



## DO OČKOVÁNÍ BY SE ZAPOJILA AŽ TŘETINA LÉKÁRNÍKŮ

„Dělali jsme i průzkumy, kolik lékárníků by se do očkování, pokud by bylo umožněno očkovat v lékárnách, zapojilo. Podle průzkumu ČLnK to vychází zhruba na jednu čtvrtinu až třetinu lékárníků, u nás ve spolku to vyšlo až na 60 procent, což je zřejmě dáno tím, že mladší lékárníci jsou progresivnější. Nicméně počty kolem čtvrtiny až třetiny jsou stejné jako v ostatních evropských zemích. Každopádně by očkování v lékárnách přispělo ke zvýšení proočkování proti chřipce, která je u nás velmi nízká.“

**STANISLAV GREGOR**

# Kompetence lékárníků by se měly rozšířit

*Pracuje v ústavní lékárně pražského Institutu klinické a experimentální medicíny, kde zastává funkci zástupce vedoucího Oddělení klinické farmacie a lékového informačního centra. Je členem představenstva České lékárnické komory (ČLnK) a takřka tři roky stál v čele spolku Mladí lékárníci (ML). Letos v květnu při konferenci Mladých lékárníků během volebního sněmu, který se konal v jejím závěru, předal PharmDr. Stanislav Gregor funkci předsedy spolku svému nástupci. Ideální příležitost popovídat si o tom, co se spolku ML v uplynulých letech podařilo, co mladé farmaceuty v současnosti na lékárenském trhu nejvíc trápí a jak se s případnými problémy nejlépe vypořádá.*



TVÁŘI V TVÁŘ

**Na webu Mladých lékárníků je uvedeno, že spolek chce spojit všechny lékárníky nespokojené se současným stavem českého lékárenství s cílem navrátit vašemu oboru prestiž.**

**Co ve spolku považujete za největší problém tuzemského lékárenství?**

Dlouhodobých problémů, s nimiž se lékárníci potýkají, je více. Určitě mezi ně patří nevhodný způsob odměňování lékáren, které jsou závislé na marži. Dalším je rozhodně

absence pravidel pro vznik nových lékáren nebo rozdílné doplatky na léky, což vede k tomu, že pacienti si lékárnou vyhledávají spíše podle výše doplatky než podle kvality poskytovaných služeb. Jde o dlouhodobé problémy, které ovšem netrápí pouze mladé farmaceuty. Náš spolek nicméně za největší

problém považuje nedostatečné kompetence lékárníků, které dlouhodobě stagnují a příliš se nerozšiřují.

**V jakých oblastech byste si představovali rozšíření kompetencí?**

Protože jsme si vědomi toho, že je třeba mít nějaké konkrétní plány k tomu, co by lékárníci mohli dělat, do jakých činností by se mohli zapojit, vytvořili jsme ve spolku vizi Mladý lékárník 2030, kterou jsme představili na zmiňované květnové konferenci. V této vizi jsme stanovili konkrétní cíle, kterých bychom chtěli dosáhnout do roku 2030. Naším plánem bylo přesně definovat určité oblasti, můžeme také říct činnosti, vytvořit k nim koncept, který udává, za jakých podmínek a v jakém rozsahu by je lékárníci mohli provádět, abychom pak návrh mohli předložit státním autoritám, diskutovat o něm a prosadit ho. Na tom nyní pracujeme.

**Můžete přiblížit jednotlivé body uvedené výše?**

Stanovili jsme čtyři hlavní. První se týká očkování v lékárnách, které bychom rádi prosadili. Původně jsme také chtěli zavést možnost preskripce chronicky užívaných léků, tedy že by lékárník mohl za jasně definovaných podmínek preskribovat. Od této kompetence jsme ale ustoupili, protože u všech stanovených bodů jsme nejdříve provedli zahraniční rešerši. Zmapovali jsme, jak se příslušné činnosti provádějí v ostatních zemích v Evropě, abychom se případně mohli inspirovat. Při tom jsme zjistili, že předepisování léků lékárníkem není moc rozšířené. Nejdále jsou v tomto ohledu ve Velké Británii. Proto jsme se raději vydali cestou, že by lékárník za přesně definovaných podmínek mohl nouzově vydat lék, který pacient užívá dlouhodobě. To by bylo výhodné v situacích, kdy pacient například nemůže zastihnout svého lékaře, aby mu lék předepsal. Dělali jsme si průzkum mezi lékárníky a 99 procent z nich se setkala se situací, kdy pacient přišel do lékárny a prosil farmaceuta o pomoc kvůli tomu, že mu došla zásoba chronicky užívaných léků a že se lékaři nemůže dovolat a zastihnout ho v ordinaci. V takových situacích hrozí přerušení kontinuálně užívané léčby a jediné řešení je zajít na pohotovost nebo se dostat k jinému lékaři, což nemusí být vždy jednoduché. Když lékárník využije lékový záznam, v němž jsou léky zaznamenány, a ověří, že je pacient užívá, tak by podle našeho názoru mohl léčivý přípravek vydat s tím, že by šlo skutečně o nouzový neboli emergentní výdej.

**A funguje takový nouzový výdej v zahraničí?**

Ano, zhruba ve 13 evropských zemích v různých podobách tento nouzový výdej existuje. Jako příklad bych zmínil Polsko, kde mají velice podobný koncept, jakého bychom chtěli dosáhnout u nás. Stejně jako v našem návrhu mají definováno, za jakých podmínek je nouzový výdej možný. Tedy že má jít o výdej nejmenšího balení, které má lékárníka skladem, nebo že se musí jednat o chronicky užívaný léčivý přípravek, který pacient užívá déle než šest měsíců, což lze ověřit v jeho lékovém záznamu. Z nouzového výdeje by samozřejmě byly vyňaty některé skupiny léčiv, například návykové látky nebo antibiotika. Občas narážíme na obavy lékařů, kteří říkají, že lékárníci budou léčit. Nikoliv, nebudeme

léčit, proto nechceme do emergentního výdeje zařazovat právě výše uvedená antibiotika. Můžeme ale odlehčit zdravotnickému systému a lékařům, aby pacient, který nezástihne svého lékaře, nemusel na pohotovost. V souvislosti s tím chci zdůraznit, že nepřinášíme inovace, které jinde neexistují. Proto zjišťujeme, co a jak dělají v zahraničí. Chceme se inspirovat a realizovat to, co je již ověřeno, abychom snížili obavy lékařů, veřejnosti i státní správy, že se pouštíme do něčeho bezhlavě. To v žádném případě. Vše máme promyšleno, nastudováno a vycházíme ze zahraničních zkušeností.

**Pojďme přejít k třetímu bodu výše.**

Jde o zapojení lékárníků do screeningových programů, protože dle našeho názoru je jejich postavení v primární péči nedostatečné. Myslíme si, že bychom se mohli zapojit do preventivních programů a ulevit lékařům, aby měli více času na léčbu pacientů. Lékárníci by se více zaměřili na screening, a kdyby identifikovali rizikového jedince, například pokud jde o diabetes mellitus, hyperlipidémii nebo arteriální hypertenzi, odeslali by ho k jeho ošetřujícímu lékaři, který by konkrétní diagnózu buď potvrdil, nebo vyvrátil. I v případě screeningu vycházíme ze zahraničních dat, která ukazují, že člověk, který nechodí ke svému praktikovi, většinou nechodí nikam. Nicméně do lékárny občas zajde

každý. Rozhodně nechceme určovat diagnózu, ale chceme pomoci se záchytem rizikových jedinců, protože lékárná je nej dostupnější zdravotnické zařízení.

**O čem pojednává čtvrtý bod?**

O zkvalitnění dispenzace, která představuje gros práce každého lékárníka, jeho takřka-jíc každodenní chleba, takže bychom ji měli dělat kvalitně. Tím, že veřejnosti ukážeme, že je lékárník opravdový odborník, s nímž se mohou poradit, by se nám mohlo podařit vylepšit veřejné povědomí o lékárnické profesi. Rozhodně se nám nelíbí situace, kdy přichází pacient s předpisem do lékárny a tam pouze slyší, kolik má doplatit, případně, že má brát jednu tabletu ráno. Chceme, aby dispenzace byla kvalitní, proto jsme ve spolupráci s Českou lékárnickou komorou iniciovali vznik pracovní skupiny pro zkvalitnění dispenzace, kterou v rámci komory vedu. Naším cílem je vytvořit takzvaná dispenzační optima. Chceme navázat na činnost paní doktorky Zajícové, která vytvářela před lety dispenzační minima. Zvolili jsme název optimum, protože bychom to nechtěli minimalizovat, ale chceme vytvořit poměrně rozsáhlý materiál, aby si v něm každý lékárník mohl najít to, čemu by se chtěl věnovat – například režimovým opatřením, nežádoucím účinkům léčiv, interakcím, a aby znalosti získané z dispenzačních optim mohly

využit ve své praxi, a tím pádem zlepšil obraz lékárníků v očích veřejnosti.

**Zastavila bych se u screeningu. I v současnosti mnoho lékáren poskytuje tyto služby, jmenujme například screening kognitivních poruch, na který se zaměřují v Benu lékárnách, měření cévního či plicního věku a pochopitelně asi nejrozšířenější službu v tuzemských lékárnách, kterou je měření krevního tlaku. Jde ale o služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Počítáte ve vaší vizi, že by se to mělo změnit?**

Naším dlouhodobým cílem je, aby byly tyto screeningové služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. ČLnK pořádá garantované kurzy, které jsou předpokladem toho, že lékárník bude provádět screening správně. Určitě je důležité upozornit, že garantované kurzy jsou pro lékárníky pořádány ve spolupráci s lékaři, aby proškolení bylo kvalitní. Zároveň se snažíme lékárníkům zdůrazňovat, aby jich garantovaný kurz absolvovalo co nejvíce, aby pak konkrétní služby byly poskytovány v co nejvyšší počtu lékáren.



