase background, se kterým by měli pracovat. Dispenzace je do jisté míry o komunikaci, ale taky o tom, že léčebný plán ušiju konkrétnímu pacientovi na míru, musím vědět, co vybrat, co je relevantní a pak to pacientovi co nejlepší formou předám.“

A co si o tom myslí studenti? Ptám se ve vestibulu čekající Pavlína a ukazuji směrem k trenažeru.

Co se tam teď vlastně z vašeho pohledu děje?

„Děje se to, že nacvičujeme konverzaci s pacientem. Přijde modelový pacient a dá nám recept od lékaře a my se snažíme simulovat scénu, jak by měla správně probíhat dispenzace v lékárně. S tím, že dostáváme seznam léčiv předem, můžeme se na to podívat, můžeme se na to připravit a snažíme se to udělat co nejlíp, jak to jde.“

Už jste měla někdy nějakou zkušenost z lékárny?

„Byli jsme sice v lékárně na praxi, ale dneska je to taková první oficiální role lékárníka za tárou.“

Neodradilo vás to?

„Je to určitě stresující, nejsem na to zvyklá, ani moc na podobnou komunikaci s lidmi. Podle mě je to ale super zkušenost do začátku.“

Co se vám povedlo a co ne?

„Důležité je nejdřív si zkontrolovat krabičky tak, aby seděly s receptem, aby bylo správné dávkování, počet tablet, takže to je takový první důležitý krok. A potom komunikace s pacientem je důležitá, aby rozuměl, proč léky užívá, co užívá, jak to má užívat, s jídlem bez jídla, v jakou denní dobu apod. Nevím, jestli se mi to povedlo, ale snažila jsem se o to co nejvíc.“

A ti herci, doktorandi, snaží se hrát i například nepříjemné pacienty?

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

„I to jsme měli, pacienti jsou různí.“

Jakého pacienta byste měla nejradši?

„Nejradši nějakého, který bude rozumět, co říkám, a se kterým bude komunikace oboustranná, uvidím zpětnou vazbu, to, že je třeba i rád, že jsem mu něco poradila.“

Myslíte, že to bude ve skutečné lékárně probíhat tak jako při nácviku? Zaujalo mě například, že tady máte nekonečně mnoho času na pacienta, což asi v reálu nebude vždy platit...

„Čas je určitě někdy limitující, zejména v některých typech lékáren. Umím si představit, že by někdy nebyli spokojení, kdybychom pacienta řešili příliš dlouho. Ale asi každému to ze začátku chvíli trvá, než se naučí fráze, celý systém, algoritmus, jak postupovat s pacientem. Je to taková první zkušenost a doufám, že to bude lepší, rychlejší a pacienti budou spokojení.“

A co by vás nejvíc naštvalo ze strany pacienta?

„Asi nějaké agresivní, arogantní chování, nechtěla bych potkat třeba vulgární pacienty, ale i takoví lidi jsou, takže bychom s tím měli počítat.“



Z lékárenského trenažeru na fakultě byla nadšena doktorka Lenka Ťupová, odborná asistentka Katedry sociální a klinické farmacie, která nácviky ten den vedla.

„Můžu to porovnat jako absolvent fakulty, který neměl možnost si při studiu vyzkoušet něco podobného. Myslím, že je to skvělé. Pamatuji, jaké to bylo přijít poprvé do lékárny, vidět všechny ty police, šuplíky, uspořádání, přicházet k prvním kontaktům s pacienty. Myslím, že toto je velmi autentické a pro studenty velmi přínosné.“

Čím konkrétně?

„Každý učitel má samozřejmě svůj osobitý přístup. Já se snažím zaměřit na to, jak si uspořádat výdej, studenti totiž přijdou do lékárny, mají hrozně moc informací o léčivech, ale neví, jak si ty informace srovnat. Potom přijde pacient a oni na něj chrlí

spousty informací, nežádoucí účinky, kontraindikace a všechno, ale neumí si z toho udělat systém, kterou krabičku zvolit jako první a popsat pacientovi, máte tady předepsané antibiotikum, to je na akutní zahojení nějaké infekce atd. Důležité je, aby studenti věděli, že antibiotika musí pacientovi upřednostnit, jasně popsat dávkování a až potom popisovat ta v daném případně doplňková léčiva, která mají třeba jen na podporu vykašlávání nebo na podporu zabránění dušnosti.“

Pacienti už pak neposlouchají?

„A hlavně nevědí, že antibiotika jsou nejdůležitější z léčby, že nesmí léčbu ukončit předčasně. Hodně se soustředím na to, aby se studenti naučili v lékárně především orientovat, uspořádat si výdej a roztrdit informace tak, aby pacientům sdělili to nejdůležitější a přemírou informací pacienta nezmatli. To je něco, co vás naučí až praxe a tím, že oni mají možnost si to tady zkusit a vidí, že to není úplně jednoduché. Třeba když mají napsaných šest léčiv, tak si musí výdej nejdřív zorganizovat, aby tomu pacient rozuměl a zároveň nechyběla žádná z důležitých informací. To si myslím, že je největší přínos trenažeru.“

A nezalekl se některý ze studentů toho, co ho čeká v praxi?

„To si úplně nemyslím, studenti už po čtyřech letech vědí, co očekávat. Někdo je občas překvapen, že pacienti můžou být i nepříjemní, nebo naopak, že je musí v těžké situaci sami psychicky podpořit. Ale i takové věci tady trénujeme.“

Jak to studentům dneska šlo?

„Někteří studenti jsou lepší v komunikaci s pacientem a pak tím třeba zamaskují, že něco odborného nevědí, a naopak. Spousta studentů zná velmi dobře léčiva, ale zase neumí tolik komunikovat s pacientem. Snažíme se je podpořit v tom, co jim úplně nejde a spíš je nasměrovat, jak to příště udělat lépe a pokroky jsou určitě vidět. Trenažer absolvují třikrát, nejdřív samoléčení, potom recepty a pak kombinaci obojího. Je vidět progres, že si dávají pozor na chyby z předchozích dvou nácviků a na tom třetím už se je snaží neopakovat.“

Během celého dne jsme s docentem Malým vedli zajímavé diskuze, pro které by byl asi vhodnější jiný a větší prostor. Probrali jsme snad všechno, o čem diskutují lékárníci, když řeší, jaké je dnešní české farmaceutické školství, jak zvýšit jeho aktuální atraktivitu, co udělat pro to, aby neubývalo studentů, jak smysluplně připravovat současně ty, kteří chtějí pracovat v lékárnách, nemocnicích, na SÚKL nebo jako kliničtí farmaceuti. Na mnoho otázek se jen těžko hledají odpovědi.

Jací jsou dnešní studenti? Kdo se dneska hlásí na farmaceutické fakulty?

„V 18 letech člověk není určitě schopen posoudit, co mu bude sedět, v čem bude nejlepší, kde by se mohl nejlépe uplatnit. To je jeden z argumentů pro jednotné studium. Škola má pomoci studentům ochutnat od všeho trochu, aby se pak mohli rozhodnout, kudy dál. Naším cílem je získávat už ze středních škol co nejkvalitnější a nejmotivovanější studenty, s nejlepším prospěchem a co je také velmi důležité, s vyvinutou sociální



inteligencí a empatií k ostatním. Některé věci se během studia naučíte, ale jiné by měly být nastaveny už z rodiny a nedají se tak snadno dohnat.“

Co znamená termín „motivovaní studenti“?

„To jsou ti, kteří sice ještě přesně nemusí vědět, kudy chtějí jít dál, ale mají velkou chuť na sobě pracovat. Teď máme například ve čtvrtém ročníku zajímavé typy studentů, kteří jsou velmi komunikativní, mají už vyhraněné zájmy, jeden takový se již nyní velmi dobře orientuje ve fytoterapii a je to životní cíl, kterému se chce věnovat. Potřebovali bychom, aby takových studentů bylo mnohem víc ve všech farmaceutických disciplínách.“

A co pak takovým studentům nabídne farmaceutická fakulta?

„Na nás je, abychom jim otevírali dveře různého uplatnění, různých možností, aby sami zjišťovali, objevovali, co je baví nejvíc a podle toho se pak rozhodovali, kudy půjdou dál. Chceme jim ukazovat to pozitivní, co jim může farmacie přinést. To se snažíme představovat i studentům středních škol, kteří k nám nyní jezdí. Rádi bychom, aby si třeba v duchu řekli, tohle by mě mohlo bavit, a aby si uvědomili, že náš obor je důležitý. Aby stále platilo, že farmaceut je největším odborníkem na léčiva a umí poradit, ať už pracuje ve veřejné lékárně nebo v nemocnici.“



A co když se objeví student, který má sen vést svou vlastní lékárnou, být nejen farmaceutem, ale i provozovatelem lékárně. Má mu fakulta co nabídnout?

„Už jsme se o tom bavili a trošku jste mě nahlodal, že bychom i v tomto směru měli něco změnit. Asi bychom měli studenty připravovat i na vedení lékárně, což jsem si myslel, že by mělo dělat spíš až následné specializační vzdělávání. Možná bychom mohli začít ne formou předmětu, ale jednodenní akce určené pro 4. nebo 5. ročník, během které bychom studentům mohli nabídnout pohled a zkušenosti konkrétních provozovatelů. Otázkou zůstává, kolik studentů by mělo o něco podobného zájem, doba se v posledních letech v tomto směru hodně změnila a podmínky pro otevření nové nezávislé lékárně nejsou ideální.“

Závěr tohoto článku by měl asi patřit studentům. Těm, kteří čekali, až na ně dojde řada při návratu v trenažeru. Občas mají lékárníci tendenci vidět svoji budoucnost v nejčernějších barvách. Na hradecké fakultě zjišťuji, že proti podobné skepsi pomáhá kontakt se studenty. Třeba krátký rozhovor s Markétou.

Jak se vám tady studuje, co byste třeba zlepšila?

„Studium je určitě hodně náročné. Než se člověk dostane k praktičtějším věcem, tak to dlouho trvá, máme spousty druhů chemie, organická, analytická, fyzikální...“

Neřekla jste si někdy, že byste se na to vykašlala a šla radši studovat něco jiného?

„Myslím, že i když je to takhle náročné, tak že jednou budeme v lékárně spokojení.“

Starší lékárníci někdy tvrdí, že šli studovat farmacii, protože se bojí krve, a proto nešli na medicínu...

„Tak to není můj případ. Já jsem nechtěla na medicínu! Od druháku třetáku na gymnáziu mi babička vždycky říkala, jak je to hezké zaměstnání, že do lékárně ráda chodí, že lékárníci jsou usměvaví a že jí poradí někdy i líp než doktoři. Tak jsem tady.“

Zdeněk POKORNÝ

Svěží Jarní konference v Jihlavě již po třinácté

Zatímco v minulých, pandemických letech převládala mezi tématy Jarní (i Zimní) konference v Jihlavě především problematika spojená s covid-19, na XIII. Jarní konferenci v červnu 2023 už byste tato témata v programu hledali marně. Konference byla věnována inovacím, které nemocniční lékárny posouvají dopředu a také informacím a řešením, která pomáhají reagovat na aktuální výzvy nebo legislativními změny.

Posledních pár let jsem jihlavské konference kvůli termínovým kolizím nebo účasti na misích s Lékaři bez hranic nestíhal. Musím dodat, že k vlastní škodě. Na konferenci v Jihlavě se totiž vyplatí být.

O robotu v lékárně sokolovské nemocnice jste si mohli přečíst už v únorovém a březnovém čísle. V pokračování robotického tématu ze Zimní konference seznámila doktorka Ludmila Debnárová auditorium se zkušenostmi z ostrého provozu automatického skladového systému v Sokolově. S vlastními postřehy se podělili kolegové, kteří uvažují nebo už podnikli kroky k pořízení nějakého podobného řešení.

Michal Kočí (ÚVN) společně s Michalem Hojným (IKEM) nabídli přítomným vyhodnocení dotazníkového šetření mezi nemocničními farmaceuty. Pozorní posluchači mohli načerpat řadu inspirací pro změny v logistických činnostech v lékárně.

Stav a vývoj akutní lůžkové péče v datech plošně implementovaného systému CZ-DRG živě a nadhledem přednesli profesor Ladislav Dušek a inženýrka Markéta Bartůňková z ÚZIS.



Ještě si pamatujete problémy se zaváděním FMD? Je pro vás FMD v současnosti už zvládnutým denním chlebem a marginálií na pozadí běžné agendy? Pak vězte, že je mezi námi nová zkratka: MDR. Zkratka, pod kterou se skrývá implementace Nařízení o zdravotnických prostředcích do prostředí ČR, a přestože jde o nařízení, které sice na rozdíl od směrnice nemusí být přeneseno přímo do legislativy, ale i tak přináší víc otázek, než nabízí odpovědí. Problematikou nových pravidel v oblasti zdravotnických prostředků a implementace do nemocničního prostředí



se pokusili přítomně provést JUDr. Jakuba Král, Ph.D., (Porta Medica s. r. o.), PharmDr. Marcela Heislerová, Ph.D., Nemocniční lékárna FN Hradec Králové, Markéta Záborská, vedoucí provozně obchodního oddělení Nemocnice Boskovice s. r. o., PharmDr. Martin Šimíček, Nemocniční lékárna FNUSA Brno a Mgr. Jan Šípek, prokurista společnosti Apatyka servis s. r. o.

Stejně jako příspěvek o DRG, i diskusní panel o MDR zaujal posluchače natolik, že bylo na odpovědi na pokládané dotazy nutné navýšit časovou dotaci v programu. Já si z diskuse odnáším shrnující glosu Martina Šimíčka: „Může za to EU!“ a kuloárové šeptnutí Michala Hojného, že vedle MDR bylo zavádění FMD procházka růžovou zahrádkou. V kuloárech pak ještě zaznělo, že je nutné dávat pozor na zdravotnické prostředky, které mají atypicky nastavenou teplotu uchovávání do 23 °C a také, že inspektorům SÚKL u zdravotnických prostředků vadí víkendová pauza v záznamech o teplotách a nechtějí akceptovat její překlenutí monitorováním pomocí minimomaximálního teploměru.

Analýzu nákladů na léčivé přípravky včetně prognózy na nejbližší roky z pohledu Lékové komise Svazu zdravotních pojišťoven přiblížila předsedkyně této komise Mgr. Kateřina Podrazilová, Ph.D. (mj. uchazečka o post ředitelky SÚKL). V příspěvku zazněly i otázky, některé provokativní, na budoucí udržitelnost nákladů na léčivé přípravky při současném růstu nákladů na centrové ZULPy, VILPy a Orphan Drugs.





Čtvrteční program uzavřelo odlehčené povídání autora tohoto příspěvku o cestách tam i zpět na mise Lékařů bez hranic. O misích, kde je možná všechno o dost těžší, administrativně méně komplikované a rozhodně bez ZULPů, VILPů a místo orphan drugs jsou v kursu léky na opomíjené nemoci.

V pátek už mírně prořídlé publikum vstřebávalo novinky ze Sekce nemocničních farmaceutů České farmaceutické společnosti. Rezovala i další skoro nová zkratka SFTL. Systém flexibilního tendrování léčiv sice představilo ministerstvo zdravotnictví už v druhé polovině roku 2019 jako mezičlánek lékárenských softwarů a softwarů distributorů/dodavatelů LP a ZP. Jeho cílem je prostřednictvím tohoto nástroje realizovat, pokud možno, veškeré nákupy léčivých přípravků do nemocničních lékáren v souladu se zákonem o zadávání veřejných zakázek. Jedná se o postup kombinující dynamický nákupní systém s následným využitím elektronických katalogů na míru automatizovaně

sestavený pro každý jednotlivý minitendr prováděný na každodenní bázi nemocniční lékárnou. Důležitou funkcionalitou je možnost zkrácení lhůt pro podání a hodnocení nabídek. Nástroj je nakonec mnohem komplexnější, než předpokládal nápad na jeho vytvoření v roce 2019. Také realizační a vývojový tým je širší a skládá se ze zástupců ústavních lékáren (FN Olomouc, FN Motol, IKEM, FNUSA), ministerstva zdravotnictví, ministerstva pro místní rozvoj, distributorů a tvůrců software (nemocnic, lékáren i číselníků). Nejenom vlivem zpomalení v průběhu pandemických let se proto k uvedení do zkušebního používání dostáváme až téměř o pět let později.

Uvidíme, třeba budou zkušenosti z pilotního provozu představěny už příští rok na jedné z konferencí v Jihlavě. Přijedete?

Stanislav HAVLÍČEK

Foto: Petr Horák

TAK TO VIDÍM JÁ

Cesta pod povrch nápadu o přebalování

Krise jakékoliv oblasti vede ke zrodu nejrůznějších nápadů. Některé mohou věci posunout dále, některé neobstojí a některé jsou slepými uličkami vývoje. Je tomu tak i v krizi dostupnosti léčiv, kterou bez debaty zažíváme. Pomiňme teď rozbor příčin krize, bylo o tom v poslední době hodně napsáno, konečně i pisatel tohoto článku přispěl svou troškou do mlýna.

Věnujme tedy pozornost jednomu z nápadů, který se nedávno vyloupl, a který je svým způsobem návratem k dobám minulým. V roji jiných nápadů a podnětů zazněla myšlenka na „prebalování“ nebo „rozpočítávání“ balení HVLP. Vzhledem k rozpačitým konotacím, které tyto termíny vyvolávají (zejména výraz „prebalení“ má jistě každý, kdo se někdy podílel na péči o malé dítě, spojené s naprosto konkrétní činností nijak nesouvisející s HVLP), bude se autor dále držet významově neutrálního pojmu „readjustace“.

Připomeňme, že v minulosti domácí legislativa nezakazovala „narušit celistvost balení“. Farmaceut-narušitel (tento státně

bezpečnostní termín se mé generaci neomylně vybaví, mluvíme-li o vykonavatelci „narušení“) mohl až do nástupu „třítasedmdesátosmičky“ bez právních důsledků originální balení HVLP načínat, jednotlivé tablety (kapsle, ampule apod.) odpočítávat, rozpočítávat, přeplňovat do dalších obalů. Jelikož už také něco pamatuji, vzpomínám si například jak jsme v „devadesátkách“ readjustovali 1000tabletové balení GyraBlocku do kelímků po 30 tabletách. Patřila k tomu i skladová transformace a „výroba“ těchto balení v informačním systému lékárny. Těchto příkladů by každý zkušenější farmaceut přinesl celou řadu a nebylo to zdaleka jen to až mytické odšťihování čtyř tablet nitroglycerinu z blistru, které bylo možné následně volně prodat pacientovi jako záchrannou medikaci.

Je korektní zmínit, že ve zdravotních systémech zejména anglosaských zemí má readjustace HVLP dlouhou tradici. Poprvé jsem se s readjustovaným lékem setkal jako kluk někdy

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

na konci 70. let, kdy má teta, žijící po vstupu spřátelených vojsk v Kanadě, poslala mé mamince „západní lék“, který přišel ve šroubovacím plastovém kelímku signovaný tetiným jménem a adresou, názvem readjustovaného léku, názvem lékárny a jménem farmaceuta, který tuto readjustaci provedl. Dodnes je v těchto zemích readjustace z klinických balení do balení pro jednotlivé pacienty součástí farmaceutické péče. Je ale důležité si uvědomit, že tato, pro nás tak nezvyklá činnost je součástí komplexu dalších, v ČR neobvyklých funkcionalit tamních zdravotních systémů.

Zmiňme jen, že HVLP jsou v těchto „readjustačních“ zemích běžně dostupné ve velkých, klinických baleních po 500, 1 000 i více jednotkách. Výrobci tato balení nenabízí pouze pro readjustaci ve veřejných lékárnách, ale také pro nemocnice, které v naprosté většině používají jednodávkové systémy, kdy jsou léky individuálně připraveny pro každého hospitalizovaného pacienta. Zde bychom mohli vést debatu o vejci a slepici, totiž jestli byla dříve praxe readjustace léků nebo ta klinická balení, ale pojďme dále. Dalším specifickým, které dává readjustaci v lékárnách smysl, je zavedená praxe generické preskripce, tzn. preskripce účinné látky s výběrem konkrétního HVLP v lékárně. Tento způsob preskripce u nás vždy byl a stále je krajně neobvyklý, většina lékařů jeho prosazování vnímá jako útok na hradby svých profesních kompetencí, a to navzdory faktu, že jej platná vyhláška o předepisování ve svém §5 výslovně umožňuje. Jistě se ale shodneme na tom, že v situaci, kdy Vám lékaři budou předepisovat deset různých atorvastatinů, je naprostý nonsens, aby lékárna měla skladem deset různých klinických balení s touto účinnou látkou, z kterých tu a tam „uzobne“ podle toho, jakou konkrétní značku pan doktor zrovna předepisuje. Změnit by se musel i způsob práce v lékárnách, pacienti by si museli své recepty „zaparkovat“ v konkrétní lékárně a readjustaci si dopředu objednat, protože „na počkání“ tuto činnost jistě dělat nelze.

Vraťme se ale na začátek úvah a připomeňme, že argumentem, který se s nápadem na readjustaci objevil, bylo zamezení plýtvání léky, ke kterému dle slov „ze shora“ dochází z důvodu předepisování a výdeje zbytečně velkých balení pacientům, kteří je v některých případech nepotřebují, a tím pádem nespotřebují. Připusťme, že tomu tak opravdu je, potom by ale k cíli mohla vést podstatně jednodušší cesta. Místo do USA a Kanady se podívejme na chvíli do Německa, konkrétně do páté knihy sociálního zákoníku (SGB V) §31. Zde je zakotveno „*Nařízení o určování a označování velikostí balení léčivých přípravků v zákonné zdravotní péči – nařízení o velikosti balení nebo nařízení o balení*“ (nejsem němčinář, takže se omlouvám za případný nepřesný překlad zákona). Podrobnosti o jednotlivých velikostech balení stanovuje Spolkové ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. V tomto německém systému pak jsou balení předepisovaná na recept ambulantním pacientům označována symboly N1, N2 a N3, přičemž platí že:

- Balení pro akutní terapii nebo pro úpravu léčby s počtem jednotlivých aplikačních jednotek po dobu deseti dnů jsou označena jako N1 (malá velikost balení). To platí i pro balení,

jejichž počet jednotlivých aplikačních jednotek se od této hodnoty neodchyluje o více než 20 procent.

- Balení pro dlouhodobou léčbu, která vyžadují zvláštní lékařský dohled, s řadou jednotlivých aplikačních jednotek po dobu 30 dnů, jsou označena jako N2 (střední velikost balení). To platí i pro balení, jejichž počet jednotlivých aplikačních jednotek se neodchyluje o více než 10 procent.
- Balení pro dlouhodobou léčbu a s řadou jednotlivých aplikačních jednotek po dobu 100 dnů jsou označena jako N3 (velká velikost balení). To platí i pro balení, jejichž počet jednotlivých aplikačních jednotek není o více než 5 procent nižší.

Tento systém označování byl zaveden už v roce 1982. Kromě těchto balení existují i velká, klinická balení pro nemocnice, která ale nelze předepisovat na recept. Nemá asi smysl zacházet do dalších podrobností, např. kdo a jak stanovuje jednotlivé velikosti balení pro konkrétní účinné látky, vše je k nalezení na internetu. Německy precizní systém je samozřejmě funkční v prostředí, kdy každý plní, co je mu legislativně uloženo. Tedy že výrobci dodávají všechny velikosti balení a lékaři předepisují velikosti balení adekvátní situaci. Otázkou je, jak by to fungovalo u nás, protože s dodržováním pravidel máme v naší zemi odshora až dolů dlouhodobě problémy.

Co tedy dává v našem prostředí větší smysl? Je to zavádění readjustace HVLP ve veřejných lékárnách nebo převzetí německého systému? Můj zcela osobní názor je následující. Readjustace HVLP má zcela jasnou přidanou hodnotu v nemocničním prostředí, kdy jsou léčiva dodávána na oddělení jako single nebo unit-dose pro konkrétního hospitalizovaného pacienta. V tomto případě je narušení celistvosti balení i v souladu se současnou legislativou. Readjustace by mi dávala smysl i jako placená služba v případě rozplňování HVLP například do týdenních dávkovačů pro klienty nejrůznějších pobytových zařízení, ale i pro seniory obecně. Slovo placená zdůrazňuji, protože je u nás politováníhodnou tradicí farmaceutům za řadu činností nezaplatit buď vůbec nic, nebo nějakou směšnou částku. Ve všech ostatních případech se mi jeví jako mnohem příhodnější německý systém popsany výše.

Je nutné poznamenat, že mediálně ventilovaná očekávání, jak readjustace HVLP v lékárně přinese systému nějaké úspory, se jeví jako zcela lichá nejen autorovi tohoto sdělení. Celé „přehození výhybek“ by znamenalo nemalé vstupní investice, ať už na úrovni výrobců, tak na úrovni lékáren (vygooglit je možné třeba termín „pill counter“), ale i nezanedbatelné náklady režijní a provozní.

A poslední poznámka nakonec. Je příčinou plýtvání léky a vracení tun nespotřebovaných léků do lékáren skutečně pouze nedostupnost vhodných balení? Jádrem problému leží (nejen) podle mého názoru zcela jinde. Je to dlouhodobě ignorovaný problém nízké adherence našich pacientů k farmakoterapii, kdy tento problém pouze zdánlivě zastírají mnohdy absurdně nízké ceny léků v naší zemi. Ale rozbor problémů s compliance, adherencí a konkordancí v našich podmínkách je už tématem pro úplně jiný článek.

Kamil HRUBÝ

Odborné důkazy pro externí použití kostivalu

Kostival se používá při bolesti, zánětu a otoku svalů a kloubů už po celá staletí. Jeho bezpečností a účinností se zabývá celá řada preklinických i klinických studií. K neznámějším zástupcům rodu kostival se bezpochyby řadí kostival lékařský (*Symphytum officinale*, čeleď *Boraginaceae*). Celá rostlina je zdrojem řady významných látek, ale nejvíce z nich se vyskytuje v jejím kořeni. Mezi obsažené látky patří, sacharidy: guma (arabinóza, kyselina glukuronová, manóza, ramnóza, xylóza), sliz (glukóza, fruktóza); taniny (pyrokatecholového typu); triterpeny (sitosterol a sigmasterol), steroidní saponiny, isobauerenol, triterpenové saponiny symphytoxid A, cauloside D, leontoside A, leontoside B, leontoside D; další složky: alantoin, kyselina kávová, karoten, kyselina chlorogenová, cholin, kyselina litospermová, kyselina rozmarýnová; alkaloidy: kořeny obsahují 0,2–0,4 % pyrrolizidinových alkaloidů (symphytin, lykopsamin/intermedin, acetyl-lykopsamin/acetyl-intermedin, myoscorpín, lasiokarpín, heliosupín, viridiflorin, echiumin). Obsah pyrrolizidinových alkaloidů se mění podle ročního období, přirozené biologické variace a druhu. Analýza komerčních vzorků na obsah pyrrolizidinových alkaloidů prokázala hodnoty v rozmezí 1 380–8 320 µg/g kořene, nejvíce byl zastoupen symphytin a symlandin.

Léčebné vlivy kostivalu na muskuloskeletální systém jsou založeny na jeho protizánětlivých a analgetických účincích. Jeho molekulární mechanismy účinku přesto ještě nebyly zcela objasněny. Předpokládá se, že hlavními účinnými látkami jsou především alantoin a kys. rozmarýnová. Protizánětlivá aktivita kyseliny rozmarýnové byla prokázána v různých testovacích systémech. V lidských krevních destičkách kyselina rozmarýnová inhibovala tvorbu malondialdehydu, syntézu prostaglandinů a karagenanem a želatinou indukovanou agregaci erytrocytů. V preparátech z potkaního žaludku inhiboval glykopeptid izolovaný z kostivalu lékařského v závislosti na dávce uvolňování prostaglandinů PGE₂, PGI₂, 12-HETE a kyseliny arachidonové. Bylo prokázáno, že kořen kostivalu je důležitým zdrojem fenolických sloučenin s antioxidační aktivitou. V preklinických experimentech vykazuje kostival ve srovnání se známými antioxidanty významnou antioxidační aktivitu. Frakcionace vodného extraktu kořenů kostivalu vedla k izolaci protizánětlivého glykopeptidu. Jednalo se o sloučeninu s izoelektrickým bodem při pH 4,8, obsahující 16 aminokyselin, galaktózu, fruktózu, arabinózu a glukózu. Na otok tlapy potkanů vyvolaný karagenanem měl tento izolovaný glykopeptid významný protizánětlivý účinek, který byl závislý na dávce. Vyšetření uvolnění metabolitů kyseliny arachidonové, cyklooxygenázy a lipoxygenázy společně s agregací krevních destiček vyvolanou kyselinou arachidonovou ukázalo na to, že izolovaný glykopeptid v závislosti na dávce inhibuje uvolňování prostaglandinů a leukotrienů snížením exprese fosfolipázy A2. Když byla jako substrát použita kyselina arachidonová, došlo k uvolnění tromboxanu A2, proto tento glykopeptid nepředstavuje COX inhibitor.

V randomizované, dvojité zaslepené, bicentrické, placebem kontrolované studii se 153 ženami a 67 muži s osteoartritidou kolena (přetrvávající průměrně 6,5 roku), byla porovnávána účinnost masti s extraktem z kostivalu s placebem. Po dobu 3 týdnů si

účastníci studie aplikovali 3x denně buď 6 cm dlouhý proužek masti s extraktem kostivalu nebo placebo a provedli mírnou masáž. Mast s extraktem kostivalu se ukázala jako vhodná k léčbě osteoartrózy kolena. Na konci studie se bolest ve skupině s verem snížila v průměru pětikrát více než ve skupině s placebem. Visuální analogové skóre se ve skupině s verem zlepšilo o 54,7 %, ve skupině s placebem pouze o 10,7 %. V randomizované, dvojité zaslepené, placebem kontrolované, multicentrické klinické studii se 120 pacienti (průměrný věk 36,9 let) s akutní bolestí horní nebo dolní části zad, si účastníci po dobu 5 dní aplikovali 3x denně buď 4 g masti s extraktem z kostivalu nebo placebo. Primárním parametrem pro hodnocení byl aktivní standardizovaný pohyb vyjádřený pomocí vizuální analogové škály při čtyřech návštěvách lékaře. Sekundárními parametry byla klidová bolest zad hodnocená pacienty pomocí vizuálního analogového skóre, tlaková algometrie, celkové hodnocení účinnosti pacientem a lékařem, spotřeba analgetik a měření funkční poruchy. V případě primárního parametru byl v léčbě kostivalem a placebem signifikantní rozdíl. V průběhu studie intenzita bolesti při aktivním standardizovaném pohybu klesla ve skupině s extraktem kostivalu v průměru o 92,2 % a ve skupině s placebem o 37,8 %. Výsledky této klinické studie byly jasné a konzistentní ve všech primárních a sekundárních proměnných účinnosti. Extrakt z kořene kostivalu vykazoval pozoruhodně silný a klinicky relevantní účinek při snižování akutní bolesti zad. Byl zaznamenán rychle působící účinek masti. V jednoduše zaslepené, kontrolované, randomizované, paralelní klinické studii se 164 pacienti s akutním jednostranným výronem kotníku byl porovnáván účinek a snášenlivost masti s extraktem kostivalu s gelem obsahujícím diklofenak. Účastníci studie si aplikovali po dobu 7 dní 4x denně buď 6 cm dlouhou vrstvu masti s extraktem kostivalu nebo gel s 1,16 g diklofenakdiethylaminové soli. Bylo potvrzeno, že účinek extraktu kostivalu není horší než diklofenaku. Tato studie byla o dva roky později spoluautory kriticky přehodnocena na superioritu extraktu kostivalu podle pokynů CPMP (Výbor pro patentované léčivé přípravky). Přehodnocení údajů ukázalo převahu kostivalové masti nad diklofenakovým gelem. Bezpečnost v obou léčených skupinách byla vynikající. Účinnost a snášenlivost komerčního topického přípravku s extraktem kostivalu při léčbě modřin, podvrtnutí, modřin a bolestivých stavů svalů a kloubů byla potvrzena také při observační studii, do které bylo zapojeno 162 praktických lékařů a celkem bylo vyhodnoceno 492 dotazníků vyplněných pacienty společně s jejich lékařem, po aplikaci 1–3 dávek krému s kostivalem denně v období 2 týdnů.

Dostupné preklinické a klinické studie potvrzují zkušenost lidové medicíny, že krátkodobé lokální použití kostivalového krému může snížit bolest při distorzi kotníku, osteoartróze a bolesti zad. V žádné klinické ani observační studii nebyly hlášeny závažné nežádoucí účinky.

Mgr. Věra KLIMEŠOVÁ

Laboratoře aplikovaného výzkumu a vývoje společnosti Fytopharma

Zdroj: www.fytoinstitute.eu



Los Krupos
zdravé školní svačiny
na www.loskrupos.cz

Vám přináší novou lékárnickou pohádku
Skřítkové u ohrožení
objednejte si výtisky pro lékárny zdarma na
www.lekarnickepohadky.cz

Lékařnické POHÁDKY

NOVÉ NEBO MÉNĚ ZNÁMÉ LÉČIVÉ ROSTLINY

Magnolia officinalis Reh. et Wils. – šácholan lékařský (Magnoliaceae – šácholanovité)

Opadavý strom s rezavě šedou kůrou, vysoký až 20 metrů, původní v hornatých oblastech střední a západní Číny, kde vystupuje až do 1 500 m n.m. V Japonsku je pěstován druh **Magnolia obovata**. Zástupci rodu *Magnolia* se vyskytují v teplých oblastech celé zeměkoule. Pomocí srovnávání sekvence DNA jsou v současnosti upravována původní botanická zařazení příbuzných druhů rostlin.

Synonyma: **Magnolia biloba**, **Magnolia hypoleuca**,
šácholan čínský.

Obecný název: **Kara-koboku** (jap.), **Houpo** (čín).

Sbíraná část: **cortex, flos, folium.**

Droga: **Magnoliae officinalis cortex.**

Obsahové látky: bifenolové lignany honokiol a magnolol, benzylizochinolinové alkaloidy s převahou (S)-magnololinu, dále (R)-magnokurarinu, (R)-oblonginu a (R)-asimilobinu.

Významný je i příbuzný aporfinový alkaloid magnoficin.

V silici převládá seskviterpen eudesmol.

Účinky a použití: podle Tradiční čínské medicíny (TČM) má kůra povahu teplou, chuť hořkou, pálivou a tropizmus k dráze sleziny, žaludku a tlustého střeva. Proto se aplikuje při pocitu plnosti v břiše i hrudi, průjmu, gastritidě i žaludečních vředech, otocích břicha, nevolnosti s nucením na zvracení, provázeném masivním vykašláním hlenu, alergiích včetně astmatu. Květní pupeny se vkládají do nosu při zánětech dutin. Obdobné indikace používá i Tradiční korejská a japonská medicína.

Odborné studie: Účinky kůry souvisí především s **lignany** a alkaloidy. Kromě poruch GIT jsou sledovány i jejich účinky v případě nádorů, alergií, včetně astma bronchiale i problémů se spánkem. Zkoumány jsou i **antioxidační, spasmolytické, protizánětlivé** a antibakteriální efekty. Při studiích s izolovaným lignanem **honokiolem** byly prokázány **anxiolytické účinky** a podobně jako u magnololu, modulace GABA A. Na zvířecích modelech **Alzheimerovy** a **Parkinsonovy** choroby byla sledována neuroprotektivní aktivita honokiolu. V případě karcinomu

spočívá mechanismus účinku honokiolu v inhibici vzniku nových cév v oblasti nádorů a aktivaci **apoptózy endoteliálních buněk**. Tím dochází k omezení přísunu výživy a růstu nádorů.

U kolorektálního karcinomu vykazuje honokiol účinek srovnatelný s adriamycinem a nadějná je také in vitro sledovaná inhibice růstu buněčné linie T24, lidského karcinomu močového měchýře.

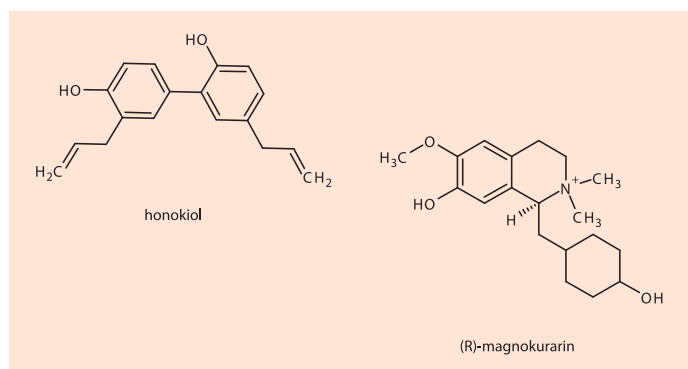
Extrakty z kůry působí baktericidně na druh **Streptococcus mutans**, který se podílí na vzniku zubního kazu. Izolovaný magnolol inhibuje aktivitu glukosyltransferázy, která se účastní procesu vzniku bakteriálního plaku na zubech. **Protizánětlivé účinky** kůry souvisí s inhibicí cyklooxygenáz a lipoxigenáz a následným omezením tvorby leukotrienu B4 a prostaglandinu E2. Ve studiích **antiastmatických** účinků kůry bylo možno u 30 % pacientů snížit dávky kortikoidů. Rovněž byla zjištěna inhibice **destičkového aktivního faktoru**, který se podílí na procesu alergické reakce a zánětu, zvyšuje propustnost cév a aktivuje bronchospasmus. Protidestičkové a antibakteriální účinky jsou dávány i do souvislosti s aktivitou alkaloidů. V testech omezovaly obsahové látky kožní reakce po IgE aktivovaných alergiích. Dále indukovaly apoptózu buněk v různých liniích a omezovaly jejich proliferaci. Dále inhibicí nukleárního faktoru kappa B (NF-kappaB) chránily **kardiovaskulární aparát** před účinky volných radikálů i projevy aterosklerózy a kůži před stárnutím vyvolaným světlem. Mnoho studií se zabývá využitím dalších šácholanů při léčbě hypertenze, viróz, bakteriálních infekcí i zhoubných onemocnění, včetně leukemie. Z TČM jsou známy silné dezinfekční účinky extraktů z kůry šácholanů.

Dávkování: denní dávka 6 g práškové drogy nebo odvar z 8 g drogy ve 200 ml vody.

Nežádoucí účinky a kontraindikace: pro nedostatek informací neužívat během těhotenství a laktace, nepodávat malým dětem. Možnost alergických reakcí na pyl šácholanů i závratí po vyšších dávkách. Koncentrace isochinolinového alkaloidu magnokurarinu, strukturálně příbuzného s periferním myorelaxanciem tubokurarinem, je v odvarech a nálevech velmi nízká.

Interakce: nejsou známy.

Hlavní zdroje: AISLP; botanika.wendys.cz, Chemical Book, Dostál, J.: Nová květena ČSSR, Academia, Praha 1989; Drugs.com; European Medicines Agency; 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; Plants for a future; PubChem Compound; The Plant List Missouri Botanical Garden; Toxnet.



PharmDr. Miloš POTUŽÁK

Obrázek: Wendy Cutler (Wikipedia), vzorce: autor

CO URČITĚ STOJÍ ZA PŘEČTENÍ...

Karásek, D.: Tirzepatid a kardiovaskulární riziko*Hypertenze a kardiovaskulární prevence č. 1/2023*

Tirzepatid (dále **Tir**) je duální agonista receptorů pro GLP-1 a GIP. Tímto se jeví jako nadějně antidiabetikum a antiobezitikum. Podle klinických dat by mohl mít i příznivý efekt na snížení kardiovaskulárního rizika pacientů užívajících tirzepatid. U novějších antidiabetik se vždy zkoumá, zda příznivě ovlivňují kardiovaskulární zdraví pacientů. Nejvíce důkazů máme pro glifloziny, agonisty receptorů GLP-1 a pioglitazon. Loni byl v USA i v Evropě registrován první duální agonista GLP-1 a GIP **Tir**. Duální mechanismus na oba inkretiny posiluje metabolický účinek v Langerhansových ostrůvcích pankreatu, CNS ale i v tukové tkáni a kostech. V klinickém zkoušení se prokázalo, že dávka 5–15 mg **Tir** týdně subkutánně snižuje jak glykovaný hemoglobin (o 1,24–2,58 %), tak tělesnou hmotnost (o 5,4–11,7 kg) a to významně více než placebo. Jde tedy zatím o jedno z nejúčinnějších antidiabetik s výrazným dopadem na redukci hmotnosti. Mezi nejčastější nežádoucí účinky **Tir** patří nauzea, průjem a zvracení s frekvencí výskytu podobnou liraglutidu a semaglutidu. Protože **Tir** zlepšuje i aterogenní lipidový profil a snižuje markery chronického zánětu i endotelovou dysfunkci, předpokládá se i snížení kardiovaskulárního rizika. Potvrdit by to měla probíhající studie SURPASS-CVOT. Zatím byla prokázána jednoznačně kardiovaskulární bezpečnost **Tir**, jak se uplatní i v kardiovaskulární prevenci ukáží klinické studie.

Léčivý přípravek s obsahem Tir je registrován EMA pod názvem Munjaro[®] inj. 2,5 mg Eli Lilly v předplněném peru.

Králičková, P.: Angioedém indukovaný léky*Remedia č. 1/2023*

Angioedém (dále **Ae**) je charakterizován jako otok podkoží nebo submukózy způsobený přechodným zvýšením vaskulární permeability. Jednou z možných příčin jeho vzniku může být nežádoucí reakce na lék. Z hlediska patogeneze se rozlišuje **Ae** histaminergní a non-histaminergní (převážně bradykininový). Oba typy se liší dobou trvání, přítomností hypotenze, kopřivky a odezvou na léčbu kortikoidy a antihistaminiky (non-histaminergní nereaguje). Oba typy **Ae** mohou být potenciálně život ohrožující.

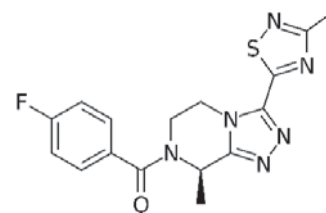
Ve velké italské studii byly nejčastější polékovou příčinou **Ae** nesteroidní antiflogistika, dále antibiotika a antihypertenziva. Z nich to jsou především ACE inhibitory, které mohou vyvolat **Ae** bradykininového typu. Rizikovými faktory mohou být věk nad 65 let, užívání NSAID, estrogenů, ženské pohlaví, afroamerický původ. Vznik **Ae** nezávisí na dávce.

U většiny nemocných **Ae** vzniká v prvních třech měsících užívání léčiva. Mezi jednotlivými atakami mohou být i několikaměsíční intervaly. Typický je otok jazyka a rtů ale i obličej a končetin. Při převedení pacienta na sartany je riziko **Ae** jen 9 %.

Na čtyřech kazuistikách autorka prezentuje případy polékového **Ae**. První byl po losartanu, druhý po ramiprilu, třetí byl hereditární **Ae** demaskovaný nasazením kandesartanu a čtvrtý po ACEi. Německá studie z roku 2020 se snažila zdokumentovat všechny lékové skupiny s potenciálem vyvolat bradykininový typ **Ae**: ACEi, sartany, inhibitory mTOR (rapamycin, everolimus, temsirolimus, ridaforolimus), gliptiny, aliskiren, sakubitril valsartan, tkáňový aktivátor plasminogenu.

MOLEKULA
MĚSÍCE

Fezolinetant



IUPAC: (4-fluorophenyl)-[(8R)-8-methyl-3-(3-methyl-1,2,4-thiadiazol-5-yl)-6,8-dihydro-5H-[1,2,4]triazolo[4,3-a]pyrazin-7-yl)methanone

Sumární vzorec: C₁₆H₁₅FN₆O₈

Molekulová hmotnost: 358,40 g/mol

Fezolinetant (dále **Fez**) je nové nehormonální léčivo k terapii vazomotorických, s menopauzou souvisejících návalů horka. Je to perorálně účinný selektivní antagonist receptoru pro neurokinin-3 (NK-3). Patent získala firma Astellas Pharma od firmy Ogeda v roce 2017. Léčivý přípravek se jmenuje **Veozah[®]** tbl. 45 mg a byl schválen FDA v květnu roku 2023. V březnu 2023 byly výsledky klinické studie SKYLIGHT 1 publikovány v časopise Lancet. **Fez** je indikován k léčbě středně závažných až závažných návalů horka z důvodů menopauzy. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří bolesti břicha, průjem, nespavost, bolesti zad, paradoxně návaly horka a zvýšené jaterní transaminázy. Biotransformuje se cestou cytochromu P450 typ 1A2 a inhibitory tohoto enzymu, například ciprofloxacin, fluvoxamin, orální kontraceptiva nebo allopurinol mohou s **Fez** interagovat. Kontraindikován je u pacientů s jaterní cirhózou a selháváním ledvin, o užití v těhotenství a při kojení nejsou relevantní informace. Podobnými léčivy ze skupiny NK-3 antagonistů jsou elinzanetant (Bayer, GSK), osanetant (Sanofi-Synthelabo), pavinetant (AstraZeneca), talnetant (GSK). Některé z nich se klinicky zkoušejí v indikaci schizofrenie.

VĚDECKÉ OKÉNKO

Výběr nedávno publikovaných prací aneb čím žije vědecký svět?

Kombinovaná antihypertenziva v nízkých dávkách jako účinná léčba první volby

Studie s téměř 27 000 pacienty s hypertenzí zjistila, že zhruba třetina (32,5 %) pacientů měla nekontrolovanou hypertenzi. Doporučené postupy preferují monoterapii jako první volbu, a přidání dalších látek navrhuje pouze v případech, kdy dosavadní terapie nedostačuje. Nedávný systematický přehled a metaanalýza určily účinnost a bezpečnost nízkodávkové kombinací léčby jako první volby.

Nízkodávková kombinace a systolická hypertenze

Kritéria pro zařazení splnilo celkem 7 studií s 918 pacienty s průměrným věkem 59 let (38 % žen). Průměrný systolický TK byl významně nižší u kombinované terapie než v monoterapii nebo obvyklé péči (průměrný rozdíl, MD = 7,4 mmHg). Kombinovaná terapie také zvýšila podíl účastníků dosahujících TK <140/90 mm Hg za 4 až 12 týdnů (poměr rizika, RR = 1,40, 95 % CI 1,27–1,52) a tyto nálezy se udržely po 6 až 12 měsících. Ačkoli kombinace vede k větším rizikům závratí (RR = 1,28, 95 % CI 1,00–1,63), nevyskytly se žádné další nežádoucí účinky ani nutnost vysazení léčby.

Výsledky studie naznačují, že nízkodávková kombinací léčba se 3 nebo 4 antihypertenzivy je účinná a dobře tolerovaná v rámci počáteční léčby hypertenze (1).

Nižší riziko osteoartrózy po užívání metforminu u diabetiků 2. typu

V současné době nejsou k dispozici žádná preventivní opatření proti rozvoji osteoartrózy (OA) a léčba je dosud nedostačující. Ukazuje se, že existuje příznivý účinek metforminu na dlouhodobou funkčnost kolenního kloubu u pacientů s OA a obezitou.

Stále ale zůstává nejasné, zda může užívání metforminu zabránit rozvoji OA. Studie provedla retrospektivní analýzu s použitím derivátů sulfonylmočoviny jako srovnávací skupiny a byl sledován čas do diagnózy a incidence OA 90 dní od zahájení jakékoli medikace.

Rozvoj osteoartrózy a antidiabetická léčba

Celkem bylo sledováno 41 874 pacientů v průměrném věku 62 let (41,8 % žen). Z tohoto počtu dostávalo 20 937 metformin. Riziko rozvoje osteoartrózy (OA) bylo o 24 % nižší u pacientů užívajících metformin než derivát sulfonylurey (poměr rizik, HR = 0,76, 95 % CI 0,68–0,85, $p < 0,001$). Mezi oběma skupinami nebyl signifikantní rozdíl v riziku kloubní náhrady (HR = 0,80, 95 % CI 0,50–1,27, $p = 0,34$).

Tato zjištění vedla autory k domněnce, že metformin může vykazovat preventivní účinek proti rozvoji OA (2).

Očkování proti onemocnění covid-19 nezvyšuje riziko menstruačních poruch

Výzkumníci v článku publikovaném v *BMJ* naznačili, že existuje slabá souvislost mezi vakcínou a menstruačními poruchami nebo premenstruačním krvácením. Nicméně dosavadní zjištění neposkytují žádnou dostatečnou podporu v určení kauzální souvislosti mezi očkováním proti covid-19 a zdravotními problémy souvisejícími s menstruačními nebo krvácivými poruchami.

Slabá a nekonzistentní asociace

Aby vyhodnotili rizika menstruačních poruch a krvácení po očkování proti covid-19, čerpali švédští vědci z údajů zdravotního registru u celkem 2 946 448 žen ve věku 12–74 let. Autoři konstatovali, že pozorovali slabou a nekonzistentní asociaci mezi očkováním proti onemocnění covid-19

a postmenopauzálním krvácením, a ještě méně konzistentní data pro menstruační poruchy a premenstruační krvácení.

Z analýzy vyplývá zvýšení rizika (o 23 až 33 %) postmenopauzálního krvácení po 8–90 dnech po 3. dávce u Pfizer-BioNTech a Moderna, a menší riziko u vakcíny Oxford-AstraZeneca. Studie dospěla k závěru, že po srovnání socioekonomických faktorů, předchozí zdravotní péče a zdravotního stavu to téměř kompletně odstranilo výše zmíněné slabé asociace (3).

PharmDr. Marek LAPKA

Literatura

- 1) Wang N, Rueter P, Atkins E, Webster R, Huffman M, de Silva A, Chow C, Patel A, Rodgers A. Efficacy and Safety of Low-Dose Triple and Quadruple Combination Pills vs Monotherapy, Usual Care, or Placebo for the Initial Management of Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Cardiol.* 2023 Apr 26:e230720. doi: 10.1001/jamacardio.2023.0720.
- 2) Baker MC, Sheth K, Liu Y, Lu D, Lu R, Robinson WH. Development of Osteoarthritis in Adults With Type 2 Diabetes Treated With Metformin vs a Sulfonylurea. *JAMA Netw Open.* 2023 Mar 1;6(3):e233646. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.3646.
- 3) Ljung R, Xu Y, Sundström A, Leach S, Hallberg E, Bygdell M, Larsson M, Arthurson V, Gisslén M, Gedeberg R, Nyberg F. Association between SARS-CoV-2 vaccination and healthcare contacts for menstrual disturbance and bleeding in women before and after menopause: nationwide, register based cohort study. *BMJ.* 2023 May 3;381:e074778. doi: 10.1136/bmj-2023-074778.

V měsíci červenci WHO vyhláší Světový den boje proti hepatitidě. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím si připomínáme například Světový den populace, Světový den bezpečnosti pacientů a Mezinárodní den péče o sebe a Světový den informovanosti o benzodiazepinech.

Na měsíc srpen nepřipadá žádný z dní vyhlášených WHO. Z jiných mezinárodních dní souvisejících se zdravím jsou to Světový týden kojení, Světový humanitární den, Mezinárodní den zvyšování povědomí o předávkování, Světový den zoonóz a Světový den komárů (boje proti komárům).

Světový den rakoviny plic (World Lung Cancer Day, WLCD)

Světový den boje proti rakovině plic je každoroční akce, která se koná vždy první čtvrtek v srpnu. Den je věnován zvyšování povědomí veřejnosti o rakovině plic, jejích rizikových faktorech, jakož i o důležitosti včasného odhalení a léčby, všeobecně o jejím dopadu na pacienty, rodiny a komunitu po celém světě. Je také příležitostí pro lidi, aby se spojili v boji proti této nemoci. WLCD dále připomíná potřebu větších investic do výzkumu, který by umožnil nalézt účinnější léčbu rakoviny plic.

Kampaň proti rakovině plic a souvisejícím problémům se poprvé dostala do popředí zájmu v roce 2012, kdy ji uspořádalo Fórum mezinárodních respiračních společností (Forum of International Respiratory Societies) ve spolupráci s Mezinárodní asociací pro studium rakoviny plic (International Association for the study of Lung Cancer) a Americkým kolegiem pneumologů (American College of Chest Physicians). Světová konference o rakovině plic (World Conference on Lung Cancer) je nejvýznamnější organizací na světě, která se věnuje výhradně problematice rakoviny plic a osvětě v této oblasti. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je karcinom plic nejrozšířenějším onemocněním na světě. V roce ustanovení WLCD (2012) bylo zaznamenáno 1,8 milionu nových případů onemocnění.

Smyslem WLCD je připomenout, oslavit a podpořit ty, které rakovina plic postihla.

Odpověď na otázku, proč bylo zvoleno datum 1. srpna, není autorovi příspěvku známa. Jako logo WLCD se užívá různě barevně i graficky ztvárněný motiv plic s nadpisem a případně také datací rokem. Někdy se používá bílá stužka. Na obrázku v záhlaví příspěvku (WLCD 2021) jsou zobrazeny společně oba prvky. Dodejme, že některé druhy karcinomů, ale rovněž jiných onemocnění, mají „svě“ barvy stužek, na druhou stranu může být jedna a tatáž barva stužky symbolem více různých onemocnění. U bílé stužky například kromě WLCD též rakoviny kostí, retinoblastomu aj.

Rakovina plic je celosvětově nejčastější příčinou úmrtí na nádorová onemocnění, na něž každoročně umírá přibližně 1,8 milionu lidí. Přesto zůstává poměrně neznámá a nepochopená.

Některá fakta (údaje WHO):

- onkologická onemocnění jsou celosvětově nejčastější příčinou úmrtí, v roce 2020 na ně zemřelo téměř 10 milionů lidí, což je téměř každý šestý případ úmrtí,
- nejčastějšími (z hlediska nových případů rakoviny) byly: rakovina prsu (2,26 milionu případů), plic (2,21 milionu případů), tlustého střeva a konečníku (1,93 milionu případů), prostaty (1,41 milionu případů), kůže (nemelanomová) (1,20 milionu případů) a žaludku (1,09 milionu případů).
- nejčastějšími příčinami úmrtí na rakovinu byly: rakovina plic (1,80 milionu úmrtí), tlustého střeva a konečníku (916 000 úmrtí), jater (830 000 úmrtí), žaludek (769 000 úmrtí) a prsu (685 000 úmrtí).
- přibližně třetina úmrtí na rakovinu je způsobena užíváním tabáku, vysokým indexem tělesné hmotnosti, konzumací alkoholu, nízkým příjmem ovoce a zeleniny a nedostatkem fyzické aktivity,
- mnoho druhů rakoviny lze vyléčit, pokud jsou včas odhaleny a účinně léčeny.

Pozn.: rakovina je obecně označena pro velkou skupinu onemocnění, která mohou postihnout kteroukoli část těla. Další používané termíny jsou zhoubné nádory a novotvary.

Situace v ČR

V ČR je ročně diagnostikováno kolem 7 000 případů karcinomu plic a odhadem kolem 5 500 lidí s tímto onemocněním umírá. Z 90 % jsou to kuřáci. Až 85 % pacientů přichází k lékaři pozdě. Pro časný záchyt tohoto onemocnění a přesnou diagnózu byl od 1. ledna 2022 spuštěn populační pilotní program časného záchytu karcinomu plic. Vyšetřit se mohou nechat kuřáci (současní či bývalí), jejichž kuřácká minulost představuje alespoň 20 balíčkoroků (tedy 20 cigaret denně po dobu 20 let) a jsou ve věku 55–74 let.

V básni Charlese Lamba (1775–1834), anglického esejisty, básníka a antikváře, *A Fare-well to Tobacco* (Sbohem tabáku) z roku 1805 její autor říká: „*Kvůli tobě, tabáku, bych udělal cokoli, jen ne zemřít.*“

Proto je v případě kouření potřebné přimět kuřáky ke změně chování. Změna chování spočívá v dlouhodobé změně návyků a chování. Většina výzkumů týkajících se chování souvisejícího se zdravím ukazuje, že malé změny mohou vést k významnému zlepšení zdraví a prodloužení délky života lidí. Tyto změny mohou mít dominový efekt na zdraví ostatních.

Jeden z nejvíce využívaných, nejrozšířenějších a nejpropracovanějších modelů, konceptů je integrovaný přístup, založený na zásadách, které jsou označovány několika různými zkratkami „3A, 4A, 5A, 6A“ (podle počátečních písmen anglických slov vyjadřujících tyto principy, v češtině bychom tuto metodu mohli označit jako „3P, 4P, 5P, 6P“, také podle prvních písmen slov). Nejčastěji se setkáváme s koncepcí „5A“ v modifikované podobě:

3A (ask, advise, act)

4A (ask, advise, assist, arrange),

5A (ask, advise, assess, assist, arrange),

6A (ask, advise, assess, assist, arrange, anticipate).

Poznámka: Původní verze modelu změny chování „5A“ vychází z poslušnosti: assess, advise, agree, assist, arrange.

Přístup „5A“ k odvykání kouření je mezinárodně uznávaným přístupem ke krátké intervenci u kuřáků. Protokol „3A“ nabízí zkrácený formát takové intervence.

Pokračování na další straně

Pokračování z předchozí strany

Krátké poradenství v prostředí primární péče může zvýšit úspěšnost odvykání kouření o 1–3 %.

Odlisné přístupy v některých zemích reflektují článek 14 Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku (WHO Framework Convention on Tobacco Control), který stanoví, že „každá smluvní strana vypracuje a rozšíří vhodné, komplexní a integrované pokyny založené na vědeckých důkazech a osvědčených postupech, přičemž zohlední vnitrostátní podmínky a priority, a přijme účinná opatření na podporu odvykání užívání tabáku a odpovídající léčby závislosti na tabáku“.

A Ptát se (Ask)

Ptát se každého pacienta při každé příležitosti, zda kouří. Základními údaji jsou informace o tom, co pacient kouří, od kolika let, kolik cigaret, doutníků, dýmek denně. Jedná se o systematickou identifikaci všech kuřáků při každé návštěvě zdravotnického zařízení, lékárny. Podle návodu pro správnou klinickou praxi v odvykání kouření (SKPOK) by měl výše uvedené údaje zaznamenávat zdravotnický personál, tzn. i lékárník. Velmi důležitým prvkem, na který bychom neměli zapomínat, je pochvala. Je vhodné pochválit ty pacienty, kteří nikdy nekouřili, i ty, kteří spontánně přestali kouřit.

A Poradit (Advise)

Naléhat velmi důrazně na všechny kuřáky, aby přestali kouřit. Je potřebné jim jednoznačně vysvětlit, že je pro jejich zdraví nevyhnutné, aby nekouřili. Když kuřák nechce přestat kouřit, je potřebné při každé návštěvě opakovat tento dotaz a tuto informaci. Když člověk chce přestat kouřit, je potřebné aplikovat popisovaný postup. Ve smyslu SKPOK by každá rada měla být:

- jasná: „Pro Vás je důležité přestat teď kouřit, já Vám při tom pomohu.“ „Pokud jste nemocný, nestačí kouření omezit.“
- důrazná: „Jako Váš lékárník chci, abyste věděl, že přestat kouřit je nejdůležitější věc, kterou můžete udělat pro ochranu svého momentálního a rovněž budoucího zdraví.“
- personalizovaná: uvést kouření do souvislosti se současným zdravotním stavem nebo nemocí nebo sociálními a ekonomickými důsledky kouření, s motivační úrovní, a připraveností

zanechat kouření a s vlivem kouření na děti a ostatní členy domácnosti.

Zvláštní pozornost je nutné věnovat gravidním ženám! Připomenout jim, že je ohrožuje i tzv. pasívní kouření (tzv. „secondhand“ kouření), před nímž se má těhotná žena chránit a před nímž má chránit také své dítě. A také to, že čím dříve přestane žena kouřit, tím více sníží riziko ohrožení vývoje plodu během těhotenství. Je užitečné podpořit svou radu doplněním nebo vysvětlením, že každá cigareta:

- produkuje několik tisíc toxických a rakovinu způsobujících látek; v případě těhotných žen, že se tyto látky dostávají až k plodu: když kouří matka, kouří s ní její dítě,
- vyvolává stažení cév, takže plod je nedostatečně vyživován během kouření matky a několik desítek minut po vykouření cigarety má dítě hlad,
- sytí krev oxidem uhelnatým, který několik hodin zabraňuje jejímu okysličování – když matka kouří, její dítě má trvale nedostatek kyslíku a dusí se,
- matky-kuřačky mají častější potraty a rodí děti s nižší porodní hmotností. Tyto děti bývají častěji nemocné, mají hůř vyvinuté plíce i mozkovou tkáň.

A Posoudit ochotu přestat kouřit (Assess)

Cílem je identifikovat kuřáka, který má v úmyslu přestat kouřit a následně mu poskytnout pomoc (viz další krok – pomoc). Pacientovi, který preferuje intenzivnější léčbu, nebo u něhož považujeme tuto léčbu za potřebnou, doporučit návštěvu specializované poradny (viz krok – plánovat). Pokud pacient jasně uvádí, že není ochotný přestat v současné době kouřit, je potřebné použít motivační intervenci (viz níže techniky posilování motivace „5R“).

A Pomocí (Assist)

Poskytnout pacientům motivační, doplňkové a svépomocné materiály, přizpůsobit plány odvykacích kúr každému individuálnímu pacientovi. Stanovit závislost na nikotinu, poskytnout behaviorální a psychickou podporu, stanovit datum zanechání kouření. Pomocí pacientovi s přípravou na odvykání. Pacient by měl:

- informovat rodinu, známé a spolupracovníky o svém odvykání a požádat je o pochopení a podporu,

- odstranit cigarety ze svého okolí,
- rozebrat své předcházející pokusy – co mu pomáhalo a co vedlo k relapsu,
- připravit se na možné ohrožení svého pokusu přestat kouřit, hlavně v kritických prvních týdnech.

Dále je potřebné doporučit vhodnou substituční terapii.

70 % kuřáků uvádí, že chce přestat kouřit a že mají za sebou nejméně jeden vážný pokus o odvykání. Mohou mít málo informací o výhodách nekouření, nebo jsou demoralizovaní z předchozích nezdarů. Radu lékárníka však považují za důležitou motivaci.

A Plánovat kontroly (Arrange follow-up, controls)

Stanovit program dalších návštěv a monitorovat potřeby další pomoci kuřákům tak, abychom pacienta povzbudili a předcházeli tomu, aby se pacient vrátil znovu ke kouření. Připravit schéma kontrolního sledování, plánovat soustavné kontroly a sledovat ho hlavně v prvních týdnech a v předem stanovených termínech, vyjadřovat mu stálou podporu. A opět – je potřebné pacienta povzbudit, pochválit úspěch.

A Předvídat (Anticipate)

Pro úplnost doplníme „šesté A či P“ – předvídat rizikové faktory a včas intervenovat. Mít připravenou strategii prevence, např. pro dospívající nekuřáky.

Významnou úlohu může lékárník sehrát při odvykání kouření (zdravotní výchova, podpora zdraví). A to zejména při motivaci. Techniky posilování motivace (z anglické zkratky 5R) vznikly právě při léčbě závislosti na tabáku (kouření) a rozšířily se také do jiných oblastí. Využívají se například při léčbě jiných závislostí, patologického hráčství, poruch příjmu potravy, při léčbě chronické bolesti a dalších. Techniky motivace zahrnují prvky:

R Důležitost, závažnost, významnost (Relevance)

Používat takové argumenty, které jsou relevantní – důležité pro konkrétního kuřáka s ohledem na jeho věk, pohlaví... Využit je pro specifickou motivaci, například obezňat ho s negativními účinky kouření na zdraví (zhoršení alergie, astmatu...), negativním dopadem na sociální situaci (cigarety jsou drahé...),

negativním vlivem na soukromý život, na pracovní oblast atd. S cílem pacienta přesvědčit, získat pro zanechání kouření.

R Odměny (Rewards)

Obezdnat kuřáka s výhodami, které mu zanechání kouření přinese, například zlepšení chuti, čichu, zbaví se nepříjemného zápachu z úst, zlepšení finanční situace, zvýšení sebevědomí a sebeúcty atd.

R Rizika (Risks)

Obezdnat kuřáka s akutními (dušnost, zhoršení astmatu...) i chronickými riziky

(zvýšené riziko vzniku infarktu myokardu, mozkové příhody, karcinomu plic, chronické bronchitidy), které závislost na tabáku přináší. Zvláštní pozornost nutno věnovat ženám, hlavně gravidním ženám a kojícím matkám (nízká porodní hmotnost dětí kuřaček, zvýšené riziko náhlého úmrtí novorozence...).

R Bariéry, překážky (Road Blocks)

Prodiskutovat s kuřákem jeho obavy a důvody, proč nechce přestat kouřit (craving – bažení, abstinenční příznaky, zvyšování hmotnosti, obava z neúspěchu atd.). Vysvětlit možnosti řešení těchto problémů.

R Opakování (Repetition)

Citlivě a empaticky zopakovat celý postup odvykání kouření (včetně případného působení léčiv k odvykání kouření – léčiva suplementující nikotin, která jsou dostupné ve formě žvýkaček, pastilek anebo transdermálních náplastí, léčiva obsahující bupropion nebo vareniklin). Cílem je přesvědčit kuřáka, přivést jej k vlastnímu rozhodnutí. V případě neúspěchu jej uklidnit a zdůraznit, že většina abstinujících bývalých kuřáků přestala kouřit až po opakovaných pokusech.

Literatura u autora.

Doc. RNDr. Jozef KOLÁŘ, CSc.

VÝZNAMNÁ JUBILEA

červen

Česká lékárnická komora blahopřeje svým členům – červnovým jubilantům.

Mgr. Ivana Voráčková
Mgr. Jaroslav Chromeček
RNDr. Hana Janušová
PharmDr. Jiří Cach
PharmDr. Slávka Kubánková
PharmDr. Naděžda Šumpichová
Mgr. Eliška Foldynová
Mgr. Stanislava Retyková
PharmDr. Hana Krejčířová
Mgr. Jitka Přenosilová
PharmDr. Hana Mistríková
PharmDr. Marek Bárta
PharmDr. Hana Homolková
PharmDr. Jarmila Staňková
PharmDr. Jana Vykydalová
PharmDr. Milena Tesařová
PharmDr. Zdenka Kojanová
PharmDr. Taťána Murinová
PharmDr. Jitka Lužtická

PharmDr. Lenka Doležalová
PharmDr. Alice Nováková
Mgr. Romana Dvořáková
Mgr. Romana Lochmanová
Mgr. Pavla Uříčářová
Mgr. Jana Kašparová
Mgr. Jolanta Vašátková
PharmDr. Šárka Konvičková
Mgr. Anna Petrášová
PharmDr. Václav Petrus
Mgr. Miroslava Horáková
Mgr. Alice Novotná
PharmDr. Romana Bobková
Mgr. Miroslava Grossová
Mgr. Jana Kocurová
Mgr. Hana Beránková
Mgr. Magdalena Ratajská
Mgr. Radek Diviš
PharmDr. Jiřina Ptáčková
Mgr. Jitka Buřtová

Mgr. Martina Koblížková
Mgr. Milan Bažil
Mgr. Jana Košická
Mgr. Petra Nemetová
Mgr. Renata Škrášková
Mgr. Ilona Adamová
PharmDr. Zbyněk Eger
Mgr. Jana Hošková
Mgr. Renata Gorčíková
Mgr. Věra Tomková
Mgr. Kateřina Herdová
Mgr. Lubomír Mach
Mgr. Kateřina Černoouzová
Mgr. Hana Szrajberová
PharmDr. Denisa Šikulová
PharmDr. Lucie Nedopilová
PharmDr. Petra Francová
PharmDr. Roman Čech
Mgr. Jaroslav Hájek
Mgr. Dana Sýkorová

Neřetězcová lékárna ve Strakonících přijme

LÉKÁRNÍKA

jak absolventa, tak zkušeného.

Perspektiva vedoucí pozice, prostor pro seberealizaci, profesní svoboda, osobní ohodnocení, podíl na výsledcích.

Individuální úprava pracovních podmínek, možnost zkráceného úvazku, další bonusy.

Neváhejte nás kontaktovat pro bližší informace.

Tel.: 777 798 909 po 16.00 hod.

Neřetězcová lékárna ve Vimperku přijme

LÉKÁRNÍKA

jak absolventa, tak zkušeného.

Prostor pro seberealizaci, profesní svoboda, osobní ohodnocení, podíl na výsledcích.

Individuální úprava pracovních podmínek, možnost zkráceného úvazku, další bonusy.

Neváhejte nás kontaktovat pro bližší informace.

Tel.: 777 798 909 po 16.00 hod.

**OSTRAVA**

Clarion Congress Hotel

6. – 7. 10. 2023

BRNO

Quality Hotel Brno

13. – 14. 10. 2023

PRAHA

Hotel Artemis Prague

20. – 21. 10. 2023

ZDRAVÁ ÚSTA

v běžné lékárenské a ambulantní praxi

PÁTEČNÍ ODBORNÁ AKADEMIE

12:00-13:00 registrace

13:00-13:45 Ústní dutina – struktura, funkce a možnosti farmakologického ovlivnění**13:45-14:30** Vyšetřovací metody ve stomatologii a interpretace jejich výsledků

14:30-15:00 přestávka

15:00-15:45 Zubní kaz – příčiny, progresse a základní stomatologické intervence**15:45-16:30** Stomatologické intervence – příprava a následná péče

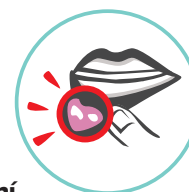
16:30-17:00 přestávka

17:00-17:45 Ústní dutina – vliv výživy a běžných denních aktivit**17:45-18:30** Chyby, mýty a triky v každodenní péči o zdravá ústa

18:30-19:00 zakončení Akademie

SOBOTNÍ ODBORNÁ AKADEMIE

8:00-9:00 registrace

09:00-09:45 Akutní a chronické nemoci měkkých tkání ústní dutiny**09:45-10:30** Ústní projevy systémových onemocnění, ústní mikrobiom

10:30-11:00 přestávka

11:00-11:45 Implantáty ve stomatologii**11:45-12:30** Zubní implantát – příprava a následná péče

12:30-13:30 oběd

13:30-14:15 Specifické lékové formy a léčebné postupy v oblasti ústní dutiny**14:15-15:00** Farmakoterapie ústní dutiny – lékové interakce a nežádoucí účinky

15:00-15:30 zakončení Akademie

Hodnocení v rámci programů celoživotního vzdělávání:

Vzdělávací akce bude zařazena do celoživotního vzdělávání lékárníků a bude registrována u České lékárnické komory.

Vzdělávací akce bude zařazena do celoživotního vzdělávání farmaceutických asistentů a bude registrována u České komory farmaceutických asistentů.

