

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



2/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 22. 2. 2016



SPECIÁL

Zaměstnávání zdravotníků
Jak řešit nedostatek
lékařů a sester?

STRANA 7



Z MEDICÍNY

Colours of Sepsis 2016
Nutriční intervence
u kriticky nemocných

STRANA 34



SESTRA

Rozhovor
S předsedou POUZP
Bc. Tomášem Válkem

STRANA 24



Prof. Aleksi Šedo:
Zákon o vzdělávání lékařů
musí být dál pečlivě
kultivován.

(více viz str. 2)

Foto: archiv I. LF UK

Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů

Vláda počátkem února schválila návrh zákona, jímž se mění zákon č. 95/2004 Sb., o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, který upravuje postgraduální vzdělávání lékařů. Zabrání odcházení lékařů?

Návrh, který počítá s 18 kmeny, 33 základními obory a zkrácenou délkou specializačního vzdělávání, bude nyní projednáván parlamentem.

Méně základních oborů

„Novela vrací dosud přespecializovaný systém zpět do mantinelů obvyklých v okolních evropských zemích a celý vzdělávací proces také nastavuje pro lékaře tak, aby byl lépe konzumovatelný, přístupnější, vstřícnější. Mladí lékaři díky tomu například nebudou motivováni odcházet do zahraničí za mnohem rychlejšími atestacemi v některých oborech. Jejich vzdělání bude také v základu univerzálnější, což zajišťuje revize základních a nastavbových oborů,“

domnívá se ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Mezi hlavní změny systému vzdělávání patří revize počtu základních a nastavbových oborů a takzvaný zásuvkový systém započítávání vzdělávání v základním oboru. Počet základních oborů bude ze současných 46 snížena na 33 (viz tab. na straně 2). Zkrácena bude také délka specializačního vzdělávání lékařů v základních oborech. V návaznosti na tuto změnu má ministerstvo zdravotnictví v úmyslu upravit také skladbu nastavbových oborů specializačního vzdělávání lékařů. Další změnou je zvýšení počtu základních kmenů ze současných 17 na 18, a to doplněním nového základního kmenem onkologického.

Dohled a dozor

Podle novely vznikne také nový systém započítávání vzdělávání absolvovaného v rámci základního oboru do oborů nastavbových tak, aby se celková délka vzdělávání oproti současnému stavu neprodužovala. Jak ministerstvo uvádí, praxi absolvovanou již při specializační přípravě v základním oboru bude možné započítávat do praxe požadované pro obor nastavbový. Zákon dále zavádí nové úrovně vzdělávání formou tzv. funkčních kurzů (pro zubní lékaře a farmaceuty), které by umožnily zkráceným vzděláváním v trvání 3–24 měsíců prohloubit způsobilost k výkonu úzce vymezených činností. Náplň kurzů by vycházela z požadavků praxe. (pokračování na straně 3)

Inzerce M161000047

ZENTIVA
SPOLEČNOST SKUPINY SANOFI

Zentiva – jsme s Vámi už 85 let.

České léky vyvážíme do 50 zemí na celém světě.

Léčiva vyrábíme v Dolních Měcholupech od roku 1930.

Každý rok vyprodukuje takřka 100 milionů lékových balení.

Naši značku nesou 4 z 10 nejprodávanějších léků na českém trhu.

Máme 1 500 zaměstnanců a využíváme zejména domácí dodavatele.

Z DOMOVA

Změny v postgraduálním vzdělávání lékařů

(pokračování ze str. 1)

Za významnou změnu ministr považuje jednoznačné vymezení pojmu odborný dohled lékaře se specializovanou způsobilostí, pod kterým musí vykonávat povolání lékař s odbornou způsobilostí. Definice současného zákona byla nejasná a umožňovala nejednotný výklad. Novela zákona proto zavádí rozdělení pojmu na „odborný dozor“ (přísnější, do absolvování základního kmene) a „odborný dohled“ (volnější, po absolvování základního kmene).

Prováděcí vyhlášky poté

Úpravy dostojí také akreditační řízení školících pracovišť. Nově například nebude možné, aby akreditovanému zařízení vypr-

šela platnost akreditace v průběhu řízení o jejím prodloužení.

Zákon by měl navíc upravit požadavky tak, aby bylo získání akreditace umožněno co nejvyššímu počtu pracovišť, která budou specializační vzdělávání poskytovat. Cílem je mj. zamezit současnému stavu, kdy mladí lékaři musejí absolvovat trénink mimo svá mateřská pracoviště.

Jak budou například definovány kompetence lékařů s ukončeným základním vzdělávacím kmenem, zatím není jasné. Z informací ministerstva vyplývá, že zákon budou následovat prováděcí vyhlášky, které by měly jednotlivé kompetence (po kmeni, po dokončení specializačního vzdělávání i po nástavbových oborech) jasně stanovit.

Dorešit návaznost a finance

Přesvědčení Svatopluka Němečka, že mladí lékaři díky zlepšení postgraduálního vzdělávání nebudou motivováni odcházet do zahraničí za rychlejšími atestacemi, je podle prezidenta České lékařské komory (ČLK) Milana Kubky liché. „Obecně je současný stav specializačního vzdělávání v katastrofálním stavu. Ale jeho změna motivaci k odchodu mladých lékařů do zahraničí nezabrání. Jejich odchody jsou v první řadě kvůli financím, ne tolik kvůli stáží. Pětiprocentní nárůst platů tady nikoho neudrží,“ uvedl pro časopis Zdravotnictví a medicína. Zákon o vzdělávání lékařů považuje prezident ČLK za pozitivní krok, zejména s ohledem na

snížení počtu základních oborů, které brání nedostatku lékařů v příliš fragmentovaném systému. „Obáváme se o osud zákona v parlamentu a tamní ‚tvořivosti‘, kdy by poslanci mohli doplnovat základní vzdělávací obory o další. I s ohledem na lepší průchodnost legislativním procesem budou nadstavbové obory uvedeny až v prováděcí vyhlášce. Bude pak snazší tyto obory obměňovat, než kdyby byly součástí zákona,“ dodal Milan Kubek.

ČLK má v souvislosti se zákonem zásadní výhrady proti nedostatečně vyřešenému financování vzdělávání ze strany státu. Vyřešena nejsou ani přechodná období, například když lékař získá specializaci v oboru, který se přejmenuje nebo bude dle zákona vyřazen ze základních a stane se nástavbovým. V těchto případech komora požaduje, aby lékař své kompetence v daném oboru získal. ČLK také odmítá tzv. funkční kurzy. „U lékárníků či stomatologů je situace odlišná, ti nemají tolik specializací. S prosazením kurzů pro lékaře bychom čelili další parcelaci medicíny. Pokud bude internista potřebovat funkční kurz na čtení EKG, je riskantní, pokud bude pouze jedno školící středisko a lékař bude za kurz platit. Stejnou negativní odezvu na tyto kurzy pro lékaře mám i od pana ministra,“ podotkl prezident Kubek.

Zákonná (ne)možnost

„Zákon je jedním z prvních kroků na cestě, která musí být dále velmi pečlivě kultivována. Sám o sobě mnoho problémů, které v popomočném vzdělávání jsou, však příliš neřeší. Musíme ještě mluvit o financování rezidenčních míst, o souběhu základních a nadstavbových oborů. Zákon ošetřuje téma, které je vitální, zcela zásadní pro medicínu tím, že se dotýká lékařů a potažmo i pacientů, ale vnímám ho spíše jako první krok,“ uvedl pro naši redakci děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (1. LF UK) Aleksi Šedo a potvrdil, že zákon neřeší neduhy, na které dlouhodobě upozorňuje například sdružení Mladí lékaři (viz rozhovor v ZaM č.12/2015).

Děkan Šedo rozumí obavě mladých lékařů například z toho, že zákon pouze legalizuje stávající praxi, kdy lékař s minimem praxe slouží sám noční služby. „Naprosto to chápou. Speciálně mladí lékaři představují kategorii zdravotníků, kteří nemají ideální portfolio zkušeností, přitom jsou



Illustrace foto: Shutterstock

na ně kladeny obrovské nároky, nejsou dobře zaplacení a musí procházet administrativními peripetiemi. Není možno dopustit, aby zákon řešil pouze nedostatek lékařů, a to tím, že zkrátí lhůty a množství výkonů, které je potřeba absolvovat pro specializaci, aby lékař získal osvědčení v kratší době, byl by k dispozici pro nemocnici, ale fakticky by neměl kompetence. Lékař, který slouží v okresní či krajské nemocnici v noci, kompetence potřebuje, musí se sám na sebe spolehnout,“ zdůraznil prof. Šedo a popsal praxi, kdy řada zaměstnavatelů svého lékaře, který potřebuje absolvovat různé praxe, na tyto nepouští, protože nemocnice nemá dostatek lékařů. Mladý lékař, byť má zákonnou možnost, aby si stáže splnil, fakticky takovou příležitost nemá.

Trénink, nebo exkurze?

Nedostatečně jsou podle děkana ohodnoceni také školitelé, kteří v praxi na vzdělávání lékařů navíc nemají vyhrazen časový prostor a stážísté potom na odděleních místo tréninku plní roli diváků či administrátorů. „To je další věc a důležité memento v ještě širším pohledu. Legislativa, která se připravuje ve prospěch zdravotnictví, by zároveň měla být velice úzce koordinována s legislativou, jež se týká školství. My na fakultách narážíme na to, že pro excelentní klinické lékaře je strašně nevýhodné, aby mediky vůbec učili. Nechtějí se stávat učitelé lékařských fakult, protože je to pro ně velká finanční ztráta. Lékaři v resortu ministerstva školství jsou placeni podstatně hůře než lékaři v resortu ministerstva zdravotnictví, byť ani lékaři v resortu MZ nejsou se svými platy spokojeni,“ připomněl Aleksi Šedo. Zásadní úkolem při organizaci zdravotnictví podle něj do budoucna bude, aby systém nebyl sice krásně vymyšlen, ale přitom pouze předstíran.

Petra Klusáková

Skutečný příděl ze základního fondu zdravotních pojišťoven do provozního fondu

Základní obor	Označení odbornosti	Délka vzdělávání (v letech) včetně délky vzdělávání v základním kmeni
1. alergologie a klinická imunologie	alergolog a klinický imunolog	4,5
2. anesteziologie a intenzivní medicína	anesteziolog	4,5
3. dermatovenerologie	dermatovenerolog	4,5
4. dětská a dorostová psychiatrie	dětský a dorostový psychiatr	4,5
5. gynekologie a porodnictví	gynekolog a porodník	4,5
6. hematologie a transfúzní lékařství	hematolog a transfuziolog	4,5
7. hygiena a epidemiologie	hygienik a epidemiolog	4
8. chirurgie	chirurg	5
9. infekční lékařství	infekcionista	4
10. kardiologie	kardiolog	4,5
11. kardiologie	kardiolog	4,5
12. klinická biochemie	klinický biochemik	4,5
13. klinická onkologie	klinický onkolog	5
14. lékařská genetika	lékařský genetik	4
15. lékařská mikrobiologie	lékařský mikrobiolog	4,5
16. neurochirurgie	neurochirurg	6
17. neurologie	neurolog	4,5
18. oftalmologie	oftalmolog	4,5
19. ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	ortoped	5
20. otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	otorinolaryngolog	4,5
21. patologie	patolog	4,5
22. pediatrie	pediatr	4,5
23. plastická chirurgie	plastický chirurg	5
24. psychiatrie	psychiatr	4,5
25. radiační onkologie	radiační onkolog	4,5
26. radiologie a zobrazovací metody	radiolog	4,5
27. rehabilitační a fyzikální medicína	rehabilitační lékař	4
28. soudní lékařství	soudní lékař	4,5
29. traumatologie	traumatolog	5
30. urgentní medicína	urgentní lékař	5
31. urologie	urolog	5
32. vnitřní lékařství	internista	5
33. všeobecné praktické lékařství	praktický lékař	3

Výročí, které by nemělo zapadnout

Pět let po skončení protestní akce „Děkujeme, odcházíme“ bude zřejmě spousta lékařů cítit hořkost. Většina jí ale bude pocházet spíše z raněných citů než z faktického vývoje.

Bylo to 17. února 2011, když tehdejší ministr zdravotnictví Leoš Heger a šéf LOK Martin Engel podepsali memorandum, díky němuž se do práce vrátilo více než tři tisíce lékařů, kteří předtím podali hromadné výpovědi.



Martin Čaban

Bylo to vyvrcholení nejpropracovanější odborářské protestní akce po listopadu 1989 a nikdo se do dneš síle jejího dopadu ani nepřiblížil.

Podpis memoranda byl současně okamžikem jedné z nejošklivějších (a neúčinnějších) politických habaďůr v naší mladé demokracii. Ministr Heger, do té doby pěstující spíše image laskavého, mírného a naslouchajícího politika, nechal zcela cynicky a s tváří hráče pokeru lékaře podepsat memorandum, o němž – ještě než zaschl inkoust – věděl, že je pouhým cárem papíru. Finanční sliby byly vzhledem k tehdejšímu mdlému stavu ekonomiky a nevábným prognózám naprosto neuskutečnitelné a neuskutečnily

se samozřejmě do dnes, přičemž Hegeřovi nástupci se memorandumem nikdy necítili vázání.

Není třeba hořkosti

Ale že by zase lékaři měli důvod vzpomínat na únor před pěti lety jenom s hořkostí, to ne. Byli sice tehdy podvedeni v tom, že memorandum se nenaplnilo, ale téma zvyšování platů v nemocnicích bylo od té doby plnou silou na stole. Nedošlo sice ke slibovanému rychlému nárůstu průměrného platu lékaře až na trojnásobek průměrné mzdy ve státě, ale nedá se popřít, že lékařské platy vzrostly znatelně rychleji než mzdy v kterémkoli jiném segmentu ekonomiky včetně státní správy a rostly i během hubených let. Navíc pravocouvu vládu i s Hegeřem vzala voda a dnes už jsou tomu dva roky, co na ministerstvu sedí Svatopluk Němeček, pro nějž je zvyšování lékařských platů jedním z mála témat, za něž se srdnatě bije.

Ostatně druhým, nyní dost aktuálním tématem, o němž se v memorandu také píše, je změna systému vzdělávání lékařů. Výsledek těchto Němečkových snah je zatím ve hvězdách a bude kolem něj ještě hodně rozruchu, ale snaha snad patrná je.

Své místo v dějinách

Pokud odhlédne od svých raněných citů, mohl by pětileté výročí memoranda oslavit i šéf LOK Martin Engel. Díky akci „Děkujeme, odcházíme“ se stal profesionálním odborovým předákem a výraznou postavou české veřejné debaty o zdravotnictví. S potěšením mohl sledovat i to, jak se jeho monstrakci ještě týž rok inspirovali kolegové na Slovensku, kde dotlačili tehdejší vládu Ivety Radičové až k vyhlášení stavu nouze. Engelova poslední aktivita, tedy výhrůžky žalobou kvůli neplnění memoranda, už dnes působí poněkud přehnaně.

A zcela jistě budou na akci „Děkujeme, odcházíme“ s láskou vzpomínat pracovníci PR agentury Ewing, které se podařil husarský kousek v jejich branži, totiž dodat odborářské akci lesk, široký společenský dopad a profesionalitu. Však za to také agentura sklídila několik obrovských cen. Někteří pracovníci

příslušného týmu se s akcí sžili do té míry, že se za věc protestujících lékařů intenzivně brali i dlouho po pracovní době v hospodě u piva se známými.

Sečteno a podtrženo, akce „Děkujeme, odcházíme“ zůstává i přes nenaplněná prvotní očekávání velmi výraznou akcí v dějinách polistopadového zdravotnictví, která se bude ještě dlouho studovat z různých úhlů. A také akcí nadprůměrně úspěšnou.

Reakce České průmyslové zdravotní pojišťovny

na příspěvek Martina Jana Stránského (*Pět největších chorob českého zdravotnictví a jejich řešení, Zdravotnictví a medicína č. 1/2016, str. 21*). „Článek obsahuje nesmyslné tvrzení, a to ‚fúze společnosti AGEL s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou v Moravskoslezském kraji umožnila vznik monopolu dodavatelských a poskytovatelských zdravotních služeb‘.

Toto tvrzení je nepravdivé, neboť společnost AGEL a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna se nikdy nesloučily. Fúzi soukromé společnosti a zdravotní pojišťovny ani současná legislativa neumožňuje.“

Elenka Mazurová, tisková mluvčí ČPZP

Inzerce M151001013

VZP má letos na péči o každého klienta připraveno v průměru 25 856 korun

Všeobecná zdravotní pojišťovna má na péči o své klienty ročně připraveno o padesát miliard korun víc než všech šest zbylých zdravotních pojišťoven dohromady. V letošním roce plánuje zaplatit bezmála 152,8 miliardy korun. Za léčení každého klienta tak může vydat v průměru 25 856 korun. Žádná jiná pojišťovna nemá pro své pojištěnce k dispozici tolik peněz.

Suverénně nejvíce peněz je VZP připravena vydat za své klienty jak v ambulantní, tak v lůžkové či třeba lázeňské péči. Za léky na recepty, které její pojištěnci potřebují, platí stabilně více než pětkrát tolik ve srovnání s další pojišťovnou v pořadí. A třeba na péči v zahraničí vydává bezmála osminásobek.

Pro klienty VZP to znamená, že v případě potřeby mají na své straně opravdu silného partnera, který na nich nebude šetřit a je za jejich zdraví připraven zaplatit bezkonkurenčně nejlépe.

Podrobně to ukazuje následující tabulka. Protože zdravotně pojistné plány některých pojišťoven pro rok 2016 ještě nejsou k dispozici a totéž platí o datech za rok 2015, vychází srovnání z údajů zveřejněných pojišťovnami ke konci roku 2014. Čísla pro letošek budou sice o něco vyšší, nicméně na trendu a vzájemných rozdílech se už několik let nic výrazně nemění.

Kolik daly pojišťovny za péči v roce 2014 a kolik měly k dispozici peněz na jednoho klienta							
Částky jsou v tisících Kč	VZP	ZPMV	ČPZP	OZP	VoZP	RBP	ZPŠ
Náklady na zdr. péči o klienty	142 816 000	25 690 000	24 200 000	14 083 600	14 323 811	8 257 200	3 010 500
Z toho na ambulantní péči	35 380 000	7 508 030	7 192 495	4 486 600	4 075 550	2 582 000	735 000
na lůžkovou péči	77 018 000	12 784 980	12 156 187	7 042 500	7 293 797	3 945 200	1 625 000
na lůžně	1 250 000	335 430	274 043	154 500	176 559	98 900	31 000
na léky na recept	20 998 000	3 805 770	3 433 008	1 840 000	2 079 490	1 218 700	463 500
na léčení v zahraničí	560 000	77 000	51 000	36 000	29 940	32 500	9 000
V průměru na 1 klienta	23,899	20,722	20,075	19,326	20,599	19,261	21,609

*Jde o údaje k 31. 12. 2014, které pojišťovny zveřejnily ve svých zdravotně pojistných plánech. Součet nákladů na jednotlivé dílčí segmenty nedává dohromady celkové náklady pojišťovny – do toho jsou započteny např. též zdrav. prostředky, doprava, očkování apod.

Vláda bude zvažovat i provozování letecké záchranky státem

Vláda bude vedle vypsání výběrového řízení na provoz letecké záchrané služby zvažovat i provozování vrtulníků státem. Nyní osm z deseti základů provozují soukromé firmy a po jedné armáda a policie. Smlouvy se soukromými provozovateli na konci letošního roku vyprší.

Ministr financí Andrej Babiš už dříve kritizoval výši zakázky a navrhuje ministru zdravotnictví Svatopluku Němečkovi variantu provozu zajišťovaného společně armádou a policií, nebo variantu fungující například v Německu či Rakousku, kde leteckou záchranou službu provozuje státem založená nezisková organizace.

Ministerstvo zdravotnictví předloží na příštím jednání vlády obě varianty – tedy že se provozovatelé vysoutěží, nebo od 1. ledna 2017 službu zajistí ministerstvo obrany

a dostane na to od ministerstva financí peníze.

Rozšíření působnosti na další základy už dříve ministerstva obrany i vnitra odmítly. Později Svatopluk Němeček novinářům řekl, že by převedení letecké záchranky pod obranu považoval za elegantní řešení.

Tendr na leteckou záchranou službu spadá do působnosti náměstka MZ pro zdravotní péči Josefa Vymazala (ANO). Jeho stranický šéf Andrej Babiš zpochybnil, že by službu měly zajišťovat soukromé firmy. Toto řešení se mu zdá příliš drahé. Při předchozím jednání tématu na vládě kritizoval ministr Babiš navrženou cenu tendru. Prý by ministerstvo obrany mohlo zajistit provoz z vlastních zdrojů, zřejmě by na to dostalo dotaci ze státního rozpočtu.

(ČTK)

Z DOMOVA

Nemocnice nakupují rajský plyn za velmi rozdílné ceny

Nadační fond proti korupci (NFPK) získal údaje o cenách některých plynů používaných ve zdravotnictví a na jejich základě porovnal ceny medicijního kyslíku a rajského plynu v sedmi nemocnicích. Z porovnání plyne dramatický rozdíl v jednotkových cenách, za které nemocnice plyny nakupují, a rovněž jejich vysoká cena oproti cenám plynů technických či potravinářských.

Jak NFPK připomněl, do roku 2008 byl kyslík i rajský plyn (oxid dusný) používán ve zdravotnictví jako obyčejný plyn (s nároky na kvalitu nutnou pro zdravotnické účely). V roce 2008, kdy resort vedl ministr zdravotnictví Tomáš Julínek a jeho první náměstek Marek Šnajdr, se oba plyny staly léčivými přípravky, a to na základě registrační vyhlášky o léčivých přípravcích č. 228/2008 Sb. „Důsledkem byl skokový nárůst cen těchto plynů a tedy také nárůst zisků malé skupiny dodavatelů medicijních plynů,“ uvedl fond.

Diametrální rozdíly

NFPK porovnal ceny medicijního kyslíku a rajského plynu

v pěti nemocnicích řízených ministerstvem zdravotnictví a ve dvou nemocnicích řízených kraji. Z porovnání plyne několik závěrů. „Zatímco Nemocnice Na Bulovce platí bez dalších poplatků přibližně 53 Kč bez DPH za metr krychlový plyného medicijního kyslíku v lahvi o objemu 50 litrů, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady platí za totéž (avšak od jiného dodavatele) již přibližně 131 korun. Nemocnice Vyškov coby příspěvková organizace Jihomoravského kraje platila v roce 2013 za uvedené přibližně 173 Kč a nejméně tolik platí i v roce 2015. Rekordmankou je pak Fakultní nemocnice Olomouc, která platí skoro 186 Kč za metr krychlový plyného medicijního kyslí-

ku v lahvi o objemu 50 litrů,“ uvádí v tiskové zprávě NFPK.

Drahý i kapalný

Kyslík je však možné dodávat také v kapalném skupenství – i v takových dodávkách existují významné rozdíly. „Zatímco jeden kilogram medicijního kapalného kyslíku bez dalších poplatků stojí Nemocnici Na Bulovce 4,54 Kč (bez DPH), Fakultní nemocnici Královské Vinohrady stojí totéž (opět od jiného dodavatele) skoro dvojnásobek (přibližně 8,38 Kč) a Nemocnici Prachatice pak 8,99 Kč, skoro stejně jako Fakultní nemocnici Olomouc (9,10 Kč za kg). Rekordmankou v této kategorii je Nemocnice Vyškov, která na základě výsledků veřejné zakázky „Dodávky kapalného medicijního

kyslíku pro organizace Jihomoravského kraje 2015–2016“ platí bez dalších poplatků přibližně 10,74 Kč za kilogram kapalného kyslíku (12,25 Kč za litr),“ informoval NFPK s tím, že organizacemi Jihomoravského kraje se rozumí sedm nemocnic, tedy uvedené dramatické rozdíly lze jen těžko vysvětlit množstevními slevami. Obdobné rozdíly panují i v cenách za rajský plyn.

Medicijní kyslík

Jak fond dále podotkl, nejmenovaná velká německá nemocnice hradí o,16 eur (přibližně 4 Kč) za metr krychlový medicijního kyslíku, jedná se ovšem o nejlepší cenu za odběr značného množství uvedené látky. Ceny medicijních plynů jsou však podle NFPK



ilustraci foto: Shutterstock

v nepoměru i ve srovnání s cenami obdobných plynů technických či potravinářských. Například Fakultní nemocnice Hradec Králové platí za medicijní kyslík o koncentraci 99,5 % v lahvi o objemu 50 litrů při plnicím tlaku 200 barů skoro dvojnásobnou cenu (1300 Kč bez DPH a bez poplatků), než kolik platí Fakultní nemocnice Královské Vinohrady za technický kyslík o koncentraci (čistotě) 99,5 % v lahvi o stejném objemu a o stejném plnicím tlaku (737 Kč bez DPH a bez poplatků).

„Drahé medicijní plyny jsou jen kapkou v moři neohospodárnosti veřejného zdravotnictví. Jsem přesvědčen, že nejde jen o nedbalost,“ komentoval zjištění ředitel NFPK Petr Soukenka. (klu)

Krátce z domova

• Vláda schválila návrh novely zákona o pojistném

Návrh novely zákona 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, bude nyní posuzovat poslanecká sněmovna. „Schválením návrhu novely tohoto zákona plníme další bod Programového prohlášení vlády, a to v oblasti přerozdělování pojistného z veřejného zdravotního pojištění. Novela zavede spravedlivý model přerozdělení pojistného a ulehčí tak pojišťovně financování zdravotních služeb pro nadstandardně nákladné pacienty se závažnými diagnózami, tak aby jim byla nadále zajištěna maximální péče,“ vysvětlil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Novela zachovává systém kompenzací za mimořádně nákladné pojištěnce, přičemž náklady by měly být zohledněny ve větší míře než doposud. Vysoké náklady na velmi nákladné pojištěnce neponese pojišťovna „ze svého“ a nebude tak vystavena nepřiměřenému finančnímu riziku. Novela také zavede nový typ nákladových skupin pojištěnců, kteří budou rozděleni podle spotřeby léků užívaných v souvislosti s některými závažnými chronickými nemocemi (tzv. farmaceuticko-nákladové skupiny). Peníze přidělené zdravotním pojišťovnám

tak budou lépe odrážet náklady na všechny pojištěnce souhrnně i náklady na pojištěnce jednotlivě. Zdravotní pojišťovny zatím nezveřejnily modelová data, která by naznačila, jak konkrétně se přerozdělením systém změní.

• Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc byl schválen

Vláda počátkem února schválila Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění pro období 2016–2019. Akční plán je provázán s již vypracovanou a schválenou Strategií reformy psychiatrické péče a Akčním plánem Duševní zdraví v Národní strategii Zdraví 2020.

„Péče o pacienty s neurodegenerativními onemocněními ve spojitosti s demencí se vzhledem k demografickému vývoji stává stále vyšší prioritou v mnoha zemích světa. Také v České republice prognóza populačního vývoje varuje, že se stárnutím populace musíme počítat i s nárůstem počtu takto nemocných lidí,“ uvedl ke schválení ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Strategický dokument, na němž spolupracovala ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí i školství spolu se zástupci Sdružení měst a obcí, dále krajů, pojiš-

ťoven a odborných společností, by měl zlepšit kvalitu života pacientů i jejich pečujících příslušníků, zvýšit informovanost, podpořit vzdělávání, vznik center zaměřených na Alzheimerovu nemoc i výzkumné aktivity k problematice demence. Plán bude sloužit všem organizacím a poskytovatelům zdravotních nebo sociálních služeb a jako předloha pro kraje a obce, které v této oblasti budou formulovat své vlastní strategické dokumenty.

• Po zrušení regulačních poplatků platí lidé u lékaře a v lékárnách o dvě třetiny méně

Zdravotní pojišťovny hlásí významný pokles osob, jimž vrací přeplatky za překročení tzv. ochranného limitu u doplatků za léky. Za výrazným meziročním poklesem stojí zrušení regulačních poplatků v roce 2014. „Zatímco v roce 2014 překročilo takzvaný ochranný limit 148 tisíc klientů VZP a pojišťovna jim vrátila přeplatky v celkové výši přes 187 milionů korun, loni už se to též týkalo jen 47 tisíc lidí a celková výše přeplatku nedosáhla ani na 59 milionů,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý. Jak připomněl, výše ochranného limitu je 5000 korun, u dětí do 18 let a seniorů nad 65 let 2500 korun. Vše, co lidé za-

platí za započitatelné doplatky na léky navíc, pojišťovna vrací. „Ačkoli absolutní výše přeplatků i počet klientů, kteří jich dosáhli, v meziročním srovnání prudce klesly, výše průměrného přeplatku na jednoho pojištěnce se nijak výrazně nemění, zůstává na 1250 korunách,“ dodal mluvčí Tichý.

Snížení počtu osob, které ochranný limit na doplatky za léky překročily, ohlásila také Česká průmyslová pojišťovna (ČPZP). Necelým 6 tisícům klientů vrací přes 7 milionů korun. V roce 2014 pojišťovna vrátila 19 tisícům svých pojištěnců celkem 24,6 milionu korun. Přeplatky dostávají lidé na bankovní účet nebo poštovní poukázku nejpozději do 60 dnů od konce čtvrtletí, ve kterém limit překročili. Zdravotní pojišťovny zasílají částky vyšší než 50 korun, nižší částky jsou převedeny do dalších čtvrtletí. Poslední přeplatky se lidem vracejí do konce února následujícího roku.

• Úspory VZP za léky

Všeobecná zdravotní pojišťovna vypočetla úspory, kterých díky lékové politice v posledních třech letech dosahuje. Jak novinářům řekl náměstek Petr Honěk, náklady na léky za 2015 jsou zhruba stejné jako v roce 2014. Z osmi zkrácených re-

vizí vypočetla VZP úsporu 367 milionů (pro celý systém veřejného zdravotního pojištění hloubkové revize uspořily 550 milionů). Pro letošní rok očekává VZP díky revizím dalších 300 milionů úspor. VZP chystá (vedle zavedeného pozitivního listu) také systém doporučení ekonomicky výhodných přípravků určených pro centrovou léčbu. Jak Petr Honěk potvrdil, u biologické léčby bude stále větší úlohu s hrávat ekonomické hledisko a fokus na *biosimilars*. Novinkou druhého poloviny roku bude úhrada nákladné biologické léčby vrozené hypercholesterolemie, u pacientů s intolerancí na standardní statinovou léčbu.

Pojišťovna pracuje také na softwaru lékových interakcí, který by měl být praktickým nástrojem pro lékovou preskripci lékaři. VZP si slibuje zvýšení účinnosti revizní činnosti díky většímu důrazu na edukaci lékařů. Pojišťovna připravuje semináře k tématům, která jsou v gesci odboru kontroly a revize zdravotní péče. Mezi nejčastější neshody mezi pojišťovnou a lékaři dochází například v oblasti vykazování administrativní, vykazování zdravotních služeb v bytových zařízeních sociálních služeb nebo v zásadách delegované preskripce. (klu)

Hrazená přeprava pacientů v režimu tzv. neodkladné péče



VZP v poslední době zjišťuje nesprávný postup ze strany ošetřujících lékařů, kteří neodůvodněně indikují přepravu pacientů v neodkladném režimu, třebaže měla být indikována a hrazena přeprava ve standardním režimu běžné zdravotnické dopravy. V jakých případech k nesprávné indikaci při přepravě pacientů v režimu tzv. neodkladné péče ze strany lékařů dochází a jak by měla být tato péče správně hrazena?

Podle zákona č. 372/2011 Sb. je mezi zdravotní služby mimo jiné zahrnuta:

• **zdravotnická záchranná služba (ZZS),**

• **zdravotnická dopravní služba (ZDS),** jejímž účelem je

a) přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb,

b) rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele,

c) přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejích složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu,

• **přeprava pacientů neodkladné péče** (dále jen PPNP), kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy.

Od 1. 1. 2015 je PPNP zařazena pod novou odbornost **799**.

Pravidla pro úhradu v režimu PPNP

Pro legitimní úhradu zdravotnické přepravy v tomto režimu je nezbytné, aby k ní byly racionální zdravotní důvody na straně pacienta a aby ji lékař indikoval na smluvně závazném dokladu VZP-34 – **Příkaz ke zdravotnímu transportu** (pozn.: v současné době je připravován formulář nový).

Zdravotní pojišťovna hradí tuto přepravu tam i zpět, a to včetně kilometrů z výjezdové základny k pacientovi



(na rozdíl od běžné dopravy, kdy pojišťovna hradí pouze kilometry ujeté s pacientem).

Kromě úhrady dopravy (sazby za 1 kilometr) jsou hrazeny i zdravotní služby poskytované zdravotníky, tedy posádkou typu RZP (rychlá zdravotnická pomoc) nebo RLP (rychlá lékařská pomoc), a to v podobě úhrady péče za každých dokončených 15 minut.

Nejčastější chyby při vyplňování dokladů

Často chybí:

• typ požadované posádky – RZP nebo RLP (na dokladu VZP-34 taková kolonka není, ale pokyn je možno vepsat

kamkoli, např. do řádku Pokyny pro posádku),

• srozumitelné a relevantní medicínské zdůvodnění pro hrazenou zdravotní službu – přepravu v režimu PPNP (je uvedeno např. jen „k vyšetření“, „z vyšetření“, „neschopen cesty MHD“ apod.).

Důvodem pro indikaci hrazené zdravotnické přepravy nemůže být důvod logistický, např. rodinné zázemí klienta, nebo problémy s organizací péče na straně zdravotnického zařízení.

Chyby v indikaci a jak se jich vyvarovat

Zjišťujeme, že ošetřující lékaři neodůvodněně indikují přepravu pa-

ciентů v neodkladném režimu např. z důvodu poruchy kognitivních funkcí pacienta (demence), z důvodu imobility či jinak zhoršené obslužnosti a soběstačnosti, kdy je namíste přeprava ve standardním režimu běžné zdravotnické dopravy a potřebný odborný dohled či dopomoc při transportu má zajistit druhý člen posádky.

Je třeba zdůraznit:

• Pokud je ze zdravotních důvodů potřeba zajistit odborný dohled a nezbytnou péči o pacienta v průběhu zdravotnické přepravy **ve standardním režimu**, pak ji musí a má zajistit dopravní zdravotní služba, protože tato péče je hrazena, tzn. je obligatorní součástí úhrady – sazby za 1 kilometr.

• V případě požadavku na odborný dohled zahrne indikující lékař na žádance – smluvně závazném dokladu VZP-34 „dvouposádka“.

• PPNP nesmí suplovat přepravu ve standardním a hrazeném režimu běžné zdravotnické přepravy s **doprovodem**. Jako důvod je uváděno např. „zabezpečení kontinuity informací“, „dopomoc při následném vyšetření“ apod. Přitom doprovodem pacienta ve standardním režimu se rozumí doprovázející osoba, která není členem posádky vozidla a jejíž přítomnost je s ohledem na zdravotní stav pacienta nezbytně nutná pro následné ošetření či vyšetření.

• PPNP nesmí suplovat nehrazenou přepravu pacientů z vlastního sociálního prostředí do zdravotnického zařízení a zpět (pobytová zařízení sociálních služeb, domácí prostředí).

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na www.vzp.cz

ROZHOVOR

Nestavme vůz před koně a definujme standardy péče

Jak pro naši redakci uvedl zakladatel Kanceláře Ombudsmana pro zdraví **Martin J. Stránský**, takové množství žádostí o radu v oblasti zdravotnictví ani nečekal. Spektrum problémů kopíruje stav systému – roztržitost a špatnou komunikaci jak ve vztahu zdravotník – pacient, tak i mezi zdravotníky na pracovišti.

Kancelář Ombudsmana pro zdraví funguje více než rok, můžete nyní zhodnotit její činnost?

Jde o nezávislé, apolitické a z hlediska potřeb občanů vedené poradenské centrum, které má sloužit nejen pacientům, ale i zdravotníkům. Zároveň nabízíme unikátní právní příručky pro zdravotnické pracovníky a odborné stáže ve zdravotnickém právu pro studenty Právnické fakulty UK v Praze.

Činnost kanceláře se rozjela víc, než jsme očekávali, a počet vyřešených kauz narůstá. V roce 2015 podalo formální žádost či dotaz asi 400 osob. Nově jsme zavedli mechanismus zpětné vazby, takže se dozvídáme, jak naše rady lidem prospěly. Zjistili jsme, že někteří lidé, přestože získají relevantní informace, s nimi dále neumí dobře naložit. Budeme tedy čím dál tím víc tzv. *full service* organizace.

Jsmo možná jediná organizace svého typu, která je na jedné straně schopna poskytovat bezplatné právní poradenství (za podpory Nadačního fondu Stránský, který je naším zřizovatelem) a na straně druhé může díky své nezávislosti objektivně posuzovat a navrhnout řešení. Ani ministerský nebo nemocniční ombudsman nemá tak volné pole působnosti neohrazené například zájmy zaměstnavatele.

Jaké jsou nejčastější problémy, s nimiž se na kancelář lidé obracejí?

Více než 47 procent lidí, kteří se na nás obrátili, není spokojeno s léčbou. Jedná se o možné chyby ze strany lékaře, zanedbání péče a neposkytnutí léčby obecně. Všechny problémy mají společného jmenovatele, kterým je špatná komunikace.

Dalších 12 procent tvoří lidé, kteří potřebují všeobecné poradenství – často vůbec neznají svoje práva ve zdravotnictví. Stejně velká skupina odráží současný stav systému zdravotnictví – po-



Foto: archiv

týká se například s nedostupností zdravotní péče, platbami za nadstandardy, nedostupností dosud užívaných léčiv, problematikou informovaných souhlasů, diskriminací v seniorském věku...

Důležité je, že se na nás obrací nejen jednotlivci, ale i různé zdravotnické organizace. Navázali jsme také intenzivní spolupráci s Právnickou fakultou UK v Praze a od začátku tohoto akademického roku jako jediná soukromá organizace poskytujeme studentům v rámci volitelných předmětů přesně řízenou stáž odborné praxe.

Nabízíte také právní podporu?

Jako nezávislá organizace nemůžeme doporučit konkrétní právníky, ale na našich webových stránkách lidé najdou advokáty, s nimiž spolupracujeme, i odkazy na seznamy, kde si mohou najít toho nejhodnějšího podle vlastní volby. Víme rovněž, co poradit a kam se případně obrátit, nachází-li se člověk ve finanční tísní a potřebuje advokáta *pro bono*.

Na vaši kancelář se obracejí i zdravotníci. Co je trápí?

Jedna skupina řeší problematické pracovní-právní vztahy uvnitř zdravotnického zařízení, kdy mají například nejasný kontrakt s vedením. Hlavní sestry jsou pod šilným tlakem. Jde o otázky hrazení přesčasů, kurzů, jejich kvalifikace, nerovnosti v přístupu, konflikty,

střety zájmů uvnitř oddělení či nemocnice.

Druhá část zdravotníků si není jista svými právy a někdy ani povinnostmi. Pro mě byl pozoruhodný dotaz skupiny lékařů, která se přelá o to, zda má od pacienta získat informovaný souhlas lékař, který výkon naordinoval, nebo ten, který jej bude provádět. Přece každý student medicíny by už v prvním ročníku měl vědět, že je to vždy ten, který výkon provádí a nese za něj odpovědnost. Tento dotaz je ukázkou toho, jak je pracovní prostor právně deformovaný.

Nedávno jste vydal seznam největších chorob českého zdravotnictví a za jednu z největších chyb označil neexistenci standardů zdravotní péče. Na stránkách ministerstva zdravotnictví je kapitola tvorby standardů odborné zdravotní péče aktualizována naposledy v roce 2009. Jak si představujete mechanismus, který by ministerstvo k posunu v této oblasti popohnalo?

Problémem je, že neexistuje osoba, která by nutnost udělat plošnou změnu vysvětlila jako výhru pro všechny strany. Úzce s tím souvisí i časté střídání ministrů zdravotnictví.

Absence standardů je velkou chybou, protože právě jejich vytvoření je nezbytně potřebným krokem ke vzniku základní platformy zdravotnictví. Česká politika se specializuje na stavění vozu před koně, a právě proto nefunguje současná posloupnost „reform“. Aby mohly být prováděny změny, je třeba jako první stanovit základní parametry. Tady se od počátku prováděly politicky a finančně motivované změny. Pokud neexistuje základní definice poskytované péče, nemůžeme se bavit o pojištění, investicích a odměnách.

Změna, kterou také navrhuje, je posun směrem k jediné zdravotní pojišťovně. Jakými

prostředky lze takové změny dosáhnout?

Nikdy nebylo prokázáno, že existence více než jedné pojišťovny by systému jakkoli uspořádala prostředky. Pojišťovny mají jako právní subjekty velice zvláštní pozici, ale nic nebrání státu a vládě, aby se pojišťovny novelizací zákona přetransformovaly.

Stačí, aby politici, kteří o této věci budou rozhodovat, nebyli ti, kteří ve zdravotnictví nemají ani základní vzdělání a chtějí tohoto segmentu využít především jako dojnou krávu pro své pozice ve správních radách pojišťoven. Důležité je říci, že tu vůbec nejde o zánik základního mechanismu, při kterém stát hradí péči o své občany, ale o jeho posílení a rozšíření nabídky. Ostatní „nestátní“ pojišťovny by místo úhrad z veřejného zdravotního pojištění měly nabízet služby, které z povinného pojištění získat nelze a za něž si občané připlatí. Proč má občan České republiky doplácet na to, že jedna zdravotní pojišťovna hospodaří lépe a jiná hůře, když on sám platí do veřejného zdravotního pojištění u každé stejně?

Jak by tedy podle vás takový systém v ideálním případě fungoval?

Jedna pojišťovna, zřejmě VZP, by se starala z pozice státní instituce o systém veřejného zdravotnictví. Ostatní zdravotní pojišťovny by pak mohly nabízet jakékoli ostatní služby za jimi stanovené ceny. Balíček na preventivní péči, lepší ortézu, přístup k uznávaným odborníkům – nabídku mimo standard. Je nezbytné, aby vznikl stratifikovaný sektor plný různých služeb a nabídek, které by byly jasně specifikované. Taková nabídka má mnohem větší smysl, než se na první pohled zdá – vytvoří totiž pracovní pozice pro zdravotníky zajišťující „mimostandardní“ služby, kteří odvádí daně z příjmu do státní pokladny. Pacienti, kteří si za vlastní peníze tyto

služby připlatí, zůstávají plátcí do povinného systému veřejného zdravotního pojištění, i když z něj téměř nebo vůbec nečerpají. Zůstává tedy více peněz pro méně lidí, což automaticky zvedne kvalitu státní „sítě“, která zůstává otevřená všem.

Zmínili jste korupci ve zdravotnictví, která podle vás dosahuje zhruba 20 procent z celkového objemu peněz. Z jakých dat vycházíte?

Z Analýzy korupčních vztahů v segmentu zdravotnictví, kde Nadační fond proti korupci prezentuje tato čísla.

Kdyby se těch zhruba 20 procent podařilo získat zpět, velmi by to ovlivnilo debatu na vládní úrovni o tom, jaký podíl z HDP má vláda do zdravotnictví ročně posílat. Prezident ČLK Milan Kubek „mlátí botou do stolu“, že dáváme méně, než je běžné průměrně v Evropě, což je pravda, ale ne o moc. Když omezíte korupci a zjistíte, že najednou disponujete 20 nebo 25 procenty navíc, které efektivně rozdělíte, teprve potom se ukáže, zda je třeba zvýšit odvod do zdravotnictví nebo ne.

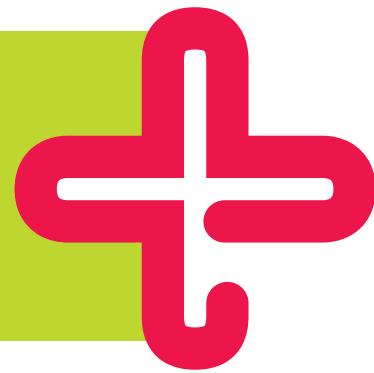
Dlouhodobě kritizujete vedení České lékařské komory, leťos byl volební sjezd, kde proti současnému prezidentovi Kubkovi nešel do volebního boje ani jeden protikandidát. Vy tyto ambice nemáte?

Ne, pokud lze něčím měřit míru demokratičnosti uvnitř kterékoli organizace, pak je to právě stav, kdy neexistuje protikandidát. Znamená to totiž zabetonovanou organizaci vedenou určitým kádrem lidí.

Vedete soukromé zdravotnické zařízení, mohl byste zhodnotit, co vás ve vaší činnosti nejvíce brzdí?

Naprosto absurdní stav, kdy zdravotní pojišťovny rozhodují o tom, kterému zdravotnickému zařízení dají smlouvu a kterému nikoli. Pokud chcete vybudovat efektivní zdravotnictví, tak kromě stanovení standardů je druhou částí rovnice nastolení skutečné konkurence. Není lepší cesty ke konkurenci, než že o tom, se kterou zdravotní pojišťovnou podepíšou smlouvu, budou rozhodovat sami pacienti a poskytovatelé zdravotních služeb, nikoli naopak. Poté vzniknou jedna nebo dvě dominantní pojišťovny. Ty pak mohou stanovit své podmínky tak, aby na ně dosáhli skutečně jen ti nejlepší.

ZAMĚSTNÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ



DVOJROZHOVOR Krizi zažehná pouze systémové řešení

str. 14–15



PERSONÁLNÍ INZERCE Které nemocnice hledají zaměstnance?

str. 10–12

Jak motivovat lékaře? Možnosti krajů jsou omezené.

Nedostatek kvalifikovaných zdravotníků je dlouhodobým problémem českého zdravotnictví, na tom se shoduje většina zúčastněných. Jak ale lékaře udržet i v odlehlých regionech a sestry v nemocnicích, když motivace je mizivá? Kraje požadují změnu systému, ministerstvo shání peníze.

Na konci loňského roku se ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček setkal s odbory. Nedostatek personálu byl na setkání označen za největší problém českého zdravotnictví a ministr se společně s odborovými předáky dohodl na spolupráci při úsilí o navýšení přílivu peněz do svého resortu. Svatopluk Němeček tehdy upozornil, že kvalitní péči za pouhých 7,5 % HDP mohou české nemocnice poskytovat především díky skromným platům personálu.

Vyšší mzdy a politika

Slibované zvyšování platů ve zdravotnickém sektoru se začalo tento rok měnit v konkrétní smlouvy a čísla. Ne všude ale změny hlásí již od ledna. Nemocnice přiznávají, že dosáhnout požadovaného 5% navýšení platů je vzhledem k platbám pojišťoven velmi složité, a platy navyšují i přesto, že na to z reálných úhrad nezbyvají peníze. „V rámci stabilizace personálu v našich nemocnicích došlo k slibovanému navýšení tarifů u všech zaměstnanců o 5 procent již od ledna 2016, v nejkritičtějších oborech i o více. Spolu s tím nemocnice zavedly nové benefity,“ uvedla pro naši redakci radní pro zdravotnictví Královéhradeckého kraje Jana Třešňáková. Dohody se zaměstnanci například zavazují management krajských nemocnic rozdělit zaměstnancům prostředky ve výši dalšího 1 % mzdových tarifů podle konkrétních provozních potřeb. Je dohodnuta také minimální částka navýšení u zaměstnanců s nejnižšími příjmy, těm se ve skutečnosti navýší plat o 7,19 % jejich tarifní části mzdy. „Vzhledem k tomu, že navýšení úhrad zjevně nepokryje navýšení nákladů na mzdy, je kraj připraven tento nárůst objemu mezd nemocnicím částečně kompenzovat,“ dodala

radní. V případě Královéhradeckého kraje se jedná o zomiliónovou rezervu na kompenzace platů zdravotníků.

Více peněz i v soukromém sektoru

Podobně jsou na tom i v jiných regionech. Například Karlovarská krajská nemocnice, a. s. (KKN), provozovaná Karlovarským krajem, navýší letos mzdy lékařů a sester také o slibovaných 5 %. I zde jde především o politické rozhodnutí, jelikož platby od zdravotních pojišťoven vystačí na navýšení pouze o 3,5 %. Zbytek peněz bude nemocnice hledat ve vnitřních úsporách, případně se bude snažit o navýšení výkonnosti. Tyto možnosti jsou ale podle ekonomického ředitele nemocnice Davida Bracháčka omezené. Zdravotnická zařízení v Karlovarském kraji jsou přitom velmi často ohrožena právě odchodem personálu do zahraničí, což má za následek nejen jeho reálný nedostatek, ale i s tím spojené přesčasy, které jsou nyní dle manažerů nemocnic na samé hranici únosnosti.

Platy se navyšují rovněž v soukromém sektoru. Skupina AGEL, která provozuje v rámci České republiky nemocnice, polikliniky i síť lékáren, oznámila navýšení platů svých zaměstnanců o 4 %, což ve srovnání s platovými tarify údajně odpovídá zvýšení platů o 5,7 až 6 %. „Plně si uvědomujeme význam, který mají naši zaměstnanci pro skupinu, a také společenskou odpovědnost, kterou naopak ke svým zaměstnancům máme my. I jako soukromý subjekt jsme se rozhodli postupovat při jednání se Sdružením odborných organizací skupiny AGEL tak, aby růst mezd v naší skupině korespondoval s návrhem Ministerstva zdravotnictví ČR,“ uvedl předseda představenstva společ-

nosti AGEL Ján Dudra. Kolektivní vyjednávání přitom probíhalo od listopadu 2015.

Kraje volají po změně

„Bude nutné systémové řešení, zejména v oblasti vzdělávání lékařů a sester a v oblasti jejich placení. Zajistit dostupnost zdravotních služeb je především úkolem zdravotních pojišťoven. V našem kraji není situace tak závažná, ale v horizontu několika let by se mohla vzhledem ke zvyšování věkového průměru zdravotnických pracovníků zhoršit,“ varoval vedoucí odboru zdravotnictví Olomouckého kraje Bohuslav Kolář. Na zvyšující se průměrný věk lékařů upozorňují úředníci téměř ve všech krajích. Proto kraje svou energii směřují zejména k vytvoření lepších podmínek pro vzdělávání a praktikování mladých lékařů. Často tak vzniká několik systémů pobídek. Nemocnice vytvářejí své vlastní systémy, zatímco kraj má na starosti jak celkový stav lékařské populace, tak obzvlášť ambulanční mimo větší nemocnice. Olomoucký kraj například vyhláší každoročně dotační program, ze kterého jsou odváděny peníze do zdravotnických zařízení, která připravují lékaře k atestaci. Nemocnice Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje zas od ledna letošního roku ukončily vybírání poplatku za stážování praktických lékařů v rámci jejich přípravy a nabízejí další výhody pro budoucí spolupráci mladých praktiků s nemocnicemi s cílem získat je pro nepokryté ambulance v kraji. Liberecký kraj poskytuje administrativní pomoc lékařům v terénu, kteří žádají o akreditaci, a následně hledá i rezidenta na vyhlášené místo. „Takto se daří do kraje přijmout více rezidentů než v jiných krajích,“ uvedla vedoucí odboru zdravotnictví Liberecké-

ho kraje Alena Riegerová. Dodala také, že kraj uvažuje o zavedení systému pobídek formou stipendijních programů. Systém stipendií pro studenty lékařských fakult a zdravotnických škol chce zavést i Královéhradecký kraj. Má být nastaven tak, aby zvýšil atraktivitu studia a zavázal absolventy setrvat po ukončení studia alespoň určitý čas v kraji. Zavedení kraj předpokládá už v akademickém roce 2016/2017. Grantový program má rovněž kraj Jihočeský.

Spolupráce s obcemi

Kraje a nemocnice pracují také s dalšími benefity, jako jsou příspěvky na penzijní připojištění, na rekreaci nebo účast na seminářích a odborných kurzech. Královéhradecký kraj nově zavedl například benefiční poukázky za odpracované čtvrtletí bez dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo možnost vyplácení příspěvku na hlídání dětí zaměstnancům, kteří se vrátí dříve z rodičovské dovolené. V případech samostatných ambulančních jsou ovšem možnosti krajů omezené a je nutné spolupracovat s konkrétními obcemi. „Liberecký kraj spolupracuje se samosprávami měst a obcí v periferních částech kraje, kde chybí především praktičtí lékaři a zubaři. Pobídky ve smyslu bytů, zařízení ordinací a podobně nabízejí právě obce a kraj se snaží tyto jejich aktivity přiblížit odborné veřejnosti,“ uvedla Alena Riegerová. Podobně je tomu i v Jihočeském kraji. „Samosprávy v odlehlých oblastech s námi spolupracují a samy se snaží vytvářet podmínky pro udržení nebo příchod lékařů. Od zřízení a vybavení ordinace přes nabídku bydlení až po možnost získání pozemku na výstavbu rodinného domu a podobně. Dlouho se hovoří o tom, že zdravotní pojišťovny by měly zvýhodnit ty lékaře, kteří jsou

právě v odlehlých, venkovských částech kraje potřební. To je podle nás nejspříjemnější cesta vedoucí k řešení. Pravdou ale je, že pokud se situace nezačne rychle řešit a měnit, vzhledem k věku praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost bude přibývat míst, kde získat lékaře bude problém takřka neřešitelný,“ uvedl Radek Šíma z odboru kanceláře hejtmana Jihočeského kraje.

Když motivace nefunguje

Ne vždy jsou ovšem pobídky pro lékaře dostačující, jelikož jsou výsledkem snahy jednoho segmentu v rámci celého soukolí zdravotnictví. „Některé obce v odlehlých regionech našeho kraje se pokoušely motivovat lékaře zajištěním bydlení, ale tato opatření nevedla k očekávanému výsledku,“ podotkl vedoucí odboru zdravotnictví Olomouckého kraje Bohuslav Kolář. Bez příslibu vyšší mzdy jsou lékaři k takovým úvazkům skeptičtí. Některé kraje chtějí řešit nedostatek lékařů náborovými příspěvky, uvažuje o tom například Jihomoravský kraj. Jiné ale před takovou strategií varují. „Roztáčení kolotoče přetahování zdravotníků na základě statistických náborových příspěvků považují za krajně nebezpečné. Je třeba změnit systém a úroveň odměňování a vzdělávání zdravotnických pracovníků na celostátní úrovni,“ tvrdí radní Královéhradeckého kraje Jana Třešňáková. Jak řešit problematiku postavení lékařů a zdravotnického personálu v rámci tak odlišných podmínek je nasnadě. Premiér Bohuslav Sobotka na jednání s odbory na sklonku loňského roku příslibil, že se bude zasažovat o navýšení odvodů státu za státní pojištění, a odmítl další redukce lůžek jako úsporná opatření. Odbory zas žádají vládu, aby uvolnila 3 miliardy korun na podporu nových pracovních míst pro zdravotníky v nemocnicích. Který z těchto návrhů lze skutečně v dohledné době realizovat, ukáže čas.

Výdělky od ledna v nemocnicích stouply, některé akciovky vyčkávají

Státní nemocnice přidaly od ledna lékařům, sestřím i ostatním zaměstnancům 5 %. Výdělky stouply i v krajských nemocnicích, které jsou příspěvkovými organizacemi krajů. Zvyšovalo se také v akciových společnostech, někde i víc než o 5 %.

Odboráři již dříve varovali, že nemocnicím chybí 10 % personálu. Odchody prý může zbrzdít jen razantní růst platů a mezd. Nárůst tarifu o 5 %, který byl uplatněn loni a znovu letos, prý lékaře a sestry v nemocnicích neudrží. Řada soukromých nemocnic navíc na platech nepřidávala. „Fakultní nemocnice a další přímo řízené státní organizace samozřejmě povinnosti dodržují. Jejich zhruba 50 tisíc zaměstnanců je odměňováno podle vládou schválených platových tabulek, v nichž je navýšení promítnuto. Nemocnice nemají možnost je nerespektovat,“ řekla mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová.

Přidáno podle stavu nemocnic

Jak potvrdil místopředseda Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů Miloš Voleman, v příspěvkových organizacích zří-

zovaných státem nebo krajem dostali přidáno všichni. „Nemáme zprávy, že by se tak nestalo, vyjma Jilemnice,“ uvedl místopředseda Voleman.

Z ankety Asociace nemocnic, která sdružuje velké státní a některé krajské příspěvkové nemocnice, vyplynulo, že 5 % zvýšení tarifů nedopadlo na odměny. „S výjimkou jedné nemocnice, kde tarif zvýšili na úkor odměn,“ řekla bez upřesnění dané nemocnice Jaroslava Kunová z asociace.

Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN), která sdružuje menší příspěvkové a soukromé nemocnice, zjistila, že v příspěvkových nemocnicích dostali všichni 5 %. „Většina ostatních přidala také, ale ne všechny 5 procent,“ dodal právník asociace Stanislav Fiala. Zaměstnanci ve zmíněných nemocnicích by měli dostat přidáno od července, pokud při červnovém vyúčtování nestrhnou peníze

zdravotní pojišťovny. „Nevylučujeme, že někde nedostanou letos – stejně jako loni – vůbec nic, protože na to nemocnice nebudou mít,“ komentoval možnosti závěrečného vyúčtování pojišťovna Stanislav Fiala.

Zvýšení tarifních platů o 5 % komentoval také prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. Jak pro naši redakci uvedl, 5 % růst je zanedbatelný. „Bylo by naivní se domnívat, že toto navýšení může lékaře odradit od odchodu do zahraničí, kde jsou platy násobně vyšší,“ zdůraznil ekonomické hledisko odchodu lékařů. Podle jeho výpočtů by mělo být do zdravotnictví každoročně nalito asi 30 miliard korun. Prostředky by měla zajistit valorizace plateb za státní pojištění, kde je s ohledem na odvody za zaměstnance na straně státu stále velká rezerva. Další možnosti jsou podle něj zvýšení spotřební daně z tabáku a alkoholu.

Stejně pro státní i soukromé

Předsedkyně zdravotnických odborů Dagmar Žitníková doplnila, že nyní se jedná o kolektivních smlouvách, kde bude zakotven i růst výdělků. V soukromých nemocnicích se bude jednat individuálně tam, kde zaměstnancům nepřidali. „Rádi bychom vyjednali, aby peníze dostali pracovníci zpětně,“ řekla Dagmar Žitníková. V nemocnicích pracuje na 153 tisíc lidí. Plat podle tarifních tabulek schválených vládou má 98 tisíc z nich a téměř 55 tisíc má mzdu. Mzdové tabulky mají soukromé nemocnice vlastní a jsou podle Žitníkové výrazně nižší, v průměru o 5000 korun. Odbory požadují státní platové tabulky ve všech nemocnicích. Není podle nich důvod, aby měli lékaři a sestry za stejnou práci různou odměnu. Zdravotnické odbory vznesly požadavek na sjednocení tabulek v tripartitě, kde zasedají se zástupci státu a zaměstnavatelů. Jak uved-

la předsedkyně Žitníková, návrh na sjednocení budou odbory se zaměstnavateli projednávat na zdravotnické tripartitě 25. února. Odbory budou podle Žitníkové tlačit na politiku, aby razantně stouply odvody státu do zdravotnictví. Dosavadní „kosmetické“ úpravy podle nich potřeby nepokryjí.

Stát by měl podle odborů platit alespoň tolik, jako platí osoby bez zdanitelných příjmů, namísto dosavadních 870 korun měsíčně tedy alespoň 1334 korun. Zdravotnictví by to přineslo ročně navíc 34 miliard korun, takže by mohly být navýšeny počty lékařů a sester v nemocnicích, které se nyní potýkají s jejich nedostatkem, navýšeny platy a přidáno by mohli dostat například i praktičtí lékaři, kterých je také nedostatek. Podle předsedy AČMN Eduarda Sohliha se zaměstnavatelé změně nebrání, pokud budou mít garanci, že na ni dostanou peníze.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) není proti sjednocení tabulek, má ale právní rozbor, podle nichž to není v souladu s ústavou. Podle odborů jde změna provést úpravou zákoníku práce. Jednotnou tabulku pro všechny nemocnice, kde se péče hraje z veřejného pojištění, nevyložil na sněmu zdravotnických odborů loni v listopadu ani ministr financí Andrej Babiš (ANO).

(ČTK, klu)

Tab. 1 Průměrný měsíční plat v korunách v nemocnicích – výběr

rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
lékaři	46 002	48 710	50 065	57 858	61 218	60 666	61 371
sestry	24 124	26 200	27 397	28 125	29 123	28 643	29 123
pedagogové	22 111	19 301	22 583	25 638	33 399	28 306	25 007
technicko-hospodářští pracovníci	23 321	25 800	26 684	27 239	27 987	28 138	29 023
dělníci	13 564	15 069	15 680	15 714	15 980	15 877	16 158
celkem	25 341	27 242	28 197	29 910	31 204	30 882	31 431

Tab. 2 Struktura průměrného měsíčního platu lékařů a sester v nemocnicích v roce 2014

	lékaři	sestry
plat celkem	57 427	29 114
tarif	30 101	18 330
příplatek za vedení	816	223
příplatek za práci ve ztíženém prostředí	116	66
plat za práci přesčas včetně příplatku	4767	1155
odměna za pracovní pohotovost	1588	123
ostatní příplatky	8550	4888
náhrady platu	5175	3056
odměny	6313	1273

Tab. 3 Průměrná měsíční mzda v korunách v nemocnicích – výběr

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
lékaři	44 078	47 509	49 378	55 903	58 129	56 432	56 336
sestry	20 763	22 727	23 755	24 020	24 081	23 974	24 590
pedagogové	13 471	17 789	18 398	19 708	17 629	20 454	17 354
technicko-hospodářští pracovníci	25 715	26 098	27 078	27 720	29 008	26 799	27 264
dělníci	12 122	12 537	12 743	12 767	12 885	12 934	13 349
celkem	22 372	23 940	24 765	25 968	26 611	26 220	26 626

(Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky)

Na Vysočině vydal krajský úřad v náborových příspěvcích lékařům 3,1 mil. Kč

Kraj Vysočina se snaží pomoci svým nemocnicím udržet si kvalitní lékaře a nedostatkové specialisty. Kraj vypočetl, že v minulých letech vyplatil na náborových příspěvcích nemocničním lékařům přes 3,1 milionu korun.

Nový patolog pro Třebíč

Rada Kraje Vysočina také schválila další žádost o náborový příspěvek pro lékaře patologa. Toto zaměření patří v Česku plošně mezi nedostatkové obory a Nemocnice Třebíč lékaře na tuto pozici dlouhodobě hledala. „Tímto způsobem se snažíme podpořit stabilizaci zdravotnického personálu s cílem zabezpečit pro pacienty dostatečné množství potřebných lékařů. Stále ale řada odborníků chybí,“ uvedl hejtman Kraje Vysočina Jiří Běhounek.

S podporou náboru lékařů Kraj Vysočina počítá i do budoucna a hejtman Běhounek nevyložil, že částka určená pro tento účel bude v následujícím období navýšena.

Jde například o posily na neurologii, odborníky na nukleární medicínu, vnitřní lékařství nebo na radiologii,“ uvedl náměstek hejtmána pro oblast financí Vladimír Novotný.

(klu)

Ekonomické pobídky pro lékaře v odlehlých oblastech

Snahu o motivaci lékařů k práci v odlehlých regionech ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček avizoval již v polovině loňského roku. Ve spolupráci se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou tehdy ministerstvo zapracovalo do letošní úhradové vyhlášky ekonomické pobídky, které zejména praktické lékaře k provozování praxe na méně zalidněných místech motivují.

Jednou z hlavních změn je přístup pojišťovny k nenaplněným výběrovým řízením na provozování praxe všeobecného praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost. Jak uvedl ředitel VZP Zdeněk Kabátek, pokud se do výběrového řízení třikrát po sobě nikdo nepřihlásí, přistoupí pojišťovna u lékaře, který praxi začne provozovat, k lepší kapitaci – navýší ji o jednu třetinu. Při průměrném počtu 1740 pacientů praktického lékaře pro dospělé jde o 600 tisíc korun ročně. Tento benefit je dohodnut na 5 let.

Pojišťovna také podporuje formu tzv. malé praxe, v níž se počet pacientů pohybuje kolem 400. V takových případech doplácí 300 tisíc korun. „Pokud by taková praxe byla zřizována v oblastech, kde není zájem praktických lékařů o činnost, tato podpora by měla být navýšena o dalších 300 tisíc korun,“ uvedl ředitel Kabátek, pod jehož vedením VZP podporuje

místní i časovou dostupnost lékařů. Odměňuje ty, kteří provozují praxi 5 dní v týdnu, v odpoledních hodinách, mají alespoň dvakrát v týdnu do 18 hodin, a pokud dbají o aktualizaci preventivních prohlídek svých pacientů, mají podle ředitele nárok až na 40 tisíc korun.

Spolupráce s městy a obcemi

Že jde ale o pobídky, jejichž účinek bude (nebo nebude) potvrzen v dlouhodobém horizontu, ministr stvrdil v polovině února, kdy začínajícím praktickým lékařům přislíbil další podporu formou dotačních prostředků.

„Praktičtí a dětští lékaři si budou moci zažádat dohromady až o půl milionu korun jako pomoc při otevření nové ordinace v odlehlých regionech. Peníze bude lékař moci použít na mzdu pro sestru nebo na nákup základního přístrojového vybavení. Další pomocnou ruku

jsou připraveny nabídnout jednotlivé obce, ať už v podobě bytu nebo dalších výhod pro nového poskytovatele zdravotní péče,“ shrnul ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček obsah jednání s předsedou Svazu měst a obcí ČR Františkem Luklem. „Zásadním bodem jednání byla otázka nedostatku lékařů v různých oblastech ČR – netýká se to jen horských oblastí, ale všech míst, kde klesá demografická křivka. Vzájemnou spoluprací tyto regiony doplníme,“ řekl po jednání František Lukl. Na setkání k problematice dostupnosti zdravotní péče v regionech informoval ministr Němeček předsedu Lukla o konkrétní podobě Dotačního programu podpory praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost, jehož základní návrh ministerstvo v únoru schválilo a poslalo k připomínkám nejen Svazu měst a obcí ČR, ale i krajským samosprávám, Svazu praktických lékařů a Svazu praktických lékařů pro děti a dorost. Snahou ministerstva je připravit tento dotační program co nejdříve tak, aby ještě v první polovině roku 2016 bylo ře-

šení pro problematické oblasti dostupné. „Chtěl bych, aby první výzvy k přihlášení do programu byly zveřejněny v dubnu, maximálně počátkem května,“ uvedl po jednání ministr Němeček.

MZ začne na pěti milionech

V jakých případech budou moci praktici o zařazení do programu žádat? Podle ministra jde především o ty z horských a pohorských oblastí. „Místem s omezenou dostupností rozumíme místo, kde bylo na lékařské služby v těchto oborech v předchozích 12 měsících alespoň jednou vyhlášen konání výběrového řízení, které skončilo neúspěchem. V takovém případě se zájemce o pozici lékaře bude moci obrátit na ministerstvo a sáhnout si na dva typy podpory,“ vysvětlil Svatopluk Němeček. Prvním typem pobídky je částka k pokrytí mzdy sestry nebo zdravotnického asistenta, kde dotace dosáhne maximálně 250 tisíc korun za rok, ale v maximální výši 50 % nákladů v prvním roce činnosti. Druhým je nákup minimál-

ního technického vybavení nebo přístroje rychlé diagnostiky, i zde může začínající lékař získat dotaci do výše 250 tisíc, a to do maxima 70 % nákladů.

V žádosti bude pro lékaře také závazek, aby v dané lokalitě působil dvě, možná až pět let. „Zatím jsme připraveni do programu na dotaci konkrétních nových ordinací alokovat minimálně částku 5 milionů korun, počkáme ještě na připomínky zainteresovaných institucí a na odezvu z terénu. Ukáže-li se, že parametry je třeba upravit nebo že zájemců bude více, přidáme do programu další peníze,“ dodal ministr Němeček, který s podporou měst a obcí počítá také při definování oblastí, v nichž je situace urgentní. Jak uvedl František Lukl, svaz zorganizuje dotazníkové šetření o tom, které obory jednotlivým obcím chybí, a poskytne tyto informace ministerstvu. Města a obce budou podle jeho slov praktické lékaře podporovat i nefinančně. „My starostové se také budeme snažit vyjít vstříc – poskytnutím prostor či jiných prostředků, někde v horských oblastech lékaři potřebují dokonce čtyřkolku nebo zimní gumy. Spojenými silami bychom tento problém mohli velmi zdárně řešit,“ podotkl předseda Lukl s tím, že svaz spoluprací s ministerstvem stvrdil v březnu podpisem memoranda. (klu)

Dva dotazy pro předsedu spolku Mladých praktiků MUDr. Norberta Krále

Lze vyčísřit, kolik praktiků v ČR chybí (pokud vůbec)? O kolika chybějících praxích mluvíme v odlehlých oblastech?

Je snaha nepřiznává čísla stran věkové struktury praktických lékařů řešit pomocí rezidenčních míst, která fungují již od roku 2009. Aktuálně vím, že od roku 2013 do roku 2015 atestovalo 588 lékařů v oboru, z toho bylo 156 rekvizifikantů, takže atestovaných praktiků přibývá, mezi lékaři absolventy je všeobecné praktické lékařství toho času nejžádanějším oborem. Na rok 2016 vypisuje ministerstvo zdravotnictví 110 rezidenčních míst. Vzhledem k výše zmíněným datům věřím, že se nepřiznávají situaci podaří zvrátit.

Jak jsou mladí lékaři spokojeni se současnou úrovní postgraduální-

ho vzdělávání a systémem rezidenčních míst?

Nemohu hovořit za všechny praktické lékaře, ale ve spolku Mladí praktici se příliš nesetkáváme se stížnostmi stran průběhu vzdělávání. Naopak mám pocit, že vzdělávání praktických lékařů formou rezidenčních míst dalo oboru jistý pevný rámec. Pokud už řešíme nějaké stížnosti, jedná se spíše o konkrétní pracoviště, na kterém rezident stázuje – ať už se jedná o lékaře školitele či další specializovaná pracoviště. Ojedinele si mladí praktici stěžují na některé povinné kurzy, u nichž je poměr cena versus přínos někdy diskutabilní. Jedná se většinou o kurzy povinné z nařízení EU (platí i pro odbornosti jiné než VPL). Výhodou je v současné době možnost některé kurzy absolvovat pomocí e-learningu. (klu)

Inzerce M161000149

Komplexní bezpečnostní služby poradíme, realizujeme, zasáhne

Nabízíme bezpečnostní poradenství, projekci kompletní realizaci, záruční/pozáruční servis včetně služby nepřetržitého dálkového dohledu a bezpečnostního zásahu v celé ČR (PCO/ACR).



12 726

ALKOM

V Holešovičkách 10, 180 00 Praha 8
tel.: 242 490 222, fax: 242 490 507
e-mail: alkom@alkom.cz, www.alkom.cz



PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Přednosta

ŘEDITEL MASARYKOVY
MĚSTSKÉ NEMOCNICE
V JILEMNICI

vyhlašuje výběrové řízení
na obsazení pracovního místa:

■ přednosta interního oddělení

Kvalifikační požadavky:

- odborná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění,
- specializace v oboru,
- minimálně 10 let praxe,
- zdravotní způsobilost,
- občanská a morální bezúhonnost,
- organizační a řídicí schopnosti.

Nástup 1. 5. 2016

Nabízíme:

- zaměstnání v moderně rekonstruovaném a vybaveném zařízení,
- kvalifikovaný kolektiv lékařů,
- dobré finanční ohodnocení,
- možnost dalšího profesního vzdělávání v oboru,
- ubytování, zaměstnanecké benefity,
- atraktivní prostředí Krkonoš.

Písemné přihlášky s fotokopiemi dokladů o vzdělání, životopisem, průběhem praxe zasílejte na personální oddělení do 4 týdnů po zveřejnění výběrového řízení (MMN v Jilemnici, personální oddělení, Metyšova 465, 514 01 Jilemnice) Kontakt: e-mail: miluse.podzimkova@nemjil.cz

M161000125

Primář/-ka

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO
KRAJE, A. S.,
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice,

vypisuje výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

■ primář/primářka kardiologického oddělení

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru kardiologie, příp. vnitřní lékařství,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon funkce primáře, příp. splnění podmínek pro její vydání,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.
- řídicí a organizační schopnosti,
- schopnost koordinace a týmové práce,
- komunikační schopnosti.

Detailní informace k výběrovému řízení jsou uvedeny na: www.nempk.cz/vyberova-řízení-pardubicka-nemocnice

Uzávěrka písemných přihlášek je 22. 3. 2016 ve 12.00 hodin.

Kontakt: Nemocnice Pardubického kraje, a. s., úsek personálního ředitele, Ing. Pavlíková, Kyjevská 44, 53203 Pardubice

M161000122

Přednosta

Ředitelka Pardubické nemocnice a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice vypisují výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

■ přednosta Neurologické kliniky

Kvalifikační požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializace v oboru, vědecko-pedagogický titul profesor nebo docent nebo předpoklad jejich dosažení, vědecká hodnost Ph.D. nebo CSc., splnění předpokladů dle zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění, osobnostní a profesní předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu kliniky, trestní a morální bezúhonnost. Od úspěšného kandidáta se očekává vědecké i pedagogické vedení kliniky včetně výchovy mladých akademických pracovníků.

Písemné přihlášky doložené strukturovaným profesním životopisem, ověřenými fotokopiemi dokladů o kvalifikaci, přehledem vědecké a publikační činnosti,

Inzerce M161000099

Inzerce M161000100

Inzerce M161000098

**FN FAKULTNÍ NEMOCNICE
PLZEŇ**

přijme zaměstnance na pozici:

Lékař pro Urologickou kliniku

požadavky:

vysokoškolské vzdělání lékařského směru • specializovaná způsobilost v oboru urologie výhodou • praxe v oboru vitána • zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Lékař pro Neonatologické oddělení

požadavky:

vysokoškolské vzdělání lékařského směru • zájem o práci v oboru neonatologie • znalost AJ • zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Lékař pro Kardiologické oddělení

požadavky:

vysokoškolské vzdělání lékařského směru • specializovaná způsobilost v oboru kardiologie nebo ukončený základní interní kmen výhodou • praxe v oboru vitána • zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Lékař pro Kardiologické oddělení

požadavky:

vysokoškolské vzdělání lékařského směru • ukončený základní chirurgický kmen • praxe v oboru vitána • zájem o práci v oboru • zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Lékař pro Interní oddělení

požadavky:

vysokoškolské vzdělání lékařského směru • ukončený základní interní kmen výhodou • praxe v oboru vitána • zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní práci zasílejte na adresu:

Fakultní nemocnice Plzeň – oddělení personálního řízení a organizace,
Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň,
e-mail: grubrova@fnplzen.cz, tel. 377 402 223



**NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p. o.**

LÉKAŘ/LÉKAŘKA

na oddělení • PEDIATRIE, ARO, GYNEKOLOGIE, ORTOPEDIE,
• CHIRURGIE (ambulantní část)

Požadavky: praxe není podmínkou (absolvent/ka)

Nabízíme: nadstandardní platové ohodnocení, významnou podporu specializačního vzdělávání v oboru (v případě Vašeho závazku vůči současnému zaměstnavateli nemocnice automaticky převezme 100 % závazku), přátelské neformální pracovní prostředí, práci na akreditovaném a zmodernizovaném pracovišti s vysokou technickou a personální úrovní, zaměstnanecké benefity (sick days, 5000 Kč/rok na rekreaci nebo penzijní připojištění...)

Pro bližší informace kontaktujte personální oddělení,
e-mail: pavel.kures@nemjbc.cz



**NEMOCNICE
JABLONEC NAD NISOU, p. o.**

LÉKAŘ/LÉKAŘKA

na oddělení ORL, funkční místo ZÁSTUPCE PRIMÁŘE

Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru otorinolaryngologie, 5 let praxe od získání specializované způsobilosti

Nabízíme: funkční místo (dle dohody), nadstandardní platové ohodnocení, významnou podporu dalšího specializačního vzdělávání, práci na akreditovaném pracovišti, velmi přátelské a neformální pracovní prostředí, zaměstnanecké benefity

Bližší informace podá primář oddělení MUDr. Zdeněk Kučera,
tel. 483 345 775, e-mail: zdenek.kucera@nemjbc.cz,
případně kontaktujte personální oddělení,
e-mail: pavel.kures@nemjbc.cz

Inzerce M161000139

K ATESTACI PRAKTIKA PRAKTICKY

Mladým lékařům, kteří u nás pracují, poskytujeme na cestě k atestaci praktického lékaře významnou podporu, která dosažení tohoto náročného cíle radikálně zjednoduší.



Více informací ivana.mrazkova@euc.cz
www.euc.cz

doporučení dvou odborných ručí-
telů, osvědčením a čestným pro-
hlášením dle zákona č. 451/1991
Sb., výpisem z rejstříku trestů,

souhlasem s využitím poskyt-
nutých osobních údajů pro úče-
ly výběrového řízení a koncepcí
řízení pracoviště je nutno doru-

čit nejpozději do 23. března 2016
na adresu:

Nemocnice Pardubického kraje,
a. s., úsek personálního ředite-
le, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice.

M161000134

PERSONÁLNÍ INZERCE



Oblastní nemocnice Náchod a. s.
přijme

nutričního terapeuta

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 96/2004 Sb. v oboru
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- poskytujeme stabilizační odměnu 20 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- nástupní mzda bez praxe od 18 000 Kč + výkonnostní odměny
- mzda nutričního terapeuta se specializací od 20 000 Kč + výkonnostní odměny
- pracovní poměr na dobu neurčitou

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz



Společnost MOJE AMBULANCE a. s. přijme praktické lékaře!

Díky nárůstu klientů posilujeme pracovní týmy našich praktických lékařů po celé České republice. Hledáme nejen erudované praktické lékaře s praxí, ale i mladé lékaře a studenty, kteří mají zájem získat specializaci v oboru praktické lékařství pro dospělé.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání – lékařská fakulta • všeobecné lékaře s atestací i bez atestace • znalost AJ výhodou (není ale požadována)

Nabízíme:

- zaměstnání v moderních ambulancích v 5 městech ČR (Praha, Karlovy Vary, Opava, Ostrava, Havířov) • nadstandardní podmínky a benefity • vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání lékařů • status zaměstnance • 6hodinovou pracovní dobu (2směnný provoz)

Nástup možný ihned!

Pokud Vás naše nabídka zaujala, neváhejte nás kontaktovat!
Prosíme o zaslání životopisu na e-mail: sekretariat@mojeambulance.cz

Inzerce M161000138

Nemocnice Písek, a. s. vypisuje výběrové řízení na pozici

Primář/ka chirurgie

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru chirurgie • licenci ČLK pro výkon funkce primáře • nejméně 10 let praxe v oboru • organizační, řídicí a komunikační schopnosti • pedagogickou a publikační aktivitu • zahraniční praxe výhodou • morální a občanskou bezúhonnost

Nabízíme:

- možnost seberealizace ve vedení akreditovaného pracoviště • velmi dobré finanční ohodnocení včetně motivace • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování

Písemné přihlášky s životopisem, přehledem dosavadní praxe, ověřenými kopiemi dokladů o dosažené kvalifikaci, licenci ČLK, výpisem z trestního rejstříku, písemným návrhem koncepce rozvoje chirurgického oddělení a prohlášením o souhlasu s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. zasílejte **do 31. 3. 2016** na sekretariát Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek.

Tel.: 382 772 001

Inzerce M161000164

Nemocnice Písek, a. s. přijme lékaře

Gynekolog / porodník

Požadujeme:

- ukončené VŠ vzdělání na LF • základní kmen v oboru výhodou • specializovaná • způsobilost v oboru vítána • morální a občanská bezúhonnost • aktivní přístup k práci

Nabízíme:

- práci na akreditovaném pracovišti vč. urogynekologického a perinatologického centra • perspektivní a přátelský kolektiv • zajímavé finanční ohodnocení • možnost dalšího rozvoje • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování

Kontakt: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589

MUDr. Michal Turek, MBA, primář oddělení, e-mail: turek@nemopisek.cz

Inzerce M161000114

Volná místa

Psychiatr

DŮM DUŠEVNÍHO
ZDRAVÍ V OSTRAVĚ
přijme:

- psychiatra s psycho-
terapeutickým vzděláním

Informace: Ing. A. Beránek, mo-
bil: 603 702 698, e-mail: ddz@ddz.cz

M151000925

Praktický lékař

MĚSTSKÁ POLIKLINIKA PRAHA
přijme do svého kolektivu vše-
obecného praktického lékaře pro
dospělé s atestací či bez atestace
a lékaře na pracovnělékařské služ-
by s atestací z pracovního či vše-
obecného praktického lékařství.

Nástup možný ihned nebo dle
dohody.

Nabízíme zavedenou ordinaci
v centru Prahy, přátelský kolektiv,
zaměstnanecké stravování
a příspěvek na vzdělávání.

Kontakty: tel. : 222 924 214, e-mail:
t.brunerova@prahamp.cz

M161000067

Sestra/asistentka

Hledáme sestru pro práci asi-
stentky u paní s roztroušenou
sklerózou ve Skotsku poblíž Edin-
burghu. Mzda ve výši 35 000 Kč
měsíčně.

Napište e-mail na:
hart.helena@gmail.com,
tel. : 605 467 714

M161000142

Zdravotní sestra

do soukromé Dětské ambulance
s částečně zahraniční klientelou
v Praze 4

www.pediatrie.cz

- AJ na komunikativní úrovni
- nabízíme příjemné prostředí a zajímavou práci s možností dalšího vzdělávání
- možnost práce na plný i částečný úvazek
- životopis zašlete prosím na info@pediatrie.cz

Inzerce M161000147

Nemocnice Písek, a. s.

přijme

všeobecné sestry

zdravotnické asistenty

Nabízíme:

- zajímavé finanční ohodnocení
- práci na akreditovaném pracovišti
- možnost bezúplatného profesního růstu
- zajištění ubytování (1+1, garsonka)
- závodní stravování
- zaměstnanecký program Vodafone
- příspěvek na dovolenou v Čedok, a. s.
- 5 týdnů dovolené
- nástup možný ihned

Kontakt:

**Nemocnice Písek, a. s.,
Karla Čapka 589**

tel.: 382 772 017,
382 772 020

e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce M161000154

Inzerce M161000115

Nemocnice Znojmo

přijme

technika

pro zdravotnické
a laboratorní přístroje.

Požadujeme vysokoškolské
vzdělání technického, případně
elektrotechnického směru
(výhodou pak absolvování
oboru biomedicínského
zaměření), dobré komuni-
kační schopnosti a znalost
práce s výpočetní technikou
na úrovni obsazované pozice.
Praxe ve zdravotnickém pro-
středí a v daném oboru vítána
(možno i absolvent).

Žádosti doplněné o strukturo-
vaný životopis zasílejte do 4.
3. 2016 vedoucímu Technicko-
investičního odboru

Ing. Františku Patočkovi:
tel. 515 215 293,
frantisek.patocka@nemzn.cz.
Nástup po dohodě.
Další informace na
www.nemzn.cz, sekce
pracovní příležitosti.

Inzerce M161000135

PERSONÁLNÍ INZERCE

Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s. hledá VŠEOBECNÉ SESTRY A ZDRAVOTNICKÉ ASISTENTY

Nabízíme: adekvátní finanční ohodnocení s možností růstu na základě získané praxe • náborový příspěvek • příspěvek na bydlení po dobu 2 let při plném pracovním úvazku • podporu vzdělávání • firemní benefity (stravování, firemní jesle, příspěvek na penzijní připojištění, týden dovolené navíc, péče o tělo).

Absolventům zdravotnických škol oboru zdravotnický asistent dále nabízíme: pracovní poměr na dobu neurčitou • úhradu školného na VŠ nebo VOŠ při studiu kombinované formy studia • podporu ve zvyšování kvalifikace dle ZP, včetně uzavření kvalifikační dohody na 5 let • studijní stipendium při stanoveném prospěchu na státní vysoké škole

Kontakt: pam@hospital-bn.cz, tel.: 317 756 554



Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.
Máchova 400, 256 01 Benešov
www.nemocnicebenesov.cz

Inzerce M161000113

Klinický psycholog

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
LNÁŘE, P. O.,**
hledá klinického psychologa. Nabízíme ubytování přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu. Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz, prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.: 605 164 841, e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M161000092

Lékař/-ka

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
LNÁŘE, P. O.,**
hledá lékařku, příp. absolventku LF, se zájmem o obor psychiatrie. Nabízíme byt 3+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu. Při stabilizační dohodě významný podíl na nákladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.). Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz, prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.: 605 164 841, e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M161000093

Více pozic

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ
NEMOCNICE KRKONOŠE,
S. R. O., VE VRCHLABÍ**
přijme:

- větší počet – sester na nově otevřené oddělení
- větší počet – fyzioterapeutů/ fyzioterapeutek

Požadavky: SZŠ, příp. VŠ v oboru, registrace dle z. č. 96/2004 Sb., specializace v oboru vítána. Nabízíme: výhodné finanční podmínky. Kontakt: J. Srnská, tel.: 499 502 304, e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M161000111

Praktický lékař

Vojenská nemocnice Brno přijme do pracovního poměru lékaře se specializací v oboru:

- praktický lékař pro dospělé
- radiologie a zobrazovací metody
- anesteziologie a resuscitace
- rehabilitace a fyzikální medicíny (i na zkrácený úvazek)

Životopis s přehledem odborné praxe zasílejte na email: ystolarova@vnbrno.cz

M161000128

Česká Lípa NEMOCNICE S citem a rozumem

Nemocnice s poliklinikou, a.s. Purkyňova 1849, 470 77 Česká Lípa

přijme

LÉKAŘE / LÉKAŘKY

- ARO • DIOP • LDN • CHIRURGIE**
• **INTERNA • NEUROLOGIE • ORTOPEDIE A
TRAUMATOLOGIE • PNEUMOLOGIE**
• **RADIODIAGNOSTIKA**

náborový příspěvek **100 000 Kč** • příspěvek na bydlení **2000 Kč/měs.** • podíl na hospodářském výsledku nemocnice • práce v akreditované nemocnici • týden dovolené navíc • ubytování pro vzdálené uchazeče

Kontakt: e-mail zamestnani@nemcl.cz, tel. č. +420 487 954 035

Inzerce M161000102

NEMOCNICE PRACHATICE a. s.

- přijme **lékaře (lékařku)** na pozici **zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení** s platnou licenci ČLK pro výkon funkce primáře a min. 10 let praxe v oboru
- přijme **lékaře (lékařku)** se specializovanou způsobilostí v oboru na **radiodiagnostické oddělení**
- přijme **lékaře (lékařku)** se specializovanou způsobilostí v oboru na **rehabilitační oddělení**
- přijme **lékaře (lékařky)** i absolventy na **interní oddělení**
- přijme **všeobecné sestry** na lůžka do směnného provozu, **laborantky, nutriční terapeutku a fyzioterapeutku**

Nabízíme práci v příjemném kolektivu, možnosti dalšího vzdělávání, zajímavou osobní mzdu + čtvrtletní odměny, příspěvek k životnímu a důchodovému připojištění. Možnost využití firemní školky a ubytování v bytech nemocnice.



Bližší informace:
MUDr. František Stráský
mobil 602 324 538
e-mail: strasky@nempt.cz

Inzerce M161000106



přijme

lékaře ORTOPEDIE ARO GYNEKOLOGICKO-PORODICKÉ

do nemocnice Rychnov nad Kněžnou

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- pracovní poměr na dobu neurčitou
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditované pracoviště (ORTOPEDIE)
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč, příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

Příhlásky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000155



přijme

LÉKAŘE DO NEMOCNICE NÁCHOD A BROUMOV NA: INTERNÍ ODDĚLENÍ HEMATOLOGII GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ PSYCHIATRII LDN

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- PRACOVNÍ POMĚR NA DOBU NEURČITOU
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditovaná pracoviště
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

Příhlásky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000153

Přehled nedostatku lékařů a sester ve vybraných krajích

Kvůli nedostatku personálu nemocnice zvyšují mzdy, někde i nad rámec plateb zdravotních pojišťoven, pořádají náborové kampaně a vyplácejí lékařům a sestřím, kteří se zaváží v zařízení omezenou dobu zůstat, až stotisícové částky. Provoz zařízení ohrožen většinou není, ale někde bývá na hraně.

Středočeský kraj

Středočeské nemocnice shánějí desítky sester i lékařů, nedostatek personálu ale neohrožuje jejich provoz. V Oblastní nemocnici Kladno podle ředitele Vladimíra Lemona hledají lékaře pro necelestou desítku volných míst, sester v Kladně shánějí přibližně 10 až 15. Oblastní nemocnici Příbram nyní schází 5 lékařů, podle mluvčí nemocnice Jitky Kalouskové se jedná především o zástup lékařek na mateřské dovolené. Výhledově bude nemocnice hledat další 3 lékaře. „U nelékařských zdravotnických profesí hledáme urgentně dvě sestry a jednoho laboranta,“ uvedla mluvčí. Hořovická nemocnice by v současnosti podle hlavní sestry nemocnice Blanky Červenkové uvítala asi 10 lékařů a sester. V mladoboleslavské Klaudivě nemocnici by potřebovali přijmout 10 lékařů a asi 20 sester. Rehabilitační nemocnici Beroun se daří zajistit s dosavadním stavem personálu veškerou péči o pacienty kvalitně. „To ale neznamená, že v některých oborech bychom další lékaře nepotřebovali. Stejně tak je tomu u sester,“ uvedla mluvčí nemocnice Vlasta Dolejšová.

Liberecký kraj

V kraji trápí nedostatek lékařů téměř všechny nemocnice. V Nemocnici Frýdlant nebo v Nemocnici v Semilech už kvůli tomu museli uzavřít lůžková interní oddělení. Nejen internisté ale chybí i Krajské nemocnici Liberec, která je v kraji největší a tamní mzdy jsou výrazně nadprůměrné. Důvodem je koncentrace náročné medicíny a posun ke složitějším diagnózám. Na místě, kde dříve byla v noci jedna sestra, jsou dnes potřeba dvě, řekl generální ředitel Luděk Nečesaný. I přes vysoké mzdy chybí liberecké nemocnici lékaři i sestry. S nedostatkem personálu se potýká i Nemocnice s poliklinikou v České Lípě. Lékařům proto nabízí mimo jiné náborový příplatek 100 tisíc, sestřím 20 tisíc korun. Mzdy lékařů se tam pohybují kolem 70 tisíc měsíčně, u sester ko-

lem 25 700 korun. Mzdy se loni zvedly zhruba o desetinu a letos je plánováno další zvýšení.

Zlínský kraj

Ve Zlínském kraji ve většině nemocnic chybějí sestry i někteří lékaři. „Hledáme sestry na interní obory i specialistiky pro intenzivní péči. Chybějí lékaři interních oborů, zejména v interní klinice. Scházející pozice inzerujeme, nabízíme benefity,“ uvedla mluvčí Krajské nemocnice Tomáše Bati Karla Havlíková. Nedostatek sester se začíná projevovat i v Nemocnici Vsetín, ani lékařů nemá tamní nemocnice dostatek. „Současně ale nejsme v situaci, kdy bychom neplnili požadavky stanovené personální vyhláškou a kdy bychom museli z personálních důvodů zavírat oddělení. Navíc evidujeme dostatečný zájem ze strany absolventů lékařských fakult. U sester je problém složitější,“ řekla předsedkyně představenstva Nemocnice Vsetín Věra Prousková. Nemocnice Valašské Meziříčí aktuálně hledá 5 sester.

Ústecký kraj

Většina zařízení v kraji se potýká s nedostatkem personálu. Týká se to i Městské nemocnice v Litoměřicích, její chod to ale neohrožuje. „V případě lékařů, zejména v rámci exponovaných oborů intenzivní medicíny, neurologie, gynekologie, interny, ale i chirurgie a dalších, je aktuální potřeba litoměřické nemocnice v rozsahu 15 až 20 lékařů do optimálního stavu,“ řekla mluvčí Naděžda Křečková s tím, že nemocnici chybí i zhruba desítky sester. Podřípské nemocnici s poliklinikou Roudnice nad Labem chybí hlavně atestovaní lékaři, nemocnice může ihned přijmout 5 lékařů a 8 sester. „Nedostatek personálu je plošným problémem. Má za následek vysoké nasazení atestovaných lékařů. Je i velký nedostatek absolventů, proto nelze očekávat zlepšení situace v brzkém termínu,“ dodala mluvčí nemocnice Markéta Smutná.

Jihomoravský kraj

Fakultní nemocnice Brno eviduje nedostatek lékařů, poptává také všeobecné sestry, zdravotní laboranty, zdravotnické asistenty, ergoterapeuty, fyzioterapeuty a sanitáře. Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně nyní nedostatek personálu nemá, v záloze zde ale nemají zdravotní laboranty a radiologické asistenty. V krajských nemocnicích, v Nemocnici Znojmo a Nemocnici Kyjov problém s nedostatkem personálu neregistrují. Jak upozornil ředitel městské Nemocnice Milosrdných bratří Brno Josef Drbal, zejména v posledním roce je náročnější zajistit dostatečný počet kvalitních nelékařských zdravotnických pracovníků, zejména sester.

Karlovarský kraj

Z důvodu nedostatku personálu nemocnice zvyšují mzdy, v nemocnicích skupiny Nemos i nad rámec navyšování plateb od pojišťoven. Kritická je situace zejména na interních odděleních. Proto letos kraj rozhodl, že přidá sestřím a lékařům na interních Karlovarské krajské nemocnice i nemocnic Nemos peníze, sestřím 2000 korun měsíčně, lékařům 7000 korun. Nové lékaře a sestry láká kraj na náborové příspěvky. Sestry na interně mohou získat až 150 000 korun, lékař až 400 000 korun, pokud se zaváží v kraji pracovat po dobu 3 až 5 let. Musejí ale přijít z jiného zdravotnického zařízení, nikoli se jen přesunout v rámci krajských nemocnic nebo nemocnic Nemos v kraji.

Moravskoslezský kraj

Přestože platy lékařů a sester v kraji stoupají, některá zdravotnická zařízení v regionu stále bojují s nedostatkem personálu. Patří mezi ně například Městská nemocnice Ostrava, která v lednu vyhlásila náborovou kampaň s možností získání náborového příspěvku. Scházejí jí všeobecné sestry pro kardiologii, internu i geriatrici. „Především pro tato pracoviště a urgentně i pro oblast všeobecného lékařství sháníme zkušené lékaře se specializací, i zde jsme

schopni lékaře motivovat náborovým příspěvkem,“ uvedla náměstkyně pro personální řízení Denisa Sedláčková. Lékaři nemocnici chybějí i v ostatních oborech, a proto se snaží oslovovat studenty lékařských fakult už v době studia a vyhlásila pro ně i stipendijní program. Šest až osm sester, což představuje zhruba 3 % sester v nemocnici, aktuálně hledá i Vítkovická nemocnice v Ostravě, která patří do skupiny Agel. Počet lékařů je podle mluvčí Radky Miloševské převážně uspokojivý. Ve Fakultní nemocnici Ostrava by potřebovali doplnit stavy asi o 20 sester, u lékařů je situace stabilní.

Vysočina

Podle krajského úřadu chybí v současnosti v Nemocnici Jihlava, Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Třebíč a Nové Město na Moravě více než 150 lékařů a sester. Hejtman Jiří Běhounek potvrdil, že žádné nemocniční oddělení se zatím kvůli nedostatku personálu nemuselo zavřít nebo zásadně omezit provoz. „Ale například v Pelhřimově na oddělení urologie a neurologie je situace na hraně udržitelnosti provozu,“ řekl hejtman Běhounek. Jinde podle něj začínají scházet gynekologové a chirurgové a také lékaři k výkonu terénní pohotovostní služby. Například čekací doba na operaci kyčelního kloubu v jihlavské nemocnici trvá podle šéfa zdejšího Lékařského odborového klubu Bohdana Trnky 2 roky. Pokud by byl lékařů dostatek, mohla by se podle něj tato doba zkrátit na polovinu i méně.

Královéhradecký kraj

Nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců v kraji označila za největší hrozbu krajská koncepce zdravotnictví. Zdravotnickému holdingu Královéhradeckého kraje chybí do optimálního stavu zhruba 35 lékařů a stejný počet sester. Fakultní nemocnici Hradec Králové chybějí necelé dvě desítky lékařů, především z oborů kardiologie, interny, pediatrie nebo patologie, a zhruba tři desítky nelékařských pracovníků. S nedostatkem léka-

řů bojuje také Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, která má zatím dostatek ostatního personálu. „Dnes nám 40 procent účasti v posádkách zajišťují nemocniční lékaři, kteří si k nám v uvozovkách chodí přivydělat a kteří náš provoz drží. Pokud bychom chtěli být stoprocentně závislí na kmenových lékařích, tak bychom potřebovali 22 lékařů navíc,“ řekl ředitel záchranářů Jiří Mašek. Podle něj chybí lékaři jak v nemocnicích, tak v sousedních záchrankách. „Řada našich lékařů chodí ještě pomáhat pardubickým záchranářům. Zdravotnictví je hrubě personálně poddimenzované a pohybujeme se na hranici zajištění systému,“ řekl Mašek.

Plzeňský kraj

Ve Fakultní nemocnici Plzeň, v 6 krajských nemocnicích i v soukromých zařízeních chybí několik desítek lékařů a sester, a to i přesto, že v Plzni je lékařská fakulta, střední zdravotnická škola i vyšší odborná škola a zdravotnická fakulta. „V těchto dnech chybí ve FN Plzeň 45 sester a 20 lékařů, vedení nemocnice zatím nerozhodlo o zavírání či omezení zdravotnických provozů,“ uvedla mluvčí FN Plzeň Gabriela Levorová. Nedostatek zdravotníků trápí i 6 nemocnic spravovaných Zdravotnickým holdingem Plzeňského kraje. Podle mluvčího Jiřího Kokošky nemocnice sice splňují nařízené tabulkové stavy, přesto potřebují zhruba tři desítky sester. „S přihlédnutím k očekávané fluktuaci by nemocnice letos klidně přijaly až 50 sester. Mimo sester hledáme i porodní asistentky, fyzioterapeuty i ošetřovatele a zdravotnické asistenty. Z lékařů zejména internisty, pediatriy, gynekology,“ řekl.

Pardubický kraj

Zatím se v kraji kvůli nedostatku personálu nemuselo žádné oddělení uzavřít, někdy však přechodnou dobu fungují v omezeném režimu stacionáře nebo ve zdravotnických zařízeních vypomáhají lékaři z jiných nemocnic. Nejlépe je na tom Pardubická nemocnice a Chrudimská nemocnice, o něco hůře Světlavská a Litomyšlská nemocnice. Podle generálního ředitele společnosti Nemocnice Pardubického kraje Tomáše Gottvalda by v budoucnu mohla zdravotní péče doznat kvůli chybějícím zdravotníkům důležitých změn. „Nemyslím, že by měla oddělení zanikat, ale určitě mohou změnit svoji strukturu, třeba 24hodinovou dostupnost služeb v některých nemocnicích,“ uvedl ředitel Gottvald.

ROZHOVOR

Krizi zažehná pouze systémové řešení

Jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci spravedlivě odměňováni? Jaká opatření by vyřešila nedostatek sester? Co lze očekávat od novely zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních? S prezidentkou České asociace sester PhDr. Martinou Šochmanovou, MBA, a přednostou I. interní kliniky – kardiologické FN Olomouc prof. MUDr. Milošem Tábořským, CSc., FESC, FACC, MBA, jsme hovořili právě o těchto tématech.

Položili jsme jim stejné otázky.

Martina Šochmanová

Jaké je postavení nelékařských zdravotnických profesí z pohledu České asociace sester?

Bohužel musím říci, že Česká asociace sester vnímá klesající zájem o profesi nelékařů. Ta je způsobena mimo jiné tím, že obecně klesá i prestiž těchto profesí.

Proč podle vás nejsou sestry a ostatní nelékařské profese řádně ohodnoceny?

Je to historický exces, který zatím nedokázal žádný z ministrů napravit. Pevně doufám, že resort vnímá, jak kritická situace v současné době nastává, a přistoupí ke konkrétním stabilizačním opatřením.

V kterých oborech chybí sestry nejvíce?

Bohužel v současné době již chybí sestry ve všech oborech. Samozřejmě ale záleží především na typu a regionálním umístění zdravotnického zařízení. Veřejná, přesná statistika neexistuje a domnívám se, že ani ministerstvo zdravotnictví, ani Ústav zdravotnických informací a statistiky tato data nemají.

A jak jsme na tom s počty instrumentářek?

U této otázky odpověď navazuje na předchozí, ani zde přesná čísla nejsou veřejně dostupná.

Nedostatek sester je jen v nemocnicích, nebo chybějí i v ambulantním sektoru?

Chybí ve všech oborech, tedy i v ambulancích.

Od kdy vlastně naše zdravotnictví pociťuje nedostatek sester?

Již v minulosti byla období, kdy se nedostatek sester více či méně projevoval. V posledních letech je situace stále vážnější a zhruba tři roky nazpět už vnímáme jako velmi dramatické...

Myslíte, že nízké finanční ohodnocení je jediným důvodem, proč sestry opouštějí profesi, kterou vystudovaly?

Nepochybně není jediným důvodem. Málokdo si uvědomuje, jak je práce sestry obtížná. Je to příliš velká zátěž, ať již fyzická nebo psychická. Navíc nyní, kdy už systém pociťuje výrazný nedostatek sester, dochází k jejich přetěžování a to je právě mnohdy důvodem k odchodu. Je to takový začarovaný kruh...

Mluví se o tom, že je třeba profesi sestry navrátit prestiž. Myslíte, že nedostatek sester lze vyřešit tím, že se jejich studium zkrátí na minimum?

Rozhodně ne. Trend dnešní doby je zcela opačný. Sestry jsou vzdělanější a logicky mohou zastávat mnohem odbornější činnosti. Je tedy evidentní, že v souvislosti s vyšším vzděláním mohou sestry přebrat některé kompetence lékařů. A to je cesta, kterou se máme dát - vyšší vzdělání, vyšší kompetence, vyšší finanční ohodnocení.

Kam až může trvalý nedostatek sester dojít? Budeme je donekonečna přetěžovat, nebo budeme zavírat jednotlivá oddělení nemocnic?

Dlouhodobé přetěžování sester je nemyslitelné. Navíc nám minimální počty zdravotníků na jednotlivých odděleních předepisuje závazná vyhláška MZ. Důležité je ale také zmínit, že jiná situace je ve velkých městech, jiná v regionech, jiná ve státních nebo krajských nemocnicích, jiná v soukromých. Obávám se ale, že u některých zdravotnických zařízení časem dojde k omezení provozu, ať už na jednotlivých odděleních, v krajních případech i větších částech nemocnic.

Co by nejvíce pomohlo, aby byl sester dostatek?



Foto: archiv

Bohužel je to stále stejná odpověď - navýšení finančních prostředků na jejich odměňování, pak budou sestry odcházet ze systému, tím jich nebude nedostatek a nebude docházet k jejich přetěžování. Prestiž povolání poroste a zvýší se zájem studentů o tuto profesi. Je třeba efektivně využívat všechny profese, je například řada pracovišť, kde může být převaha zdravotnických asistentů, nikoli tedy sester.

Pomohlo by k vyřešení nedostatku sester urychlené přijetí novely zákona č. 96/2004 Sb.?

Sama novela toto nevyřeší, přestože je nezbytná. Je však nutné v co nejkratší době odstranit výkon činností pod odborným dohledem.

A co vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb? Může její změna pomoci přivést do nemocnic další lékaře a sestry?

Změna této vyhlášky nové sestry a lékaře sama o sobě nepřivede. Navýšení minimálních počtů zaměstnanců však zajistí, že nebudou přetěžováni ti, kteří ve zdravotnictví pracují, a to nepřímo pomůže tomu, že nebudou ze systému odcházet.

Je řešením zaměstnávat sestry ze zahraničí?

Ano, toto je řešení. Je však třeba si uvědomit, že již není mnoho států, pro jejichž obyvatele by byla práce v ČR atraktivní.

Systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je v současnosti kritizován. Ozývají se i hlasy, které zpochybňují vysokoškolské vzdělání sester a které tvrdí, že střední zdravotnické školy byly plně dostačující...

Ano, byly. V dobách, kdy střední zdravotnická škola byla prestižní školou, kam chodili studenti s vynikajícím prospěchem ze základní školy, tomu tak skutečně bylo. Dnes je situace bohužel jiná a také nároky na sestry jsou mnohem vyšší.

Myslíte, že se lékaři mohou zvýšení kompetencí sester obávat?

To si nemyslím. Lékař a sestra jsou a musí být spolupracujícími týmy. A já se domnívám, že lékaři naopak rádi přijmou přesunutí některých kompetencí.

Jaká je funkce zdravotnického asistenta? Předpokládám, že by měl mít jiné kompetence než sestry...

Zdravotnický asistent doplňuje ošetrovatelský tým. Má spoustu kompetencí v základní ošetrovatelské péči. Má jiné vzdělání než sestry, a proto i jiné kompetence. Jsou pracoviště, kde zcela jistě může být převaha zdravotnických asistentů, kde opravdu není nutné mít jen sestry s vysokoškolským vzděláním.

Měl by být zachován odborný dohled pro zdravotnické asistenty?

To si nemyslím, odborný dohled pro tuto profesi by měl být zrušen.

Obecně se ví, že nároky na sestry jsou dnes nesrovnatelně vyšší než dříve. To je ten hlavní důvod, proč dnešní sestry potřebuje vysokou školu?

Ano, to je jistě jeden z důvodů.

Miloš Tábořský

Jaké je postavení nelékařských zdravotnických profesí z pohledu České kardiologické společnosti?

Česká kardiologická společnost považuje všechny nelékařské profese za velmi důležité. Ve struktuře společnosti mají samostatnou pracovní skupinu, která vykazuje vlastní edukační aktivity. V současné době zvažujeme vytvoření nové sekce pro vysokoškolsky erudované nelékařské pracovníky - zejména techniky, rehabilitační pracovníky v kardiiovaskulární oblasti a jiné. V kontrastu pohled současné společnosti na

ROZHOVOR

tuto skupinu nelékařských zdravotnických profesí není zcela optimální. Neexistuje úplné povědomí o důležitosti těchto pracovníků v celém systému zdravotnictví a i vůči sestřím převažuje před-revoluční pohled na toto povolání, které je degradováno na inferiorní vůči lékařům. Nepochybně je naším společným úkolem s PhDr. Šochmanovou edukovat širokou veřejnost o zásadní změně v této oblasti, která nastala v posledních deseti letech.

Proč podle vás nejsou sestry a ostatní nelékařské profese řádně ohodnoceny?

Průměrné platy v tomto segmentu jsou nedostatečné, nedochází k průběžné odpovídající valorizaci a je to strategická chyba všech předchozích zodpovědných činitelů napříč politickým spektrem, neboť nikdo, kromě pár vizionářů, si neuvědomil, že skončíme v blízké budoucnosti patovou situací, a to absolutním nedostatkem erudovaných, samostatně pracujících sester a dalších nelékařských profesí.

V kterých oborech chybí sestry nejvíce?

Sestry chybí jak v lůžkovém, tak v ambulantním segmentu. Zatím nejvíce restrikcí je v nemocniční sféře, kde dochází k nutnosti uzavření celých oddělení velkých nemocnic a tím k prodlužování čekací doby na plánované výkony. Oblast akutní medicíny je zatím díky bohu nedotčena a funguje nadále velmi dobře.

A jak jsme na tom s počty instrumentářek?

Výchova kvalifikované instrumentářky je velmi dlouhý proces, který vyžaduje absolvování velkého počtu výkonů pod dozorem zkušených kolegů a lékařů. Navíc se neustále vyvíjejí a do praxe zavádějí nové technologie v operativě i v oblasti katetrizačních intervenčních výkonů. Musí být zájem pracoviště, aby si takto superspeciálně erudované sestry vychovávalo. Nedostatek pociťují zejména pracoviště okresní a subokresní úrovně.

Od kdy vlastně naše zdravotnictví pociťuje nedostatek sester?

Tento problém se objevuje plíživě zhruba od roku 2005. Zpočátku mu nikdo nevěnoval velkou pozornost, zásadním problémem se stává v posledních 2 letech.

Myslíte, že nízké finanční ohodnocení je jediným důvodem, proč sestry opouštějí profese, kterou vystudovaly?



Foto: archiv

Rozhodně ne. Přesčasové hodiny, nutnost kontinuálního vzdělávání, tlak na zvyšování kvalifikace, záskoky na jiných odděleních, ambulancích a podobně spolu s faktorem nedostatečného finančního ohodnocení bez jasně dané perspektivy nárůstu tvoří dohromady spektrum příčin odchodu sester ze systému.

Mluví se o tom, že je třeba profesi sestry navrátit prestiž. Myslíte, že nedostatek sester lze vyřešit tím, že se jejich studium zkrátí na minimum?

Aktuálně možná ano, ale z hlediska systémového řešení a investic do budoucnosti to není rozhodně dobrý krok.

Kam až může trvalý nedostatek sester dojít? Budeme je dokonce přetěžovat, nebo budeme zavírat jednotlivá oddělení nemocnic?

Krise bude trvat tak dlouho a stav se bude zhoršovat do té doby, dokud ministerstvo zdravotnictví, Česká asociace sester, odbory ve zdravotnictví a odborné společnosti nepřijdou se skutečně systémovým řešením, a to minimálně ve střednědobém horizontu, bez ovlivnění aktuálním politickým spektrem zastoupení na centrální úrovni.

Co by nejvíce pomohlo, aby byl nedostatek sester dostatek?

Systematická práce na problému – stabilizovat systém vzdělávání, diferencovat kompetence a finanční ohodnocení vysokoškolsky vzdělaných sester, posílit střední segment i asistenty.

Pomohlo by k vyřešení nedostatku sester urychlené přijetí novely a zákona č. 96/2004 Sb.?

Tento zákon je v dnešních podmínkách naprosto nepoužitelný, novelizace je dle mého názoru mandatorní.

A co vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Může její změna pomoci přivést do nemocnic další lékaře a sestry?

Určitě ano, nicméně je nutné mít zdroje odkud personál brát, a to vyhláška samozřejmě neřeší.

Je řešením zaměstnávat sestry ze zahraničí?

Rozhodně ne.

Systém vzdělávání nelékařských zdravotníků je v současnosti kritizován. Ozývají se i hlasy, které zpochybňují vysokoškolské vzdělání sester a které tvrdí, že střední zdravotnické školy byly plně dostačující...

Rozhodně si nemyslím, že by všechny sestry měly vysokoškolské vzdělání. Důležitá je diferenciace dle pozic s příslušnými kompetencemi. Nedovedu si v dnešní době představit sestry ve vedoucích pozicích právě bez vysokoškolského vzdělání. Krásným příkladem je vrchní sestra mé kliniky, která si i při provozu byla schopna doplnit magisterské vzdělání a velmi si jí za to vážím, je úžasná.

Myslíte, že se lékaři mohou zvýšení kompetencí sester obávat?

Vůbec ne, naopak v mém oboru potřebujeme samostatně pracující sestry s vysokoškolským vzděláním pro problematiku srdečního selhání, arytmiologie, koagulační kliniky a řadu dalších specializovaných činností.

Jaká je funkce zdravotnického asistenta? Předpokládám, že by měl mít jiné kompetence než sestra...

U mě na klinice velmi dobře fungují, doplňují sesterský kolektiv. Vykonnávají veškeré činnosti dle standardů s výjimkou určitých výkonů (například podávání injekcí), které jsou vyhrazeny pouze pro sestry.

Měl by být zachován odborný dohled pro zdravotnické asistenty?

Myslím si, že ano.

Obecně se ví, že nároky na sestry jsou dnes nesrovnatelně vyšší než dříve. To je ten hlavní důvod, proč dnešní sestry potřebuje vysokou školu?

Určitě ano, je evidentní posun v odbornosti a to je spolu s potřebou kontinuálního vzdělávání základem pro nutnost vysokoškolského vzdělání pro dobře definovanou skupinu specializovaných sester.

Jste kardiolog. Ve své práci se specializujete především na poruchy rytmu. Co od sestry očekáváte především?

Očekávám především kvalitní kontinuální pokračující vzdělání, profesionalitu v přístupu k odbornosti a k pacientovi. Významnou roli hraje komunikace, podíl na edukaci pacienta a rodných příslušníků, vedení sesterské dokumentace a řada dalších úkolů. To všechno je logicky podmíněno kvalitním vzděláním s jasnou preferencí vysokoškolské úrovně vzdělání. V dnešní době považuji za automatické, aby vrchní sestra měla magisterské vzdělání a veškeré staniční a úsekové sestry pak minimálně bakalářský stupeň.

Je evidentní, že diferenciace sesterského stavu je naprosto nutná a je potřeba vést dialog ke zvýšení kompetencí sester právě s vysokoškolským vzděláním. Z mé praxe v zahraničí mám velmi dobré zkušenosti s lékařskými asistenty – vysokoškolsky vzdělanými sestrami, které mohou samostatně dle předem definovaného protokolu vést například korekci medikamentózní léčby srdečního selhání, jak je více než 20 let standardem ve skandinávských zemích, pracovat v koagulačních klinikách a upravovat léčbu warfarinem (viz model těchto pracovišť v Německu, Skandinávii). A samozřejmě hrají důležitou roli i řadě dalších odborných problematik. Některé návrhy změny struktury vzdělávání sester definované populističtější snahou „zjednodušit vzdělání na středoškolskou úroveň jako garanci navýšení počtu sester“ považuji z hlediska perspektivy českého zdravotnictví za velmi škodlivé.

Na klinice, kterou řídíte, se také potýkáte s nedostatkem sester?

Musím konstatovat, že právě díky dlouhodobé a systematické koncepci vedení Fakultní nemocnice Olomouc v oblasti nelékařských oborů nemáme nedostatek sester pro oblast kardiologie. V průběhu posledních let nastoupila mladá generace se skutečným zájmem o odbornost a schopností odpovídajícího dialogu s lékaři a dalšími pracovníky kardiocentra. Jako příklad uvedu, že při zvýšení lůžkové kapacity nového oddělení akutní kardiologie I. IKK byla personální situace vyřešena během měsíce, a to tak, že jsme si mohli vybírat z výrazného převisu žádostí.

Na druhou stranu samozřejmě vnímám i situaci sester nestátních zdravotnických zařízení jak lůžkových, tak ambulantních, kde se dá v některých případech o korektním přístupu zaměstnavatele k sestřím jen těžko hovořit.

Jak situaci konkrétně řešíte?

Je to kontinuální dialog lékařů a sester, kvalita a rozvoj pracoviště spolu s přístupem managementu nemocnice, dodržení platových tarifů a uvědomění si, že být zaměstnán ve Fakultní nemocnici Olomouc je čest a je to stejná pocta pro lékaře i sestry, jako když reprezentují jakoukoli kvalitní značku v jiném oboru.

ANKETA

Nedostatek lékařů a sester?

Máme, ale dovedeme je řešit

Časopis Zdravotnictví a medicína oslovil několik ředitelů rozmanitého spektra zdravotnických zařízení s otázkami týkajícími se problematiky chybějícího zdravotnického personálu a řešení, která se jim osvědčují.

Položili jsme jim tyto otázky:

1. Řeší vaše nemocnice nedostatek lékařů?

2. Pokud ano, jde spíše o akutní, nebo dlouhodobý stav?

3. Lze dlouhodobý nedostatek lékařů spojovat s některou konkrétní odborností?

4. Nabízíte lékařům nějaké speciální pobídky, aby se pro vaši nemocnici rozhodli?

5. Jak řešíte nedostatek všeobecných sester? Nedostává se vám i jiných nelékařských profesí (dětská sestra, zdravotnický asistent)?

6. Musela nemocnice za vašeho vedení přistoupit k organizačním změnám kvůli nedostatku zdravotníků?

* * *



Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, ředitelka, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

1. Pouze v individuálních případech, chybí spíše lékaři pro vykonávání lékařské pohotovostní služby, vzhledem k limitu práce přesčas pouze 416 hodin ročně.

3. Obecně není příliš velký zájem o práci na všeobecných (interních) urgentních příjmech.

4. Pro lékaře máme až na náborový příspěvek připraveny stejné benefity jako v případě sester. Důležitější roli ovšem může hrát zázemí velké fakultní nemocnice a provázanost na 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy. Lékaři tedy mají možnost věnovat se vědě a výzkumu a být zapojeni do grantových projektů.

Pro lékaře – studenty Ph.D. studia na 1. LF UK – nabízíme možnost zařazení do tzv. MD/PHD programu. Po zařazení do tohoto programu nabízí VFN studentovi vedle prezenční formy studia Ph.D. i zaměstnání na částečný úvazek a po zdárném dokončení

studia pak možnost dále pokračovat v práci v naší nemocnici.

Pro lékaře, ale i pro všeobecné sestry, může roli hrát také to, že v mnoha odbornostech patříme mezi špičku nejen v ČR.

5. Pro sestry máme připravenou celou škálu benefitů – od náborového příspěvku přes možnost velmi levného ubytování v centru Prahy, týden volna navíc, jazykové kurzy až po vlastní mateřskou školu.

Důležitou součástí představuje i možnost profesního vzdělávání, které je u nás velmi propracované.

Chybí i zdravotničtí asistenti a především radiologičtí asistenti.

6. V některých případech jsme museli uzavřít některá oddělení, případně jednotlivá lůžka. Týká se především interních oborů, jedno oddělení je například delší dobu uzavřeno na I. interní klinice – klinice hematologie.

* * *



MUDr. Karel Lukeš, MBA, ředitel, Nemocnice Podlesí v Třinci

1. Nemocnice Podlesí, a. s., nemůže říci, že neřeší nedostatek lékařů, ale není nucena řešit nedostatek lékařů strukturálními či provozními změnami. Fluktuace zaměstnanců je jev, který se v nějaké míře vyskytuje v každé pracovní společnosti. Získání náhrady za případného odcházejícího lékaře není snadné, ale řešit se dá. Zároveň ale – bohužel – není nemocnice nucena řešit nadbytek lékařů. Situace na trhu práce lékařů je v celé republice stejná.

2. Tento stav je bohužel dlouhodobým trendem s multifaktoriální příčinou. Délka a náročnost studia, náročnost a komplikovanost postgraduálního vzdělávání, pracovní vypětí, zatížení, expozice forenzní odpovědnost

ti, odměňování dané nastavením systému a omezené možnosti zaměstnavatelů jsou těmi nejdůležitějšími.

3. Lékařství je obecně multidisciplinární odvětví, ve kterém lze nalézt z hlediska osobního pohledu jednotlivce atraktivnější či méně atraktivní obory. Proto se oborová diverzita nedostatku určitě dá vysledovat.

4. Věřím, že nabízíme lékařům to nejatraktivnější. Možnost práce v komunikačně otevřeném prostředí, dobrém kolektivu a atmosféře, možnost edukace a zejména seberealizace při poskytování nejmodernějších léčebných metod, které jsou na světě k dispozici.

5. U sester je situace velmi podobná jako u lékařů. Protože sester je však 4x více než lékařů, je tento problém 4x větší, nebo někdy 4x menší.

6. V tomto směru Nemocnice Podlesí, a. s., nebyla nucena řešit situaci na trhu práce ve zdravotnictví tímto způsobem. A budeme dělat maximum pro to, aby se tak nestalo.

* * *



Mgr. Šárka Češková Snížková, MBA, HR ředitelka, Euroclinicum

1. Ano řešíme, asi jako jakékoli zdravotnické zařízení v České republice. EUC je ale dominantně ambulantní zařízení.

2. Jde o dlouhodobý stav – když se nám podaří nějaké lékaře sehnat, řešíme vzápětí odchody jiných, například do soukromých ambulantů a podobně. Jsou ale obory, ve kterých máme stabilní a rostoucí tým.

3. Nejvíce nás trápí nedostatek praktických lékařů pro dospělé, ale i těch pro děti a dorost. Další velký nedostatek je u biochemiků. Dá se však říct, že nám chybí napříč holdingem všech odborností.

4. Samozřejmě, musíme být konkurenceschopní a zároveň věříme, že náplň práce se postupně mění a stává atraktivnější.

5. Sestry nám tolik nechybí, máme především ambulantní provozy, které mají pravidelnou, jednosměnnou pracovní dobu, což je pro sestry velkým benefitem. Chybí nám fyzioterapeuti.

6. Ano, musela. Ale změny, které jsme provedli, jsme provedli proto, abychom směřovali k podpoře dlouhodobé perspektivy nemocnice.

* * *



MUDr. Bc. Tomáš Fiala, MBA, předseda představenstva, Nemocnice Strakonice, a. s.

1. Ano, v některých odbornostech.

2. Jde o již delší dobu trvající a ovšem podle odborností různě se vyskytující stav.

3. Je to různé, nyní ovšem se nedostává internistů a dětských lékařů.

4. Cílíme na absolventy, organizujeme pro ně vzdělávací akce v rámci Jihočeského nemocničního holdingu. Jinak k dalším benefitům patří týden dovolené navíc, životní spoření, rekreační možnosti, kvalifikační vzdělávání zdarma, finanční hodnocení.

5. Všeobecné sestry!

6. Ne.

* * *



MUDr. Petr Sládek, předseda představenstva, Uherskohradištská nemocnice, a. s.

Uherskohradištská nemocnice zatím stran personálního vybavení

splňuje požadavky zdravotních pojišťoven. Ale to neznamená, že nemáme potřebu v určitých kategoriích tyto počty navýšit – i u nás to může být v budoucnu velký problém. Proto se snažíme velmi aktivně kvalitní zdravotnický personál vyhledávat sami už nyní. Navštěvujeme střední, vyšší odborné a vysoké školy, oslovujeme končící studenty, věnujeme se studentům, kteří jsou u nás na praxi. Myslíme si, že jim máme co nabídnout – kromě výborných platových podmínek také kvalitní vzdělávání, odborný růst na akreditovaných pracovištích a mnoho dalších zaměstnaneckých benefitů typu 25 dní dovolené, příspěvek na stravování, penzijní připojištění a podobně.

* * *



Dagmar Dvořáková, viceprezidentka, VAMED Mediterra

1. Nedostatek lékařů je celorepublikový problém, který se v současné době týká většiny zdravotnických zařízení v České republice. Ke zlepšení stavu je zapotřebí komplexní systémové řešení.

2. Nedostatek lékařů trápí české zdravotnictví již delší dobu.

3. Nedostatek lékařů vnímáme napříč celým spektrem lékařských odborností. I proto se snažíme, abychom byli pro uchazeče o práci v našich zdravotnických zařízeních atraktivním zaměstnavatelem.

4. Jednotlivá zdravotnická zařízení společnosti VAMED Mediterra využívají různé pobídky – patří mezi ně například nadstandardní mzdové podmínky, zaměstnanecké benefity (např. týden dovolené navíc, příspěvek na stravování) nebo podpora dalšího vzdělávání.

5. Abychom v našich zdravotnických zařízeních zajistili odpovídající počet sester, provozujeme tzv. *pooling* neboli agenturní zaměstnávání sester. Nábor všeobecných sester řešíme ale i inzercí a prezentací našich zdravotnických zařízení na zdravotnických školách.

6. Nedostatek zdravotnického personálu se vždy snažíme řešit s předstihem. K zásadním organizačním změnám jsme proto ve zdravotnických zařízeních skupiny VAMED Mediterra přistoupit nemuseli.

(klu)

Nechceme, aby pacienti čekali na diagnózu deset let

Ředitel společnosti Sanofi Genzyme Radek Korbel hovořil ke Dni vzácných onemocnění (29. 2.) o perspektivách pacientů se vzácným onemocněním, multioborové spolupráci a včasné diagnostice.

Kolik pacientů vzácnými onemocněními trpí a o jaký počet nemocí přibližně jde?

Vzácná onemocnění jsou definována výskytem 5 pacientů na 10 000 jedinců v populaci. Ultravzácné je pak onemocnění, kde je prevalence 1 pacient na 100 000 jedinců, jde tedy o jednotky nemocných. V Evropě se tato onemocnění týkají 250 tisíc lidí. Předpokládá se, že existuje zhruba 8 tisíc různých vzácných onemocnění. Každé z nich pak může mít ještě své specifické genetické varianty, takže projevy jednoho onemocnění mohou být u dvou jedinců dosti různé.

Na jaký typ léčby se Sanofi Genzyme zaměřuje a kam v léčbě směřujete do budoucna?

Vzácná onemocnění jsou hlavní oblastí našeho působení již od roku 2003, kdy zde vznikla česká pobočka původně americké firmy Genzyme. Na léčbu vzácných onemocnění používáme enzymatické přípravky, tzv. enzymatickou substituční terapii. Díky technologii rekombinace DNA jsme schopni vyrobit pacientovi obdobu chybějícího enzymu a ten mu infuzní terapií podat. Pokud je pacient včasné diagnostikován, časné léčen a spolupracuje při terapii (řádně dochází na infuze), žije téměř standardní život. Pro pacienty tato terapie znamená záchranu života. Od roku 2014 jsme úspěšně vstoupili do oblasti roztroušené sklerózy, kde přinášíme pacientům nové možnosti terapie. Nově se zaměřujeme také na onkologii a do budoucna i imunologii, konkrétně na revmatoidní artritidu, atopickou dermatitidu nebo astma.

Která ze vzácných onemocnění jsou pro vás klíčová?

Soustředíme se na podskupinu vzácných onemocnění, konkrétně lyzozomální střádavá onemocnění. Tato onemocnění spojuje absence enzymů, které odbourávají specifické substráty, jež se podle typu onemocnění poté hromadí v různých tělesných orgánech. Projevem může být poškození srdce, ledvin, nervové soustavy, oslabení svalů, ale i další projevy.

Lze říci, zda se ve střední Evropě vyskytuje některé ze vzácných onemocnění více než jinde?

Výskyt je v rámci jednotlivých zemí velmi individuální. Například výskyt Gaucherovy choroby je u některých populací např. východoevropských Židů mnohem častější, než jinde.

I ve střední Evropě pozorujeme určité anomálie, například u Fabryho choroby je v ČR diagnostikováno asi 120 pacientů, přitom na Slovensku je jich diagnostikováno asi jen 15. To je velký nepoměr. Byť na Slovensku společně s odborníky provádíme osvětové a vzdělávací aktivity, tolik pacientů jako u nás nenacházíme. Zřejmě je tamní populace v tomto ohledu zdravější.

Nebo tam nejsou pacienti tak dobře diagnostikováni jako u nás?

To je taky možné. Ale výkyvy vidíme v celé Evropě. Například v Irsku u jednoho konkrétního onemocnění počet diagnostikovaných pacientů převyšuje teoretickou prevalenci. Jde tedy spíše o obecné vodítko, přesný počet stanovit nelze. Ale v jednotlivých zemích se pohybujeme v desítkách osob. Proto se v prvé řadě zaměřujeme na pacienta. Pro nás je klíčové, aby byl pacient spokojený a prožil co nejkvalitnější život. Nejde jen o léčbu, ale i sociální a psychologickou podporu nemocného. Pokud je pacientovi diagnostikováno vzácné onemocnění, kterým v České republice trpí například čtyři další, neví o tom onemocnění téměř nic, cítí se tudíž velmi osamoceno. Nemůže si o diagnóze povídat jako například diabetik.

V jakém věku pacienta jsou tato onemocnění nejčastěji diagnostikována?

Obecně se traduje, že se vzácná onemocnění týkají převážně dětí. V ČR je ale většina pacientů se střídavými onemocněními dospělých a jako dospělí byli také zachyceni. Projevy v dětství mohou být minimální, téměř zanedbatelné, což často vede k pozdní diagnostice. To se snažíme eliminovat. Naším cílem je pomoci lékařům ke správné a včasné diagnostice. Stejně jako u jiných onemocnění i zde platí, že čím včasnější léčba, tím lepší je prognóza pacienta. Bohužel některé výzkumy ukazují, že pacient se vzácným onemocněním čeká na správnou diagnózu i deset let.

U kterých lékařů je vaše spolupráce na diagnostice klíčová? Měli by onemocnění poznat už praktičtí lékaři?

Hodně kooperujeme s odbornými společnostmi, snažíme se spolupracovat na screeningových projektech u rizikových populací pacientů, jako například v neurologii, kde se Pompeho nemoc zabývají neuromuskulární specialisté. Víme, že u určitých typů pacientů, kteří mají svalovou slabost, by se Pompeho choroba mohla vyskytnout. Jenže takoví pacienti mohou být vedeni pod jinou diagnózou. Doporučujeme odborníkům testování těchto nemocných. Metodika stanovení správné diagnózy je poměrně jednoduchá, za pomoci metody „suché krevní kapky“. Pacientovi se jednoduše odebere vzorek kapilární krve z prstu, z něhož lze rychlým laboratorním testem určit, zda trpí některou z lyzozomálních chorob. Častější je tedy záchyt pacientů se vzácným onemocněním u specialistů, ale obecně diagnostikovat může i praktický lékař. Nemocných jsou však jednotky či desítky, dá se říci, že většina lékařů se s takovým pacientem setkává jednou za život.

Co tedy v praxi přispívá k časnějšímu záchytu onemocnění?

Snažíme se podílet a spolupracovat na projektech společně s lékaři v různých odbornostech – hematologie, neurologie, nefrologie, kardiologie a další. Každý z lékařů vidí určitý symptom onemocnění. U Fabryho choroby může jít o nenápadné kožní projevy, angiokeratomy, kterých si všimne například dermatolog. Těmto pacientovi kardiolog diagnostikuje zbytně srdce, což už si ale většinou s vyrážkou nebo s poškozením ledvin nespojí. Problém komplexnosti těchto onemocnění se dá tedy řešit mezioborovou spoluprací.

Spolupracujete ale i s patientskými organizacemi. Jak konkrétně?

Jsem rád, že u nás ve společnosti vznikla speciální pozice, věnující se spolupráci s patientskými organizacemi. Kolegyně se podílí na různých projektech, které například podporují snahy o profesionalizaci patientských organizací a jejich schopnosti samostatně

získávat finanční prostředky nebo spolupracovat s ministerstvem na připravované legislativě. V rámci Asociace inovativního farmaceutického průmyslu funguje projekt Akademie patientských organizací. My specificky podporujeme vzdělávání a sociální programy, kde se např. setkávají rodiny pacientů, podporujeme ale také patientské publikace. Od tohoto semestru jsme na Kateřině řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze spolumožili předmět „Profesionalizace patientských organizací“, vedle financí jsme poskytli také know-how k propojení studentů a patientských organizací.

Tak malý počet pacientů komplikuje i organizaci klinických hodnocení, jakou mají čeští pacienti šanci, že budou do vaší studie zařazeni?

U vzácných onemocnění probíhají klinické studie třeba jen na 40 pacientech, takže jde většinou o mezinárodní multicentrické studie. Specializované centrum v ČR zařadí obvykle jednoho či dva pacienty, ale i toto číslo je pro celkové výsledky studie velice důležité. Vzhledem k tak raritnímu výskytu pacientů se vzácnými onemocněními, je péče o nemocné v ČR centralizovaná. Znamená to, že existuje 1 až 2 centra na celou ČR, kde díky centralizaci péče mají lékaři dostatek zkušeností s péčí o tyto specializované pacienty.

Probíhají v ČR klinická hodnocení?

Momentálně máme v ČR tři mezinárodní klinické projekty zaměřené na lyzozomální střádavá onemocnění. Já jsem osobně velmi rád, že i když některé naše přípravky jsou pro pacienty jediným řešením, naše společnost stále pracuje na vývoji nových terapeutických možností. Genzyme investuje významné prostředky do vzniku druhé generace terapií, která bude pro pacienta účinnější, lépe tolerovaná nebo bude mít lepší dávkovací režim.

Kolik stojí roční léčba jednoho pacienta u nás, například u Fabryho choroby?



Foto: archiv Sanofi

V rozmezí 3,5–5 milionů korun ročně. Jelikož jde o infuzní formu, kde se dávka stanovuje na kilogram hmotnosti pacienta, je velký rozdíl, pokud se léčí dvacetikilové dítě nebo stokilový pacient.

Asi každý zdravotnický systém na světě bojuje s nákladnou centrovou léčbou. Pokud to lze porovnat, jak dobře je tato léčba u nás dostupná? Dostane ji každý pacient?

V oblasti vzácných onemocnění je péče v ČR velmi dobrá. Jde o vysoce centralizovanou péči, plátcí mají velmi dobře pod kontrolou veškeré výdaje, protože pacientů je velice málo. Nicméně zhodnotíme, zda je pacient vhodný na terapii, je vždy na ošetřujícím lékaři. Samozřejmě existují lidé, kteří mají geneticky potvrzené vzácné onemocnění, ale například nemají žádné symptomy. Prodleva v nástupu léčby u diagnostikovaných pacientů nebývá. To je pro české pacienty velmi pozitivní stav.

Pokud se stále zlepšuje diagnostika a na centrovou péči je vynakládáno stále více prostředků, existuje strop jejího financování?

Objem peněz, který se v ČR na léky vynakládá, je dlouhodobě konstantní. Rostou spíše náklady na lůžkovou péči. Přínosové terapie pro pacienty je tak obrovský, zejména pokud se dokážou vrátit do práce a nezůstanou na lůžku, že za to stojí. Plátce sice vloží velkou investici do léčby, ale pacient nebude za dva roky v invalidním důchodu, stát za něj nebude platit dávky, pojištění a péči, protože pacient bude díky modernímu biologickému léku dalších x let pracovat. Navíc léčba vzácných onemocnění nepředstavuje pro státní rozpočet zdaleka takovou zátěž jako například léčba civilizačních chorob. Odhaduje se, že náklady na léky pro vzácná onemocnění stojí stát zhruba dvě miliardy ročně, přitom jen na léčbu cukrovky vynaloží stát ročně zhruba 40 miliard korun. Za cukrovku přitom často může nezdravý životní styl, zatímco vzácná onemocnění jsou vrozená. (tdl)

FARMABYZNYS

Sedmá výzva iniciativy IMI 2

Iniciativa IMI 2 (Innovative Medicines Initiative), jejímž cílem je podpořit výzkum a vývoj nových léčiv a léčebných postupů, vyhlásila v pořadí sedmou výzvu s alokací 2,5 miliardy korun.

Finanční prostředky jsou určeny na projekty v oblasti bezpečnosti léků, využití *big data* v klinickém výzkumu a léčbu závažných onemocnění. Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), která zajišťuje podporu iniciativy v České republice, vyzývá tuzemské výzkumníky k podání grantových žádostí. Přijímány budou do 17. března 2016.

Iniciativa IMI 2, která probíhá pod záštitou Evropské federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA), rozdělí v rámci sedmé výzvy 2,5 miliardy korun z celkového rozpočtu 86,4 miliard korun. „IMI 2 podporuje partnerství univerzit a farmaceutického průmyslu. Díky velkorysému financování a spojení poznatků z různých sfér pomáhá urychlit výzkum a vývoj nových léčiv. Tuto šanci by si české výzkumné týmy neměly nechat

ujít,“ říká ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček.

6 oblastí výzvy

Aktuální výzva se zaměřuje na šest oblastí:

- Největší objem finančních prostředků poputuje do výzkumu bezpečnosti léků. Šanci získat podporu z IMI 2 mají projekty zaměřené na nové zobrazovací metody, které umožní porozumět nežádoucím účinkům léků a usnadní testování a vývoj nových léčivých prostředků.
- V 7. výzvě se vrací téma Alzheimerovy choroby, kterou celosvětově trpí na 44 milionů pacientů. IMI 2 nabízí prostředky na výzkum toxických bílkovin v mozku, které způsobují nejen tuto nemoc, ale také Parkinsonovu chorobu. V současnosti existuje pouze léčba potlačující symptomy chorob,

cílem IMI 2 je přímo identifikovat látky, proti kterým by se měla zaměřit kauzální léčba.

- Pokračuje také program využití *big data* ve zdravotnictví, který směřuje k využití dostupných dat za účelem zlepšování zdravotní péče. Ve výzvě budou prostředky kromě celkové podpory programu směřovány na využití *big data* ke zlepšení klinických výsledků u pacientů se srdečními onemocněními.
- Věkem podmíněná makulární degenerace je onemocnění, které je nejčastější příčinou oslepnutí u starších lidí. Lék na něj prozatím neexistuje, IMI 2 podpoří další výzkum k identifikaci příčin nemoci.
- Tématem výzvy je i chronická neuropatická bolest, která postihuje až 8 % populace a která je jen obtížně léčitelná. Vědecké týmy si mohou zažádat

o prostředky na výzkum zaměřený na porozumění mechanismům vzniku bolesti.

- Ve 20 % případů zůstává rakovina u dětských pacientů neléčitelná. IMI 2 přispěje na vytvoření testovacích nástrojů, které by mohly pomoci najít účinnou látku pro boj s rakovinou.

Žádosti o podporu v rámci 7. výzvy IMI 2 je nutné předložit do 17. března 2016 prostřednictvím informačního systému SOFIA.

(Zdroj: AIFP)

(red)

V ČR zahajuje činnost společnost Baxalta

Od 1. února působí v České republice nová farmaceutická společnost Baxalta Czech. Jde o dceřinou firmu přední biofarmaceutické společnosti Baxalta Incorporated, jež působí v oblasti hemofilie, imunologie a onkologie a která se loni v červenci oddělila od Baxter International.

Cílem tohoto rozdělení bylo umožnit plně se soustředit na jednotlivé oblasti výzkumu a výroby, včetně produktů, které budou na trh postupně uváděny v následujících letech. Při příležitosti vzniku Baxalta Czech se 1. února uskutečnilo setkání v Americkém centru na velvyslanectví Spojených států amerických v Praze. „V centru pozornosti

společnosti Baxalta stojí pacienti, zvyšování úrovně poskytované péče a rozšiřování přístupu k moderní léčbě,“ řekl k cílům nové společnosti výkonný ředitel Baxalta Czech Michal Matoušek. Baxalta zaměstnává celosvětově zhruba 16 tisíc lidí a pobočky má ve více než 100 zemích.

(red)

Krátce z (farma)byznysu

• Čistý zisk farmaceutické společnosti **Pfizer Inc.** ve čtvrtém čtvrtletí roku 2015 klesl na 613 milionů dolarů z předloňských 1,23 miliardy USD. Mohly za to mimořádné položky. Bez těchto mimořádných položek výsledky firmy překonaly očekávání a příjmy rostly díky akvizici firmy Hospira a prodeji očkovacích látek. Firma ve čtvrtletí musela zaúčtovat několik mimořádných nákladů, například devizové ztráty 878 milionů dolarů v souvislosti s aktivitami ve Venezuele a náklady na urovnání sporu kvůli penzijnímu pojištění. Bez těchto mimořádných položek očištěný zisk na akcii činil 53 centů a překonal tak očekávání analytiků, kteří čekali v průměru zisk 52 centů na akcii. Příjmy se zvýšily o 7 % na 14,05 miliardy dolarů. Příjmy z prodeje očkovacích látek se zvýšily o 45 %.

Pfizer se loni v listopadu dohodl na převzetí konkurenta Allergan, který sídlí v Irsku. Firma současně poskytl výhled na celý letošní rok, který však zaostal za odhady analytiků. Pfizer to odůvodnil hlavně silným dolarem a konkurencí levnějších, generických léků. Příjmy za celý rok mají podle firmy činit 49 miliard až 51 miliard dolarů a očištěný zisk na akcii 2,2 až 2,3 dolaru. Analytici v průměru čekají příjmy

52,49 miliardy USD a zisk 2,36 dolaru na akcii.

• Britská farmaceutická společnost **GlaxoSmithKline (GSK)** ukončila loňský rok 6% růstem tržeb. Ty tak dosáhly celkové částky 24 miliard liber. Tímto výsledkem překonala očekávání analytiků a finančních trhů. Provozní zisk současně přesáhl 10 miliard liber.

Na celkových výsledcích společnosti se jednotlivé divize podílely následujícím způsobem: divize Vaccines, která vyrábí očkovací látky, si připsala 19% růst tržeb, divize Consumer Healthcare, jež vyrábí běžné spotřební produkty, dosáhla 44% růstu tržeb. Divize Pharmaceuticals, která vyrábí léky na předpis, zaznamenala 7% pokles. Celková hodnota zisku na jednu akcii činila v uplynulém roce 174,3 pence, čímž zaznamenala více než 100% růst oproti roku 2014. Dobrý hospodářský výsledek podpořily částkou 2 miliard liber i prodeje nových přírůstků v portfoliu produktů určených pro léčbu HIV.

• Společnost **Bioveta** v loňském roce zvýšila tržby o 15 % na 1,4 miliardy korun. Firmě vzrostl i zisk, a to na rekordních 300 milionů korun. Růstem zisku si společnost vytváří zdroje na další investice. Letos

chystá výstavbu zatím největší halu. Bioveta vedle vlastních vakcín vyrábí i produkty pro jiné velké nadnárodní koncerny, jež je následně prodávají pod svým jménem. Vyrábí zejména vakcíny pro zvířata. Podílí se na vývoji vakcíny proti borelióze. Její využití chce rozšířit i pro humánní medicínu. Než se dostane na trh, bude to ale trvat patrně kolem šesti let.

• Americká farmaceutická společnost **Abbott Laboratories** koupí za 5,8 miliardy dolarů výrobce diagnostických testů **Alere**. Akvizicí tak výrazně posílí v oblasti zdravotnického testování a vstoupí na nové trhy. Alere vyrábí testy pro použití v ordinacích lékařů, nemocnicích i doma. Mezi její výrobky patří mimo jiné testy na chřipku, malárii či HIV, ale i testy na drogy a alkohol. Abbott vyrábí léky, kojeneckou stravu a zdravotnické přístroje.

Abbott podle dohody zaplatí za každou akcii firmy Alere 56 dolarů a převezme i její dluh, který dosahuje 2,6 miliardy USD. Abbott uvedl, že akvizice zvýší tržby jeho diagnostické divize na více než 7 miliard dolarů. Celkové tržby firmy loni činily 20,4 miliardy USD. Tržby Alere za rok 2014 dosáhly 2,59 miliardy USD.

• **Penta Investment** odkoupila od Michala Zahradníčka, zakladatele a majoritního akcionáře **PrimeCell Therapeutics**, a. s., minoritní část jeho podílu. Po 9 letech tak dochází k zásadnější změně ve struktuře PrimeCell Therapeutics. Michal Zahradníček stále zůstává největším akcionářem společnosti. PrimeCell Therapeutics se věnuje oboru medicíny, který je založený na manipulaci lidských buněk a tkání. Mimo vlastní aplikovaný výzkum se zaměřuje na následnou výrobu léčivých produktů, které se užívají při vysoce individualizované léčbě dospělých neléčitelných či obtížně léčitelných onemocnění. Společnost je mimo jiné také podílníkem ve společnosti Nárrodní centrum Tkání a buněk, a. s., 4MEDi centrum buněčné terapie a diagnostiky, SCL Biological Czech.

• Poté, co distribuční společnost **ViaPharma** odprodala prakticky celé portfolio nezávislého trhu, skončila i její virtuální síť **A-lékárna** a také stejnojmenná privátní značka. Od ViaPharmy převzala na konci roku 2015 klienty nezávislého trhu společnost **Pharmos**. Počet odběratelů produktů privátní značky A-lékárna v roce 2015 v jednotlivých měsících kolísá mezi pa-

desátkou a stovkou. O útlumu programu byli informováni už v rámci komunikace související s prodejem části závodu ViaPharma společnosti Pharmos. Portfolio privátní značky A-lékárna tvořily výhradně doplňky stravy, celkem víc než dvacítko položek. Šlo o produkty vyráběné renomovanými smluvními partnery, předními globálními společnostmi v Evropě, Asii, Americe i Africe.

• Společnost **Medtronic plc** oznámila akvizici společnosti **Bellco**, průkopníka řešení v oblasti hemodialýzy. Tímto krokem Medtronic potvrzuje své úsilí o zlepšování výsledků a dostupnosti léčby i optimalizaci nákladů v léčbě pacientů, u kterých se rozvinulo konečné stadium selhání. Portfolio firmy Bellco posílí stávající činnosti společnosti Medtronic v oblasti léčby onemocnění ledvin a stane se základní součástí nově vytvořené obchodní skupiny Renal Care Solutions společnosti Medtronic. Medtronic odkoupila Bellco, se sídlem v Itálii, od společnosti Charme Capital Partners, správce evropských fondů Charme Funds. Podrobnosti transakce nebyly zveřejněny.

(Zdroje: ČTK, GSK, Medtronic, ViaPharma, PrimeCell Therapeutics)

(kha)

Krátce ze světa

• **Tisíce mladých lékařů v anglických nemocnicích** zopakovaly jedenodenní stávku (první stávka proběhla v polovině ledna). Lékaři bez atestace tímto způsobem protestovali proti novým pracovním smlouvám, které podle nich znamenají snížení platu, zhoršení pracovních podmínek a ohrožení pacientů. V důsledku protestu musely nemocnice zrušit na 3 tisíce plánovaných operací a vyšetření. Mladí lékaři, kterých v anglických nemocnicích působí více než 50 tisíc, tvoří asi třetinu lékařského sboru tamních nemocnic.

• **Itálie** zpřísnila protikuřácká opatření – pod hrozbou vysokých pokut je v zemi nově trestáno požívání tabákových výrobků v automobilech, v nichž cestují děti či těhotné ženy, a odhazování cigaretových „špačků“ na ulici.

• **Polský parlament** bude posuzovat návrh zákona, který by povolil používání marihuany pro zdravotní účely. Návrh podle průzkumů podporuje většina obyvatel země. Předloha nicméně nepočítá s legalizací rekreačního kouření. Veřejná debata o legalizaci konopí pro léčebné účely se v Polsku rozhořela i v souvislosti s případem lékaře, který dostal výpověď poté, co v jedné z dětských nemocnic podával malým epileptikům experimentálně marihuanu.

• **Ruské úřady** oznámily, že počet lidí nakažených virem HIV dosáhl oficiálně jednoho milionu. Odborníci ale odhadují, že skutečný počet může být i o půl milionu lidí vyšší. První případ HIV byl v Rusku zaznamenán v roce 1987. Od té doby nemoci podleho okolo 205 tisíc Rusů. Předloni dosáhl počet mrtvých 24 416, což představuje o 9 % více než v předchozím roce. Rusko zůstává jednou z mála zemí, kde je epidemie HIV/AIDS stále na vzestupu. Za loňský rok přibýlo více než 93 tisíc nových případů, což je nejvíce za celou dobu. Ještě v roce 2010 bylo HIV-pozitivních půl milionu. Každý měsíc se podle úředních údajů objeví v Rusku 8000 nových případů. Rusko letos podle ministryně zdravotnictví zdvojnásobí výdaje na boj proti HIV/AIDS, ale mnozí lékaři se obávají, že to nebude stačit.

• **Světová zdravotnická organizace (WHO)** oznámila, že očekává velké klinické testy vakcíny proti **viru Zika** nejdříve za 18 měsíců. Nadějně se podle WHO zatím jeví dva preparáty – jeden je z USA a druhý z Indie. Rychleji, a to v řádu týdnů, mají být k dispozici testy na diagnostikování virové nákazy. Do vývoje vakcíny proti viru se zapojilo 15 farmaceutických laboratoří. Organizace rovněž potvrdila, že spojitost mezi virem Zika a mikrocefalií se zdá být čím dál pravděpodobnější. Komáry přenášený virus se rozšířil především v zemích Latinské Ameriky, ojedinělé případy však již byly hlášeny v USA či v některých evropských zemích. U dospělé populace je průběh nákazy mírný, riziko kvůli možné spojitosti s mikrocefalií ale hodnotí jako vysoké u těhotných ženám. Hovoří se rovněž o spojitosti mezi virem a Guillainovým-Barrého syndromem. Dosavadní výzkum rovněž ukazuje, že Zika se zřejmě může přenášet i pohlavním stykem, nejen prostřednictvím komárů *Aedes aegypti*. Virus byl rovněž lokalizován ve slinách. WHO na začátku února vyhlásila kvůli viru Zika celosvětový stav nouze. Celkem se Zika vyskytuje ve 34 zemích, z toho 26 amerických.

• **Americký prezident Barack Obama** oznámil, že pro příští rok vyhradí v rozpočtu 755 milionů dolarů pro onkologický výzkum. Peníze mají být určeny pro Národní ústav zdraví (NIH) a Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA). Prezident Obama rovněž ustavil speciální tým, jehož hlavním úkolem bude koordinovat boj s rakovinou a urychlit výzkum této choroby. Šéfreda skupiny, na jejíž práci se má podílet rovněž americké ministerstvo obrany, se stal viceprezident Joe Biden. Svou iniciativu zesílit boj s rakovinou oznámil prezident už ve svém lednovém poselství o stavu Unie. Pro letošní rok bylo z rozpočtu pro potřeby boje s onkologickými chorobami uvolněno 195 milionů dolarů.

• **Počet dětí** mladších 5 let, které trpí **obezitou** či nadváhou, se podle **Světové zdravotnické organizace (WHO)** nebezpečně zvyšuje. S kilogramy navíc jich bojuje už 41 milionů, což je 6,1 % dětí v dané věkové skupině. V roce 1990 bylo malých dětí s nadváhou 31 milionů, tedy 4,8 %. Podíl dětí s nadváhou roste nejvíce v zemích, které patří mezi ty chudší. Ještě v roce 1990 v nich žilo 7,5 milionu dětí s kily navíc, v roce 2014 jich bylo 15,5 milionu, tedy více než dvakrát tolik. Celá

polovina celosvětové počtu dětí s nadváhou žije v Asii, čtvrtina pak v Africe.

• Každý rok předčasně umírá ve světě v důsledku **znečištěného ovzduší** více než 5,5 milionu lidí, nejvíce v Číně (1,6 milionu úmrtí ročně) a Indii (1,3 milionu úmrtí). Hlavními „viničky“ tohoto stavu jsou podle **Světové zdravotnické organizace (WHO)** emise malých částic vypouštěných z elektráren, továren, automobilů a při spalování uhlí a dřeva. Zatímco rozvinuté země učinily za posledních desítek let velký pokrok v boji se znečištěným ovzduším, počet obyvatel, kteří zemřou kvůli špatné kvalitě vzduchu v rozvojových zemích, neustále stoupá. Podle studie způsobuje špatná kvalita ovzduší více úmrtí než jiné rizikové faktory, jako jsou například podvýživa, obezita, konzumace alkoholu, užívání drog či nechráněný sex.

• **Američtí vědci** z Purdueovy univerzity rozluštili genetický kód klíštěte obecného. Jejich studie, uveřejněná v časopise *Nature Communications*, identifikovala více než 24 tisíc genů. Rozluštění genetického kódu může podle expertů objevit způsoby jak proti klíšťatům bojovat pomocí repelentů, insekticidů či dalších prostředků. Vědci například poznali způsob, jak klíšťata zpracovávají velké objemy krve odčerpání z těla oběti a jak vyměšují. Našli také hormon, který u samic reguluje vývoj vajíček. Pokud by se našel způsob jak tento vývoj blokovat, mohlo by to vést ke kontrole reprodukce klíšťat.

• Každý rok předčasně umírá ve světě v důsledku **znečištěného ovzduší** více než 5,5 milionu lidí, nejvíce v Číně (1,6 milionu úmrtí ročně) a Indii (1,3 milionu úmrtí). Hlavními „viničky“ tohoto stavu jsou podle **Světové zdravotnické organizace (WHO)** emise malých částic vypouštěných z elektráren, továren, automobilů a při spalování uhlí a dřeva. Zatímco rozvinuté země učinily za posledních desítek let velký pokrok v boji se znečištěným ovzduším, počet obyvatel, kteří zemřou kvůli špatné kvalitě vzduchu v rozvojových zemích, neustále stoupá. Podle studie způsobuje špatná kvalita ovzduší více úmrtí než jiné rizikové faktory, jako jsou například podvýživa, obezita, konzumace alkoholu, užívání drog či nechráněný sex.

• **Američtí vědci** z Purdueovy univerzity rozluštili genetický kód klíštěte obecného. Jejich studie, uveřejněná v časopise *Nature Communications*, identifikovala více než 24 tisíc genů. Rozluštění genetického kódu může podle expertů objevit způsoby jak proti klíšťatům bojovat pomocí repelentů, insekticidů či dalších prostředků. Vědci například poznali způsob, jak klíšťata zpracovávají velké objemy krve odčerpání z těla oběti a jak vyměšují. Našli také hormon, který u samic reguluje vývoj vajíček. Pokud by se našel způsob jak tento vývoj blokovat, mohlo by to vést ke kontrole reprodukce klíšťat.

• **Slovenští vědci** objevili způsob, který zjednoduší a zrychlí výrobu látky na přípravu léků proti chřipce. Oznámila to Univerzita Komenského v Bratislavě. Na výsledek výzkumu chemiků z Přírodovědecké fakulty byla podána žádost o patentovou ochranu. Vědci vypracovali postup přípravy látky oseltamivir, jež zpomaluje šíření chřipkového viru v těle člověka. „V literatuře již byly známé postupy využívající asymetrickou katalýzu na syntézu oseltamiviru. Tyto postupy ale používají výchozí surovinu, která je nestabilní a je třeba ji připravovat náročnými chemickými syntézami nebo za použití velmi toxických chemikálií. Hlavní výhodou postupu slovenských vědců je použití jiné, snadnější dostupné a stabilnější výchozí suroviny,“ uvedla univerzita, podle které lze tímto způsobem získat oseltamivir ve 4 krocích ve vysoké čistotě. Nový postup by v budoucnu prý mohly využít farmaceutické firmy při výrobě generické formy oseltamiviru. (Zdroj: ČTK) (kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M161000152

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte dárek

BIODERMA Atoderm

Regenerační a ochranný krém na ruce, 50 ml



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0216**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0216**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Neváhejte!
Tato nabídka platí jen do 20. 3. 2016.
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

ZE ZAHRANIČÍ

Slovensko: Sestry vyjednávají o návratu do práce

Slovenské sestry, které hromadně podaly výpověď s cílem dosáhnout mimo jiné lepších platových i pracovních podmínek, se pomalu začaly vracet na svá původní pracoviště.

K nástupu několika desítek sester zpět do zaměstnání došlo vzhledem k tomu, že vláda ani vedení nemocnic nespĺnily požadavky odborů.

Slovenské ministerstvo zdravotnictví informovalo, že ve fakultní nemocnici v Žilíně podepsalo pracovní smlouvy 33 sester. Tento krok umožnil zdravotnickému zařízení obnovit plánované operace. Právě žilinská nemocnice patřila v souvislosti s hromadnými výpověďmi mezi nejpostiženější zdravotnická zařízení v zemi. Na začátku února tam přestalo pracovat na 170 sester, což ovlivnilo provoz nemocnice. „Chci poděkovat všem sestram, které neopustily pacienty, i těm, které se vrátily. Je to jasná zpráva ve vztahu k pacientům,“ prohlásil slovenský ministr zdravotnictví Viliam Čisĺák.

Prezidentova podpora

Sestry výsledek protestní akce nazdory nepřijetí jejich podmínek nepovažují za neúspěch. „Akce ještě neskončila. Budeme ji hodnotit až tehdy, kdy složíme zbraně. Může se stát, že nemocnice bez sester situaci nezvládnou. Pokud nás potřebovat nebudou, nastane to, co jsme říkaly, tedy že sestry ze Slovenska odejdou,“ varovala prezidentka Slovenské republiky Iveta Lazorová.

Sester se zastal slovenský prezident Andrej Kiska, který se sešel s jejich zástupkyněmi. „Mrzelo by mě, pokud by slovenské zdravotnictví přišlo být jen o jedinou sestru, nedojde-li k dohodě,“ ujistil. Samotnou formu protestu sester ale prezident odmítl komentovat. Andrej Kiska opětovně



Viliam Čisĺák a Robert Fico | Foto: smer.sk

kritizoval nelichotivý stav slovenského zdravotnictví, který podle něj přetrvává již léta. „V systému zdravotnictví máme nepřehlednou džungli, ve které rozhodují znalosti, ve které vládne nepořádek a rozkrádání na úkor zdraví a životů pacientů a důstojných podmínek pro práci personálu,“ řekl prezident Kiska, podle ně-

hož by se zdravotnictví mělo stát prioritou příští vlády, která vzejde z březnových parlamentních voleb.

Nesplněné podmínky

Ze slovenských nemocnic odešlo na základě hromadných výpovědí 540 sester. Přestože to z celkového počtu 13 tisíc ses-

ter v nemocnicích představuje jen zlomek, akce ovlivnila provoz některých zdravotnických zařízení a největší dopady měla na fungování nemocnic v Žilíně a v Prešově.

Poté, co premiér Robert Fico přislíbil zdravotníkům mimo jiné proplacení mzdy i za dny, kdy v nemocnicích po skončení výpovědní lhůty nepracovali, a možnost vyjednání lepších platových podmínek, vyjádřily odbory již začátkem února ochotu k návratu sester do nemocnic. Zdravotnická zařízení však podmínku zvýšení základních platů či plošný návrat všech sester odmítla. V současnosti tak mezi nemocnicemi a sestrami dále probíhají vyjednávání.

Hromadné výpovědi podaly sestry na Slovensku kromě jiného na protest proti tomu, že nový zákon nepočítá se zvyšováním platů na základě praxe a že se nevztahuje na všechny zdravotníky. Původně podalo výpověď více než 1200 sester, polovina si to následně rozmyslela.

Hlavně sestry v menších zdravotnických zařízeních mají nižší plat, než je průměrná mzda na Slovensku, která činí 859 eur měsíčně. Sestry ve velkých nemocnicích vydělávají i s příplatky kolem 1000 eur měsíčně. (ČTK, kha)

Švédsko obnovuje důvěru k experimentům

Stockholmský Karolinska Institutet spojený s univerzitní nemocnicí se letos v únoru rozhodl obnovit vyšetřování případu chirurga Paola Macchiariniho.

Tento lékař zde působil od roku 2010 jako hostující profesor a měl pověst úspěšného průkopníka v lékařském výzkumu v oblasti transplantací, kdy se chybějící nebo nemocné orgány zkoušejí nahradit pomocí plastových vláken či kmenových buněk. Média i odborníci v minulosti v superlativech zmiňovali jeho podíl na operacích v USA, Itálii nebo Španělsku. Loni však Karolinska Institutet zahájil šetření na základě podnětu dřívějších Macchiariniho kolegů a spoluautorů pro podezření, že se v experimentální léčbě dopustil zásadních pochybení. Navíc došlo k tomu, že šest z osmi pacientů zemřelo.

Otazníky nad experimenty

Stížnosti na údajné falšování ve výzkumu se objevily už v roce

2014. Loni se vedení Karolinska Institutet nakonec rozhodlo zrušit Paolu Macchiarinimu pracovní smlouvu. Zatímco v některých případech se jevila zahájená experimentální léčba jako ospravedlnitelná (pacient by bez ní zjevně brzy zemřel), v jiném případě se vyskytují tvrzení, že zdravotní stav pacientů před zákrokem a po něm byl jiný, než pro který by měli být do experimentu zahrnuti (údajně někteří byli relativně zdraví). Všeobecně je známo, že s experimenty tohoto druhu nejsou ještě dostatečné zkušenosti, nyní je však jejich propagátor Macchiarinimu přičítáno ke škodě, že v minulosti zřejmě nezasvětil dostatečný výzkum u zvířat.

Podrobnější vyšetřování

Nyní spustil stockholmský univerzitní institut dalekosáhlé

šetření, které je vedeno vysoce kvalifikovaným právníkem za spolupráce nejerudovanějších lékařských odborníků (shánějí se účastníci převážně ze zahraničí) a má v létě vyústit ve velkou kontrolní zprávu. Institut však počítá i s případně delším vyšetřováním. Spolu s rektorem chce zvláště obnovit důvěru veřejnosti k experimentům.

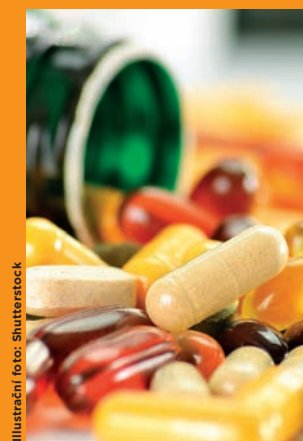
Zveřejněná osnova připraveného šetření naznačuje, že ve velké míře půjde o přezkoumání systémových otázek – zda není třeba zkvalitnit předpisy k této oblasti, zda nedošlo k chybám ve spolupráci univerzity a nemocnice, v odpovědnosti univerzitní rady, rektora a dalších článků v medicínsko-vědecké sféře, jež měly včas zvážit, zda v konkrétních případech vůbec šlo o adekvátní výzkum a léčbu. (vla)

Bezpečnost léků přes internet

Rakouské ministerstvo zdravotnictví informuje o novele předpisů, jimiž se má prodej léčiv prostřednictvím internetu stát bezpečnějším.

Tento prodej je povolen výlučně rakouským veřejným lékárnám (ve smluvním vztahu se svazem pojišťoven) a týká se pouze přípravků nevázaných na lékařský předpis. Ministerstvo přitom varuje před rizikem falešných nabídek léků na internetu, jež se vyskytují ve značném počtu od neprověřených subjektů a hrozí negativním dopadem na zdraví pacientů.

Zásilkový obchod je nyní povolen jen registrovaným veřejným lékárnám, které splňují vymezená kritéria kvality – s kontrolovaným provozem, sklady apod. Nabízené přípravky nepodléhají povinné preskripci musejí být povolené či registrované v Rakousku. Také samotné lékárny musejí mít své hlavní sídlo v Rakousku a být registrovány u spolkového úřadu pro bezpečnost ve zdravotnictví. Pacienti si mohou korektnost nabídky ověřit pro-



Ilustrace foto: Shutterstock

střednictvím povinně zveřejněného seznamu registrovaných lékáren. Objednávky přípravků ze zahraničí podléhají obdobným přísným pravidlům, lze je realizovat přes tzv. EWR lékárny (zóna volného obchodu, v níž kromě států EU figurují některé další smluvně vázané země, jako je např. Švýcarsko). (vla)

Do Křesla pro Fausta usedl Jan Bartoníček

Do oblíbeného Křesla pro Fausta usedl koncem ledna v Akademickém klubu 1. LF UK přední český ortoped a traumatolog, přednosta Kliniky ortopedie 1. LF UK a ÚVN Praha prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.

Po absolvování Fakulty všeobecného lékařství UK v roce 1980 profesor Bartoníček nastoupil na Ortopedickou kliniku Nemocnice Na Bulovce. V roce 1992 byl jmenován docentem, v roce 2004 pak řádným profesorem ortopedie. V letech 1993 až 2009 byl přednostou Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. lékařské fakulty UK.

Jan Bartoníček již od 2. ročníku studia medicíny pracoval v Anatomickém ústavu 1. LF UK, kde přednáší dodnes. Klinické anatomii pohybového aparátu se věnu-

je již téměř čtyři desítky let. Ve své bohaté praxi se zabýval nejrušnější problematikou – od dětské ortopedie, končetinové traumatologie přes artroskopii až po traumatologii páteře. V posledních letech se věnuje zejména chirurgii nohy a hlezna, zlomeninám lopatky a osteotomii kyčelního kloubu.

Kromě medicíny má prof. Bartoníček opravdu široké spektrum zájmů. Jeho celoživotním koníčkem jsou literatura, archeologie a cestování. Nejvíce ho ale zaujala histo-

rie, a to včetně historie ortopedie. Za splnění svých dětských snů považuje návštěvu Velikonočního ostrova a některých dalších významných světových archeologických lokalit. Na tradiční otázku moderátorky Marie Retkové, zda by prodal duši ďáblu, host v křesle odpověděl: „Tady jde až o sekundární problém. Primární, zejména v dnešní době, je poznat, kdy nám ďábel smlouvu podsunuje. A pokud jde o smlouvu s ďáblem, mohl by k tomu dojít pouze v případě, že bych měl lepšího advokáta.“

(eta)



Foto: archiv 1. LF UK

Jubilejní ples ČLK a LOK-SČL

Již 20. reprezentační ples lékařů českých se konal v sobotu 23. 1. 2016 v paláci Žofín v Praze. O pořadatelsví akce se jako každoročně podělila Česká lékařská komora (ČLK) spolu s Lékařským odborovým klubem – Svazem Českých lékařů (LOK-SČL).

Během plesu byla předána výroční Cena LOK-SČL za statečnost za rok 2015. Předsednictvo LOK-SČL vybralo chirurga z pražské Nemocnice Na Františku MUDr. Tomáše Šebka, který se opakovaně zúčastnil humanitárních misí organizace Lékaři bez hranic (MSF) na Haiti a v Afghánistánu.

Tomáš Šebek je zástupcem všech českých lékařek a lékařů, kteří se spolu s MSF účastní jejich humanitárních misí v obtížných a často nebezpečných podmínkách epidemií, přírodních katastrof a válečných konfliktů.

Prezident ČLK Milan Kubek při té



Oceněný Tomáš Šebek s Martinem Engelem a Milanem Kubkem | Foto: ČLK

příležitosti vyzval lékařskou obec, aby humanitární organizaci podpořili. Komerová organizace šla

příkladem a Lékařům bez hranic předala peněžní dar v hodnotě 300 tisíc korun. Ředitel české kanceláře MSF Pavel Gruber ocenil, že finanční dar pro nezávislou organizaci věnovali právě lékaři.

(klu)

Portál ONKO Prostaty pomáhá už dva roky

On-line kliniku pro onkologii prostaty (ONKO Prostaty) za dva roky jejího fungování vyhledalo již více než 100 tisíc návštěvníků.

Návštěvnost webu neustále roste a z jeho analýzy vyplývá, že návštěvníky nejsou jen ti, kteří už onemocněním trpí, ale i mladší ročníky, které si chtějí pod vlivem větší osvěty vyhledat informace o preventivních prohlídkách a způsobech odhalení rakoviny prostaty. Další výhodou portálu je jeho uživatelská příjemnost. „On-line klinika je snadno dohledatelná. Při zadání sousoví „rakovina prostaty“ se objevuje na prvních pří-

kách ve dvou nejužívanějších českých internetových vyhledávacích. Portál www.rakovinaprostaty.org přináší svým návštěvníkům vyšší hodnotu než ostatní ve stejném oboru. A to je ocenění, kterého si vážíme ze všeho nejvíce,“ říká manažerka projektu MUDr. Marcela Koudelková. Za oblíbenost webu však stojí především vysoká kvalita jeho obsahu, což dokazuje oficiální záštita Česká urologická společnosti.

(red)

V Brně pozvali páry na Valentýnský odběr krve

Transfúzní a tkáňové oddělení Fakultní nemocnice Brno pozvalo na 12. února zájemce o dobrovolné darování krve na Valentýnský odběr krve. Podmínkou účasti byl příchod v páru (s tím, že 450 ml krve daruje každý z partnerů), věk

18–65 let a dobrý zdravotní stav. Valentýnská akce se vydařila. Ve srovnání s minulými ročníky přišlo více účastníků, a to 12 párů. Kromě nich přišla řada jednotlivců, z nichž 27 bylo prvdárců.

(red)



Foto: FN Brno

Pozvánka na přednášky o zdraví a životním stylu

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové ve spolupráci s Městskou knihovnou v Praze pořádá již třetí ročník cyklu přednášek „Zdraví a životní styl“.

Cyklus přednášek navazuje na projekt Salzburských lékařských seminářů a jeho cílem je osvěta veřejnosti v oblasti prevence a léčby civilizačních chorob. Přednášky se konají v Malém sále Městské knihovny v Praze, vždy ve středu od 17.00 do 18.30 hodin. 16. 3. bude tématem bazální stimulace,

6. 4. život s demencí, 4. 5. psychosomatické příčiny vzniku nemocí a 15. 6. paliativní péče. Vstupenky v ceně 40 Kč lze zakoupit on-line nebo v pokladně Městské knihovny.

Více informací na: www.vdv.cz

(red)



Zveme Vás na

XXII. Symposium o morfológii a funkci střeva,

které se koná v termínu 21.–23. 4. 2016 v hotelu Bezděz, Staré Splavy, Máchovo jezero.

Symposium je započítáváno do postgraduálního vzdělávání lékařů a sester. Více informací na kristyna.pilarova@forsapi.cz nebo na

www.forsapi.cz

ZE SPOLEČNOSTI

„Onkologická onemocnění během těhotenství“ vzbudila velký zájem

Slavnostní křest této monografie proběhl 28. února 2016 v Praze v rámci 7. pražského mezioborového onkologického kolokvia PragueONCO.

První komplexně pojatá odborná monografie „Onkologická onemocnění během těhotenství“ autorského kolektivu doc. MUDr. Michaela Halašky, Ph.D., a prof. MUDr. Lukáše Roba, CSc., podává ucelený

pohled na problematiku nádorových onemocnění diagnostikovaných v těhotenství. Poukazuje zejména na zásadní změny v jejich diagnostice a léčbě a zavedení chemoterapie mezi léčebné standardy. V současných gy-

nekologických či onkologických publikacích nebyly zatím tyto nové postupy zmíněny. Kniha vyšla v edici Aeskulap v nakladatelství zdravotnické literatury Mladé fronty, a. s.

(red)



Zleva: kmotra knihy prim. MUDr. Hana Stankušová, CSc., prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc., doc. MUDr. Michael J. Halaška, Ph.D. | Foto: archiv MF

Komunita Onkomajáku pomáhá v boji proti rakovině

Pomoci vyrovnat se pacientům s onemocněním rakovinou a čelit mu má i projekt Komunita organizace Onkomaják.

„Projekt Komunita se zrodil začátkem roku 2015. Chtěli jsme poskytnout informační platformu lidem z celé České republiky,“ říká výkonný ředitel občanského sdružení Onkomaják Tomáš Kruber. „V Komunitě si pacienti mohou najít své přátele, kteří procházejí stejnými problémy, podstoupí nebo již podstoupili léčbu. Mohou zde sdílet své pocity a dojmy, ale také se mohou ptát na odborné otázky našich spolupracujících lékařů. Velkou výhodou jsou ověřené informace, což je častý problém spontánně vznikajících skupin na běžných sociálních sí-



První členka v Komunitě. Záběr je z chvíle, kdy se registrovala do portálu.

| Foto: archiv Onkomaják

tích,“ upřesňuje Tomáš Kruber záměr zakladatelů. Velkou výhodou projektu je možnost vyhledávání v systému, do kterého se může přihlásit pacient, vyléčený pacient, ale i třeba člen rodiny, který hledá informace jak svého blízkého v boji s rakovinou maximálně podpořit. „Chtěli bychom, aby se Komunita stala majákem, pevným bodem v rozbuřeném moři informací o rakovině i pro další pacienty, kteří se musí ze dne na den vyrovnat s krutou diagnózou,“ dodává Kruber.

Více na: www.onkomajak.cz

(red)

Přednášky o psychiatrii a klinické psychologii

V PN Bohnice začíná již 9. cyklus přednášek o psychiatrii a klinické psychologii pro veřejnost.

Zajímavá témata jsou přednášena předními odborníky, většinou primáři PN Bohnice.

Přednášky se konají vždy ve čtvrtek od 17:15 do 18:45 v divadle „Za plotem“, Psychiatrická nemocnice Bohnice. Vstup je volný.

Program:

3. 3. MUDr. Ivan David, CSc.: 250 let reforem psychiatrické péče
10. 3. Mgr. Jan Pomýkac: Čím jsme léčili a čím léčíme v psychiatrii

17. 3. MUDr. Martin Hollý, MBA: Nemoci těla, nemoci duše
24. 3. MUDr. Ivan David, CSc.: Psychiatrizace – vymýšlíme nové duševní poruchy?

31. 3. MUDr. Marek Páv, PhD.: Zapojení nemocných do plánování péče
7. 4. MUDr. Věra Strunzová: Místo elektrokonvulzivní terapie v současné psychiatrii

14. 4. prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.: Co psychiatrie může, a neví se to

21. 4. MUDr. Michal Maršálek, CSc.: Psychóza a umění

28. 4. MUDr. Ivan David, CSc.: Přibývá duševně nemocných?

5. 5. MUDr. Richard Krombholz: Spánek a co k němu (ne)patří

12. 5. MUDr. Zdenka Vyhnanáková: Když nás ničí nálada

19. 5. MUDr. Jiří Švarc, PhD.: Trestná činnost pod vlivem návykových látek

Více informací na:

www.bohnice.cz,
dagmar.zaludova@bohnice.cz

(red)

Postgraduální školení v obezitologii se bude konat ve dnech 14.–18. 3. 2016 v Endokrinologickém ústavu v Praze.

Kontakt: Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní 8, 116 94 Praha 1, tel.: 224 905 350, fax: 224 905 105

Přihlášky a bližší informace: Věra Raisová, vraisova@endo.cz, tel.: 224 905 463

Školení je akreditováno ČLK a je podpořeno Českou technologickou platformou pro potraviny.

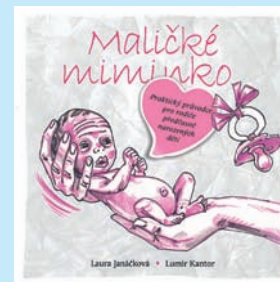
Zodpovědní pořadatelé: prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.

(red)

Maličké miminko

Neonatolog Lumír Kantor a psycholožka Laura Janáčková vydali publikaci, která je určena především rodičům předčasně narozených dětí.

„Chtěli jsme jim srozumitelným jazykem poskytnout všechny možné informace, které jim pomohou zorientovat se v situaci,“ říká primář neonatologického oddělení FN Olomouc a předseda České neonatologické společnosti ČLS JEP Lumír Kantor. Medicínské rady odborníka v knize doprovází i pohled zkušené psycholožky Laury Janáčkové, která se v praxi zabývá psychologíí aplikované medicíny a komunikace. „Některé děti přijdou na svět dřív. Tak dřív, že jsou úplně maličká miminka, která potřebují pomoci, aby si vybojovala svůj život na výsluní. Ale přestože jsou nejmenší z nejmenších, spolu s nimi v nich roste bojovník o život. Naše kniha je určená všem mámám a tátům, kteří společně se svými předčasně



narozenými dětmi statečně bojují o své štěstí,“ vzkazují autoři knihy. Čtenáři v ní najdou srozumitelná vysvětlení a jednoduše popsané praktické rady jak být svému malinkému miminku co nejlepším rodičem. Knihu vydalo nakladatelství Grifart. Cena knihy je 249 Kč a objednat si ji můžete na: malickemiminko.cz

(red)

Malá knížka o velké lásce

70 dní je skutečný příběh z neonatologického oddělení Fakultní nemocnice v Motole, který nyní vyšel knižně.

Maličký Sebastian při svém narození nvažil ani půl kilogramu a na světě byl pouhých 70 dní. Jak prožívá maminka předčasný porod svého dítěte? Co se jí honí hlavou? Jaké starosti řeší, co jí trápí a kolik nejistot prožívá?



Veronika Jiráňková, maminka malinkého Sebastianka, o tom všem napsala knížku, která je krásná a navzdory všemu vlastně není smutná, i když happy end ji zavřít nemohl.

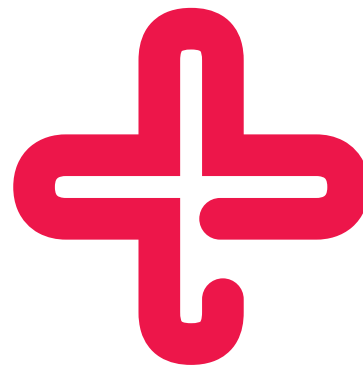
Veronika knížku napsala nejen proto, aby příběh svůj a svého

děťátka vypověděla, ale i aby jejím prodejem pomohla získat peníze pro Nadační fond „N“ pro nedonošená miminka.

Jestli si chcete tuto knihu koupit, stačí poslat 150 Kč na transparentní účet 123123123/0100

a na e-mail prochazkova@adnotam.cz zaslat poštovní adresu, kam ji zaslat. Další možností je zakoupit si knihu přímo na oddělení JIP a JIRP – neonatologické oddělení FN Motol. Přečtete ji jedním dechem nejen proto, že má necelých sto stran.

(red)



26 / Revmatologie
Možnosti použití
ergoterapie a arteterapie
v revmatologii

28 / Gynekologie
Twin-to-Twin Transfusion
Syndrome

30 / Diabetologie
Edukace diabetického pacienta
je součástí standardní
ošetřovatelské péče

Věřím v pozitivitu a kýžený výsledek

Hovoříme s předsedou Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků (POUZZ) **Bc. Tomášem Válkem**.

POUZZ letos oslaví 25. výročí od svého založení. Jaké byly hlavní milníky, co se nejvíce podařilo prosadit pro zdravotnické pracovníky a jaké jsou plány do dalších let?

Je to tak. POUZZ je zde pro české zdravotníky již od roku 1991. Bohužel nejsem schopen vyjmenovat milníky minulosti, neboť jsem v organizaci relativně krátkou dobu, a to od roku 2007. V každém případě během uplynulého čtvrtstoletí proběhla řada událostí, které ovlivnily běh organizace, ale to je spíše na posouzení mým předchůdkyním a předchůdcům. Co se však nemění a doufám, že se zásadním způsobem měnit nebude, je poměrně stabilní postoj POUZZ jak vůči svým členům, tak i orgánům státní správy. Zastávám názor, že vše je řešitelné dialogem a kompromisem. Vyzkoušeli jsme si stávkové pohotovosti, byli jsme součástí zdravotnické trojky, kolektivně vyjednáváme, jednáme se zřizovateli, zaměstnavateli a výsledek je vždy kompromisem.

Pokud bych měl hovořit o milnicích za svého působení v Radě POUZZ, pak bych určitě vyzvedl spolupráci se Slovenskou komorou sester a porodních asistentek, kterou se podařilo navázat v době působení mé předchůdkyně Bc. Ivy Kubátové. Neméně významným krokem je pro nás spolupráce se Srbským sdružením anesteziologických sester, aktivně spolupracujeme s polskou komorou sester a porodních asistentek, jsme součástí pracovních skupin na národní i mezinárodní úrovni. Velice mě těší, že jsem se během svého předsedství podílel na navázání této spolupráce.

V loňském roce jsme se jako jediná organizace ze zemí bývalého východního bloku stali členy European Biosafety Network. Zcela nepochybně je to dáno tím, že se poměrně intenzivně věnujeme bezpečnosti zdravotnických pracovníků.

V rámci vize na další období plánujeme prohloubit spolupráce se současnými partnerskými organizacemi a samozřejmě navázání další spolupráce. Poměrně intenzivně komunikujeme s maďarskou komorou zdravotnic-

kých pracovníků, chorvatskou biochemickou společností, na přátelské úrovni pak s Evropskou federací sester. Je toho samozřejmě mnohem více, ale to by bylo nad rámec tohoto rozhovoru.

V jednání je revize zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Jaká úskalí vidíte POUZZ v současném návrhu a připravovaných změnách?

POUZZ zásadně nesouhlasí s plánovanou změnou kvalifikačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. V současné době zná zákon č. 96/2004 Sb. celkem 41 nelékařských zdravotnických povolání. Návrh MZ ČR, který má jít údajně v březnu do vlády, přidává do tohoto systému dalšího nelékařského zdravotnického pracovníka, tzv. praktickou sestru. Takže místo plánované redukce počtu nelékařských zdravotnických pracovníků nastává situace přesně opačná. Celkově se nemůžeme ani ztotožnit s uvažovaným návrhem, tedy že zdravotnický pracovník – praktická sestra, která se má vzděláním nejvíce přiblížovat všeobecné sestře a má snad převzít část odborné práce – bude studovat o dva roky kratší dobu. Samotná představa, kdy připravovaná legislativní změna má jít za necelé dva měsíce do vlády a prozatím nikdo neviděl ani návrh tohoto dokumentu, je poněkud „zvláštní“. Je pro nás zarážející, že ministerstvo svůj návrh tak přísně střeží a nediskutuje o něm s odbornou veřejností. Představa ministerstva, že tato změna přinese nové pracovníky do zdravotnictví, je z našeho pohledu zcela mylná. Dnešní studenti nemají zájem jít pracovat v 19 letech, trendem dnešní doby je studovat co nejdéle. Váž se podívejme kolem sebe. Ze všech stran se na nás valí dezinformace, že sestra studuje 7 let. Co je to za nesmysl? Vždyť kvalifikační studium všeobecné sestry nám přesně definuje právě onen zákon č. 96/2004 Sb., kde všeobecná sestra studuje buď 3 roky vyššího odborného studia, tedy vyšší odborné školy, nebo 3 roky v bakalářském studijním programu na vysoké škole. Je to, jako

bychom tvrdili, že studium medicíny je devítileté a podobně. Dále se dozvídáme, že současný systém ošetrovatelské péče je nefunkční. A proč by měl být nefunkční? Vždyť ten systém funguje. Máme v něm sanitáře, ošetrovatele, zdravotnické asistenty a všeobecné sestry. Všichni tito pracovníci mají své kompetence a svou úlohu v systému ošetrovatelské péče. Problém hledejme jinde.

Vidíme v tomto systému dvě zásadní chyby. Za prvé je to špatně nastavený systém odměňování, tedy jednoduše řečeno nedostatečný systém odměňování, a s tím související kompetence, zodpovědnost, možnost vykápat péči zdravotní pojišťovně. A druhým problémem je špatné nastavení minimálního personálního vybavení zdravotnických zařízení. Přece pokud do „motoru“ správně poskládáme všechny uvedené „součástky“, tak nám bude spolehlivě pracovat, tedy za předpokladu, že mu dáme správné „palivo“ a bude mu o něj pečovat. Aby byl tedy systém ošetrovatelské péče plně funkční, je potřeba sestavit ošetrovatelský tým správným způsobem, složit jej ze všech povolání, která do něj patří, jasně definovat kompetence, nastavit systém práce, personál adekvátně zaplatit a věnovat mu náležitou péči.

Proč se POUZZ angažuje v oblasti prevence poranění ostrými předměty?

Důvody pro zapojení naší organizace do této problematiky jsou v zásadě dva. Jako první bych uvedl celkové špatné povědomí mezi zdravotnickými pracovníky v oblasti prevence poranění ostrými předměty. V této oblasti POUZZ zorganizovala průzkum, v jehož rámci oslovila přes 800 respondentů z řad všeobecných sester, jiných zdravotnických pracovníků, lékařů a managementu z lékařských zařízení po celé ČR. V rámci tohoto průzkumu bylo mimo jiné zjištěno, že celých 61 procent všeobecných sester se zranilo ostrými předměty, přičemž dokonce 24 procent pracovníků toto poranění nenahlásilo a ani v budoucnu nenahlásí. Celkově bylo zjištěno, že



Foto: archiv POUZZ

prevenci v oblasti poranění ostrými předměty nelze brát na lehkou váhu, protože osobní zkušenost s tímto druhem poranění má 65 procent všech zdravotnických pracovníků včetně managementu a lékařů.

Druhým důvodem, proč se POUZZ o tuto oblast zajímá, je aktuální stav české legislativy, která se problematikou zabývá. Příslušná Směrnice Rady EU č. 2010/32/EU, kterou se provádí Rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních, byla do národní legislativy přenesena pouze částečně. Jedním z několika problémů je úprava již existujících nařízení a zákonů, která vedla k vytvoření značně nepřehledné a roztržité implementace této směrnice. Výsledkem je příliš obecná formulace některých částí, která nezhledňuje specifika pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Pro ilustraci mi dovoluji uvést výčet některých úprav, do kterých je Směrnice Rady EU implementována. Jedná se o zákoník práce, zákon o ochraně veřejného zdraví, zákon o BOZP, zákon o inspekci práce, dále různé vyhlášky i nařízení vlády.

Jak se POUZZ podílí na zlepšení situace v oblasti prevence poranění ostrými předměty u zdravotnických pracovníků? Dlouhodobě v této oblasti intenzivně spolupracujeme s Českou asociací sester (ČAS) a Spojenou akreditační komisí (SAK). Společně s těmito organizacemi a zástupci zdravotnických zařízení jsme v listopadu roku

2014 iniciovali vznik odborné pracovní skupiny. Jejím cílem bylo zpracovat dokument, který napravit současný stav neúplné implementace Směrnice Rady EU č. 2010/32/EU. Výstupem několika zasedání této skupiny byl návrh metodického pokynu „O řešení situací spojených s poraněním ostrými předměty ve zdravotnictví a prevenci jejich vzniku“. Tento dokument byl předložen odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR v polovině roku 2015, kde stále probíhá vnitřní připomínkové řízení. Samozřejmě pevně věřím, že bude během roku 2016 s minimálními připomínkami schválen.

Spolu s výše uvedenými organizacemi se dále snažíme o rozšíření povědomí o problematice a závažnosti poranění ostrými předměty mezi zdravotnickými pracovníky. V této souvislosti se nám povedlo v dubnu roku 2014 zúčastnit na MZ kulatého stolu na téma prevence poranění ostrými předměty. Cílem této události bylo upozornit odbornou veřejnost na zmíněnou směrnici Rady EU a možnosti zlepšení její implementace, chcete-li její aplikaci do praxe. Navíc jsme v září téhož roku uspořádali mezinárodní konferenci „Bezpečnost pracovníků ve zdravotnictví – prevence poranění ostrými předměty“, které se kromě zástupců MZ ČR, POUZZ a ČAS zúčastnili přední čeští i evropské odborníci na tuto problematiku, zástupci nemocnic i univerzit. Navíc u příležitosti 25. výročí založení POUZZ pořádáme 7. a 8. října IV. mezinárodní

kongres POUZP v Ostravě, jehož hlavním tématem bude „Sestra, nepostradatelná součást českého zdravotnictví“, kde bude o nutnosti zlepšení aplikace zmiňované směrnice diskutováno v kruhu přítomných odborníků. V neposlední řadě bychom se v roce 2016 samozřejmě opět rádi zúčastnili konference či kulatého stolu týkajícího se problematiky prevence poranění ostrými předměty ve zdravotnictví.

Věnujte se i jiným tématům než bezpečnosti zdravotnických pracovníků?

Samozřejmě. Mimo celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků jsme do loňského roku pořádali vzdělávání pro ošetřovatele a autoptické laboranty. Toto vzdělávání jsme prozatím pozastavili, neboť ne-

ustále očekáváme vývoj na MZ, jaký k těmto povoláním zaujme postoj.

POUZP je také součástí mezinárodní pracovní skupiny CE-EPS, která se dlouhodobě intenzivně věnuje preanalytické fázi odběru biologického materiálu. V rámci této pracovní skupiny jsme rovněž zpracovali metodický pokyn, který je v souladu se všemi doporučeními a standardy. Tento metodický pokyn prošel schvalovacím procesem České společnosti klinické biochemie ČLS JEP. Nyní se jej snažíme uvést „v život“ ve spolupráci s ČAS v rámci programu ministerstva zdravotnictví Zdraví 2020.

Dále díky změně „politiky“ zmíněné asociace sester se nám daří spolupracovat na úrovni profesních sekcí, kde se společně věnujeme například celoživotní-

mu vzdělávání zdravotnických pracovníků. Je toho samozřejmě mnohem více.

V říjnu 2015 vás Valná hromada POUZP již podruhé zvolila svým předsedou. Jaké je to být předsedou organizace, která sdružuje přes 8 tisíc pracovníků? Co vás motivuje nebo naopak odrazuje?

Valnou hromadu jsme měli předčasnou, neboť se náš spolek, jak jsme nyní nově nazýváni, musel přizpůsobit požadavkům občanského zákoníku. Uprímně řečeno je to pozice, která přináší mnohem více starostí než radosti. Svou práci pro POUZP ale vykonávám velmi rád, neboť věřím v pozitivitu a tolik kladený výsledek. Především je to neuvěřitelně časově náročné, neboť mimo formální pozici a povinnosti, kterých ne-

ni zrovna málo, musíte komunikovat s každým jednotlivým členem, tedy nemusíte, ale pak by to ztrácelo význam. Nejsem uvolněný předseda, jsem stále na plný úvazek zaměstnancem zdravotnické záchranné služby a veškerou činnost vykonávám ve svém volném čase.

Nic zásadního mě neodrazuje, občas jsem unaven z dlouhých a mnohdy byrokratických procesů při snaze docílit lepšího postavení zdravotnických pracovníků. Neuvěřitelným způsobem mě zlobí prezentace sester

v českých seriálech. Na veřejnosti jsme prezentováni stále jako jakési „služky či milenky“ bez samostatného rozhodování či myšlení. Přitom lidé, kteří se s námi ve zdravotnických zařízeních setkají, vědí, že to tak není.

A co mě nabíjí a pomáhá odraťovat se? Každopádně je to rodina. Snažím se každou volnou chvíli věnovat dětem a manželce. Té samozřejmě patří můj dík za její neuvěřitelnou toleranci a trpělivost.

Markéta Mikšová

Na otázky týkající se odměňování nelékařských zdravotnických pracovníků, jak řešit nedostatek sester a co očekávat od novely zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, odpovídají v rozhovoru na stranách 14-15 prezidentka České asociace sester PhDr. Martina Šochmanová, MBA, a přednosta I. interní kliniky – kardiologické FN Olomouc prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA.

Operace rozštěpu močové trubice u ženy

V příspěvku autorka popisuje případ dívky, která se narodila s rozštěpem močové trubice.

H ypospadie neboli rozštěp močové trubice je vrozená vývojová vada močové trubice. Častější je u chlapců jako atypické vyústění močové trubice na vrchní stranu penisu. Může být spojena s extrofií močového měchýře. Hypospadie se objevuje nejčastěji mezi 6.-24. měsícem. Jedná se o častou vrozenou anomálii, kdy se nevytvorí distální močová trubice.

U žen je rozštěp močové trubice velmi vzácný. Vzniká buď jako lehčí forma rozštěpu klitorisu, nebo jako těžší forma rozštěpu celé přední stěny močové trubice.

Funkce dolních cest močových

Funkcí dolních močových cest je jímání a vylučování moči tvořené ledvinami. Močovody je moč dopravována do močového měchýře, který tuto shromažďuje a plní se. V době dosažení normální naplně dojde k pocitu na močení. Obsah močového měchýře je pak transportován močovou trubicí z těla (evakuace močového měchýře).

Funkce močového měchýře (vesica urinaria)

Močový měchýř je dutý orgán, jehož stěny jsou tvořeny z velké části svalovinou. Jeho funkce je jímání. Je uloženo v malé pánvi za stydkou sponou. Ústí do něj oba močovody (uretery) a vyúsťuje z něho močová trubice (uretra), a to v místě, které se nazývá tri-

gonum. Svalovina močového měchýře má tři vrstvy – zevní a vnitřní podélnou a cirkulární. Tyto vytvářejí sval s názvem *musculus detrusor*, který má vypuzovací funkci. Uzavírací funkci pak má sval sfinkterový (*musculus sphincter vesicae*). Oba svaly jsou vůči neovladatelné. Další částí dolních cest močových je močová trubice, jíž se vyvádí moč z těla ven.

Kazuistika

Dnes již 24letá žena se narodila jako zdravé dítě. V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Od narození matka pozorovala, že dcera má potíže s malým, ale častým únikem moči přes den, občas pomočení v noci, jinak bez potíží. Matka důsledně dodržovala hygienické postupy a dbala na čistotu dítěte.

Pomocování se ale nelepšilo, dcera často plakala a byla neklidná a rozmrzelá. Rodiče s dcerou proto navštívili dětského lékaře – ten rozhodl, že na diagnostiku je ještě brzy. Dlouho se nic nezlepšovalo. Pravidelné kontroly byly bez efektu, rodiče dítě trpělivě sledovali a snažili nic neříkající závěry dětského lékaře. Proto se rozhodli navštívit 6. 10. 1994 dětského urologa v Olomouci. Ten byl ve svých postupech důslednější a pacientku doporučil k hospitalizaci. Kromě stanovení rodinné anamnézy bylo provedeno klinické vyšetření, odběry krve, moči,

kultivace, sono ledvin, uroflowmetrie, cystoskopie. Rtg odloženo pro nachlazení s teplotou.

Vyšetřením byla zjištěna epispadie uretry, inkontinence močová. Pacientka byla propuštěna do domácího léčení v dobrém stavu s tím, že další terapie bude řešena po překonání nachlazení. Po vyléčení dítěte a domluvě s dětskou klinikou byly dcera i s matkou opět hospitalizovány k dalšímu vyšetření a přesnému stanovení diagnózy.

Návštěva dětského urologa v Olomouci 14. 11. 1994 – přijata k dovyšetření. Vyušetření: odběr krve, moči, sono ledvin, CUG, IVP. Propuštěna domů s objednaním na operační řešení v Hradci Králové, kde došlo k další hospitalizaci a operačnímu řešení. Hospitalizace na Urologické klinice, oddělení dětské urologie FN Hradec Králové ve dnech 24. 4.–9. 6. 1995.

Provedena běžná urologická vyšetření: odběry, urodynamické vyšetření (cystometrie) – malý močový měchýř, cystoskopie – rozštěpený klitoris, malý močový měchýř, dislokace a pootěvené obou ústí více vpravo.

• 1. operace

– rekonstrukce *clitoridis et urethrae* – plastika *collis ves. urin. sec. Leadbetter* – reimplantace ureteru *sec. Cohen modif.* – epicystostomie

Po operaci pacientka zajištěna ATB clonou bez komplikací, postupně odstraněn drén z rány a poté ponechána epicystostomie, po 3 týdnech začíná RHB/sed, rána zhojena *per primam*, ponechán drén, propuštěna do domácího ošetřování v klidovém režimu. Pacientka nesmí moc běhat a musí se důsledně sledovat odpad z drénu.

• 2. operace

– rekonstrukce *clitoridis et urinae* – plastika *collis ves. urin. sec. Leadbetter* – reimplantace ureteru *sec. Cohen modif.*

– epicystostomie

• Hospitalizace nemocnice

Šumperk 3. 8. 1995–16. 8. 1995 Přijata k zacévkování pro anurii po operaci VVV, prosakuje moč v místě po stomatu, pro nespoupráci provedeno v celkové anestezii. Druhý den cévka odvádí bez ucpávání a dítě je bez potíží, cévka zrušena. Pacientka propuštěna domů v dobrém stavu. Doma vystavována k močení dle domluvy po 2 hodinách přes den a v noci buzena pouze jednou. Pravidelné kontroly urologem.

• Hospitalizace k vyšetření v 18 letech ve FN Hradec Králové

Stav po operační korekci extrofie m. měchýře, dopravení zevního genitálu, klitorisu. Velmi dobrý efekt po korekcích. Kontroly urologa, sono minimálně 1x ročně, kontroly TK, moče chemicky i biochemicky, močového sedimentu, kreatininu.

Závěr

Dlouhá léta žena nepocítovala žádné obtíže. Věnovala se studiu, neměla pohybovou aktivitu, nebyla vystavena vyšší zátěži. Po ukončení studií nastoupila do zaměstnání, našla si partnera, začala cvičit a zvýšila tak fyzickou aktivitu. Začala trpět častějšími gynekologickými záněty a nechťným únikem moči při kýchnutí, kašli, smíchu, při zatnutí břišních svalů. Navštívila proto gynekologa. Ten jí přeléčil zánět a odeslal k dovyšetření k urologovi. Nyní klientka trpí stresovou inkontinencí, která je řešena na urologii v Brně. Plánovaná vyšetření: urologické, urodynamické a PAP test – základní vyšetřovací metody úniku moči k průzkumu inkontinence, tato vyšetření vyhodnocují funkci dolních močových cest a funkci močového měchýře.

Do budoucna má žena dobré předpoklady pro kvalitní život, pokud nebude přehlížet příznaky a vzniklé potíže bude léčit včas. Nyní se cítí dobře, vede kvalitní život, pracuje, sportuje a potíže s inkontinencí řeší konzervativně. Těhotenství zatím neplánuje, ale do budoucna nevylučuje. Jízvy po četných operacích nevnímá jako vadu a nevádí jí.

Literatura u autorky

Helena Klimešová, Charita Šumperk, pospova@seznam.cz

Možnosti použití ergoterapie a arteterapie v revmatologii

Revmatická onemocnění se v minulosti velkou měrou podílela na vzniku disability, částečné či plné invalidity a snižovala kvalitu života revmatických pacientů. Dnes je díky moderním diagnostickým a léčebným možnostem situace výrazně lepší.

Zásadní roli zde hraje včasná diagnostika a léčba revmatických onemocnění. Významně se rozšířily léčebné možnosti, kdy se vedle klasické medikamentózní léčby do popředí dostává i léčba biologická. Toto ovšem nestačí. Velmi podstatnou měrou se na léčbě revmatických pacientů podílí i léčba nefarmakologická. Uplatnění farmakologické a nefarmakologické léčby současně je pro zlepšení stavu revmatického pacienta klíčová. Nedílnou součástí nefarmakologické léčby je ergoterapie, která se výrazně podílí na snížení disability u revmatických pacientů, což následně vede ke zlepšení kvality jejich života.

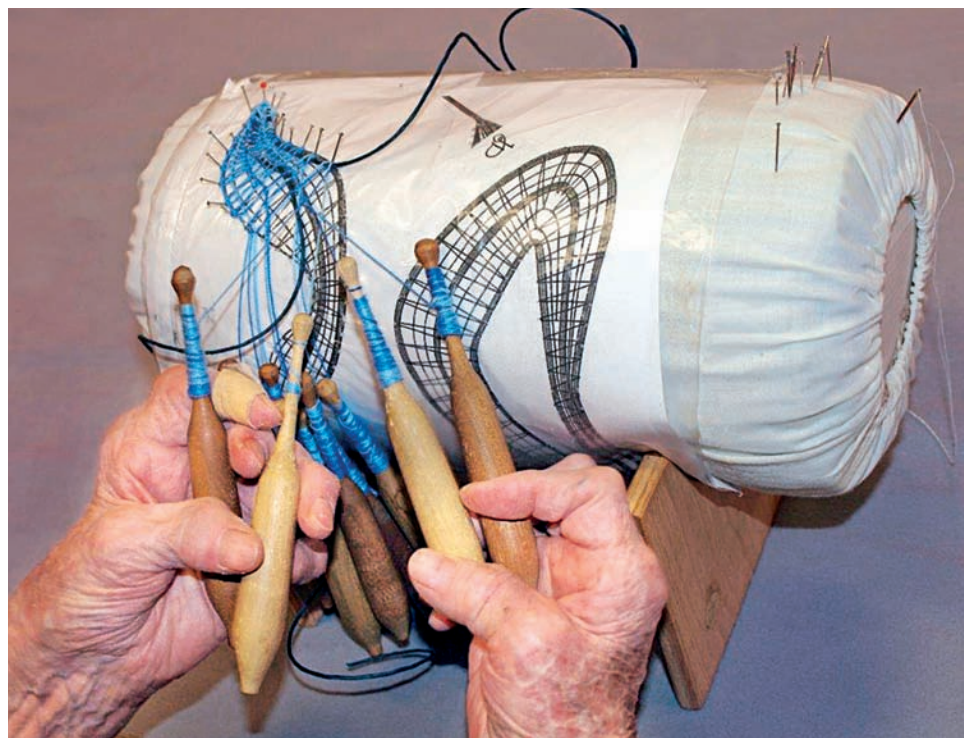
Definice ergoterapie

Podle České asociace ergoterapeutů (ČAE, 2008) je ergoterapie „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým,

mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, navíc konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem ‚zaměstnávání‘ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, která jsou pro jeho život smysluplná a nepostradatelná.“

Ergoterapie v revmatologii

Role ergoterapeuta v revmatologii je velmi podstatná. Spočívá ve zlepšení schopnosti pacienta vykonávat všední denní činnosti, pracovní a zájmové činnosti a zastávat životní role. Podporuje pacienta v úspěšné adaptaci v narušeném životním stylu, prevenci ztráty funkce a zlepšení nebo udržení psychického stavu. Během terapie je kladen důraz na včasné a přesné vyšetření s cílem od-



Paličkování je příkladem ergoterapie zaměstnáváním.

halit problémové oblasti a limity pacienta, což vede k správnému nastavení terapie.

Zásadní význam v ergoterapeutické intervenci má přístup zaměřený na pacienta. Je zde totiž souvislost mezi biologickými, psychologickými a sociálními faktory a činnostmi, které individuálně ovlivňují terapeutický proces u konkrétního pacienta. Ergoterapie v revmatologii má proto možnost aplikovat plnou škálu intervencí zaměřených na zlepšení fyzické, psychické a sociální interakce. Důraz je kladen na edukaci pacienta v oblasti technik zaměřených na *self-management*, zejména techniky zaměřené na ochranu kloubů, ovlivnění únavy a snížení bolesti.

Cíle ergoterapie

- Umožnit pacientovi být v maximální možné míře soběstačným a nezávislým při vykonávání běžných denních, pracovních a volnočasových činností.
- Používat přístup cíleně zaměřený na pacienta, který se aktivně účastní terapie a společně s ergoterapeutem se podílí na plánování a procesu samotné terapie.
- V maximální možné míře zlep-

šovat nebo udržet normální funkční výkon pacienta v průběhu jeho života.

Oblasti ergoterapie

Prostředkem k dosažení výše zmínovaných cílů je činnost. Dle obsahu zvolených činností lze ergoterapii rozdělit do pěti základních oblastí:

- ergoterapie funkční,
- ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (*activities of daily living*, ADL),
- ergoterapie zaměstnáváním,
- ergoterapie zaměřená na poradenství,
- ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností.

Ergoterapie funkční

Ergoterapie funkční je cíleně zaměřena na trénink konkrétní postavené oblasti. K dosažení stanovených cílů dospěje ergoterapeut s pacientem pomocí cílených opakovaných cvičení za použití různých nástrojů, metodik a technik.

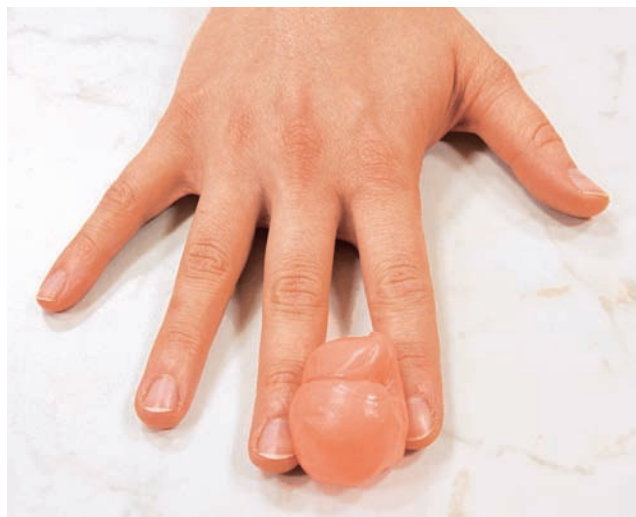
Konkrétně se jedná o oblast:

- senzomotorickou (zlepšení hrubé a jemné motoriky, úchopové funkce rukou, zvětšení rozsahu pohybu, zvýšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, koordinace ruka-oko atd.),

- kognitivní (paměť, pozornost, orientace, poslušnost, schopnost rozumět úkolům při terapii atd.),
- psychosociální (sebeovládání, sebezpečí, interpersonální dovednosti atd.).

Ergoterapie zaměřená na nácvik všedních činností

V důsledku progresu onemocnění je mnohdy revmatický pacient částečně nebo zcela omezen ve výkonu běžných denních činností. Jedná se o personální všední denní činnosti (sebesycení, péče o zevnějšek, koupání, oblékání, použití toalety, přeuseny a mobilita, chůze) a instrumentální všední denní činnosti (příprava jídla, běžný denní úklid, nakupování, manipulace s penězi, použití městské hromadné dopravy, přeprava autemobilem, telefonování, psaní). Pro dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti ve výkonu těchto činností ergoterapeut využívá substituční a kompenzační mechanismy. A dále, vyžaduje-li to stav pacienta, doporučí a následně provádí trénink v používání vhodné kompenzační pomůcky. Zásadní význam při tréninku



Ergoterapie funkční – trénink s terapeutickou hmotou

provádění všedních denních činností má edukace pacienta v rámci self-management technik.

Techniky zaměřené na ochranu kloubů, ovlivnění únavy a snížení bolesti

Ochrana kloubů je aktivní strategie, která zlepšuje zvládnání každodenních činností. Vedle ke snížení frustrace plynoucí z potíží při obtížném zvládnání běžných denních, pracovních i volnočasových činností a tím zlepšení psychosociálního stavu pacienta. Ochrana kloubů vychází z patofyziologie kloubních onemocnění, kloubní biomechaniky, síly působící při aktivitě a jak toto celé přispívá ke vzniku deformity. Ochrana kloubů u pacientů s revmatismem onemocnění je cíleně zaměřena na:

- snížení sil působících na klouby: zevnitř - svalové kompresivní síly např. při silovém úchopu; zvenčí - např. při nošení, tahání nebo tlačení předmětů,
- snížení zatížení kloubní chrupavky a subchondrální kosti (důležité pro pacienty s osteoartrózou),
- zvýšení podpory svalů (důležité pro pacienty s osteoartrózou),
- pomoc při zachování integrity kloubů a snížení rizika vzniku nebo progresu deformity,
- zlepšení nebo udržení funkce,
- snížení únavy zmenšením úsilí potřebného k výkonu činnosti,
- snížení bolesti při činnosti i v klidu, vyplývající z tlaku na nociceptivní zakončení v kloubních pouzdrech vlivem zánětu a působením mechanických sil v kloubech.

Ochrana kloubů zahrnuje:

- respektování bolesti - bolest je signálem ke změně aktivity,
- změny metody práce - např. změny pohybových vzorců při práci, účinnější polohování, snížení vynaložené síly nutné ke zvedání, nošení, tlačení nebo tahání předmětů,

- rozložit zátěž na více kloubů,
- využívat každý kloub v jeho nejvíce stabilním anatomickém a funkčním postavení,
- používat největší a nejsilnější klouby, které je možné využít pro zvládnutí dané činnosti,
- snížit úsilí potřebné k výkonu činnosti, změnou pracovních metod, užitím kompenzačních pomůcek a snížením hmotnosti předmětů,
- vyhýbat se pozicím podporujícím vznik a rozvoj deformity kloubů,
- vyhýbat se setrvání v jedné pozici na dlouhou dobu,
- vyhnout se špatnému držení těla, špatným pohybovým a manipulačním technikám.

Zásady šetření energie

- Udržet rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem střídáním náročných a méně náročných úkolů, vykonáváním činností v dostatečném časovém rozpětí, ne zbrkle,
- používat metody zjednodušení práce, např. plánovat předpř. využívání kompenzačních pomůcek a požádat o pomoc v případě potřeby,
- vyvarovat se vykonávání činností, které nemohou být okamžitě přerušeny v případě, že je pacient není schopen dále vykonávat,
- upravit prostředí pacienta tak, aby ergonomicky vyhovovalo a splnilo požadavky na ochranu kloubů.

Ergoterapie zaměstnáváním

Ergoterapie zaměstnáváním si klade za cíl odpoutat pozornost pacienta od nepříznivého zdravotního stavu nebo důsledku dlouhodobé hospitalizace ve zdravotnickém či sociálním zařízení. V souvislosti s tím se snaží o dosažení co největší psychické pohody pacienta a zlepšení fyzické kondice. Pro dosažení těchto cílů je možné využít celé řady kreativních činností za použití různých materiálů



ilustrační foto: Shutterstock

a nástrojů (práce s papírem, textílem, korálky, paličkování, drhání, tkání na stavu, práce s barvami, přírodninami atd.). Ovšem ne všechny aktivity jsou pro revmatické pacienty vhodné. Pletení a háčkování nejsou vhodnými činnostmi vzhledem ke statickému držení nástroje při těchto činnostech, podpoře vzniku flekčních kontraktur v ruce a zvýšenému výskytu křečů v rukou. Kromě kreativních činností lze využít i sportovních a společenských her. Jednou z dalších možností je uplatnění expresivních technik, k nimž patří i **arteterapie**. Její definice zní: „Arteterapie je psychoterapeutická a psychodiagnostická disciplína využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám (v užším pojetí formám výtvarného umění, v širším i jiných uměleckých oborů).“ Pro podporu psychického stavu pacienta je využití prvků arteterapie v rámci expresivních technik při ergoterapii zaměstnáváním více než vhodnou volbou.

Ergoterapie zaměřená na poradenství

Cílem ergoterapie zaměřené na poradenství je pomoc pacientu samotnému a jeho rodině vyrovnat se s nelehkou životní situací vzniklou v důsledku revmatického

onemocnění. Ergoterapie má v tomto případě charakter preventivní nebo nápravný. Preventivní poradenství se snaží předejít problémům, které by mohly nastat (doporučení vhodných kompenzačních a technických pomůcek, poradenství v oblasti architektonických úprav a zajištění bezbariérovosti domácího i pracovního prostředí). Dále je to sociální poradenství týkající se doporučení vhodných aktivizačních programů, které nabízejí patientská sdružení nebo neziskové organizace. Zaměřují se na podporu a vzájemné setkávání pacientů se stejným nebo obdobným typem onemocnění. V případě revmatických pacientů se jedná např. o patientské organizace (Revma liga v ČR, Klub bechtěvíků, Spolek Lupus ČR atd.). V rámci sociálního poradenství ergoterapeut doporučí různé sociální výhody a příspěvky, které mohou být pacientovi poskytnuty (např. příspěvek na úpravu bydlení, příspěvek na mobilitu, příspěvek na péči o osobu blízkou, vyřízení ZTP průkazu).

Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností

V důsledku progresu revmatického onemocnění dochází u pacientů ke snížení až znemožnění

schopnosti vykonávat své dosavadní povolání. Ergoterapeut v rámci ergodiagnostického vyšetření, pomocí modelových činností je schopen posoudit zbytkový potenciál pro vykonávání stávajícího povolání, nebo potenciál pro vykonávání nového zaměstnání. Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností má své nezastupitelné místo nejen u dospělých pacientů, ale rovněž u dětí.

Závěr

Ergoterapie stejně jako revmatologie prodělala v poslední době výrazný rozvoj. Širokým rozpětím terapeutických oblastí, metod a technik hraje velmi důležitou roli v péči o revmatického pacienta. Je důležitým prvkem nejen komprehenzivní rehabilitace, ale i celého multidisciplinárního týmu. Existuje stále více výzkumných prací, které léčbu založenou na důkazech v oblasti ergoterapie v revmatologii podporují. Ergoterapie se stále více stává respektovaným oborem.

Literatura u autorky

Bc. Hana Šmucrová,
Centrum léčebné rehabilitace,
Revmatologický ústav, Praha,
smucrova@revma.cz

Inzerce M161000103

APSS ČR pořádá dne 13. 4. 2016 v Paláci Charitas v Praze (Karlovo náměstí) konferenci Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách APSS.

Ústředním tématem konference je **role zdravotní sestry v sociálních službách.**



Na konferenci zazní příspěvky na téma:

- Novela zákona č. 96/2004 Sb.
- Paušální úhrady v roce 2016 aneb zjednodušené vykazování
- Odpovědnost zdravotní sestry při výkonu práce
- Geriatrický pacient • Specifika ošetrovatelské péče u seniorů
- Dlouhodobá péče • Hirudoterapie
- Odměňování zdravotnických pracovníků v sociálních službách



Profesní svaz
zdravotnických pracovníků
v sociálních službách

Hlásit se můžete na stránkách www.apsscr.cz v menu Konference & Kongresy & Semináře.

Twin-to-Twin Transfusion Syndrome

Twin-to-Twin transfusion syndrome (TTTs) neboli transfúzní syndrom u dvojčat je vážnou komplikací dvojčetné gravidity. Představuje vysoké riziko nejen pro oba plody, ale také pro těhotnou.

Ukazuje se, že TTT syndrom je výsledkem nerovnováhy v krevní síti mezi oběma plody v monochoriální placentě. Krev zkratuje od jednoho dvojčete k druhému. Transfúze v těchto anastomozách probíhá pouze jedním směrem, čímž nastává významná cirkulační dysbalance mezi plody. To vede k situaci, kdy jeden plod (recipient) = příjemce) trpí hypervolemíí s polyhydramniem na úkor svého sourozence (donora = dárce), u něhož se naopak rozvíjí hypovolemie, eventuálně i oligohydramnion. Nejrizikovější je monochoriální biamniální gravidita, může ale vzniknout i u monochoriální monoamniální nebo bichoriální biamniální gravidity. Hrozí vysoké riziko potratu, perinatální mortalita a neurologická morbidita (viz obr. 1).

Donor se stává hypovolemický, symetricky růstově retardovaný v prostřední oligohydramnion (v důsledku hypovolemie dochází ke zvýšení antidiuretického hormonu a reninu a tím ke snížení produkce moči a k postupnému rozvoji oligo- až anhydramnion). Recipient je hypervolemický, normálního růstu v prostředí polyhydramnion. Zvýšení sekrece atriatálního natriuretického faktoru vede k rozvoji polyurie a polyhydramnion, zvyšuje se periferní vaskulární rezistence a vzniká hypertenze. Při progresi fetálního stavu se rozvíjí kardiální hypertrofie s možností levostranného srdečního selhávání a vzniku hydrospu. Při intrauterinním odumření jednoho z plodů je riziko rychlé smrti druhého. Incidence v ČR jsou 2 % všech porodů. Monochoriální bi-

amniální gravidity tvoří 22 % všech dvojčetných gravidit. TTTs vzniká u 15-20 % těchto těhotenství.

Diagnostika a stadia TTTs

Rozdílnost hmotností plodů (jeden z plodů musí být min. o 25 % menší než ten druhý).

Rozdíl hladin hemoglobinu (u jednoho plodu musí být hladina Hb nižší o 50 g/l než u druhého plodu).

Kriteria dg.: monochoriální gestace (jedna placenta), stejné pohlaví plodů, přítomnost oligohydramnion u donora a polyhydramnion u recipienta (donor má snížené množství plodové vody, recipient má množství plodové vody zvýšené).

Důležité je UZ vyšetření v 1. trimestru a následná dispenzarizace v centru prenatalní diagnostiky. UZ kontroly 1x až 2x za 14 dní dle závažnosti stavu plodů a gestačního stáří. Dále je nutné co nejrychleji zahájit terapii, aby nedocházelo ke vzniku komplikací u plodů.

Stadia sledovaná na UZ

- I. stádium: oligohydramnion u donora, polyhydramnion u recipienta
- II. stádium: stejný nálezn jako u I. st. + nelze zobrazit náplň močového měchýře
- III. stádium: stejný nálezn jako u II. st. + změny v dopplerovské velcimetrii (průtok krve pupečnickem)
- IV. stádium: stejný nálezn jako u III. st. + hydrosp fetalis (u jednoho nebo obou plodů)
- V. stádium: intrauterinní úmrtí plodu/plodů

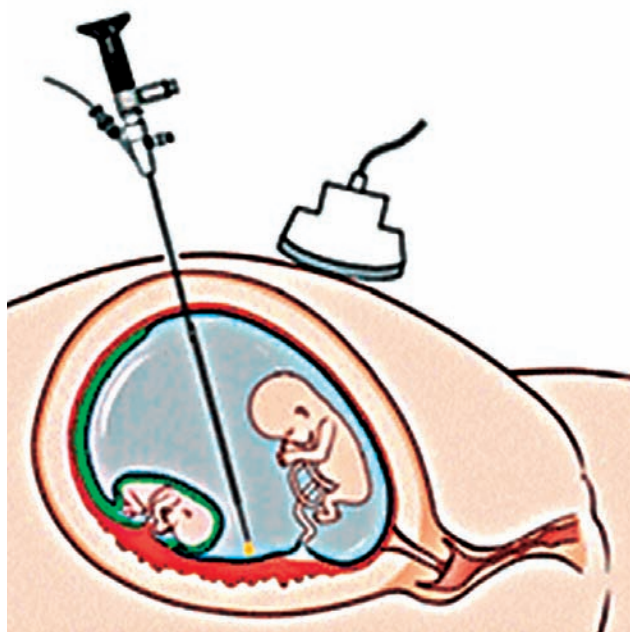
Prognóza TTTs

V 90 % případů končí gravidita bez intervence intrauterinním úmrtím jednoho nebo obou plodů před 26. gestačním týdnem. U přežívajícího dvojčete vznikají v 25 % neurologické komplikace. Neonatální morbidita je spojena s intraventrulárním krvácením.

Terapie

Amnioredukce – při opakované amniocentéze se snižuje množství vody plodové u recipienta. Daří se graviditu prodloužit o 7 týdnů. Provádí se jako alternativa fotokoagulace okolo 24. týdne.

Septostomie – provádí se perforace interfetální amniální přepáž-



Obr. 2

ky (jehlou, speciálním nástrojem, laserovým vláknem). Vytvořením otvoru v amniální membráně dojde k vyrovnání amniálních tlaků u obou plodů s následnou redistribucí cirkulace mezi plody – vytvoření pseudomonoamniální gravidity – tím se zvyšuje riziko pupečnickových komplikací.

Selektivní fetocida – je indikována ve III. a IV. stadiu TTTs. Může být zvolena ve kterémkoli stadiu při zjištění sekundárních malformací plodů. Při selhání jiných terapeutických možností se indikuje selektivní fetocida. Provádí se ligace pupečnicku nebo ultrazvukově řízená bipolární diatermová koagulace s užitím jemných 2,5mm velkých kleští na úrovni pupečnicku jednoho z plodů. Provádí se do 26. týdne gravidity.

Fetoskopicky řízená laserová fotokoagulace – kauzální terapie – lze provádět neselektivní či selektivní fotokoagulací. Provádí se v lokální, spinální či celkové anestezii pod UZ kontrolou.

- Neselektivní fotokoagulace: koaguluje se všechny cévy přecházející interfetální rozhraní. Často dochází k následnému úmrtí jednoho z plodů vlivem změn v cirkulaci. Mortalita plodů se pohybuje okolo 20 %, jeden plod přežije v 60 % případů.
- Selektivní fotokoagulace: cíleně se provádí koagulace arteriovenózních spojek. Artero-arteriál-

ní a veno-venózní spojky se ponechávají. Mortalita obou plodů – 5,6 % případů, jeden plod přežívá v 83,1% případů.

Fotokoagulaci začal v ČR provádět jako první MUDr. Karel Hořík, Ph.D., ve FN Hradec Králové v roce 2003 (viz obr. 2).

Kazuistika

- Žena, 28 let
- **Klinický souhrn:** žena byla přijata pro termín porodu a stav po SC na porodní sál. Voda plodová zachovalá, bez kontrakcí, pohyby plodu přítomny, bez krvácení, ozvy plodové fyziologické. Těhotná: váha 76 kg, TK 125/85, P 76', TT 36,6 °C, bílkovina v moči nepřítomna, bez otoků.

Anamnéza

Osobní: Zdráva, s ničím se neléčí, léky trvale neužívá, nekuřačka, alergie – štípnutí hmyzem, váha před graviditou 67 kg, výška 168 cm.

Rodinná: Matka tupozrakost, jinou zátěž neguje.

Gyneologická: Gravidita: III. Parita: II. 2008 – *missed abortus* – RCUI. 1. porod – *Sectio Caesarea* 6/2009, děvče 2800/48, PROM, elevace záneřlivých markerů, *hypoxia foeti*, po porodu *meningitis* novorozence. Děvče zdravé.

Nynější gravidita: Spontánní otěhotnění, monochoriální biamniální gravidita po embryoredukci na jednočetnou graviditu pro těž-

kou růstovou retardací a rozvíjející se TTT syndrom.

• 25. 4. 2014 (40 + 0 tt.) přijetí těhotné, natočení CTG, laboratorního vyšetření KO, biochemie, vaginální vyšetření, kdy nálezn byl čípek necel. Článu prstu, hrdlo uzavřeno. Hlavička naléhá na vchod, VP zachovalá, nekrváčí, nepoměr neprokázán. Děloha klidná, jizva po SC neboleštivá. Provedení UZ vyšetření – v děloze 1 plod, PPHL, postavení II., AS+, P+, odhad hmotnosti plodu 2750 g, placenta na zadní stěně normálně nasadá, množství VP lehce snížené, akce srdeční fyziol., ztenčený DDS 2,5 mm, bez známek dehiscence.

• **Laboratorní vyšetření:** KS + Rh faktor – O negativní, 1. 10. 2013 Hb 128, Le 13,1, HTC 0,37, TROM 313, protilátky 1. 10. 2013 negat. 23. 1. 2014 negat. 18. 3. 2014 negat., biochemický screening VVV negat., 23. 1. 2014 OGTT norma, BWR, HbAg, HIV 1. 10. 2013 negat., kultivace na *Streptococcus agalactiae* (GBS) 25. 3. 2014 negat. 25. 4. 2014 Hb 125, Le 10,4, HTC 0,357, TROM 184, PROT 64,0, ALT 0,09, AST 0,26, ALP 2,31

• Poslední měsíčky: 19. 7. 2013, termín porodu: 25. 4. 2014.

UZ vyšetření:

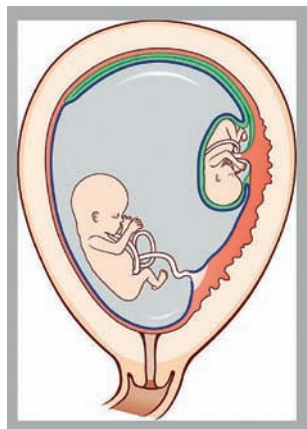
UZ vyšetření u obvodního gynekologa 18. 9. 2013 (8 + 5 tt.) – 1 gestační vak, 2 živá embrya.

UZ vyšetření na PG klinice ve fakultní nemocnici:

2. 10. 2013 (10 + 5 tt.) – *Gemini mono-bi*, embryo A – 10 + 5 ve shodě, akce srdeční přítomna. Embryo B – 10 + 5 – 1 tt., akce srdeční přítomna, kolem oligohydramnion, tč. není patrná VVV tohoto embrya. Placenta společná v zradu ve fundu. Úpon embrya A ve středu placenty, úpon embrya B při pravém horním okraji placenty, hůře přehledný. Těhotná nechce dvojčetnou graviditu a zvažuje ukončení gravidity interrupcí.

3. 10. 2013 (10 + 6 tt.) – TTT syndrom II. stupně, ale v rané fázi gravidity. Fetoskopická léčba není možná, těhotná žádá embryoredukci ze dvojčetné gravidity na jednočetnou. Nechce dva plody. Pokud by nebyla embryoredukce provedena, je rozhodnuta postoupit interrupci celé gravidity. Proto podstupuje laserovou UZ řízenou embryoredukci za velmi obtížných zobrazovacích podmínek. Ke konci výkonu dva vitální plody. Úplný stupeň koagulace je posuzován 4. 10. 2013 a 9. 10. 2013.

• **Výkon:** Embryoredukce: lokální anestetikum Mesocain 1 %



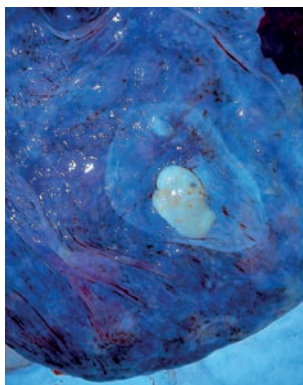
Obr. 1

20 ml., nástroj TA 18G jehla + laserové vlákno, přístup transplacentární. Počet vpichů do dělohy 1, počet živých plodů před výkonem 2, počet živých plodů po výkonu 2. Laserová ablace.

Průběh: Pod UZ kontrolou (transabdominální) – sonda 6,5 MHz, vybrán k embryoredukci (ER) donor, který se nachází vlevo, kranálně s marginálním úponem a těžkým oligohydramniem. Po zavedení jehly a laserového vlákna koagulace na 15 W cca 5x bez viditelné echogenní reakce. Poslední pálení s reakcí, ne zcela typicky lokalizovanou. Poté zpomalení srdeční akce embrya B určeného k ER, není změna srdeční akce recipienta. Poté děložní kontrakce, změna polohy jehly do L strany děložní a vzniká anhydramnion. Proto od dalšího výkonu upuštěno. Ke konci výkonu recipient zcela v normální akci a donor s anhydramniem a s hraniční bradykardií. Podán Rhesonativ 1 amp. 1250 IU.

• 4. 10. 2013 (11 + 0 tt.) – plod A – akce srdeční přítomna, normální anatomie. Plod B – akce srdeční nepřítomna, vlevo v děložní hraně. Stav po laserové embryoredukci 2/1 pro časný TTTs.

• 9. 10. 2013 (11 + 5 tt.) – plod A vitální, akce srdeční přítomna. Plod B – mrtvý, kolabovaný amniální váček, není průtoku ani srdeční akce.

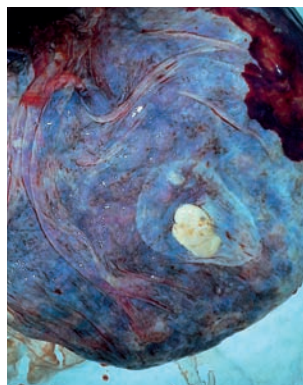


Obr. 3, 4 a 5

• 16. 10. 2013 (12 + 3 tt.) – Plod A – normální nitroděložní těhotenství, proveden prvotrimestrální UZ – norma. Plod B – nejsou tyto na pupečnicku plodu po ER.

• 13. 11. 2013 (16 + 3 tt.) Plod A – odpovídá tt., ženský genitál, PPKP labilní, VP k horní hranici normy, pupečník 3 cévy. Plod B – po laserové ER je bez akce, bez toků, vlevo ve fundu, mírný oligohydramnion, odp. 9 + 1. Elevace hCG vzhledem k MoBi graviditě, u vitálního plodu nejsou tč. markery chromozomální vady biochemické ani ultrazvukové – není indikace invazivní diagnostiky.

• 4. 12. 2013 (19 + 3 tt.) Plod A 18 + 6 – UZ v normě. Embryo po laserové ER ve fundu vlevo vpředu, kolem již není plodová voda, maceřované embryo, postupně mizí.

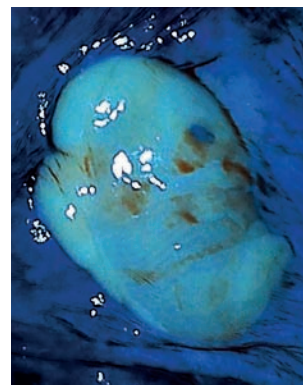


• 23. 12. 2013 (22 + 1 tt.) Jeden vitální plod, biometrie 21 + 6, anatomický obraz přiměřený, normohydramnion, placenta normálně nasedá, cervikometrie normální. Plod po ER již není patrný.

• Další vyšetření: 22. 1. 2014, 19. 2. 2014, 19. 3. 2014 – PPKP, 9. 4. 2014 – PPHL, anatomický obraz přiměřený, normohydramnion, placenta na přední stěně nízko, normální ženský genitál.

Lékař z centra žádá o zprávu o porodu a novorozenci.

Na UZ ztenčený DDS, biologická nepřipravenost. Rodička po průběhu předchozího porodu a aktuálního riziku při ztenčeném DDS upřednostňuje porod *per SC*. Přistoupeno k operačnímu ukončení porodu v celkové anestezii – *Sectio Caesarea sec. Geppert, relaparotomie*



sec. Pfannenstiel. Novorozeneček záhy po vybavení kříčím, předán do péče pediatra, ženské pohlaví, děvče 2690/48, *Apgar score* 10-10-10, zdráva. Operace proběhla bez komplikací při standardním průběhu. KS dítěte 0 negativní – matka neočekována. Na placentě nalezen plod B s ohraničeným amniálním váčkem (viz obr. 3, 4 a 5).

Diskuse

TTT syndrom vzniká nejčastěji u monochoriální biamniální gravidity. Jedná se o monozygotní graviditu (jedno vajíčko + jedna spermie). Pokud dojde k rozdělení zygoty do 3. dne, vzniká bichoriální biamniální gravidita. Většina rozdělení následuje po 3. dnu po fertilizaci, kdy vajíčko dosáhne stadia blastocys-

ty. Rozdělením mezi 4.–8. dnem vzniká monochoriální biamniální gravidita, rozdělením mezi 8.–13. dnem vzniká monochoriální monoamniální gravidita a rozdělením po 13. dnu po fertilizaci vznikají podvojně zrůdy. Dizygotní gravidita (dvě vajíčka + dvě spermie). Tato gravidita je bez rizika vzniku TTT syndromu až na extrémně vzácné výjimky.

Závěr

Tato laserová embryoredukce monochoriální biamniální gravidity i přes rizikovitost, nízkou úspěšnost výkonu skončila fyziologickým vývojem recipienta, jeho donošením a narozením zdravého novorozence. Pokud by se gravidita ponechala bez intervence, mohl by se zvyšovat stupeň TTT syndromu, tím riziko úmrtí jednoho z plodů a následný *twin embolization* syndrom (proniknutí krevních sraženin a dendritu z intrauterinní odumřelého dvojčete do oběhu druhého dvojčete). V tomto případě byla navíc volba řešení v souladu s přáním těhotné.

Literatura u autorky

Bc. Radka Kroupová,
Nemocnice Pardubického kraje,
kroupovar@post.cz

Setkání po 30 letech

V roce 1985 ukončily zdravotní i dětské sestry – budoucí učitelky zdravotnických škol – poslední ročník prvního denního studia oboru „pedagogika – péče o nemocné – učitelství odborných předmětů“ na střední zdravotnické škole (VOŠZ ještě v té době nebyla).



Tento studijní ročník měl pro vzdělávání převážně zdravotních sester zvláštní význam. Zakladatelé denní formy, jmenujeme prof. MUDr. Vladimíra Pacovského, CSc., doc. PhDr. Martu Staňkovou, CSc., a doc. MUDr. Jiřího Neuwirtha, CSc., z 1. LF UK či prof. PhDr. Zdeňka

Koláře a jeho kolegy z katedry pedagogiky FF UK, tak otevřeli cestu intenzivnímu vysokoškolskému profesnímu a pedagogickému vzdělávání. Hlavním cílem bylo vychovat vysokoškolsky vzdělané učitelky pro zdravotnické školy a sestry pro vedoucí funkce ve zdravotnictví, což mělo přispět ke

zkvalitnění přípravy sester a péče o nemocné ve všech zdravotnických zařízeních.

Citlivý a empatický přístup

Studium nebylo jednoduché, protože jsme byli první a se svými učiteli (v čele s M. Staň-

kovou, PhDr. A. Mellanovou, CSc., PhDr. H. Horovou, PhDr. H. Chloubovou, J. Neuwirthem, doc. B. Uhrem, PhDr. Tučkovou, doc. PhDr. Taxovou či doc. J. Koťou) jsme prošlapávali cestu kolegyním, které studovaly po nás. Neustále jsme vysvětlovali, kdo jsme a co studujeme. Odměnou nám byly vědomosti a zkušenosti získané zvláště od učitelů ošetřovatelských, které nás vedly k citlivému, lidskému a empatickému přístupu v péči o zdravého a nemocného. Získané ošetřovatelské a pedagogické znalosti jsme aplikovali do přístupu k našim budoucím studentům i do zdravotnického terénu. Zde jsme také měli možnost poznat, že předpokladem pro kvalitní přípravu budoucích sester jsou nejen jejich rozumové schopnosti a manuální dovednosti, ale také psychosociální předpoklady. Požadavek psychosociální zralosti studentek je nutností pro vykonávání zátěžového poslání, jakým je povolání sestry na všech stupních profesního zařazení. Na setkání jsme měli příležitost znovu poděkovat i vyučujícím, některým bohužel už jen ve vzpomínkách. Hodnotili jsme ta-

ké stav našeho současného ošetřovatelského vzdělávání a ošetřovatelských. Shodli jsme se, že ne vždy se nám daří naplňování ideálů získaných při studiu. Bylo vidět, jak se mnohdy náš profesní i osobní život velice úzce propletaly a jak nám stále záleží na péči o blízkého, na kvalitě ošetřovatelské péče a postavení sester ve společnosti. Většina z nás pracuje ve zdravotnickém školství a snaží se vést svoje studenty k odbornosti s lidskostí a empatií. Mnohokrát zaznělo: „Když odcházím z praxe na oddělení, je pro mě největší odměnou spokojenost pacientů a poděkování zdravotnického personálu za kvalitní péči a pomoc.“ Tento okamžik souladu mezi zdravotnickou školou a zdravotnickým zařízením je zároveň motivací a odměnou pro studenty. Všem nám zůstala v srdci empatie, citlivý přístup k lidem a důležitost práce pro ostatní. Cesta ošetřovatelského povolání je péčí o člověka ve zdraví i v nemoci.

Mgr. Taťana Janošová, SZS Ruská, Praha,
PhDr. Irena Nerudová, VOŠZ
a SZS Alšovo nábrežní, Praha,
Tana.Janos@seznam.cz

Edukačný proces u pacienta s diabetickou nohou

Edukácia pacienta sa pokladá za súčasť štandardnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorú poskytujú sestry. Edukácia v ošetrovatelstve je systematický, logický, následný a plánovaný proces, pri ktorom prebiehajú vzájomne sa ovplyvňujúce činnosti – vzdelanie a učenie.

Tento proces vytvára nepretržitý cyklus, na ktorom sa podieľajú dvaja vzájomne sa ovplyvňujúci účastníci, t. j. sestra ako edukátor a edukant (pacient, rodina, komunita). Edukáciu ovplyvňujú sociálne, ekonomické a politické determinanty, ktoré určujú, aké sú v tejto oblasti očakávania vzhľadom na demografický vývoj a meniaci sa charakter poskytovaných zdravotníckych služieb. Edukácia v ošetrovatelstve je proces ovplyvňujúci správanie pacienta (rodiny) s cieľom uskutočňovať zmeny v oblasti vedomostí (kognitívnej), postojov (afektívnej) a zručností (psychomotorickej), potrebných na udržovanie, podporu a zlepšenie zdravia. V ošetrovateľskej edukácii treba rešpektovať práva a povinnosti pacienta, ktoré sú stanovené v systéme zdravotnej starostlivosti. V ošetrovateľskej praxi sa môžeme stretnúť aj s neefektívnosťou edukácie, čo je zapríčinené prekážkami u sestry, pacienta alebo v zdravotníckom systéme.

Medzi **klúčové faktory ovplyvňujúce proces edukácie v prípade pacienta** patria: vek, pohlavie, aktuálny zdravotný stav, zamestnanie, dosiahnutá úroveň vzdelania, hodnotový systém, etnická príslušnosť, motivácia, postoje, sebestačnosť, potreby, inteligencia, schopnosť čítať a počúvať.

Medzi **klúčové faktory ovplyvňujúce proces edukácie v prípade sestry** patria: vek, charakterové vlastnosti osobnosti, ovládanie výučbového obsahu, schopnosť empatie a asertívneho správania, pozitívny prístup, edukatívne schopnosti, schopnosť účinne stanoviť a využiť metódy, formy a pomôcky edukácie, schopnosť objektívne posúdiť edukanta, správne definovať edukáciu, dôkladne plánovať, realizovať a vyhodnotiť edukáciu. Medzi **zásadné faktory prekážajúce v učení, ktoré vyplývajú z prostredia a materiálneho vybavenia**, patria: nevhodné prostredie,

nedostatok súkromia, nadmerný hluk, nevhodné materiálne vybavenie, nedostatok didaktických pomôcok, nedostupnosť písomných edukačných materiálov pre pacienta, atď. Edukácia je proces, ktorý pomáha ľuďom získať zdraviu prospešné správanie v ich každodennom živote, posilňuje kompetencie a seba dôveru pacienta a rozvíjanie jeho vlastných schopností v starostlivosti o seba.

Edukačný proces

Edukačný proces vychádza z edukačných potrieb, pohotovosti a štýlu učenia. Ciele edukačného procesu sú dosiahnuté vtedy, keď dôjde k uspokojeniu a k zmenám vo vedomostiach, v zručnostiach a postojoch, čo sa odrazí v očakávanom správaní pacienta. Edukačný proces je špecifický podľa toho, v ktorej fáze ochorenia sa edukácia pacienta realizuje. Sestra skôr ako začne realizovať edukáciu pacienta, musí spolu s ním vypracovať plán edukačných stretnutí. K zefektívnemu edukácii pacientov prispieva spracovanie edukačných štandardov, ktoré môžu byť najskôr vypracované všeobecne – vo vzťahu k pacientom s istou medicínskou diagnózou, potom špecificky (tab. 1).

Pre sestru je v klinickej praxi dôležité, aby poznala a vedela aplikovať získané vedomosti z problematiky edukácie pacienta. Podľa Medzinárodného konsenzu sa tiež odporúča edukácia pacientov podľa stupňa rizika syndrómu diabetической nohy (tab. 2).

Edukačný proces má cyklický charakter a je daný fázami edukačného procesu, ktoré na seba nadväzujú.

1. **Posudzovanie** – kladieme tu dôraz na zber údajov:

- anamnéza terajšieho a predchádzajúceho ochorenia,
- potreby na edukáciu,
- pohotovosť a schopnosť k učeniu, štýl učenia,

- činitele ovplyvňujúce priebeh učenia,
 - životný štýl, kultúra, náboženstvo, postoje, hodnoty,
 - profil rodiny, adekvátnosť (neadekvátnosť) rodinných funkcií,
 - zdroje podpory zo strany rodiny,
 - porozumenie súčasnej situácie rodinou,
 - aktuálne vedomosti o probléme.
2. **Edukačná diagnostika** – na základe údajov získaných edukačným posudzovaním si sestra stanoví edukačné diagnózy, ktoré sa týkajú deficitov vo vedomostiach, v zručnostiach či postojoch pacienta.

Príklady edukačných sester-ských diagnóz u pacienta s diabetickou nohou

1. Nedostatočné vedomosti (00126) o prevencii vzniku diabetической nohy v súvislosti s nedostatkom informácií, prejavujúce sa obavami z neschopnosti postarať sa o dolné končatiny.
2. Nedostatok vedomostí (00126) a zručností v starostlivosti o dolné končatiny, prejavujúci sa žiadosťou o naučenie správneho postupu ošetrovania.
3. Nedostatok vedomostí (00126) v súvislosti s výberom správnej a vhodnej obuvi, prejavujúci sa žiadosťou o informácie.
4. Nedostatok vedomostí (00126) v súvislosti s vyhýbaním sa poškodeniu, prejavujúci sa slovným vyjadrením problému.

1. **Plánovanie edukácie** – vychádza zo stanovenia priorit v edukácii, to znamená, o čom treba poučiť pacienta najskôr a čo bude postupne predmetom ďalšej edukácie. Od toho potom závisí, ako bude edukácia štruktúrovaná, či sa uskutoční jedna edukačná jednotka alebo bude edukácia rozdelená do viacerých jednotiek. Dôležité je zväziť aj miesto, kde bude edukácia prebiehať. V nemocničnom prostredí je potrebné zabezpečiť intimitu pacienta. Tiež je potrebné zväziť čas, kedy a ako dlho bude

Tab. 1 Špecifiká pre pacienta a rodinu s rizikom diabetической nohy

Edukácia pre pacienta a rodinu s rizikom diabetической nohy	
Edukácia o:	
	- príčinách vzniku diabetической nohy
	- nutnosti dodržiavania liečebného režimu
	- správnej realizácii zmeny liečby v súvislosti so zistenými výsledkami selfmonitoringu
	- dôležitosti správneho dodržiavania hygieny
	- ošetrovaní diabetической nohy v domácom prostredí
	- vyhýbaní sa poškodeniu
	- zvládnutí záťažových situácií (ochorenie, stres, cestovanie, dovolenka)
	riadenie motorového vozidla)
	- spôsoboch compliance diabetika a jeho podpornýchosôb
	- spôsoboch sociálnej podpory

Tab. 2 Edukácia pacientov podľa stupňa rizika syndrómu diabetической nohy

Kategória	Charakteristika	Frekvencia kontrol
0	Bez senzorickej neuropatie	Jedenkrát ročne
1	Senzorická neuropatia	Každých 6 mesiacov
2	Senzorická neuropatia a známky ICHDK alebo deformity nôh	Každé tri mesiace
3	Predchádzajúce ulcerácie alebo amputácia	Každý 1 až 3 mesiace

edukácia prebiehať a koľko bude účastníkov edukácie. Pri plánovaní si taktiež premyslíme výber edukačných metód a pomôcok, prípadne techniky, ktoré budeme potrebovať na edukáciu. Nesmieme zabúdať ani na vytvorenie príjemnej atmosféry, ktorá sa odvíja od vhodnej komunikácie a vytvorenia si vzťahu dôvery s pacientom (štruktúru plánovania vidíme v tab. 3).

2. **Realizácia edukačného plánu** – prebieha podľa fáz edukácie – motivačnej, expozičnej, fixačnej a hodnotiacej. V motivačnej fáze sa usilujeme vzbudiť záujem o problematiku a pripraviť pacientov na prijatie nových informácií. V expozičnej fáze sprostredkujeme nové informácie, demonštrujeme postupy a usilujeme sa o to, aby si pacient osvojil želané správanie. Vo fixačnej fáze upevňujeme poznatky a získané zručnosti pacienta, a to buď zadáním nejakej úlohy alebo precvičovaním určitého postupu. Vo fáze hodnotenia zis-

tujeme, čo sa pacient naučil, ako zvládol nácvik zručnosti, aké sú jeho názory na zmenu správania.

3. **Vyhodnotenie edukácie** – zisťujeme, či ciele a výsledky boli splnené, čiastočne splnené alebo neboli splnené. Na základe toho môžeme uvažovať o ukončení edukácie, pokračujúcej edukácii alebo reedukácii (v tab. 4 vidíme štruktúru realizácie 1. edukačného stretnutia).

Záver

Edukácia pacientov so syndrómom diabetической nohy tvorí neoddeliteľnú súčasť práce sestier aj lekárov. Hlavným cieľom edukácie je pripraviť pacientov a ich rodiny tak, aby sa stali nezávislými. Ak si pacienti nemôžu zlepšiť zdravotný stav sami, usilujeme sa pomôcť im nájsť ich potenciál. Edukácia má význam tak pre pacienta, ako aj pre sestru. U pacienta zvyšuje spokojnosť, zlepšuje kvalitu života, znižuje úzkosť a strach, znižuje je komplikácie chorôb, napomáha

Tab. 3 Štruktúra edukačného plánu u pacienta s diabetickou nohou

EDUKAČNÝ PLÁN č. 1	
Edukačná diagnóza:	Nedostatočné vedomosti o prevencii vzniku diabetickej nohy v súvislosti s nedostatkom informácií, prejavujúce sa obavami z neschopnosti postarať sa o dolné končatiny.
Téma:	Starostlivosť o dolné končatiny.
Ciele edukácie:	zabezpečiť dostatok vedomostí u pacienta s DN v súvislosti so starostlivosťou o dolné končatiny popísať dennú samokontrolu dolných končatín popísať dennú hygienu a samoošetrovanie dolných končatín vysvetliť príznaky zápalu a tvorby defektu dosiahnuť u pacienta pozitívny postoj k starostlivosti o dolné končatiny
Edukačné ciele a výsledné kritériá:	
A) Afektívny cieľ:	Pacient vyjadří a preukáže záujem o získanie vedomostí o starostlivosti o dolné končatiny.
	Výsledné kritériá:
	1. Pacient verbalizuje vplyv ochorenia na jeho život.
	2. Pacient zdôvodní potrebu získať vedomosti v oblasti starostlivosti o dolné končatiny.
	3. Pacient verbalizuje dôležitosť správnej starostlivosti o dolné končatiny.
	4. Pacient vyjadruje potrebu získať vedomosti o možnostiach prevencie poškodenia dolných končatín.
B) Kognitívny cieľ:	Pacient má dostatočné vedomosti o starostlivosti o dolné končatiny.
	Výsledné kritériá:
	1. Pacient vymenuje zásady správnej starostlivosti o diabeticкую nohu.
	2. Pacient menuje výhody správnej starostlivosti a prevencie vzniku defektov na dolných končatinách.
	3. Pacient menuje vonkajšie faktory spôsobujúce diabeticкую nohu.
	4. Pacient verbalizuje dôležitosť informácií o diabetickej nohe.
C) Behaviorálny cieľ:	Pacient sa aktívne zapája do edukačného procesu.
	Výsledné kritériá:
	1. Pacient popisuje dennú samokontrolu a hygienu dolných končatín.
	2. Pacient menuje zásady starostlivosti o dolné končatiny.
	3. Pacient sa zapája do diskusie.
	4. Pacient pracuje s edukačným materiálom počas edukačného stretnutia.

Tab. 4 Štruktúra 1. realizačného stretnutia u pacienta s diabetickou nohou

Realizácia 1. edukačného stretnutia	
Dátum:	Forma: individuálna
Čas: 30 minút	Faktory prospievajúceho učenia: motivácia, spätná väzba
Prostredie: izba pacienta, edukačná miestnosť	
Metóda: výklad, vysvetľovanie, rozhovor, diskusia	
Pomôcky: letáky, brožúry, príručky s danou problematikou	
Štruktúra 1. edukačného stretnutia:	
1. Motivácia pacienta, vysvetlenie potreby vedomostí o diabetickej nohe.	
2. Poskytnutie informácií o prevencii ochorenia.	
3. Popísanie dennej hygieny, samokontroly a samoošetrovania dolných končatín.	
4. Vymenovanie vplyvov a faktorov spôsobujúcich vznik diabetickej nohy.	
5. Poskytnutie edukačného a propagačného materiálu.	
6. Diskusia s pacientom o danej problematike.	
7. Poskytnutie priestoru na pacientove otázky.	
8. Spätná väzba, overenie pochopenia poskytnutých informácií.	
Vyhodnotenie 1. edukačného stretnutia:	
a) afektívny cieľ: Pacient vyjadří záujem o získanie vedomostí o starostlivosti o dolné končatiny – cieľ splnený.	
b) kognitívny cieľ: Pacient má dostatok vedomostí o starostlivosti o dolné končatiny – cieľ splnený.	
c) behaviorálny cieľ: Pacient sa aktívne zapája do edukačného procesu – cieľ splnený.	

nezávislosti pacienta v aktivitách každodenného života, podporuje pacientov, aby sa stali aktívnymi účastníkmi v plánovaní starostlivosti o nich. Sestrám prináša edukácia benefity, ako sú dôverný vzťah s pacientom, spokojnosť s prácou, posilňuje ich autonómiu, zodpovednosť a kompetencie v praxi. Úspech sesterského úsilia v edukácii nezávisí od toho, aké množstvo informácií sa paciento-

vi poskytlo, ale najmä od toho, čo sa pacient naučil, čo implementoval trvalo do svojho správania.

Literatúra u autoriek

PhDr. Hilda Balková PhD.,
úsek operačných sál,

Mgr. Barbora Kovariková,
Klinika cievnnej chirurgie,

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s.,
Bratislava

Psychologie v perinatální péči

Publikace se zabývá psychologickými aspekty péče o rodičku a ženu v poporodním období. Je členěna do 11 kapitol a je praktickou pomůckou pro všechny kategorie zdravotnických pracovníků přicházejících do kontaktu s těhotnými nebo již rodícími ženami.

První kapitola je věnována komunikaci v perinatální péči. Každá těhotná žena má unikátní osobní a rodinnou minulost a citlivě vnímá okolnosti a prostředí porodu ve zdravotnickém zařízení. Empatickou komunikací lékařů a porodních asistentek je možné u rodící ženy a nedětky významně snížit stres. Žádoucí je citlivý profesionální přístup lékařů a porodních asistentek pečujících o rodičku. Velký význam má v perinatální péči i neverbální a paraverbální komunikace. Důležité je dbát na volbu správného tónu hlasu, zvolit vhodnou rychlost a hlasitost

mluvy, intonaci a pauzy v řeči. Vliv má rovněž vhodné prostorové uspořádání místnosti. Zdravotník by měl dbát na zachování intimity. Zdravotník musí také zohledňovat náročnou situaci těchto žen a nereagovat reaktivně. Mezi nejobtížnější úlohy patří sdělování špatných zpráv, ke kterým i v této oblasti péče někdy dochází. Další kapitoly (2-3) knihy se podrobně zabývají psychologickou problematikou bolesti při porodu, dále porodnickými operacemi a je-



jich psychologickými souvislostmi. Rozdílně vnímá bolest žena rodící poprvé a matka s několikanásobnou zkušeností s porodem. Poměrně rozsáhlá část (kap. 4-5) textu je věnována diagnostice a terapii poporodních psychologických poruch, poporodní deprese či úzkostných a panických poruch. V publikaci je kladen také důraz na témata související s péčí o drogově závislé ženy-matky a jejich děti včetně péče o tyto ženy v průběhu těhotenství, v průběhu porodu.

Velký prostor (kap. 6) je věnován péči o rizikové novorozence a přístupu zdravotníků k jejich rodičům, jsou zde popsána konkrétní specifika zátěže rodičů rizikových novorozenců. Úmrtí dítěte patří z psychologického hlediska mezi krizové situace. Jedná se o nejnáročnější životní situaci, kdy je potřeba psychosociální intervence. V další části (kap. 7) knihy jsou popsány konkrétní citlivé postupy v případě úmrtí dítěte. Ty jsou samozřejmě adresovány zdravotníkům. V příloze je ale i informační leták pro rodiče. Závěrečné kapitoly (8-9) knihy nabízejí pohled zdravotnických pracovníků na psychologickou problematiku v perinatologii. Významnou roli při řešení syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků má supervize. Další část textu (kap. 10) uvádí specifika profesní zátěže zdravotníků s důrazem na význam pės-

tování duševní hygieny a zvládnutí stresu. Poslední část (kap. 11) publikace je věnována medicínskému právu a právním aspektům poskytování perinatální péče. Autorky se v publikaci precizně věnují citlivým tématům perinatální a perinatální péče. Jedná se o velice přínosnou odbornou knihu, která si zcela jistě najde své čtenáře nejen v řadách zdravotnických pracovníků, ale také mezi laickou veřejností.

Mgr. Jana Fejfarová,

Fakulta humanitních studií UK Praha

Psychologie v perinatální péči
Lea Takács, Daniela Sobotková,
Lenka Šulová a kolektiv
Grada, 2015
208 stran
ISBN: 978-80-247-5127-6



30. BŘEZNA 2016
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

roku Sestra 15



Záštitu nad oceněním převzala
Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar
a Václava Havlových VIZE 97

16. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Zdravotnictví a medicína z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Hlasujte pro Sestru mého srdce!

Vítěze kategorie **SESTRA MÉHO SRDCE** můžete vybírat z finalistů obou vyhlášených kategorií, které vybrala první odborná porota, a jednoho držitele Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství.

Hlasování probíhá prostřednictvím www.sestramehosrdce.cz

Stránky pro hlasování byly spuštěny **1. 2. 2016**. Najdete zde i medailonky a fotografie kandidátů na toto ocenění. Hlasování končí **29. 2. 2016**.

Každý hlasující může udělit pouze 1 hlas.

Vítězem hlasování se stane ten finalista, který v celkovém součtu získá největší počet hlasů.
Úplné znění pravidel soutěže je na www.sestraroku.cz

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Hlavní partneři



Partner



Partneři galavečera



Záštitu



Mediální partneři



Odborný garant



www.sestraroku.cz



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jakkoli nás zejména komerční média neustále děsí rozličnými světovými zdravotními hrozbami (vzpomeňme si na medializaci epidemie Eboly nebo na zprávy týkající se výskytu viru Zika), jiné – neméně významné – medicínské problémy zůstávají v pozadí. A nemusí to být jen proto, že nejsou infekční, vezměme si, kolik plochy

v tištěných médiích a kolik vysílacího času se věnuje rakovině, obezitě nebo banálním problémům, jako je nadýmání či hemoroidy. Paradoxně však jeden z největších globálních infektologických problémů – sepse, která celosvětově zabíjí více lidí než AIDS, rakovina prsu a rakovina prostaty dohromady – představuje téma,

o němž se nemluví téměř vůbec. Přitom pacient se sepsí, který neobdrží účinnou terapii do 6 hodin, má jen 30% šanci, že přežije. Aktuální medicínskou rubriku proto otevíráme připomenutím tohoto závažného problému, jemuž se každoročně věnuje ostravský kongres Colors of Sepsis.

MUDr. Andrea Skálová

Kongres Colours of Sepsis nejen o sepsi

Letos již poosmnácté proběhl v Ostravě kongres zaměřený na problematiku intenzivní medicíny Colours of Sepsis. Akce přivítala kolem 1300 odborníků z řad anesteziologů, intenzivistů, chirurgů, neurochirurgů, traumatologů, internistů, pediatrů, infektologů, hematologů a dalších oborů.

Organizační koordinaci zajistila Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) ve spolupráci s Klinikou dětského lékařství FN Ostrava. Kongres se tradičně soustředil zejména na problematiku sepse. „Bohužel i ve 21. století je stále vysoká úmrtnost na sepsi, nejvyšší ze všech chorobných stavů. Souvisí to nejen se známými problémy, jako jsou nozokomiální infekce či antibiotická rezistence, ale nedostatečné je také povědomí o sepsi a pozornost, která se problému věnuje,“ uvedl MUDr. Roman Kula, CSc., z KARIM. Přibývá navíc těžkých sepsí, a to nejen v oblasti nemocničního

prostředí, ale i na podkladě komunitních infekcí.

Sepsi je třeba léčit včas

„Včasnou intervencí lze docílit, že pacient se sepsí přežije, ale i tak je jen poloviční šance. My víme jak pacienty se sepsí léčit, ale podstatné je, aby se začalo léčit včas, což u sepse znamená během několika hodin od jejího vzniku,“ upozorňuje Roman Kula.

Navzdory obrovskému pokroku v medicíně stojí odborníci před problémem, jímž je častá neznalost mikrobiálního kmene, který sepsi způsobil. Bez identifikace vyvolavatele septického stavu přitom nelze nasadit cílenou an-

timikrobiální léčbu nezbytnou pro kontrolu infekce. „Mikrobiologické výsledky jsou k dispozici obvykle během 3 dnů po obdržení vzorku od pacienta. Ve vývoji jsou sice nové metody detekce infekčního *agens*, ale ty dosud nejsou rutinně užívané ani stoprocentně spolehlivé. Rovněž zatím nemáme k dispozici specifické biomarkery, které by bylo možné v praxi využívat pro stanovení původce onemocnění, případně je jejich užití limitováno vysokou cenou vyšetření,“ vysvětluje MUDr. Kula.

Za zmínku stojí i to, že se nejedná vždy o bakterie, ale také o viry či mykotické infekce, jejichž výskyt narůstá. Antimik-

robiální léčba sepse se tak často volí na základě odhadu, vycházejícího z klinického obrazu, a předchozí anamnézy. Případná deeskalanti antimikrobiální léčba pak není pro pacienta bez rizika.

Role týmů a guidelines

Nezastupitelnou roli v péči o pacienty v intenzivní péči mají multidisciplinární týmy. I to je důvodem, proč se na Colours of Sepsis setkávají odborníci z více než 20 odborných společností, aby zde společně sdíleli své pohledy, poznatky a potřeby týkající se intenzivní péče o nemocné. „Naše akce je velmi oblíbená, protože se zde učíme hovořit stej-

nou řečí, což je nutnou podmínkou úspěchu v léčbě život ohrožujících stavů. Před 20 lety byl pohled lékaře pracujícího na ARO na pacienta se sepsí diametrálně odlišný od pohledu infektologa. To se dnes děje výjimečně,“ připomíná Roman Kula.

Výsledky mezioborové spolupráce ve spojení s pokroky ve vývoji léčiv, k nimž dochází v posledních desetiletích, se odráží v neustálé aktualizaci doporučených postupů. Mezi ty, o nichž se letos hodně mluvilo, patří nová evropská a česká *guidelines* pro řešení život ohrožujícího krvácení. Dalším významným a dosud opomíjeným aspektem léčby kriticky nemocných je optimální nutriční intervence. O vybraných tématech informujeme v samostatných článcích tohoto čísla.

MUDr. Andrea Skálová

ODBORNÉ AKCE

Nutriční intervence u kriticky nemocných

V rámci 18. ročníku kongresu Colours of Sepsis, který proběhl ve dnech 26.–29. ledna v Ostravě, měli účastníci možnost zhlédnout sympozium společnosti Baxter s názvem „Nutriční intervence u kriticky nemocných“. Sympozium předsedal doc. MUDr. Pavel Těšínský z II. interní kliniky 3. LF UK a FNKV v Praze.

Výživa v intenzivní péči

Dvě kazuistiky na téma „koho živit na JIP“ prezentoval MUDr. František Novák ze 4. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Ve svých příspěvcích poukázal na kritické body nutriční péče u pacientů v intenzivní péči a možnosti vypořádání se s nimi.

„Problém je, že v intenzivní péči nemáme metodu jak dobře hodnotit tělesné zásoby, umíme však poměrně dobře odhadnout závažnost a prognózu onemocnění,“ konstatoval v úvodu MUDr. Novák a upozornil na potřebu určit správný čas zahájení a ukončení umělé výživy, správný výběr živin a cestu podávání.

Když není kde brát...

Sympozium zahájil přednášející kazuistikou 57leté pacientky, původně obézní diabetičky, přijaté na JIP v říjnu loňského roku pro bolesti břicha, subileózní stav, hypotenzi, dehydrataci a extrémní nutriční marasmus. Pacientka měla při přijetí BMI 14, vážila 38 kg – zhubla celkem 52 kg a netolerovala ani minimální porce perorálně. Přeložena byla z interního oddělení s diagnózou uzávěru *t. coli* a infekční endokarditidou. V průběhu hospitalizace byla nasazena totální parenterální výživa, provedeno několik rozsáhlých břišních chirurgických výkonů, poté pacientka upadla do těžkého septického šoku, bez rozvoje MODS/MOF. Po 6 týdnech intenzivní péče znovu ileózní stav, pro nefunkčnost střeva byla provedena totální enterektomie s výhledem další rekonstrukce nebo ileoanastomózy po stabilizaci stavu. „Na tomto případu jsem chtěl demonstrovat, že i takto těžký stav se nám podařilo s pomocí razantní parenterální výživy zvládnout,“ konstatoval MUDr. Novák.

Když chceme zhubnout...

Ve druhé kazuistice se jednalo o 57letou obézní diabetičku (126 kg, BMI 47) s revmatoidní artrití-

dou, syndromem spánkové apnoe, CHRI 3. stupně, stav po bandáži žaludku. Pacientka byla přijata na JIP pro horečky, bolesti zad a zhoršený stav vědomí. Po zjištění bakteriémie (MRSA) zahájena ATB terapie, pro nedostatečnost enterální výživy hypokalorická parenterální výživa. V průběhu hospitalizace došlo ke zhoršení stavu s poruchou ventilace a nutností umělé plicní ventilace (UPV), dále začala pacientka krvácet z tenkého střeva při portální hypertenzi, provedena revize ileostomie. Pacientka zhubla o 20 kg, připravuje se na převoz do domácí péče.

„Zde se jedná o běžný případ morbidně obézní polymorbidní pacientky, jejíž stav má tendenci se na standardním oddělení komplikovat,“ řekl MUDr. Novák. Společná byla oběma kazuistikám potřeba dlouhodobé parenterální výživy, intenzivní rehabilitace a nezbytnost kontinuity nutriční péče. Při indikaci nutriční péče je podle přednášejícího třeba přihlížet k doporučeným nutričním cílům a poměru neproteinové energie/bílkovinný dusík, a to v závislosti na tom, zda se jedná o iniciační fázi akutního stavu, morbidně obézního pacienta, rekonvalescenci či racionální dietu.

Kdo profituje z nutriční intervence

V dalším příspěvku se zamýšlel doc. Těšínský nad otázkou, kdo opravdu profituje z nutriční intervence a komu kdy podat jakou výživu. „Je známo, že až polovina pacientů opouští nemocnici s malnutricí,“ připomenul v úvodu přednášející a dodal, že výživa je lék, ale může být nebezpečný, pokud se indikuje nesprávně. Rozdílný je vliv hladovění ve zdraví a akutním stresu: katabolická odpověď je při závažném a endokrinní odpovědi a imobilizaci více vyjádřena než u zdravých hladovějících, negativní proteinovou a energetickou bilancí jsou pak nejvíce ohroženi lidé s nízkým, velmi vysokým,

ale i normálním BMI. Největší šanci přežít kritický stav či těžkou malnutricí mají lidé s nadváhou a mírnou obezitou.

Docent Těšínský vyzdvihl, že v akutní fázi intenzivní péče je důležité podat kyslík, nutrice se řeší až v další fázi. V časně fázi kritického onemocnění není dosažení plné výživy prioritní, o to větší význam má ve fázi rekonvalescence. Jak ukázala studie Harveyové a spol., publikovaná v *N Engl J Med* 2014, prospěšné je časně podání výživy, méně pak záleží na cestě podání. Prognózu pacientů zhoršuje kumulativní negativní bilance spojená s delší dobou pobytu na JIP, delší dobou UPV a přítomností infekčních komplikací. „Mortalita je spojena i s množstvím podaného proteinu. Různí pacienti ho potřebují různé množství,“ upozornil doc. Těšínský.

Při volbě nutriční podpory je třeba přihlížet k několika parametřům: hodnotě *NUTRIC score*, BMI, nutriční historii, přítomnosti sarkopenie, komorbiditám, předpokládané délce pobytu v nemocnici apod. „BMI sám o sobě je nespolehlivý parametr, který nezohledňuje tělesné složení,“ upozornil přednášející. Jinou nutriční podporu bude potřebovat 30letý, dosud zdravý pacient přijatý pro úraz hlavy a jinou 80letý polymorbidní nesoběstačný pacient přijatý pro plicní embolii, přestože BMI obou bude 35. V přednášce byly dále prezentovány výsledky několika studií (EPaNIC, EDEN, RENAL...) z posledních let, posuzujících roli suplementární parenterální výživy.

Co si pamatovat o nutriční intervenci

V závěru svého příspěvku shrnul docent Těšínský důležité body:

- Akutní stres vyvolá zásadní změny substrátového metabolismu, které jsou na rozdíl od prostého hladovění jen minimálně ovlivnitelné nutriční intervencí.



Illustrace foto: Shutterstock

- Exogenní přívod glukózy v sepsi nepotlačí její endogenní vznik v játrech a ledvinách.
- Přehnaná nutriční intervence v akutní fázi může podporovat neúčelný hypermetabolismus a interferovat s přirozenou úklidovou reakcí poškozených buněk a jejich částí.
- Snaha o zachování integrity střevního epitelu a tím i bariérové funkce střeva v sepsi je logickou prioritou.
- V počáteční fázi hospitalizace na JIP zvolit restriktivní přístup k hrazení energie (20 kcal/kg/IBW).
- Pozor! Mýtus, že obézní nemocní nepotřebují v akutním stavu přívod energie, je překonaný. Z nedostatečného přívodu energie trpí nejvíce nemocní s BMI < 18 a > 35.
- Dostatečný přívod bílkovin se podle současné úrovně poznání zdá být důležitější než přívod energie.
- Suplementace iontů, stopových prvků a vitamínů je nedílnou součástí nutriční podpory.
- Enterální cesta je přirozenou cestou přívodu energie a proteinů. Měla by být vždy upřednostněna, pokud není přítomna kontraindikace. Zahájení enterální výživy je indikováno po úvodní stabilizaci šokového stavu.
- TPN je bezpečná alternativa enterální výživy v případě, že je tato kontraindikována.
- Princip orgánově specifické výživy při převažujícím poškození jednoho z důležitých orgánů (játra, ledviny, plíce) současně poznání nepodporuje.

Nebát se parenterální výživy

Úloze střeva, srovnání enterální a parenterální výživy a výhodami i riziky parenterální výživy u kriticky nemocných se věnoval

doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D., z interního oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze. Enterální výživa v intenzivní péči zajišťuje udržení střevní bariéry a snižuje riziko translokace bakterií, vyživuje enterocyty a je levnější. Při intoleranci enterální výživy je zde však nebezpečí deficitu energie, bílkovin a mikronutrientů, zejména u seniorů a pacientů s malnutricí.

„Parenterální výživa v těchto případech umožňuje v urgentních stavech aplikovat dostatečné množství energie, makro- i mikronutrientů. Oba typy výživy přitom nejsou konkurentní a lze je kombinovat. Mezi rizika parenterální výživy patří především špatné provádění, možnost rozvoje katérové sepse, vznik hyperglykemie a *overfeeding*, zejména při kombinaci obou typů výživy,“ vysvětlil doc. Kohout. Suplementární parenterální výživa je nejlépe zahájit do 5 dnů u stabilních pacientů a do 2. dne u malnutričních. Totální parenterální výživa se pak indikuje při kontraindikaci enterální výživy, přičemž benefity zde převažují nad případnými komplikacemi, jak ukázaly studie Harvey SE et al. (*NEJM* 2014) a Doig CS et al. (*JAMA* 2013). Výsledky mimo jiné prokázaly, že aplikace časně parenterální výživy u kriticky nemocných s relativní kontraindikací časně enterální výživy nemá vyšší procento komplikací. Studie Harveyové prokázala méně hypoglykemií a méně zvracení u skupiny na parenterální výživě oproti skupině s enterální výživou, dále stejný kalorický příjem, stejnou mortalitu a počet infekčních komplikací u obou skupin. „Správně prováděná parenterální výživa nemá zdravotní komplikace oproti enterální výživě,“ uzavřel docent Kohout.

MUDr. Andrea Skálková

Povědomí o trombóze je nízké

Příčinou jednoho ze čtyř úmrtí celosvětově je krevní sraženina – trombóza. Průzkum realizovaný Mezinárodní společností pro trombózu a hemostázu přitom ukázal, že povědomí veřejnosti o trombóze je nízké (68 %) a o žilní trombóze ještě nižší (okolo 50 %).

Respondenti z 9 zemí v průzkumu projeví mnohem větší obavu z vysokého krevního tlaku (90 %), nádoru prsu (85 %), nádoru prostaty (82 %) či AIDS (87 %). Jen 45 % respondentů vědělo, že vzniku krevních sraženin lze předcházet.

Ohrožení onkologičtí pacienti

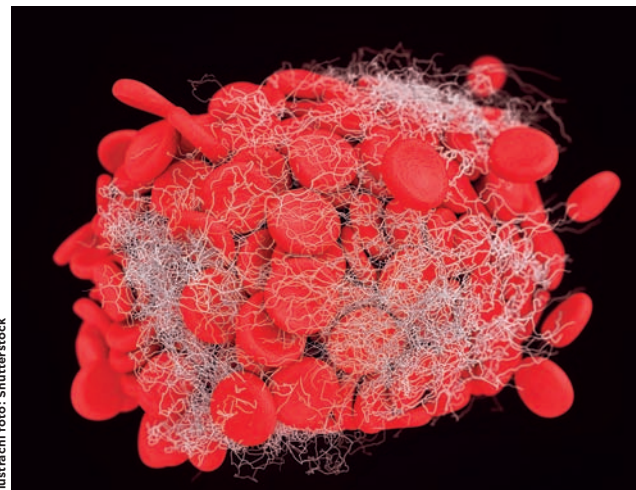
Krevní sraženina je hlavní příčinou srdečního infarktu i mrtvice; při žilní trombóze se krevní sraženina tvoří v hlubokých žilách dolních končetin a může cestovat oběhovým systémem až do plic. Pak hovoříme o tromboembolii. Trombóza komplikuje léčbu a ohrožuje pacienta.

Například onkologičtí pacienti podstupující operaci mají dvojnásobně vyšší riziko výskytu pooperační žilní trombózy ve srovnání s pacienty bez nádoru podstupujícími stejnou operaci. S rozvojem trombózy je úzce spjata i chemoterapie. Samotné nádorové onemocnění zvyšuje riziko 4,1násobně, chemoterapie zvyšuje riziko na 6,5násobek. U hospitalizovaných pacientů je trombóza zodpovědná za více úmrtí a invaliditu než zápal plic a infekce.

Příznaky a vznik trombózy

Trombóza a následná embolie je často smrtelná, ale lze jí předcházet. Bohužel většina pacientů na ni umírá náhle, bez většího varo-

vání. Proto je důležité znát příznaky, které by mohly znamenat nebezpečí tromboembolie. Patří k nim projevy dušnosti, pocit nedostatečného dechu, bolest na hrudi, slabost, únava, závratě, zrychlený tep nebo vykašlávání krve. Někdy mohou být však příznaky méně charakteristické nebo zastřeny užíváním léků. Přítomnost trombózy spolehlivě potvrdí ultrazvukové vyšetření. Na vzniku trombózy se podílí více faktorů – spouštěcích mechanismů. Nejsilnějším rizikovým faktorem je vrozený sklon k tvorbě žilních staženin. Patří sem však i „velké“ operace (kloubní, břišní, onkologické), vážné úrazy, dlouhodobá nepohyblivost, užívání některých léků. Mezi ostat-



Ilustrační foto: Shutterstock

ní faktory patří sádrová fixace končetin, dlouhý let, těhotenství a šestinedělí či déle trvající léčba kortikoidy. K vzniku trombózy přispívá i kouření, obezita, hormonální antikoncepce a hormonální substituční terapie. Pravděpodobnost vzniku trombózy stoupá s věkem.

Profylaxe je možná

V Evropě ročně umírá na tromboembolickou nemoc 500 tisíc osob, to je asi 12 % z celkového počtu všech úmrtí. Jedná se přitom o onemocnění, kterému lze zabránit účinnou profylaxi, například nízkomolekulárními hepariny.

(Zdroj: WTC)

(red)

Vývoj léků proti rakovině úspěšně pokračuje

Moderní medicína za poslední dvě dekády zaznamenala ve výzkumu rakoviny velký pokrok. Nové poznatky umožňují vyvíjet inovativní, cílenou léčbu. Posledním trendem v léčbě je imuno-onkologie.

„Dnes víme, že rakovina není jedno onemocnění, ale 200 různých chorob. Snažíme se pochopit, jak přesně nemoc vzniká. Každý takový poznatek usnadňuje cestu k nalezení účinné látky, která s nemocí bude cíleně bojovat. Ve vývoji je nyní celkem 836 nových léků a vakcín proti rakovině,“ vysvětluje výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček.

Nejvíce nových léků se testuje v boji proti rakovině plic. Jedná se celkem o 123 účinných látek, desítky nových léků se ověřují i proti dalším typům, jako je rakovina tlusté-



Ilustrační foto: Shutterstock

ho střeva, rakovina kůže, leukemie nebo lymfom. „Inovativní farmaceutické společnosti se nezaměřují

jen na hledání nových léků. Odborníci zkoumají i to, jak maximalizovat účinek existujících léků nebo jak posílit jejich efektivitu kombinací s jinými možnostmi léčby,“ dodává Jakub Dvořáček.

To se týká i aktuálního trendu v léčbě rakoviny, imunoonkologie. Tento inovativní přístup posiluje a aktivuje imunitní systém pacienta tak, aby s rakovinou a nádorovým bujením bojoval sám. Jeho výhodou jsou i minimální vedlejší účinky. Prozatím je schválen pro léčbu melanomu a karcinomu prostaty, studie ale zkoumají i účinnost u dalších typů rakoviny.

(Zdroj: AIFP)

(red)

Žena v bezvědomí porodila

Mladá žena ve 20. týdnu gravidity utrpěla v říjnu loňského roku při dopravní nehodě závažné poranění mozku a krční páteře. Byla převezena na oddělení urgentního příjmu FN Brno a hospitalizována na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM). I přes veškerou dostupnou péči zůstala v bezvědomí. Následně byla přeložena na II. ARO, kde po třech

měsících hospitalizace porodila ve 31. týdnu těhotenství císařským řezem zdravého chlapce o hmotnosti 1970 gramů.

Pacientka je v tzv. perzistentním vegetativním stavu, což znamená, že nereaguje na vnější podněty, ale má stabilní vegetativní funkce. Díky využití metod bazální stimulace se její stav mírně zlepšuje, v posledních dnech je patrný velký pokrok

– začala hýbat levostrannými končetinami, posazuje se, otevírá oči, fixuje pohled. Kontakt se s ní zatím navázat nepodařilo. Po celou dobu je v úzkém kontaktu s rodinou. Nyní ženu čeká přesun na specializované oddělení zabývající se dlouhodobou péčí o pacienty v takto závažném stavu.

(Zdroj: FN Brno)

(akt)

Nový sluchový implantát umožňuje lepší slyšení

Cochlear, globální lídr v oblasti implantabilních sluchových systémů, představil na českém trhu již třetí systém implantabilní sluchové náhrady – CODACS. Implantát zajišťuje přímou akustickou stimulaci kochley, což ve srovnání s elektrickou stimulací umožňuje přirozenější slyšení.

Společnost u nás doposud nabízel systémy Nucleus a Baha. „Kochleární implantát Nucleus byl u nás představen v roce 1993 a funguje na principu stimulace sluchového nervu elektrickými impulzy. Od roku 2010 je k dispozici také systém Baha, který zajišťuje akustickou stimulaci hlemýžďe kostním vedením,“ říká manažer českého zastoupení Henryk Paciorek.

Nový implantát na jedné straně umožňuje akustický, tedy přirozenější poslech, na straně druhé dokáže kompenzovat těžší sluchové ztráty než Baha nebo tzv. středoušní implantáty. Zvuk z okolí je prostřednictvím systému CODACS přenášen z vnějšího zvukového procesoru indukčním přenosem do implantovaného přijímače. Kochlea je následně stimulována elektromagnetickým vibrátorem, který je upevněn ke skalní kosti.

První implantovaná pacientka

Nový implantát je od roku 2013 dostupný pro pacienty, celosvět-



ově jej používá více než 100 lidí. První voperování tohoto implantátu české pacientce proběhlo na konci roku 2015 na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku I. LF UK a FN v Motole. Operaci provedl MUDr. Jan Bouček, Ph.D., spolu s MUDr. Jiřím Skřivanem, CSC.

Implantované zařízení je aktivováno až po zahojení po chirurgickém zákroku, tedy s odstupem zhruba 6 týdnů. V té době specialisté nastavují vnější část systému – zvukový procesor – individuálně podle potřeb uživatele. První nastavení proběhlo k plné spokojenosti pacientky začátkem ledna 2016. (red)

ODBORNÉ AKCE

Život ohrožující krvácení – nová doporučení

V průběhu letošního 18. ročníku Colours of Sepsis (26.–29. 1., Ostrava) proběhlo také sympozium společnosti CSL Behring zaměřené na dvě témata: Život ohrožující krvácení – co mění nová doporučení a Cílená hemosubstituční terapie u traumat.

Stavy těžkého krvácení představují širokou a nehomogenní skupinu stavů, mezi něž nejčastěji patří masivní krvácení po traumatu či operaci, v souvislosti s porodem nebo krvácení v důsledku vrozené či získané poruchy trombocytů a koagulačních faktorů. Doporučuje se, aby každé zdravotnické pracoviště vytvořilo vlastní protokol postupu v situacích život ohrožujícího krvácení (ŽOK).

Role guidelines a zkušenosti

Problematice život ohrožujícího krvácení v souvislosti s připravovanými evropskými i českými *guidelines* se věnoval prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, přednosta Kliniky anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Fakulta zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Masarykova krajská nemocnice Ústí nad Labem.

„Nová evropská *guidelines* z určitého pohledu nepřinášejí nic nového, o čem bychom už dávno nevěděli, na druhé straně přinášejí mnoho ve smyslu definování síly a rozsahu evidence,“ konstatoval prof. Černý. Ve svém příspěvku se zaměřil na základní principy problematiky, tak aby se „daly snadno zapamatovat, měly oporu v medicíně založené na důkazech a mohly se prakticky využít v akutní situaci“. Přednášející současně uvedl, že kromě *evidence* (důkazů) je v praxi důležitá také *experience* (klinická zkušenost) a *common sense* (znalosti fyziologie a patofyziologie dané-

ho stavu). *Guidelines* jsou podle něj v medicíně důležitá, avšak „nemusí se nutně následovat, pokud máme dostatek důvodů postupovat jiným způsobem“.

Co nová guidelines zdůrazňují

Akcentován je podle profesora Černého zejména multidisciplinární přístup k problematice. „Život ohrožující krvácení je závažný stav vyžadující spolupráci mnoha odborností. Platí přitom, že čím těžší je stav, tím více bychom měli usilovat o rychlé řešení a méně se zdržovat diagnostikou. Intervenční je třeba provést v co nejkratším možném čase. Dále je třeba u běžných intervencí maximálně zohledňovat dostupnou evidenci oproti rutině a zkušenosti. Týká se to například podávání tekutin a kyslíku, které by se měly dávkovat s větší rozvahou, či cílových hodnot krevního tlaku,“ uvedl prof. Černý.

Klíčové zásady ŽOK

Přednášející dále představil hlavní zásady pro řešení život ohrožujícího krvácení, které vycházejí z nových doporučených postupů:

- Orientace v klinické situaci. Zde je třeba si vždy zodpovědět základní otázky: zda jsme schopni detekovat zdroj krvácení, zda je možná chirurgická kontrola zdroje krvácení (chirurgický výkon, embolizace tepny, sklerotizace varixů...), zda pacient užívá nějaká farmaka či má jiný zdravotní handicap, který může ovlivnit koagulační systém, zda jsou přítomné laboratorní znám-



Ilustrace: foto: Shutterstock

ky koagulopatie. Znalost těchto faktorů může pomoci rozhodnutí, kam zaměřit léčebnou intervenci. Mezi základní laboratorní diagnostické metody patří ROTEM a TEG (*viz dále*), krevní obraz, počet trombocytů, hladina fibrinogenu, INR, APPT.

- Formulovat základní cíle léčebného postupu.
- Posoudit rozsah krvácení.
- Nepodceňovat ani subtilní změny fyziologických funkcí v rizikovém klinickém kontextu.
- Hledat úporně zdroj krvácení. Pokud není zdroj jasný, je třeba minimálně vyloučit 3 základní oblasti, odkud může pacient krvácet – hrudník, břicho, pánev.
- Pozor na tzv. normální laboratorní hodnoty! Normální hodnota hemoglobinu/hematokritu v úvodních hodinách nevylučuje závažné krvácení.
- V situacích život ohrožujícího krvácení, zejména při normálních hodnotách krevního

tlaku, je třeba sledovat laktát nebo deficit bazí k posouzení hypoperfuze.

- Je-li to možné, je nejlépe používat viskoelastické metody (tromboelastometrie – ROTEM – a tromboelastografie – TEG). Tyto metody poskytují výsledky přibližně o 30 minut dříve než klasické laboratorní koagulační testy.

- Podporovat koagulaci podáním antifibrinolytik, není-li vážný důvod k nepodání. Nová *guidelines* upřesňují dobu podávání kyseliny tranexamové (TXA) nejlépe již během transportu pacienta do nemocnice. Ačkoli je však tento postup v kategorii 1A evidence, je spojen s určitým rizikem – zejména renálního selhání. Nepodávat TXA bez výjimky u všech!
- Podat fibrinogen. Fibrinogen se doporučuje při poklesu hladiny pod 1,5–2 g/l, v úvodní dávce 25–50 mg/kg. Zjistilo se, že existuje korelace mezi šokovým

indexem a hladinou fibrinogenu. Co víme jistě: a) fibrinogen u ŽOK rychle klesá, b) hodnoty pod 1g/l = vysoké riziko krvácení, c) riziko trombózy po podání fibrinogenu je nízké, d) iniciálně třeba podat nejméně 4 g k navýšení hladiny o 1 g/l.

- Podat plasmu. U těžké koagulopatie jen tam, kde nemáme možnost cílené terapie poruchy koagulace s využitím viskoelastických metod. Současné poznání nepodporuje podání plasmu jako výchozí léčebný režim paušálně všem pacientům. Plasma se nicméně dosud podává v USA, naproti tomu v evropských zemích převažuje koncept cílené substituce (goal directed therapy).

- Důležité hodnoty spojené s ŽOK ukazuje tab. 1.

Cílená hemosubstituční terapie

Dalšího příspěvku, zaměřujícího se na podporu koagulace, respektive na cílené ovlivnění výpadků koagulačního systému, se ujal přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno prof. MUDr. Roman Gál, Ph.D. Přednášející se podělil o zkušenosti ze své kliniky a prezentoval tři kazuistiky (mladá žena s polytraumatem v důsledku úrazu, starší pacient se střelným poraněním a mladý pacient s masivní hematemézou pro duodenální vřed), na nichž demonstroval užití cílené hemosubstituce.

V úvodu představil výsledky studie, která sledovala užití individualizovaných léčebných protokolů v evropských traumacentrech, respektive pracovištích zabývajících se léčbou pacientů s polytraumatem. V souladu s evropskými doporučeními takto postupuje asi 68 % těchto pracovišť, podle prof. Gála by údaje z českých traumacentrů měly být ještě o něco lepší. Naopak ve Spojených státech používání transfuzních přípravků u 700 pacientů s těžkým poraněním ve 12 centrech, je dodržování nových doporučení výrazně slabší.

„Aplikace doporučených postupů je velkou výhodou v řešení akutně život ohrožujících stavů, ale stejně důležitá je i naše zkušenost. Spotřeba krevních derivátů je u nás díky novým doporučením o desítky procent nižší, což by jistě nebylo možné bez těchto doporučených postupů,“ uzavřel profesor Gál.

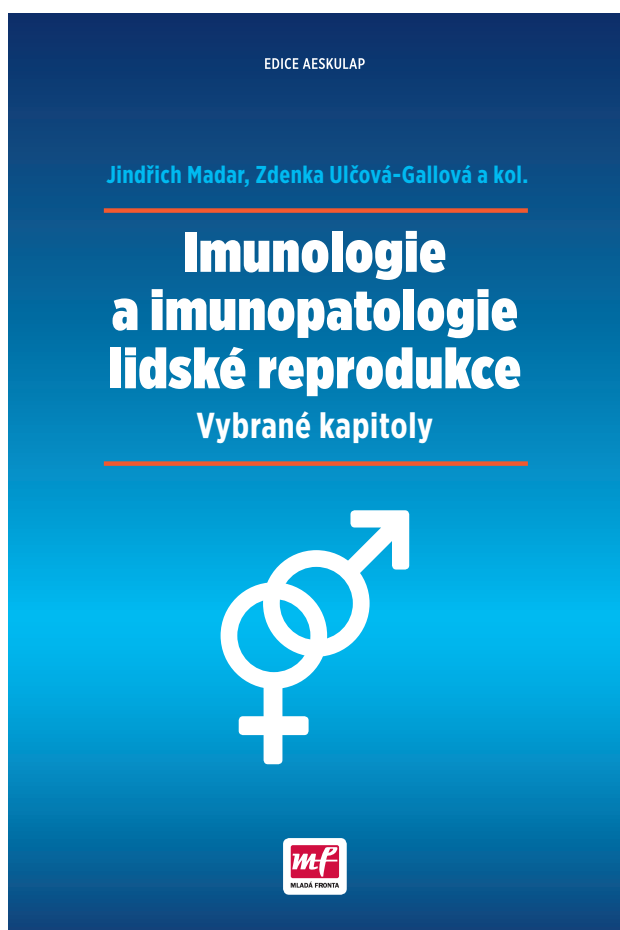
MUDr. Andrea Skálová

Životně ohrožující krvácení – důležitá čísla

systolický krevní tlak	80–90 torrů
TT	nad 34 stupňů
Ca ionizované	nad 1,1 mmol/l
Hb	v pásmu 70–90 g/l
trombocyty	nad 50 x 10 ⁹
FFP : RBC	nejméně 1 : 2
fibrinogen – práh pro substituci	2 g/l
fibrinogen – úvodní dávka	nejméně 4 g

Představujeme publikaci

Imunologie a imunopatologie lidské reprodukce



Popudem k napsání této publikace, na níž se podíleli naši přední odborníci z oblasti imunologie a reprodukční medicíny, je rostoucí počet důkazů, že nesprávná funkce imunity v reprodukční soustavě je jednou z klíčových příčin poruch plodnosti. Dnes se odhaduje, že 15 % párů se sníženou plodností má dysbalanci právě v imunologických reakcích v období reprodukce. Obor reprodukční imunologie tak zahrnuje diagnostiku imunologicky podmíněné snížené plodnosti, ale i způsoby imunologické terapie. Monografie shrnuje dosavadní poznatky o funkci imunity ve vztahu k reprodukci. Stručně popisuje fyziologické imunologické procesy při tvorbě a zrání gamet, při oplození a nidaci zárodku. Hlavní náplní je pak popis jednotlivých poruch souvisejících s imunitou v oblasti reprodukce, jejich diagnostiky a léčebných postupů. Teoretické stati a jednotlivé popsání problémů jsou dokresleny vhodně zvolenými reprezentativními kazuistikami. Kniha je určena v první řadě lékařům zabývajícím se poruchami plodnosti, tj. gynekologům a specialistům na reprodukční medicínu, dále klinickým imunologům, ale i dalším odborníkům setkávajícím se s partnerskými dvojicemi trpícími sníženou plodností, opakovaným potrácením a poruchami či imunologickými riziky v průběhu těhotenství. Měla by napomoci k uvážlivému rozhodnutí ohledně terapeutického postupu imunologickou cestou u párů, které řeší svoji sníženou plodnost.

Autoři: Jindřich Madar, Zdenka Ulčová-Gallová a kol.

Doporučená cena 350 Kč

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR
a pořadatel kongresů, konferencí a symposií

mf
MLADÁ FRONTA

ODBORNÉ AKCE

Co nám říkají registry o biologické léčbě psoriázy

V rámci Dermatologického updatu, který proběhl 11. února v Praze, zazněla přednáška „Co jsme se dozvěděli za 10 let o psoriáze“ věnovaná dosavadním výsledkům biologické léčby tohoto onemocnění. Data získaná z českých i zahraničních registrů biologické léčby prezentoval předseda České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP a přednosta Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA. Na přípravě přednášky se podílela také as. MUDr. Martina Kojanová, Ph.D.

„Pro vyhodnocení účinnosti a bezpečnosti biologické léčby tohoto závažného systémového onemocnění jsou potřeba data, na jejichž podkladě je mimo jiné možné získat úhradu od zdravotních pojišťoven,“ vysvětlil v úvodu prof. Arenberger.

Přednášející se dále zaměřil na data získaná z českého Biologického registru u psoriázy (BIOREP, dostupná na www.biorep.cz), který vznikl jako první registr biologické léčby lupénky v postkomunistických zemích. Registr byl založen v roce 2005, v roce 2011 pak prošel modernizací a je spravován Českou dermatovenerologickou společností ČLS JEP.

Registr BIOREP

V databázi BIOREP jsou uvedeny souhrnné statistiky zahrnující:

- počet léčených pacientů podle preparátů v jednotlivých letech,

- aktuální počet léčených pacientů podle pojišťoven,
- přežívání pacientů na biologiku,
- důvod ukončení léčby,
- důvod změny u pokračující léčby,
- nežádoucí účinky biologické léčby apod.

„V posledních letech pracujeme také s parametrem PASI, který nám umožňuje objektivizovat účinnost biologické léčby. Díky tomu můžeme názorně sledovat vývoj onemocnění u daného jedince před léčbou, během léčby a po jejím skončení,“ vysvětlil prof. Arenberger. Kromě uvedených statistických dat lze do registru ukládat i další informace, jako je charakteristika pacienta, jeho rodinná anamnéza, přítomnost chronických onemocnění, dosavadní průběh nemoci a jiné.

„V prosinci 2015 bylo v BIOREP zaregistrováno 1474 pacientů

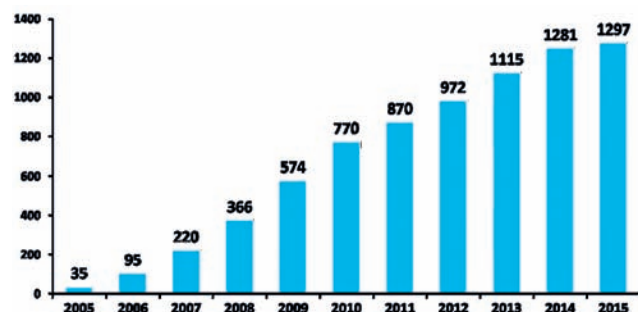
s lupénkou. Z registru vyplývá, že v průběhu léčby mělo jedno biologikum 884 osob, 2 biologika 391 osob, 3 biologika 138 pacientů, 4 biologika 53 osob a 5 biologik pak 8 léčených pacientů,“ vyčíslil prof. Arenberger. Vysoký počet pacientů setrvávajících na jednom biologiku podle něj dokládá, že léčba těmito přípravky je účinná, takže první lék v mnoha případech není třeba switchovat.



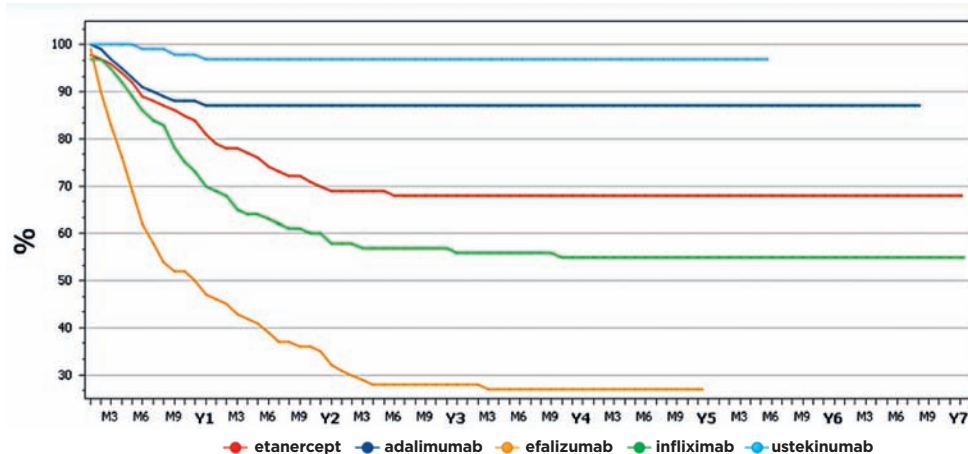
Ilustrační foto: Shutterstock

Prevalence, incidence a biologická léčba pacientů s psoriázou v ČR

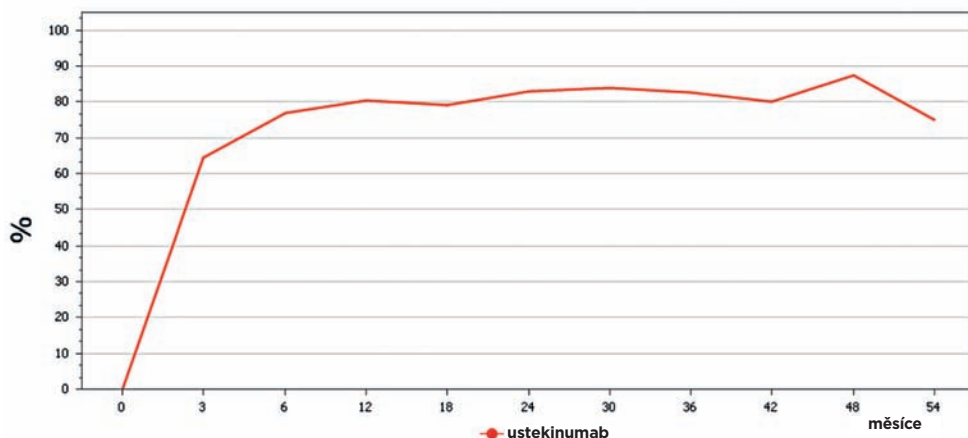
Počet pacientů s lupénkou v ČR (prevalence)	264 828 (2,53 % obyvatel)
Počet nových případů ročně (incidence)	6332 (60,4/100 000 obyvatel)
Těžká psoriáza (možnost léčby biologiky)	60 910 (23 % všech případů)
Počet skutečně léčených	cca 1200 (2 % ze všech potenciálně léčitelných)



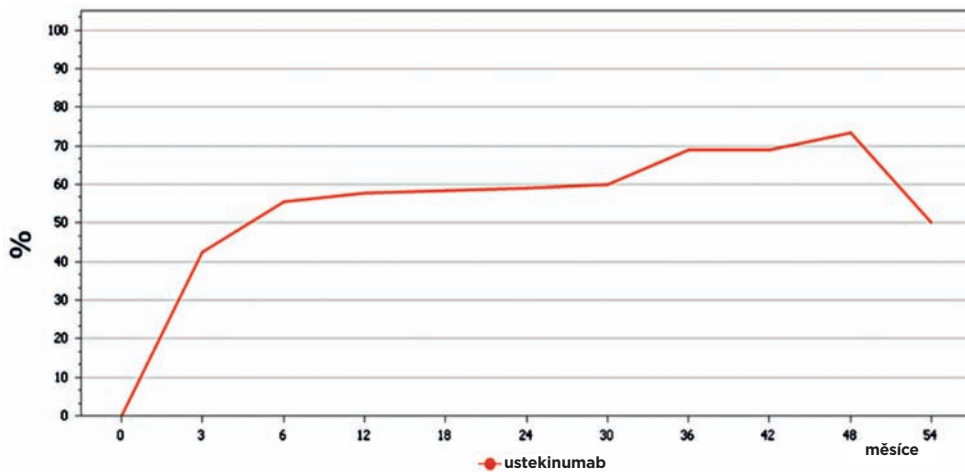
Graf 1 Vývoj počtu léčených pacientů v registru BIOREP



Graf 2 Přežívání pacientů na biologické léčbě psoriázy, registr BIOREP



Graf 3 Vývoj PASI 75 u pacientů na biologické léčbě ustekinumabem, registr BIOREP



Graf 4 Vývoj PASI 90 u pacientů na biologické léčbě ustekinumabem, registr BIOREP

V současnosti je pro biologickou léčbu lupénky k dispozici 7 preparátů. Nejčastěji je indikován adalimumab, dále ustekinumab, etanercept, infliximab, biosimilární infliximab a secukinumab. Počet léčených pacientů v registru BIOREP ukazuje graf 1.

Registr PSOLAR

PSOLAR (Psoriasis Longitudi-

nal Assessment and Registry) je evropská databáze pro biologickou léčbu psoriázy. „Data z tohoto registru jsou srovnatelná s daty registru BIOREP, objevují se zde však i zajímavé regionální odlišnosti, naznačující například, že dánská populace pacientů reaguje nejlépe na subkutánní aplikaci biologika (konkrétně preparátu anti-

-TNF), zatímco britská populace spíše na infuzní terapii. Podrobněji se těmito rozdíly zatím nikdo nezabýval, nicméně i takové výstupy mohou poukazovat na význam registrů,“ konstatoval Petr Arenberger.

Z britského registru vyplývá, že nejdelší setrvání na léčbě má ustekinumab, následuje adalimumab, etanercept a in-

Základní fakta o psoriáze

Psoriáza je jedno z nejčastějších dermatologických onemocnění. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, postihující 2–3 % evropské populace. Psoriáza tedy není omezena na kožní povrch, ale je spojena s řadou komorbidit. Těmi mohou být například psoriatická artritida (25 %), Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, Bechtěrevo-va choroba, diabetes mellitus či arteriální hypertenze.

Vzhledem k chronickému průběhu onemocnění je hlavním cílem léčby dlouhodobá kontrola choroby. Systémová terapie zahrnuje fototerapii, methotrexát, cyklosporin a acitretin. Pro středně těžké a těžké formy lupénky je k dispozici navíc biologická léčba. Patří do ní 3 skupiny léků: preparáty

blokující: a) TNF-alfa (adalimumab, etanercept, infliximab), b) IL 12 a IL 23 (ustekinumab), c) IL 17a (secukinumab).



fliximab (viz graf 5). Tyto výsledky jsou podobné jako v registru BIOREP (viz graf 2). Účinnost léčby na podkladě parametru PASI 75 je pak 58 % po 3 měsících

biologické léčby a 81 % při léčbě pokračující. Účinnost ustekinumabu podrobněji zobrazují grafy 3 a 4.

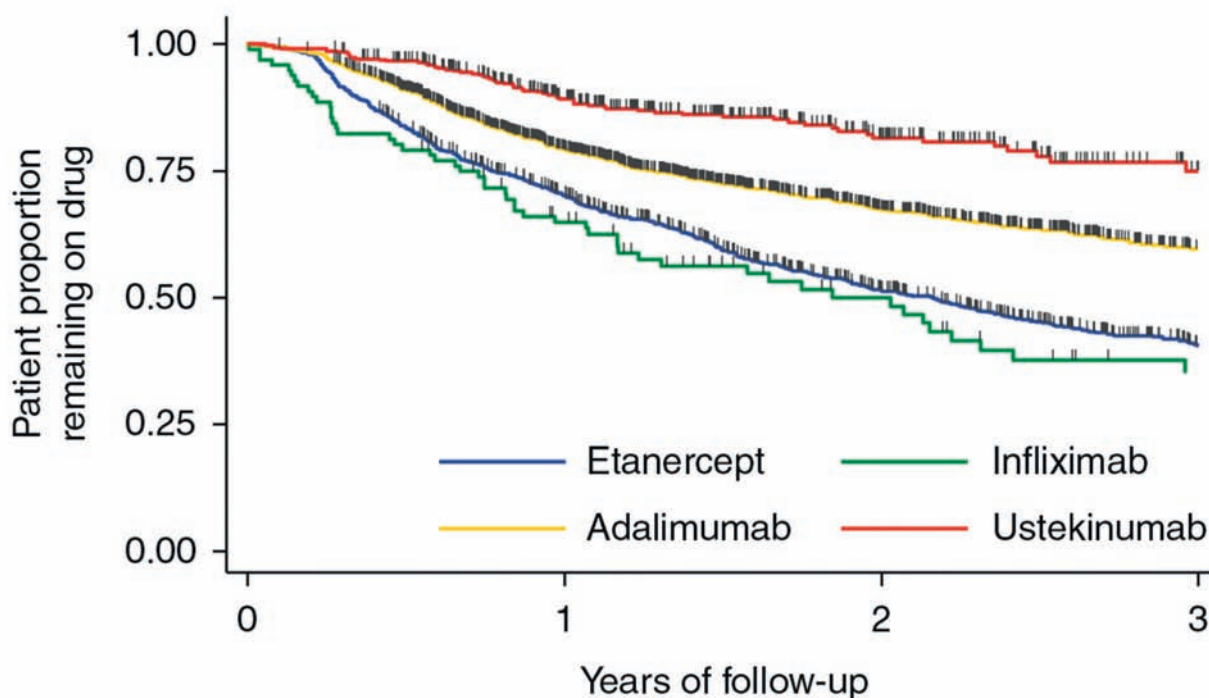
Nežádoucí účinky biologik

BIOREP sleduje také nežádoucí účinky biologické léčby. Jiným sledovaným parametrem je kombinace biologika s klasickou terapií (např. methotrexátem), první biologikum vs. *switch*, důvod změny biologika, důvody ukončení či nepodávání biologické léčby apod.

Důvodem změny preparátu může být zvýšená aktivita PSA, dyslipidemie, pokles účinnosti po snížení dávky z ekonomických důvodů, implantace kardiostimulátoru, operace ledvinných kamenů a jiné faktory. Mezi nejčastější důvody ukončení biologické léčby se pak řadí neúčinnost léčby, přítomnost nežádoucích účinků a *switch* na jiné biologikum.

Shrnutí - význam registrů

„Z výše uvedeného vyplývá, že registry představují důležitý zdroj dat k hodnocení léčby. Umožňují sledování krátkodobých i dlouhodobých efektů léčby, nežádoucích účinků, zaznamenávají reálné klinické zkušenosti a slouží také výměně zkušeností lékařů s biologickou léčbou. Umožňují dále monitorovat biologickou léčbu a efektivně vynakládat ekonomické prostředky na biologika. Registry tedy ke své práci potřebujeme,“ uzavřel profesor Arenberger.



Number at risk

	0	1	2	3
Etanercept	1,098	718	418	225
Infliximab	96	55	30	15
Adalimumab	1,879	1,175	596	277
Ustekinumab	450	307	120	40

Graf 5 Přežívání na biologické léčbě psoriázy, registr BADBIR

Zdroj: Warren RB, Smith CH, Yiu ZZ et al. Differential Drug Survival of Biologic Therapies for the Treatment of Psoriasis: A Prospective Observational Cohort Study from the British Association of Dermatologists Biologic Interventions Register (BADBIR). *J Invest Dermatol* 2015; 135(11): 2632-40

Představujeme publikaci

Sekundární glaukomy

Vybrané kapitoly



Monografie mapuje současné poznatky diagnostiky a léčby sekundárních glaukomů nejrůznější etiologie: glaukomu pigmentového, pseudoexfoliativního, pórúrazového, neovaskulárního, pozánětlivého, polékového, při endokrinní orbitopatii a glaukomu po vitreoretinální chirurgii. Kromě sumarizace výsledků klinických studií předkládají autoři čtenářům systematický přehled na tomto poli, doplněný o mnohaleté vlastní zkušenosti. Kniha by tudíž měla být i praktickým návodem, jak postupovat v konkrétních případech, k čemuž slouží též bohatá obrazová dokumentace, kazuistiky, tabulky a schémata v jednotlivých kapitolách.

Autoři: Klára Samková a kol.

Doporučená cena 360 Kč

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR
a pořadatel kongresů, konferencí a symposií

mf
MLADÁ FRONTA

Konference o demenci v České republice

Konference nazvaná Demence v České republice proběhla 19. ledna v pražském hotelu Olšanka. Společně s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ji pořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta.

Daní za úspěchy moderní medicíny je, že spolu se stále vyšším věkem, kterého se díky nim dožíváme, bohužel roste i pravděpodobnost, že se dočkáme vlastní demence – a někdo se o nás bude muset postarat. Jak uvedl prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, v České republice už nyní žije kolem 150 tisíc lidí s demencí, což je 1,36 % naší populace. Více než dvě třetiny těchto nemocných ve všech věkových kategoriích tvoří ženy. Prevalenční studie naznačují, že hranici 200 tisíc osob s demencí ČR dosáhne už v roce 2023. Demence je rostoucí globální problém, už nyní je nový případ někde na světě diagnostikován každé 3 vteřiny.

Podpora nemocným i pečujícím

Valná část ošetrovatelské péče o lidi s demencí leží na rodinách a zatím nebyla reálná šance pečujícím nějak zásadně pomoci v jejich často velmi těžké sociální situaci, kdy kvůli péči o své blízké například přicházeli o zaměstnání. Jak uvedla ministryně práce a sociálních věcí Mgr. Michaela Marksová, jejich situace by se měla zlepšit, pokud se podaří prosadit pečovatelskou dovolenou. Tu by pečovatelé mohli čerpat tři až šest měsíců, kdy by dostávali náhradu platu a měli zároveň jistotu, že je zaměstnavatel kvůli dlouhé nepřítomnosti nepropustí z práce. Příspěvkem „Problematika demence v oblasti sociálních služeb“ navázal Mgr. David Pospíšil, ředitel odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení MPSV ČR.

Dosud chybějící strategický dokument péče o pacienty s demencí představuje „Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění“ na léta 2016–2019. Na konferenci ho představil náměstek pro zdravotní péči MZ ČR prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc. Komplexní plán zahrnuje screening demence pro seniory u praktického lékaře a další opatření pro časnou diagnostiku, léčbu i podporu života pacientů. V součinnosti s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR plánuje resort zdravotnictví do několika let vytvořit až 60 tisíc zdravotně sociálních lůžek a zajistit jejich financování. Deklarována jsou opatření



Svatopluk Němeček

pro zdravotnictví i sociální sféru, část prostředků na vytvoření komplexního systému péče o pacienty s demencí i pomoci jejich rodinám poskytnou ze svých rozpočtů příslušná ministerstva, další by měly jít z evropských dotací na reformu psychiatrické péče.

V současné době se v Evropě prosazuje strategie co nejkvalitnějšího života lidí s demencí. Společnost by k nim měla být přátelská a také by měla vytvářet prostředí, které by jim usnadňovalo život. Jde například o jakousi analogii bezbariérového prostředí pro lidi s fyzickým handicapem, jež se v nemocnicích, ale i v obcích dělají v nejspělejších evropských zemích. V českých podmínkách je zatím neaktuálnější větší vstřícnost v oblasti zdravotnických služeb, ať už v ambulancích, u akutních lůžek nebo v následné péči. Zásadní je i získat dostatek kvalitních pracovníků do sociálních služeb.

Optimum není běžný stav

Stavu péče o osoby s demencí v kontextu nákladů na péči o ně u nás a v Evropě byl věnován příspěvek ředitelky Gerontologického centra v Praze 8 a místopředsedkyně společnosti Alzheimer Europe doc. MUDr. Ivy Holmerové, CSc. Podle britských studií se nyní celkové náklady na zdravotní a sociální péči o pacienty s demencí téměř rovnají součtu nákladů na onkologická onemocnění, srdeční a cévní mozkové příhody. Švédská studie ukázala, že jsou vyšší i než součet nákladů na léčbu deprese, cévních mozkových příhod, osteoporózy a alkoholismu.

Se specifickými potřebami lidí s demencí se také zpravidla nepočítá v nemocnicích. Tito pacienti přitom potřebují mnohem více péče v základních sebeobslužných aktivitách než lidé s jinými závaž-

nými onemocněními. Narůstá podíl klientů s demencí v domovech pro seniory (normální kognitivní funkce v nich má podle výzkumu z roku 2013 pouhých 21 % klientů, 12 % trpí mírnou kognitivní poruchou, 67 % demencí). V domovech pro seniory se zvláštním režimem tvoří pacienti s demencí naprostou většinu. Tomu ovšem neodpovídá profesní složení pracovníků, kteří o tyto velmi zranitelné pacienty v obou typech zařízení pečují, navíc počet zdravotníků v nich klesá. Většina lidí trpících demencí je v domácí péči, kde se o ně starají rodinní příslušníci, ovšem i ti potřebují nějakou pomoc a podporu. „V optimálním případě mohou čerpat příspěvek na péči a v místě jejich bydliště jsou dostupné i další služby. Optimum ale není běžný stav. Příliš často těmto lidem příspěvek na péči není přiznán a příliš často vidíme rodiny, které jsou touto péčí zcela vyčerpané a v jejich regionu žádná další podpora a pomoc neexistují,“ zaznělo v příspěvku. Doslova průkopnicou úlohu u nás měla a má Česká Alzheimerova společnost, o. p. s. (ČALS), která u nás pracuje už od roku 1997 a jejíž je docentka Holmerová spoluzakladatelkou. Cílem ČALS je pomoc a podpora lidem postiženým demencí – nemocným a jejich rodinám. ČALS proto pořádá přednášky, vydává informační materiály, poskytuje poradenství a respite péči v domácnostech, v budově Gerontologického centra provozuje kontaktní a informační centrum. ČALS spolu s o. p. s. Živá paměť vytvořila databázi služeb pro seniory, která je k dispozici na stránkách www.gerontologie.cz.

Tato společnost také zveřejnila „Zprávu o stavu demence 2015“ (více viz str. 49) s podtitulem „Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?“. Zpráva navazuje na



Martina Mátlková



Foto: 3x archiv MF

první přehledový dokument vydaný v roce 2014 a kromě shrnutí dostupných dat o demenci v ČR a aktualizaci prevalenčních odhadů předkládá mediální analýzu a výsledky šetření provedeného ve spolupráci s Magistrátem hlavního města Prahy. Podle výpočtů uvedených v této zprávě se měsíční náklady na jednoho pacienta s demencí v Česku nyní odhadují na 30 000–50 000 korun podle míry jeho závislosti na pomoci okolí a nutnosti zdravotní péče.

Potřeba zpětné vazby

Zásadní aspekty péče o osoby žijící s demencí ve zdravotnictví, úskalí péče o ně a celá řada velmi zajímavých a praktických zkušeností z desítek let práce geriatra byly obsahem přednášky přednostky Kliniky interní geriatry a praktického lékařství FN Brno prof. MUDr. Hany Kubešové-Matějovské, CSc. Lektorka Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS., účastníkům konference představila unikátní nabídku v oblasti vzdělávání. Je jí seminář „Demence v obrazech“, akreditovaný MPSV ČR. Určen je pro všechny osoby, které pečují o nemocné s demencí. Dostupnou formou přináší souhrn informací o středních i těžších formách demence, ale také video ukázky o způsobu, o přístupu a péči o lidi s různými druhy demencí, zejména Alzheimerovou chorobou. Jeho součástí jsou i videa zachycující běžné situace s nimi, například problémy s oblékáním, stravováním, hygienou. Po promítnutí každé z těchto scének následují předtočené varianty řešení situace, z nichž jenom jedna je správná. Cílem semináře je pochopit svět lidí s demencí, odbourat předsudky a nejistotu při práci s nimi, odstranit bariéry v komunikaci a naučit se řešit každodenní situace specifické pro práci s těmito lidmi.

„Zpětná vazba, kterou dostáváme od člověka, o něhož pečujeme, může mít velmi různé podoby a u lidí s demencí může mít i podoby velmi nenápadné, ale o to jsou pro nás pečující důležitější. Abychom nevyhořeli, musíme vědět, že dostáváme něco zpátky,“ zaznělo v přednášce o praktické etice v dlouhodobé péči. Její autorkou byla Mgr. Dana Hradcová, Ph.D., z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče Fakulty humanitních studií UK. Jednou ze základních potřeb člověka je potřava, projevem péče o něj je i poskytování jídla. To však nikdy není banální záležitost a má i nemocnému člověku pokud možno přinášet potěšení a radost. V souvislosti s jídlem je velmi důležité, aby ti pacienti s demencí, jejichž stav to ještě umožňuje, měli možnost jíst ve společnosti, nejlépe ve společné v jídelně. Někteří jsou schopni se na přípravě jídla dokonce i podílet. Je velmi dobré umožnit jim to a dát jim najevo, že i oni jsou součástí nějakého společenství a i o jejich péči má stále ještě někdo zájem.

Mezinárodní kulatý stůl

Další částí programu konference byl Mezinárodní kulatý stůl zaměřený na dobrou praxi a používané nástroje v péči o osoby s demencí. Přednášející byli z různých kantonů ve Švýcarsku. O zákonu na ochranu osobnosti a etice v pobytových zařízeních hovořil Benno Meichtry (CURA-VIVA Schweiz, vedoucí sekce gerontologie), Marianne Geiserová z téže instituce mluvila na téma lidské zdroje a vzdělávání v oblasti demence. Specialistka péče o geriatrické pacienty Hanny Messerlová přednesla příspěvek o demenci v souvislosti s paliativou a o „Domově plném emocí“ pro osoby s demencí promluvil Edgar Studer, vedoucí Centra pro osoby s demencí Domicil Bethlehemacker. Jana Jílková

ODBORNÉ AKCE

Jaké jsou novinky v imunitní trombocytopenii

Ve středu 10. února 2016 proběhlo odborné sympozium s názvem Novinky v hematologii, které připravilo vydavatelství Mladá fronta v rámci Postgraduální akademie, jež je oficiálním partnerem celoživotního vzdělávání lékařů ČLK.

Z odborného programu vyběráme sdělení MUDr. Libora Červinka z Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno, který se zabýval novinkami v imunitní trombocytopenii (ITP).

Co je ITP?

V úvodu přednášející vysvětlil definici onemocnění. „Dnes imunitní trombocytopenii definujeme jako získané, imunitně podmíněné onemocnění, které je charakterizováno nejen zvýšenou destrukcí, ale také suboptimální produkcí destiček kostní dřeně, což je poměrně nový poznatek,“ řekl MUDr. Červinek. Jako první ITP popsal Paul Gottlieb Werlhof. Incidence onemocnění je 1-4/100 000 obyvatel. Narůstá s věkem, je vyšší u pacientů nad 60 let. Přednášející onemocnění rozdělil na tři typy: akutní, nově diagnostikované (tedy do tří měsíců od diagnózy), dále perzistentní (do 12 měsíců). Nejčastěji jde o onemocnění chronické (trvající více než 12 měsíců).

„Patofyziologie imunitní trombocytopenie je poměrně složitá. Představa, že dochází pouze k destrukci destiček ve slezině, byla již dávno opuštěna,“ pokračoval autor prezentace. „Samozřejmě klíčovou roli hrají makrofágy ve slezině. Prezентují antigenní pomocným lymfocytům, které s pomocí interleukinů stimulují B-lymfocyty a dochází k vytváření protilátek, které se vážou na krevní destičky. V praxi tento model není u všech pacientů stejný. Zjišťujeme, že patofyziologie onemocnění ITP se u nemocných může výrazně lišit. Někteří pacienti mohou mít výrazně zvýšené hladiny cytotoxických T-lymfocytů, pak jde o jinou patofyziologii onemocnění, kdy destičky jsou ničeny přímou cytotoxicitou. Novější představa o onemocnění je založena na tom, že protilátky jsou schopny se vázat kromě destiček i na megakaryocyty. U megakaryocytů po vazbě protilátek dochází k apoptóze, a proto se snižuje i počet megakaryocytů v kostní dřeni. Z tohoto poznatku vycházejí novější modely léčby,“ popsal MUDr. Červinek.

Jak onemocnět diagnostikovat?

Jak Libor Červinek uvedl, nejnovější diagnostická doporučení jsou dvě – evropská a americká. Upozornil, že ITP je onemocnění, které diagnostikujeme tak, že vyloučíme všechny ostatní příčiny trombocytopenie. „Nemáme k dispozici žádný test, který by diagnózu ITP jasně stanovil. Jde tedy o *diagnosis per exclusionem*. V rámci diferenciální diagnostiky je nutno u každého pacienta udělat vyšetření periferní krve s mikroskopickou konfirmací, protože někteří nemocní mohou vykazovat pseudotrombocytopenii. Nátěr nám také pomůže v rámci diferenciální diagnostiky. Pokud by byly přítomny jiné maligní buňky, například lymfocyty, mohlo by se jednat o chronickou lymfocytární leukemii a ITP by byla jen sekundární,“ vysvětlil autor sdělení a přešel ke klinickému vyšetření.

Typickým příznakem ITP jsou slizniční a kožní forma krvácení, epistaxe, petechie. Naopak krvácení do kloubů, do mozku či do GIT zde není zcela typické. Upozornil také na možnost výskytu kongenitální trombocytopenie. Rodinná anamnéza je tedy nedílnou součástí vyšetření pacienta. V rámci diferenciální diagnostiky je také důležité zaměřit se na rizikové momenty v životě pacienta, jako jsou chirurgické zákroky, aplikace léků, například antibiotik nebo heparinu, u žen může být spouštěcím momentem pro rozvoj ITP gravidita.

MUDr. Červinek zopakoval, že základem diagnózy jsou anamnéza, fyzikální vyšetření, krevní obraz, nátěr periferní krve. „Měli bychom vyšetřovat i hladinu imunoglobulinů, což se týká hlavně dětských pacientů a nemocných, u nichž zvažujeme léčbu imunoglobuliny. U vybraných pacientů se vyšetřuje také kostní dřeň. Například u starších nemocných, u nichž nacházíme makrocytární anemii nebo jiné změny v krevním obraze, abychom vyloučili či potvrdili onemocnění, jež se nazývá myelodysplastický syndrom, či jiná hematologická onemocnění. U pacientů s klinicky jasnou izolovanou ITP, kteří nemají ane-

mii, leukocytózu či leukopenii, není vyšetření kostní dřeně nutné. V rámci diagnostiky ITP se doporučuje vyšetření pomocí Coombsova testu, který bychom měli provádět v rámci základního vyšetření. Nověji je všem pacientům doporučeno vyšetření *H. pylori*. Všichni pacienti s ITP by měli být už v rámci vstupních vyšetření testováni na HIV a na hepatitidu C. U některých nemocných je třeba udělat speciální vyšetření. Například vyšetření antifosfolipidových protilátek, pokud máme podezření na ITP a v anamnéze jsou trombózy a chceme-li vyloučit antifosfolipidový syndrom. Dále se doporučuje vyšetření antithyroidálních protilátek, protože řada pacientů v rámci ITP má i pozitivní protilátky proti štítné žláze. Takoví pacienti nereagují na léčbu vždy standardně, proto je toto vyšetření, zvláště u žen, velmi praktické. Rád bych uvedl ještě vyšetření antinukleárních protilátek, jež je velmi důležité u pacientů, kteří mají překryvné syndromy s jinými onemocněními, jako je lupus nebo jiné systémové onemocnění. Co není rutinně doporučováno, je vyšetření hladiny trombopoetinu a otázky je vyšetření specifických protilátek proti destičkám,“ doplnil MUDr. Červinek.

Jednotlivé léčebné modality v léčbě ITP

Jak přednášející dále uvedl, první léčebnou metodou, která byla popsána v roce 1916, je splenektomie, jež je v současné době stále používána. V roce 1950 se do léčby autoimunitních onemocnění dostávají kortikosteroidy, v roce 1981 intravenózní imunoglobuliny, které byly původně podávány v rámci léčby běžných variabilních imunodeficitů. Od roku 1994 byla zjištěna struktura trombopoetinového receptoru, následně se ozřejmila struktura trombopoetinu a začaly pokusy jak ovlivnit trombopoetinový receptor, aby se počet destiček zvýšil tím, že budeme působit na trombopoetinový receptor megakaryocyty. Studie z roku 1994 bohužel nebyly úspěšné. Další léčebnou modalitou je rituximab. Tato monoklonální anti-CD20 protilátka, která snižuje po-

čet B-lymfocytů, se objevila v léčbě non-Hodgkinských lymfomů a pro toto onemocnění je spolu s chemoterapií dodnes standardně používaná metoda léčby. Od roku 2000 se rituximab užívá pro léčbu pacientů s autoimunitními cytopeniemi. V roce 2008 se objevuje zcela nová metoda, a to podání tzv. agonistů trombopoetinového receptoru. Nejde přímo o rekombinantní trombopoetin, ale o agonistu receptoru, který působí stimulačním mechanismem na trombopoetinový receptor megakaryocyty a tím se zvyšuje počet krevních destiček. „Léčba pacienta v první linii je poměrně jednoduchá,“ řekl přednášející. „Jde o podání kortikosteroidů, které máme ve třech formách – prednison, methylprednison a dexamethason. Prednison a methylprednison se podávají perorálně. Standardem je podání prednisonu v dávce 1 mg/kg. U pacientů, u nichž potřebujeme rychle normalizovat počet krevních destiček, podáváme intravenózně dexamethason po dobu 4 dnů v dávce 40 mg/den. Léčba dexamethasonem může být pro pacienty poměrně toxická. Další metodou léčby první volby jsou intravenózní imunoglobuliny. Svým imunomodulačním efektem působí velmi dobře. Pro poměrně vysokou cenu jsou podávány především dětským pacientům, kde se snažíme vyhnout dlouhodobému podávání kortikosteroidů, dále pak v těhotenství, pokud nemůžeme používat imunosupresiva nebo před operačním výkonem, kdy u pacienta potřebujeme počet trombocytů dočasně zvýšit. V druhé linii používáme imunosupresiva. V současné chvíli je doporučován v léčbě druhé linie azathioprin, který má poměrně dobrou účinnost (koleno 30%), ale je u něj třeba hlídat játerní funkce a samozřejmě musíme kontrolovat i krevní obraz, abychom vyloučili toxicitu. Dále jsou to cyklosporin a cyklofosfamid, od kterých se ale dnes už spíše upouští. Užívá se také danazol, jako androgen, který je vhodný ke kombinaci léčbě ITP, pokud u pacientů potřebujeme snížit dávky kortikoidů a zachovat efekt. Dalšími možnostmi v druhé linii

jsou mykofenolát mofetil, rituximab a pak splenektomie.

Pro léčbu refrakterní ITP, tedy u pacientů, kteří na první ani druhou linii včetně splenektomie neodpoví, použijeme pro léčbu agonisty trombopoetinového receptoru,“ vysvětlil MUDr. Červinek a upozornil, že všechny léky druhé linie najdeme v odborných doporučeních, která platí celosvětově.

Dále hovořil o splenektomii jako o velmi staré, ale stále velmi dobré metodě se 70-75% léčebnou odpovědí. Problém podle přednášejícího může nastat spíše s perioperačními komplikacemi, jako jsou krvácení či trombózy, může dojít i k relapsu (asi u 30% pacientů, kteří se pak musí léčit jinými způsoby). Dále se používají agonisté trombopoetinového receptoru, které působí na megakaryocyty v kostní dřeni. V současnosti jsou tyto léky na základě dat z randomizovaných klinických multicentrických studií schváleny pro léčbu ITP. Na českém trhu jsou dva: eltrombopag, perorální preparát, který se podává denně, a parenterálně podávaný romiplostim, který se podává subkutánně jednou týdně. Oba působí přes stejný trombopoetinový receptor. Důležité je, že nepůsobí na stejném místě. To znamená, že někteří pacienti, kteří jsou rezistentní nebo neodpovídají na jeden typ léků, mohou odpovídat na druhý typ léku. Po stimulaci trombopoetinového receptoru dochází k aktivaci tzv. JAK-STAT dráhy, která v konečném důsledku vede ke zvýšené tvorbě trombocytů.

Který pacient s ITP má být léčen?

Většina pacientů s chronickou ITP nevyžaduje léčbu. Standardně se doporučuje zahájit léčbu u pacientů, kteří mají počet trombocytů pod 30x 10⁹/l. Při rozhodování o léčbě se kromě počtu trombocytů bere v úvahu přítomnost krvácivých projevů, přidružené choroby, nežádoucí účinky léčby, ale také životní styl pacienta a jeho preference. Někdy je třeba zahájit léčbu i u nemocných s vyšším počtem destiček, například nad 50x 10⁹/l. Jedná se o pacienty, kteří mají nějakou dysfunkci destiček, tedy nejen trombocytopenii, ale i trombocytopenii, nebo mají plánovaný chirurgický výkon a potřebujeme je připravit či potřebují z jiných interních důvodů antikoagulační léčbu (například pacienti s ischemickou chorobou srdeční). Konečně rozhodnutí o typu léčby záleží vždy na ošetřujícím lékaři, který pečlivě zváží individuální okolnosti a navrhe pacientovi optimální variantu. (eta)

ADHD – nejen dětská porucha

Dětská porucha pozornosti s hyperaktivitou (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) je už docela dobře známa. Méně se však ví, že porucha může přetrvávat i do dospělého věku, kdy se projevuje mírně odlišnými příznaky.

Dříve se ADHD označovala jako lehká mozková dysfunkce (LMD) a soudilo se, že se jedná o poškození mozku v době nitroděložního vývoje, v průběhu porodu či velmi raném dětství, ze kterého dítě „vyroste“. Nyní je prokázáno, že se jedná o tzv. neurovývojovou poruchu - odlišné vyzrávání mozku, které má z největší části vrozený/genetický podklad. Porucha sídlí v tzv. prefrontální mozkové kůře a v jejím spojení s dalšími, tzv. podkorovými mozkovými strukturami. Celý mozek má menší objem a odchylky jsou i ve struktuře některých mozkových center. U části dětských pacientů mozek v průběhu dospívání „dozraje“, ale u přibližně poloviny dětí tyto mozkové změny a problémy přetrvávají až do dospělosti. Vlivy z okolí (konzumace alkoholu, drog a kouření matky v těhotenství, poranění při po-

rodu, škodlivé rodinné prostředí a negativní životní události) však k rozvoji ADHD také přispívají.

Příznaky dospělé ADHD

V dětství obvykle převažuje hyperaktivita, ale hyperaktivita zpravidla s věkem ubývá a k výrazným znakům dospělé ADHD patří:

- problémy s udržení pozornosti,
- vnitřní neklid,
- impulzivní chování,
- výkyvy nálad, výbuchy vzteku, popudlivost,
- denní snění,
- neefektivní organizování času,
- potíže dokončovat práci, prokrastinace,
- selhávání v práci a v sociální oblasti,
- problémy s plánováním budoucnosti.

Dospělé s ADHD trápí zejména snížené sebevědomí, pocitu frustrace a bezmoci, častá je úzkost

a deprese, komorbidně bývá přítomno i zneužívání návykových látek. Pacienti s touto poruchou totiž žijí často chaotickým a nespokojivým osobním životem, který provází opakované neúspěchy. Z epidemiologických studií dále vyplývá, že pacienti s ADHD jsou častěji účastníky dopravních nehod, mají více úrazů, častěji nezaměstnanost, nižší dosažené vzdělání, vyšší rozvodovost. Častěji vykazují asociální chování, poruchy osobnosti apod. Lidé trpící nepozorností selhávají zejména v monotónních činnostech náročných na přesnost a systematickosti. Mohou ale naopak excelovat v kreativních a nesystematických činnostech, často v počítačových oborech, v umění anebo ve sportu.

Diagnostika ADHD

ADHD se diagnostikuje pohovorem s psychiatrem: při poho-



Ilustrační foto: Shutterstock

voru se důkladně rozebere pacientova minulost, průběh jeho potíží a příznaků ADHD od dětství (včetně školního prospěchu) do současnosti a zhodnotí se, nakolik tyto příznaky ovlivňují fungování jedince a zda úroveň jeho fungování odpovídá jeho schopnostem. Neexistuje žádný další specifický objektivní test, laboratorní vyšetření nebo rentgeno-

vý snímek, který by toto onemocnění potvrdil a „objektivizoval“. Diagnóza se stanoví splněním diagnostických kritérií v psychiatrické klasifikaci, stejně jako je tomu na příklad u deprese anebo u dalších psychických poruch.

Další informace na:
www.nepozornidospeli.cz

(red)

Pití kávy je spojeno s nižší celkovou mortalitou

Podle 10leté americké studie mají lidé, kteří konzumují až 5 šáleků kávy denně, nižší mortalitu včetně úmrtí na srdečně-cévní choroby a diabetes než osoby, které kávu nepijí. Stejně výsledky byly zjištěny také pro kávu bez kofeinu.

Autoři této práce použili údaje z předchozí studie u 90 317 dospělých jedinců bez onkologického a kardiovaskulárního onemocnění v anamnéze, kteří byli sledováni od roku 1998 do roku 2009. Na začátku studie respondenti uvedli četnost konzumace kávy spolu s dalšími podrobnostmi o jídelníčku a zdravotním stavu.

Do konce sledování zemřelo 8700 účastníků studie. Po zohlednění dalších faktorů, např. kouření, byla zjištěna nejnižší mortalita u osob, které pily 4–5 šáleků kávy denně, a to bez ohledu na to, zda s kofeinem či bez něj. Lidé, kteří pili 2–3 šálky kávy denně, měli během sledování přibližně o 18 % nižší mortalitu než lidé, kteří kávu nepili

vůbec. Nižší bylo riziko úmrtí na onemocnění srdce, chronická respirační onemocnění, diabetes, pneumonii, chřipku a sebevraždy. Nebyla zjištěna nižší mortalita na onkologická onemocnění.

„I když pití kávy v epidemiologických studiích negativně korelovalo s incidencí určitých druhů maligních onemocnění, my jsme souvislost mezi kávu a onkologickou mortalitou nepozorovali. Může to být dáno tím, že káva snižuje mortalitu pouze u některých druhů maligních nádorů,“ uvedla hlavní autorka této studie dr. Erika Loftfieldová z Národního onkologického ústavu (NCI) v Rockville (Maryland, USA). Konzumace až 5 šáleků kávy denně (400 mg kofeinu) podle jejích slov není spojena

s žádným dlouhodobým zdravotním rizikem. Střední příjem kofeinu do 200 mg denně je podle stanoviska Americké gynekologicko-porodnické společnosti (ACOG) bezpečný dokonce i pro těhotné ženy.

Dr. Marc J. Gunter z londýnské Imperial College dodává, že stále přibývá vysoce kvalitních studií dokládajících, že lidé, kteří pijí kávu, jsou celkově zdravější. Káva obsahuje kromě kofeinu řadu látek, jako jsou fenolové kyseliny, flavonoidy a draslík. Možné ovšem je, že pití kávy jde ruku v ruce se zdravými návyky, jako je cvičení nebo zdravější strava, jež autoři této práce nezohlednili. Výsledky studie tedy nelze jednoduše interpretovat tak, že pití kávy prodlužuje život.

(Zdroj: prolekare.cz)

(akt)

Virus Zika zjištěn již i v USA

V USA byl potvrzen první případ nákazy virem Zika, který vyvolává mikrocefalii u dětí narozených matkám infikovaným v těhotenství. Hlavním vektorem šíření viru jsou komáři a infekce se vyskytuje v tropické Africe, v jihovýchodní Asii na tichomořských ostrovech a v Jižní i Střední Americe.

V Brazílii stoupl počet případů mikrocefalie novorozence z důvodu infekce matky vyvolané virem Zika ze 150 v roce 2014 na téměř 4 tisíce v roce 2015. V září 2015 byl virus zjištěn na Kapverdských ostrovech. V USA se virus Zika objevil v Texasu v prosinci 2015 u osoby, která přicestovala z El Salvadoru. Předpokládá se, že tento případ povede k nové rozsáhlé surveillance a aktivitám na ochranu před vektorem. Virus mohou na území USA přenášet dva druhy komárů rodu *Aedes*. Po horečce dengue, západonišské horečce a horečce chikungunya jde o čtvrté virem onemocnění přenášené členovci, jež se v posledních 20 letech objevilo na západní polokouli.

Virus Zika patří mezi arboviry a byl objeven v roce 1947 v Ugandě. Klinický průběh infekce zahrnuje nespecifické příznaky podobné chřipce, jako jsou bolest svalů, kloubů a vyrážka. Léčba spočívá v klidu na lůžku a podpůrné péči, člověk

se uzdraví obvykle do týdne. Infekce je ovšem nebezpečná přenosem na nenarozené dítě, u kterého vede k nedostatečnému vývoji mozku před narozením. Souvislost mezi infekcí Zika a mikrocefalií byla popsána poté, co byl virus nalezen v amniotické tekutině matky a v mozku a srdci postiženého novorozence. Ve vývoji nejsou žádné vakcíny proti tomuto viru.

S blížícím se jarem a létem budou doporučena opatření na ochranu před komáry v USA zřejmě zahrnovat zakrytí všech potenciálních malých rezervoárů vody (včetně kbelíků, květináčů či starých pneumatik), používání okenních sítí nebo klimatizace v budovách a schválených repelentů v přírodě (nutné je opakované nanášení po několika hodinách). Brazilské zdravotnické orgány dokonce radí ženám odložit početí, a snížit tak riziko závažného důsledku této infekce v těhotenství.

(Zdroj: prolekare.cz)

(akt)

ODBORNÉ AKCE

Onkologie v roce 2016

– umírněný optimismus je žádoucí

Pod tímto heslem proběhlo koncem ledna v Clarion Congress Hotel Prague 7. pražské mezioborové onkologické kolokvium s mezinárodní účastí PragueONCO 2016.

Prezidentem kongresu byl přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK, VFN a ÚVN Praha prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. Mezinárodní renomované akce určené lékařům a sestřám napříč obory umocnila i kvalitata přednášejících. Onkologové čím dál více podporují multidisciplinární přístup k léčbě. I přes mnoho pozitivních výsledků, které na kolokviu zazněly, je třeba konstatovat, že medicína ani na prahu 21. století není disciplínou všemocnou.

Nemocné neumíme diagnostikovat včas

Úskalími karcinomu pankreatu se zabýval přednosta Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN Praha prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. Úvodem konstatoval, že karcinom pankreatu (KP) je zákeřná nemoc – trendy v incidenci a mortalitě v České republice jsou velice neblahé. „V České republice je každoročně nově diagnostikováno více než tisíc pacientů, z nichž pětiletého přežití dosahuje 3–5 procent. Důvodem vysoké mortality je pozdní diagnostika lokálně pokročilého či generalizovaného onemocnění u 80 procent pacientů na základě klinické manifestace. Radikální chirurgická léčba je v pozdním stadiu možná u 15–20 procent pacientů, přesto pětileté přežití v této skupině nepřesahuje 3 procenta. V roce 2012 incidence dosáhla 1. místa v celosvětových statistikách, v roce 2013 jsme v ČR diagnostikovali poprvé více než 2000 nových případů. Obdobný počet našich nemocných zemře,“ vyčetl prof. Zavoral. Je to podle něho dáno tím, že nemocné neumíme diagnostikovat včas. Více než 50 % případů je diagnostikováno v pozdních stadiích, kdy již žádným způsobem není možné osud nemocných příznivě ovlivnit. Pouze v 5 % jsou pacienti diagnostikováni ve stadiu 1 čili ve stadiu, kdy je možná kurativní resekce a úzdrava nemocného. „Tam, kde v podstatě nahodile diagnostikujeme pacienty včas, což je dle různých statistik a výsledků studií zhruba u 3–10 procent, je celkové přežití 75pro-

centní, tedy srovnatelné s ostatními nádory,“ řekl přednášející.

Jaké máme možnosti diagnostiky

„Základem je CT vyšetření. Dodržujeme-li všechny předpisy, máme velmi důkladné zobrazení. Ale i tak je to pro pacienta méně efektivní než v případě diagnostikování v časném stadiu. Další vyšetřovací modalitou je endoskopická ultrasonografie, která nám ještě více cizeluje *staging* pacientů, kteří mají málo pokročilý karcinom stadia 1 a 2. Zde zcela bezpečně uděláme diagnostiku nádoru, předoperační *staging*, můžeme odebrat tkáň, abychom získali morfológickou diagnostiku. Můžeme získat i molekulárně biologický profil podle různých onkogenů a podle nich určit léčbu pacienta. Naše zobrazovací schopnosti jsou na pokraji našich možností. Pacienty s časným stadiem nemáme,“ konstatoval autor sdělení. A položil otázku, zda jsme schopni pacienta, který má časné stadium KP, identifikovat a diagnostikovat. Skeptici říkají, že to možné není.

Profesor Zavoral dále představil výsledky zahraničního výzkumu, který se zabýval hledáním modelu jak karcinom pankreatu odhalit v časném stadiu. Ve městě Onomichi v regionu Hirošima praktičtí lékaři zkoumali velkou skupinu obyvatel podle různých komorbidity – podle rodinné anamnézy, glykemie, váhového úbytku či podle nálezu na sono. Vytipovali 5 tisíc nemocných, u nichž by se mohlo jednat o časné stadium KP. V Japonsku je podle profesora Zavorala výborná spolupráce mezi lékaři v první linii a terciárním centrem. Podle jeho slov lékaři zvolili postup, kdy tyto pacienty podle různých markerů poslali na pankreatologii ke zvážení, jakým způsobem je budou vyšetřovat. „Vyšetřovali je pomocí CT, MRI, endosonografie a další speciálních metod. Nálezy byly fascinující. V souboru 5000 zkoumaných, kteří neměli primárně GIT onemocnění, objevili zhruba 340 případů KP a z toho bylo 13 pacientů s karcinodem *in situ*. Diagnostikovali tedy prekurzovou lézi. 26 pacientů bylo ve stadiu 1, což je stadium ještě ku-

rativní a kurabilní. Zkoumali velmi diskrétní změny na pankreatických vývodech, které jsou ještě ve stavu, kdy existuje možnost kurativního léčení. Hledáme takzvané diagnostické okno. Karcinom pankreatu se totiž nechová jako ostatní malignity. Problém je v tom, že i ve časné fázi nádorového bujení má primární nádor velkou tendenci metastazovat. Proto se divíme, když pacient přijde s dvoucentimetrovým nádorem pankreatu a za rok pak s generalizací. Je proto třeba nehlédat karcinom, ale prekurzorové neinvazivní léze. A právě ty mají, jak se v současnosti ukazuje, spojitost s poruchou glukózové tolerance u KP. Hledáme časný diabetes mellitus, ne však 2. typu, ale takzvaný trojkový diabetes,“ konstatoval autor prezentace.

Jak rozeznat T2DM a T3cDM

Prof. Zavoral se dále věnoval rozpoznávání T3cDM. Udávané pětileté přežití nemocných s časným neinvazivním KP je 85,7–68,7 %. U 90 % pacientů s KP je detekovatelná porucha glykoregulace 2 roky před stanovením diagnózy v podobě mírné hyperglykemie označované jako DM asociovaný s onemocněním pankreatu (T3cDM). V četné populaci nemocných s nově diagnostikovaným DM 2. typu (T2DM) je však pouze 1 % pacientů s KP. Vyslovit klinické podezření na T3cDM umožňuje recentní záchyt poruchy glykoregulace (trváni do 2 let) asociované s poklesem tělesné hmotnosti za přítomnosti závažných obtíží. Recentně publikované metody proteomické a genomické umožňují neinvazivně a poměrně přesně odlišit málo početnou skupinu nemocných s T3cDM od velké skupiny nově diagnostikovaných T2DM. Pacienti s nálezem suspektním na T3cDM by měli být odesláni do terciárního centra k podrobnému vyšetření a posouzení nálezu multioborovým týmem se specializací na pankreatobiliární onemocnění.

Jak zlepšit diagnostiku KP?

Jak dále profesor Zavoral uvedl, musíme se snažit identifikovat

časné symptomy. Zdůraznil, že bychom neměli být nadšeni z toho, jak dokonale umíme diagnostikovat pokročilá stadia. „Stejně jako u kolorektálního karcinomu musíme pochopit, že zásadní význam v diagnostice nebudou mít gastroenterologové, chirurgové a pankreatologové, ale lékaři prvního kontaktu, v tomto případě praktičtí lékaři a diabetologové, u nichž se shromažďují diabetici 2. typu,“ zdůraznil. „Je nutné je edukovat natolik, aby věděli, že když narazí na recentního diabetika, který jim nezapadá do schémat diabetika 2. typu, okamžitě ho mají poslat do referenčního centra, kde se touto problematikou zabývají. Musíme si uvědomit, že KP – stejně jako ostatní karcinomy – je léčitelný pouze v případě časné diagnózy. Prognóza je ale špatná, protože pacienti s časnou diagnózou nemáme. A to dělá z karcinomu pankreatu démona,“ uzavřel přednášející. Závěrem znovu připomněl, že podmínkou včasné diagnostiky je efektivní spolupráce praktického lékaře a diabetologa s terciárním centrem.

Chirurgická léčba KP

„Ať mluvíme o terapii u KP jakkoli, například že operujeme v pokročilých stadiích, je jasné, že radikální resekce či standardní nefrektomie s následnou adjuvantní terapií je léčebnou metodou, která signifikantně dává šanci nemocnému na delší přežití,“ řekl v úvodu své prezentace přednosta Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc. Vysvětlil, že se to týká pacientů stágingu T1 až T3. V případě negativního nálezu na lymfatických uzlinách by se ještě dalo uvažovat o výkonu těsně u tkáně pankreatu, tedy ve stadiích 1 a 2. Veškeré ostatní metody léčby v současné době je nutno považovat za paliativní, nebo dokonce symptomatrické. „Výsledky samozřejmě vycházejí také z pozdních stadií. Pokud provedeme v současné době považovanou Ro resekci s adjuvantní chemoterapií, pacient má šanci na přežití 20 až 24 měsíců. Podle recentních údajů, publikovaných v roce 2013, se pětileté přežívání

týká každého pátého. Je to velmi optimistické a pravdou je, že to může být i určitou selekcí. Údaje z Národního onkologického registru jsou samozřejmě horší. Rozdělení pacientů je následující: za resekabilní se považuje 15–20 procent, neresekabilní bez metastatického procesu asi 30 procent a polovina jsou vlastně generalizovaní pacienti, kterým můžeme pomoci jenom minimálně. Medián přežívání ukazuje, že pacientům můžeme něco nabídnout jen v časných stadiích. Ve stadiích 3 a 4 je chirurgická léčba velmi limitovaná,“ uvedl profesor Ryska.

Multioborový tým je nezbytností

Profesor Ryska položil několik otázek směřovaných na chirurga v rámci multidisciplinárního týmu. Lze odstranit nádor u konkrétního pacienta radikálně? Jaká je morbidita, letalita, jaké jsou možné komplikace? A samozřejmě zazněl dotaz na přežívání. „Před rozhodnutím chirurg potřebuje předoperační *staging* onemocnění. Nutností a podmínkou je, aby byl pacient ošetřen na pracovišti zaručujícím komplexní přístup k nemocnému. Víme dobře, že se mluví o Ro resekci. Chirurg se dostává do situace, kdy v pokročilém stadiu věří, že dělá Ro resekci, ale není to pravda, což pak dokládá nález patologa. U většiny pacientů jde o R1 resekce. Komplikace můžeme rozdělit na chirurgické a nechirurgické. Nejvíce se obáváme dehiscence. Krvácení do GIT traktu je velmi nebezpečné, ale nevyskytuje se tak často. Poruchy vyprazdňování žaludku jsou časté, prodlužují hospitalizaci, ale nebývají důvodem ke zvýšení letality. Letalita na pracovištích, která se tím zabývají, by neměla přesáhnout 5 procent,“ uvedl přednášející. Jaký typ výkonu a s ním spojené pozdní komplikace můžeme očekávat? „Problém je v době, kdy máme pacienta s tzv. měkkou tkáně parenchymu. Levostrannou pankreatektomií se splenektomií provádíme tam, kde je tumor lokalizován v těle a kaudě pankreatu.“ Kdy dnes děláme totální pankreatektomií? „Má vysokou letalitu, mortalita je podobná jako u pacientů po parciálních resekcích. Indikace totální pankreatektomie dnes doznala určité renesan-

ce. Je indikována nejen při pozitivních okrajích, které odesíláme na rychlou biopsii, ale také při vícečetných ložiscích, a dokonce někdy nezbude nic jiného než tento typ výkonu indikovat v případě, kdy nemáme velkou jistotu bezpečnosti anastomózy. Nelze ji však považovat za rutinní výkon. U resekovatelných pacientů nám jde o nízkou morbiditu a mortalitu a kvalitu života, kterou dnes již můžeme odhadnout. U neresekovatelných nám jde o zachování co nejlepší kvality života. Je samozřejmostí, že chirurg potřebuje pracoviště zaručující komplexní přístup k nemocnému. Je třeba odpovědně rozhodnout, zda bude pro pacienta lepší operovat, či ne,“ řekl profesor Ryska závěrem své přednášky.

Kde je hranice operability KP

Přednosta I. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN Praha prof. MUDr. Zdeněk Krška, DrSc., zopakoval, že karcinom pankreatu je jedním z nejagresivnějších nádorů, jehož chirurgická resekce je stále jediným možným kurativním řešením. K výkonu je možné indikovat jen 15–20 % nemocných. Jak

dále uvedl, názory na resekabilitu se průběžně mění. Byl analyzován vývoj názorů na resekabilní, *borderline* resekabilní (BR) a lokálně pokročilý (LA) tumor s přehledem základních stanovisek a dat od 90. let. Základní postuláty se vyvíjejí až do současnosti směrem od „nerekovatibility“ při různém stupni postižení žilního či arteriálního řečiště k rozsáhlým cévním výkonům. Byla prezentována řada optimistických prací, které smysluplnou resekabilitu posouvají k větším cévním výkonům. I při výrazném optimismu však metaanalýzy nepotvrdily prakticky porovnatelné morbiditu a mortalitu i u větších aditivních cévních výkonů. Přesto je celosvětově významný vzestup radikalit výkonů. Zařazení neoadjuvantní chemoterapie může zvýšit resekabilitu až o 20–40 %. Profesor Krška také konstatoval, že je evidentní, že při stanovení dat resekability chybí parametr nových adekvátních biomarkerů vysoké specifity a senzitivity, když aktuálně dostupné informace poskytují spíše data k parametrům přežití než k progresi a biologickému chování nádoru, a tím neposkytují sí-

to k případné úvaze o racionalitě chirurgického výkonu. Současná definice *borderline* resekabilního či lokálně pokročilého KP je podle autora prezentace založena prakticky jen na radiologických parametrech bez možností využití dalších spolehlivých markerů. I přes aplikaci aktuálních radikálnějších a agresivnějších postupů s využitím vaskulárních resekcí (především žilního systému) – ačkoli výkony na arteriálních kmenech jsou stále diskutabilnější a nejpřesněji vyjádřené axiomem „když je to smysluplné v rámci Ro resekcí“ – nedochází ani v této skupině k zásadnímu posunu v přežití pacientů a především ke zlepšení celkových parametrů přežití. Agresivita výkonu spolu s neoadjuvantní léčbou má plně oprávnění a znamená šanci pro další skupinu pacientů s KP. Výkony na cévním systému jsou jasnou prerekvizitou v centrech pankreatické chirurgie a potvrzují nutnost léčby KP v nich. Ještě zásadněji do popředí vystupuje nutnost adekvátního multidisciplinárního přístupu, včasné diagnózy a indikace k operačnímu výkonu vůči 80–90 % pacientů stojících dosud mimo resekabilitu.

Neléčit je někdy lépe

MUDr. Hana Švébišová, Ph.D., z Onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc se zabývala vhodností léčby pacientů s karcinomem pankreatu. Jak uvedla, pacienti mají tuto diagnózu spojenou s velkými bolestmi a krátkou dobou přežívání. U odborné veřejnosti je znám obtížnou diagnostikou a tristními léčebnými výsledky. Za rok 2011 bylo v České republice hlášeno 2184 nových onemocnění a 2145 úmrtí. Počet nových onemocnění u mužů za posledních 30 let stoupl na trojnásobek. Maximum výskytu u mužů je dáno hranicí 60–64 let. „U nádoru je důležité znát histologii,“ zdůraznila autorka sdělení. „Především je důležité oddělit adenokarcinom od neuroendokrinního nádoru, který se liší léčbou a prognózou. Samozřejmě se ve slinivce nalézají také vzácné nádory. Pětileté přežití bez ohledu na stadium dosahuje 4 procent. Pro srovnání – u karcinomu prsu bez ohledu na stadium je pětileté přežití 72procentní,“ shrnula doktorka Švébišová. „Nádor bývá často diagnostikován po mnoha měsících vyšetřování, kdy je již v chirurgicky

neřešitelném stadiu. Přítom operace s radikálním odstraněním nádoru je považována za jedinou kurativní léčebnou metodu. Při plánování léčebné strategie je nutno přihlížet k aktuálnímu stavu výživy, komorbiditám, rozsahu chirurgického výkonu, algickému syndromu a také k přání nemocného. Výběr cytostatik k léčbě je úzký, jejich léčebný efekt není vždy přesvědčivý a toxicita u kombinovaného režimu s oxaliplatinou a irinotecanem může být významná. U každého nového pacienta s karcinomem je při plánování léčby vhodné zvážit, čeho chceme dosáhnout. Zda méně (specifická onkologická léčba) nebude znamenat více (kvalita života),“ řekla přednášející závěrem.

V rámci bloku byly rovněž představeny novinky v léčbě zhoubných nádorů (ZN) zažívacího traktu, které zazněly na konferenci ASCO. Na téma ZN slinivky břišní pohovořil prof. Luboš Petruželka. Problematikou ZN jater a podjaterní krajiny se zabýval MUDr. Eugen Kubala, horního GIT – jícen a žaludek MUDr. Igor Kiss a ZN tlustého střeva a konečníku prof. Axel Grothey z Mayo Clinic. (eta)

Inzerce M161000150



Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny (SPFM)
České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)

pořádá

XXXIII. CELOSTÁTNÍ KONFERENCI PERINATOLOGIE A FETOMATERNÁLNÍ MEDICÍNY

s mezinárodní účastí



7.–9. 4. 2016 Ústí nad Labem

POZVÁNKA

na workshop pro fyzioterapeuty a porodní asistentky

ÚLOHA REHABILITACE A FYZIOTERAPIE

V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ, ŠESTINEDELI A V DALŠÍM
POPORODNÍM OBDOBÍ

v rámci

XXXIII. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PERINATOLOGIE
A FETOMATERNÁLNÍ MEDICÍNY



7. 4. 2016 15.00–19.00 hodin

Místo konání: Severočeské divadlo, s. r. o., Lidické nám. 1710/10, Ústí nad Labem

Organizační zajištění: Krajská zdravotní, a.s. ve spolupráci se společností ORTOPEDICKÉ CENTRUM s. r. o.
www.kzcr.eu, www.ortopedicke-centrum.cz

HOMEOPATIE

Terapeutický vztah se těžko posuzuje v dvojité zaslepené studii

MUDr. Tomáš Karhan je praktický lékař pro děti a dorost, který ve své praxi již 25 let využívá i homeopatickou léčbu. Zaměřuje se zejména na léčbu chronických a opakovaných dětských onemocnění. V rozhovoru s ním jsme se věnovali oblasti takzvané konstituční homeopatie.

Jaký je základní rozdíl mezi homeopatickou léčbou a klasickou medicínou?

Rozdíl je v tom, že klasická medicína léčí víceméně pomocí léku s „opačným“ účinkem a nemoc či symptom potlačuje. Příkladem může být působení analgetik, antacid či kortikoidů. Naproti tomu homeopatický přístup vychází z léčby „podobného podobným“. Nepůsobí tedy „proti“ danému symptomu, například snižováním kyselosti žaludeční sekrece v případě antacid, ale stimuluje samoléčivé schopnosti organismu. Nejde tedy o působení materiální látky, spíše o informační či energetický impuls, který způsobí přenastavení organismu, aby si organismus symptom – v našem případě nadprodukce žaludeční kyseliny – zreguloval sám.

Dá se tento princip přirovnat k něčemu, co využívá i medicína založená na důkazech? Například k vakcinaci?

Bližší mechanismus působení homeopatie není dodneška blíže objasněn. Dá se však říci, že je blízký ochraně organismu pomocí vakcinace, stimuluje organismus k vlastní obraně. Homeopatické působení je jemným, efektivním podnětem.

V homeopatii existují dva hlavní směry – jeden využívá tzv. konstituční léky, druhý léky symptomatické. Můžete vysvětlit rozdíl?

Jedná se o klasickou a klinickou homeopatii. Oba směry pracují se stejnými léky, ale klinická homeopatie používá spíše léky nižšího ředění neboli potence, zatímco klasická homeopatie pracuje s vysokým ředěním homeopatických látek podávaných jednorázově. Důležité je, že konstituční homeopatie nahlíží na člověka jako na integrální celek somatického i psychického stavu a dalších faktorů.

Co je to homeopatické ředění? Tady se vrátím do historie. Základem homeopatické léčby je pokus,



který na sobě prováděl zakladatel homeopatie Samuel Hahnemann. Profesor Hahnemann byl lékař a farmaceut. Testoval působení chininu při horečce tak, že ředil a dynamizoval původní lék až na úroveň, kdy nebylo možno v roztoku prokázat žádnou molekulu účinné látky. Přitom zjistil, že čím je lék ředěnější a dynamizovanější (systematicky protřepávaný), tím hlubší je jeho působení. Všiml si také, že léky o nižším ředění působí převážně na tělesné symptomy, zatímco vyšší ředění léku ovlivňuje i psychiku. V dalších pokusech podával dobrovolníkům opakovaně více ředěných homeopatických léků a zaznamenával, jaké příznaky u těchto zdravých zkoušejících v řádu vyvolá. Byl vlastně prvním praktickým toxikologem. Vzhledem k již nejedovatému ředění to nebylo nebezpečné, přesto účastníci pokusu vykazovali významně často některé dříve nepřítomné příznaky. Na základě pozorování vytvářel konstituční obrazy léků. Základním zákonem homeopatie je, že podobné se léčí podobným. Odpovídá-li obraz léku blízkce obrazu pacienta, působí u něho na více úrovních, k hlubšímu ozdravení organismu. Najít konstituční lék pro daného pacienta je jako nalézt správný klíč k zámku. Pro srovnání, běžný chemický lék užívaný plošně podle diagnózy nebo symptomu funguje pak spíše jako paklíč.

Lékaři ale častěji praktikují klinickou homeopatii...

Klinická homeopatie využívá spíše nižší ředění homeopatických

léků – v diagnostice nevychází ze složitě mozaikovitěho systému hledání jednoho individuálního léku pro konkrétního pacienta, dovoluje podávat současně i několik léků. To funguje příměji, urychluje se hojení a uzdravování. Příkladem může být působení léku *Arnica* na hematoma. Toto homeopatikum urychlí vstřebávání, takže hematoma zmizí i během jednoho dne. Platí přitom, že efekt je tím lepší, čím dříve se lék podá. Léčba se vybírá podle symptomů – například v závislosti na tom, zda je přítomno hnisání, otok, vyrážka a podobně. Jako příklad uvedu velmi dobrou zkušenost s lékem *Rhus toxicodendron* u planých neštovic. Využití homeopatik zde dokáže zkrátit průběh onemocnění o řadu dnů, vyrážka zasychá během 3–5 dnů, takže se malí pacienti vrací už po týdnu do dětského kolektivu. Klinická homeopatie se pro svůj zjevný brzký efekt, šetrnost a celkem snadné použití těší velkému zájmu rodičů i lékařů, zejména dětských. To, že homeopatické léky působí i u nejmenších pacientů a u zvířat, vyvrací efekt placebo.

Je tedy vhodná i k samoléčbě?

Nejběžnější problémy mohou pacienti a jejich rodiče řešit pomocí samoléčby. Výhodou homeopatie je kromě šetrnosti a bezpečnosti i to, že ji lze využít u indikací, s nimiž si klasická medicína neví rady. Příkladem mohou být růstové bolesti u dětí, kde se osvědčilo podávání homeopatik jako *Calcarea phosphorica*. Samozřejmě má ale homeopatie své limity, například u bakteriálních onemocnění, jako jsou streptokokové angíny, je třeba podávat antibiotika.

Některé homeopatické léky se vyrábějí z rostlin. Příkladem může být *Euphrasia officinalis* – světlík lékařský. Jaký je rozdíl mezi fytoterapií a homeopatií?

Homeopatie často využívají homeopaticky ředěné a dynamizované výluhy rostlin. Tyto látky působí v podobných indikacích



Ilustrační foto: Shutterstock

jako tradičně užívané léčivé byliny, ale není zde riziko předávkování či vyvolání alergické reakce. Indikací je naopak více a je možno použít bez rizika i původně jedovaté rostliny. Jednak proto, že látka je přítomna ve značném ředění (viz např. původně jedovaté *Aconitum*), jednak se homeopatika renomovaných výrobců vyrábějí pod přísným farmaceutickým dohledem a za dodržení GMP. Homeopatické přípravky jsou v ČR registrovány jako léky, a spadají tudíž pod zákon o léčivech. Jsou k dostání v lékárnách.

Vrátím se ještě k homeopatickému ředění. Jedna látka je tedy k dispozici v různých ředěních – 5 CH, 9 CH, 15 CH, 200 CH... Je obtížné naučit se vybrat tu nevhodnější?

Když jsem jako homeopat začínal, pracoval jsem nejprve s nízkými ředěními a postupně jsem si rozšířil vzdělání o oblast klasické, konstituční homeopatie, která pracuje s ředěními 200 CH i vyššími. Volba ředění souvisí s aktuální energií pacienta, například u vyčerpaných pacientů začínáme s nižšími ředěními. Mohu říci, že i po čtvrt století praxe jsem neustále překvapován účinkem homeopatických léků a neustále se učím.

Konstituční homeopatie se odvíjí od konstitučních typů. Kolik jich je?

Základních typů, takzvaných polychrestů, je asi 25. Současná homeopatie však ukazuje, že konstitučních léků lze využít stovky. Máme tedy široký léčebný arzenál, což klade i poměrně velké

nároky na studujícího. Na druhé straně dnes můžeme využívat pečlivou homeopatickou systemizaci a homeopatický software, který nám výběr léku zjednodušuje. Do tohoto programu se zadává řada anamnestických dat včetně takových informací, jako je vedle obtíží také pacientův způsob reagování, okolnosti, které stav zhoršují a zlepšují, souvislosti s životními situacemi a různými stresory, které mohly stav vyvolávat. Program vám pak nabídne škálu konstitučních léků, které porovnáme s vlastní rozvahou.

Je vhodné kombinovat oba typy homeopatie – konstituční a klinickou?

Problém je, že pokud to děláte současně, hůře odlišíte, co za fungovalo. Zda je výsledné zlepšení důsledkem hlubokého působení konstitučního léku, nebo akutního účinku léku nízkého ředění. Sám ve své praxi využívám oba směry, ale při podání konstitučního léku vyčkávám a případný lék s nízkým ředěním podávám někdy k doladění zbylých symptomů s odstupem. Jindy postupuji opačně. Nejprve provedu detoxikaci organismus pomocí takzvaných drenážních léků – například s pomocí léku *Chelidonium* nebo *Carduus marianus* lze zlepšit jaterní funkci po zátěži – a až poté volím konstituční lék.

Jak velkou část pacientů léčíte konstituční homeopatií?

V současnosti se zaměřuji převážně na tento typ léčby, která vnímá člověka jako celek, se všemi jeho vlastnostmi, způsobem reagování, zahrnuje také práci

s rodinou a pomáhá řešit různé chronické problémy. Vedle toho používám léky s nízkým ředěním v běžných a akutních indikacích. Nejčastěji ke mně přicházejí rodiče s dětmi předškolního věku trpícími opakovanými infekcemi dýchacích cest či záněty středouší. Ukazuje se, že po podání konstitučního léku se jejich imunita natolik zpevní, že stonají málo a krátce. Je radost, když se třeba od rodičů dozvím, že se u dítěte léčeného homeopatií zlepšil paralelně i školní prospěch a zklidnilo se chování. To je právě ukázka celkového, konstitučního působení léku. Říkám žertem, že se nám podařilo „vytunit“ organismus podobně jako motor auta.

V psychoterapii je známo, že existuje provázanost mezi rodinnými příslušníky a některé její členové svou nemocí udržují v rodině rovnováhu. Sledujete toto i ve své homeopatické praxi? Cítíte potřebu léčit i rodiče dětských pacientů?

Ano, platí, že rodina funguje jako provázaný celek, a jestliže ovlivní její část, ovlivní to i další členy systému. Znamená to, že útě-

kem do nemoci se dítě snaží – a to zoufale nevhodně – nevědomky otupovat ostrí rodičovského konfliktu. Podle teorie jedné mé kolegyně existuje v rodině chronicky nemocného dítěte nějaký rušivý element, který nazývá rodinným alergenem. Může to být třeba rodič, který vykazuje, někdy i skrytou, poruchu sociálního kontaktu. Rodina pak funguje zjevně či skrytě disharmonicky. Někteří z jejích členů na to mohou reagovat psychosomaticky. Jejich nemoc je projevem bezmoci vypořádat se s danou situací. Často se říká, že alergická rýma je vlastně utajený pláč. Alergenem přitom nemusí být pyl nebo potravina, ale psychosociální situace. Jestliže léčíme takové alergické dítě izolovaně, aniž by se změnila situace v rodině, dítě se krátkodobě zlepší, ale problém se bude vracet. Takže ideální je pracovat i s nejbližšími členy rodiny, pokud ovšem jeví zájem.

Je vhodné kombinovat homeopatii s klasickou léčbou?

Samozřejmě, v mnoha případech se tak děje. Léčbu naordinovanou specialistou nepřerušujeme, ho-

meopatika podáváme současně. Jestliže má dítě astma a užívá antiastmatika, můžeme mu nasaďit homeopatické léky, a pokud dojde ke stabilizaci subjektivních i objektivních parametrů onemocnění, může specialista chemické léky vysazovat. Ale jak vyplývá z předchozího, něco jiného je užívat sezónní homeopatika s nízkým ředěním, něco jiného je brát konstituční lék a ještě něco jiného pracovat k tomu s psychosomatickým stavem v rámci rodiny.

Dokážete u pacienta už při prvním kontaktu odhadnout, jaký je konstituční typ?

Pokud bych takto pacienta ohodnotil na základě prvního dojmu, vytvářel bych si autocenzurované myšlenkové prostředí a podvědomě bych mohl preferovat otázky, které by potvrzovaly nastřelenou hypotézu. Věnuji se sběru potřebných informací a pozorování pacienta i jeho komunikaci s okolím. Ve finále provádím analýzu a vyhodnocení případu.

Pro daného pacienta existuje jeden nevhodnější konstituční lék na celý život?

Člověk je živý, rozvíjející se organismus, jako strom. Ten se mění v průběhu ročních období, růstu a stárnutí, navíc na něj působí směr větru, bouře, zvýšené množství srážek, překážky v růstu... Tyto vnější faktory formují organismus a dávají vznik různým patologickým stavům. To, že převládá v určitém období některý z nepříznivých faktorů, může způsobit, že u člověka dominuje v různém čase potřeba jiného konstitučního léku.

Pokud by šel pacient ve stejném čase ke dvěma homeopatům, jaká je pravděpodobnost, že dostane tentýž konstituční lék?

Hahnemann rozlišuje dvě kategorie – *simillimum* a *simile*. *Simillimum* je lék nejbližší pacientovi a měl by působit jako ten nevhodnější klíč. Pak jsou léky, které jsou blízké, podobné. Ty se nazývají *simile*. Myslím, že většina léků, které podáváme, jsou na úrovni *simile*. Proto se může stát, že by pacient dostal od dvou homeopatů dva různé léky. Oba léky by ulevily, ale každý by působil na trochu jiné spektrum obtíží. Nalézt *simillimum* je mnohdy ideál,

neboť jak jsem řekl, pracujeme s opravdu velkým množstvím léků. Na druhé straně, pokud by pacient šel opravdu současně ke dvěma homeopatům, byl by to velmi, velmi nestandardní, absurdní příznak. Oběma homeopatům by to pomohlo k určení stejného léku na základě této uvedené zvláštní známky. A nejspíš k ukončení léčby, důvěra je její nezastupitelná součást.

Jakou roli hraje samotná osobnost homeopata? Jak moc je pro úspěch léčby důležité, aby pacient s homeopatem byli tzv. na stejné vlně?

Empatie a vzájemná důvěra jsou základními podmínkami jakéhokoli terapeutického vztahu, snad kromě situací operačních oborů, kde je důležitější, aby byl chirurg hlavně zručný operátor. V homeopatii je empatický přístup *conditio sine qua non*, bez níž nelze dobře léčit. Působení lékaře ovšem nezohledňují požadované dvojité zaslepené vědecké studie. Pacient má vždy nejen tělo, ale i duši, obojí spolu nerozlučně souvisí.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M161000119

HOMEOPATICKÉ LÉKY BOIRON

Společnost BOIRON

- je největším světovým výrobcem homeopatických léčivých přípravků
- díky zkušenostem z klinické praxe a nejnovějším vědeckým poznatkům pro vás vyrábí spolehlivé a vysoce kvalitní léky
- homeopatické léčivé přípravky používá 400 milionů pacientů na celém světě

Homeopatie

- je léčebná metoda velmi šetrná k lidskému organismu
- léčí akutní stavy, jako je např. chřipka, nachlazení
- dokáže pomoci u chronických problémů, jako jsou např. alergie, ekzémy



Homeopatické léky Boiron jsou k dostání v lékárnách. Nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

AKTUALITY

Antidotum k dabigatran-etexilátu odstartovalo novou éru antikoagulační léčby

Koncem loňského roku schválily evropské regulační orgány první specifické antidotum k NOAC. Schválení idarucizumabu, který ruší antikoagulační účinky dabigatran-etexilátu, podle odborníků představuje významný milník v antikoagulační léčbě. Obavy z možného krvácení u pacientů užívajících NOAC byly totiž jedním z důvodů, proč v řadě případů lékaři upřednostňovali podávání antagonistů vitamínu K.

O nových možnostech antikoagulační terapie přišlo 21.–22. ledna diskutovat do Vídně více než 350 lékařů z 18 zemí. V rámci odborného setkání Antikoagulační akademie se lékaři z oborů kardiologie, neurologie, vnitřního lékařství, hematologie, vaskulární chirurgie a dalších společně na základě dosavadních zkušeností zamýšleli nad rolí jednotlivých antikoagulantů, významem NOAC (nová perorální antikoagulanty) v prevenci cévní mozkové příhody (CMP) u fibrilace síní, bezpečností dabigatran-etexilátu (přípravek Pradaxa) v souvislosti s dostupností specifického antidota a dalšími otázkami vztahujícími se k prevenci tromboembolických příhod a řešení urgentních stavů u pacientů užívajících antikoagulační léčbu.

Fibrilace síní a CMP

Středobodem antikoagulační léčby je prevence tromboembolických příhod, zejména mozkové mrtvice. Fibrilace síní (FS) je přitom celosvětově nejčastější příčinou CMP, s prevalencí 140 milionů případů ročně, a její výskyt stoupá. Pacienti s FS mají zvýšené riziko vzniku krevní sraženiny a 5x vyšší riziko CMP oproti běžné populaci. Toto riziko lze významně snížit pomocí antikoagulační terapie – antagonisté vitamínu

K (např. warfarin) či NOAC (např. dabigatran-etexilát).

„Podávání antagonistů vitamínu K pacientům s fibrilací síní významně snížilo výskyt mozkové mrtvice. Tyto látky mají však řadu limitací, které nová antikoagulantia překonala. Oproti warfarinu mají NOAC rychlý a předvídatelný antikoagulační účinek s nízkým rizikem lékových interakcí, bez potřeby dietních omezení, pravidelné monitorace a úpravy dávkování. S dostupností antidota význam NOAC ještě stoupá,“ vyzdvihl hematolog prof. John Eikelboom z Hamiltonovy nemocnice v kanadském Ontariu. Dabigatran s idarucizumabem (přípravek Praxbind) podle něj představují další stupeň inovace v antikoagulační léčbě.

Snížit riziko krvácení

Každá antikoagulační léčba s sebou nese riziko krvácivých komplikací. Lékaři proto musejí při indikaci této léčby pečlivě zvažovat individuální riziko u jednotlivých pacientů, stejně jako preference pacientů, jak zdůraznil profesor kardiologie a vnitřního lékařství Georg Nickenig z univerzitní nemocnice v Bonnu (Německo). Obavy z krvácení však mohou vést k podléčenosti. Podle Evropské arytmiologické společnosti (EHRA) převažuje benefit antikoagulační léčby spojený

s prevencí CMP nad rizikem krvácivých komplikací, zejména co se týče krvácení do gastrointestinálního traktu.

Studie RE-LY prokázala u dabigatranu příznivý poměr přínos vs. riziko i v době, kdy nebylo dostupné antidotum. Subanalýza této studie prokázala, že pacienti, kteří užívali dabigatran, měli v případě závažného krvácení lepší prognózu přežití a strávili kratší čas na jednotce intenzivní péče než pacienti užívající warfarin. Výsledky z reálné praxe jsou konzistentní s výsledky studie RE-LY. Nezávislá analýza FDA databáze Medicare ukázala, že užívání dabigatranu bylo spojeno s nižším počtem CMP a mozkového krvácení než užívání warfarinu. Dabigatran se navíc eliminuje z organismu dvakrát rychleji než warfarin. Pro tyto benefity doporučila Evropská kardiologická společnost již dříve v prevenci CMP u pacientů s FS upřednostňovat NOAC před inhibitory vitamínu K.

„Chybění specifického antidota k NOAC vyvolávalo obavy z nemožnosti rychle a účinně zvrátit antikoagulační efekt v případech nutnosti. Idarucizumab nyní umožňuje v urgentních případech normalizovat homeostázu a zrušit okamžitě účinek dabigatranu, takže se pacient ani lékař nemusí obávat krvácení,“ řekl prof. Eikelboom.



Zleva J. Rynová, S. Jarvisová, G. Nickenig, J. Eikelboom, H. Ch. Diener

| Foto: archiv pořadatele

Idarucizumab, studie RE-VERSE AD

„Pacienti užívající NOAC jsou stejně jako ostatní vystaveni různým rizikům běžného života, jak vyplynulo ze studií RE-LY a ARIS-TOTLE. V první z nich podstoupilo v průběhu 2 let 359 z 18 tisíc pacientů urgentní intervenci, ve druhé studii pak naléhavý výkon absolvovalo ze stejného počtu 266 pacientů,“ upozornila Joanne van Ryn z vědeckého týmu společnosti Boehringer Ingelheim, která nové antidotum idarucizumab vyvinula. Tato látka se tak stává preferovanou možností v případě, že je potřeba okamžitě zrušit antikoagulační účinek dabigatran-etexilátu, u vedle nespecifických intervencí, jako je podání mražené plasmy či koncentrátu protrombinového komplexu (PCC).

Idarucizumab je fragment humanizované monoklonální protilátky (Fab), který se váže specificky pouze na dabigatran-etexilát a neutralizuje jeho antikoagulační účinek bez ovlivnění koagulační kaskády. Antidotum je určeno pro dospělé pacienty užívající dabigatran v případech,

kde je potřeba rychle zrušit jeho antikoagulační efekt z důvodu urgentního chirurgického výkonu nebo život ohrožujícího či nekontrolovatelného krvácení. Schválení idarucizumabu je podloženo předběžnými daty ze studie RE-VERSE AD. V analýze těchto dat, která zahrnuje 123 pacientů, se potvrdilo, že účinek 5 g antidota se dostavuje okamžitě a přetrvává u většiny pacientů po dobu minimálně 12 hodin. Data získaná ze studií fáze I od více než 200 zdravých dobrovolníků i subjektů se specifickými populačními parametry zahrnujícími věk, tělesnou hmotnost, rasu, pohlaví a poruchu funkce ledvin, kteří dostali idarucizumab, potvrdila jak profil účinnosti, tak bezpečnosti této látky – nebyly pozorovány žádné nežádoucí účinky ani protrombotické signály.

„Idarucizumab splňuje požadované vlastnosti ideálního antidota: působí specificky na NOAC, působí okamžitě, má předvídatelný účinek, který je kompletní a trvalý, nemá prokoagulační účinky a snadno se používá,“ shrnul profesor Eikelboom.

MUDr. Andrea Skálová



Boehringer Ingelheim

Zpráva o stavu demence 2015

Dokument autorů Ondřeje Mátlu a Martiny Mátlové z České alzheimerovské společnosti, o. p. s., přináší přehledná fakta o problematice demence. Hlavním cílem je informovat i širší veřejnost o potřebách lidí s demencí a nabídce služeb, které na jejich specifické potřeby reagují.

Podle dostupných údajů žije v České republice 152,7 tisíce osob trpících demencí. Tento počet autoři předpokládají, jak ale dodávají, jde zčásti jen o kvalifikovaný odhad. Zdaleka ne všichni lidé s demencí ji totiž mají diagnostikovanou a kvantifikaci ztěžuje i nedostatek statistických informací. Lze ale oprávněně předpokládat, že v České republice je nižší prevalence demence, než je obvyklé v zemích Evropské unie. Vyšší státy vykazují obvykle relativně vyšší zastoupení této nemoci a spolu s ekonomickým a společenským rozvojem tak můžeme očekávat, že onemocnění demencí u nás bude dále narůstat, a to v absolutním i relativním vyjádření.

Nejvíce v Praze

Nadále platí i to, že riziko vzniku demence narůstá s věkem a častěji postihuje ženy. Mužů trpících demencí je ve všech věkových skupinách odhadováno 49,6 tisíce, žen pak 103 tisíce. Zatímco do 65 let věku trpí demencí každý 866., nad 65 let je to každý 13. člověk. V nejvyšších věkových kategoriích nad 80 let věku pak každý pátý, nad 90 let dokonce téměř každý druhý občan. Lidí s demencí s ohledem na stárnutí populace neustále přibývá. V roce 2020 u nás bude žít téměř 183 tisíc lidí s tímto syndromem, v roce 2050 pak pravděpodobně 383 tisíc lidí.

Nejvyšší podíl lidí s demencí mají kraje s nejstarší věkovou strukturou - relativně nejvíce lidí s demencí žije v Praze (1,572 %), Královéhradeckém kraji (1,560 %) a kraji Jihomoravském (1,540 %). Naopak relativně nejméně lidí s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence žije v kraji Ústeckém (1,264 %), Karlovarském (1,322 %) a Středočeském (1,323 %). Celorepublikový průměr činí 1,449 %. Regionem s absolutně nejvyšším počtem lidí s demencí zůstává Praha, v níž žije 19 795 lidí s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence.

Kdo se o potřebné stará?

Zpráva za rok 2015 je již druhá v pořadí, první autoři vydali za

rok 2014. Přestože již v loňské zprávě upozornili, že o nabídce služeb pro lidi s demencí toho víme velmi málo, situace se nezlepšila. Naopak Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) přestal sbírat a publikovat příslušná data a aktuálních informací je tak stále méně. Dozvědět se, kdo se o potřebné stará a jaké služby jsou lidem s demencí poskytovány, je tak s ohledem na neexistující statistiky velmi obtížné.

Standardizovaná data přitom ukazují, že přibližně čtvrtina (26 %) osob trpících demencí využívá ambulanci zdravotní péči, necelých 6 % zdravotní péči lůžkovou, pětina (19 %) osob trpících demencí bydlí v domovech pro seniory, více než 6 % pak v domovech se zvláštním režimem. Péče o lidi s demencí se odehrává v navzájem oddělených a i přes nesčetné pokusy dosud stále nepropojených sektorech. Část péče je poskytována prostřednictvím systému zdravotnictví, část prostřednictvím sociálních služeb. Specifické rozhraní těchto systémů v podobě dlouhodobé sociálně-zdravotní péče je i přes opakované pokusy stále neukotvené.

Podstatná část služeb je dále zajišťována na neformální bázi rodinnými příslušníky a dalšími pečovateli v domácnostech. O této oblasti přitom nevíme téměř nic. Okrajová část je pak předmětem komerčního zájmu v rámci šedé ekonomiky. Této oblasti se v poslední době intenzivně věnuje veřejný ochránce práv, který se zaměřuje především na ubytovací zařízení poskytující služby sociální péče bez oprávnění a usiluje o ochranu práv osob, které v nich žijí.

Ekonomický kontext

Lidé s demencí vyžadují náročnou a nákladnou péči. Potřeba péče tak přináší značné náklady na veřejné i soukromé rozpočty. Náklady společnosti na řešení problémů spojených s demencí jsou odhadovány v průměru na 1 % HDP. Celkové náklady na Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění byly v rámci dvaceti sedmi států Evropské unie v roce 2005 odhad-

nuty na zhruba 130 miliard eur za rok. Celosvětové náklady spojené s demencí jsou pak organizací Alzheimer's Disease International aktuálně odhadovány na 818 miliard amerických dolarů. Projekce této organizace přitom uvažují, že do roku 2018 tyto náklady vzrostou na 1 bilion a do roku 2030 na 2 biliony amerických dolarů.

Náklady na demenci jsou ve vyspělejších zemích tvořeny zejména náklady na neformální péči (45 %) a na profesionální sociální péči (40 %). Náklady na lékařskou péči pak tvoří mnohem menší podíl (15 %). Tyto nákla-

dy jsou odhadovány zhruba ve výši 21 tisíc eur na osobu s demencí za rok.

Některé palčivé problémy boje proti demenci se snaží na celostátní úrovni řešit připravovaný plán. Česká republika na něj čeká už nejméně pět let. Přes veškerou snahu jeho slabinou zůstává příliš obecná podoba a často deklaratorní charakter resortních úkolů. Na přípravě plánu se bohužel nepodílelo ministerstvo financí, plán tak zůstává oddělen od reality schvalování státního rozpočtu, a to i přesto, že náklady spojené s demencí jsou odhadovány na

42,6 miliard korun a bez intenzivnějšího zapojení veřejných prostředků se zásadních změn v kvalitě péče a možnostech pečujících hned tak nedočkáme.

Co na to veřejnost?

Jak ukazuje do zprávy nově zařazená kapitola o postojích široké veřejnosti a informacích přinášejících médií, přibližně 77 % internetové populace se domnívá, že stát by měl věnovat onemocnění Alzheimerovou chorobou více pozornosti než dosud. Veřejnost zároveň hodnotí Alzheimerovu nemoc jako stejně závažnou jako vybraná onkologická onemocnění a závažnější než klíšťovou encefalitidu či žloutenku typu B.

Celá zpráva je uveřejněna na: www.alzheimer.cz (red)

Průlomová technologie zobrazování

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze otevřela Centrum pokročilého preklinického zobrazování. Bude sloužit pro preklinický výzkum nových léčiv. Unikátem je přístroj využívající zcela novou tomografickou technologii zobrazování paramagnetických částic (MPI).

Pracoviště umožní komplexní vyšetření malých laboratorních zvířat mnoha různými zobrazovacími metodami. Vědci zde budou mít kromě MPI k dispozici výpočetní tomograf (CT), magnetickou rezonanci (MRI), pozitronový emisní tomograf (PET), jednofotonový výpočetní tomograf (SPECT) i optický zobrazovač.

„Centrum je jedinečné v tom, že zde lze vyšetřovaný organismus zobrazit všemi metodami a získané obrazy vzájemně sloučit. Zjistíme tak mnohem víc informací o pozorovaném objektu zájmu. Takováto multimodální vyšetření obvykle zahrnují překryv maximálně tří až čtyř metod, v našem centru je však možné sloučit až z šesti různých,“ uvedl vedoucí centra RNDr. Luděk Šefc, CSc. „Například při pozorování nádoru můžeme současně záznamit nádor (pomocí PET) v pozici podle kostry (CT), měkkých orgánů (MRI), cévního řečiště (MPI), pozorovat množství mrtvých buněk (SPECT) a také třeba akumulaci fluorescenčně značených imunitních buněk (optické zobrazování,“ vysvětlil.

Metoda MPI

Nová technologie MPI umožňuje sledovat v reálném čase procesy uvnitř organismu pomocí tzv. „špiónů“ (superparamagnetických nanočástic oxidů železa, tzv. SPIONS). Metoda má výhodu v tom,



Foto: archiv

že „špióni“ tělu nijak neuškodí na rozdíl od současných zobrazovacích metod, které s sebou nesou určitá rizika (zatěžující radioaktivní či rentgenové záření, případně problematické kontrastní látky, které mohou způsobit alergie). Díky rychlosti snímání je možné zaznamenat bez poškození organismu libovolně dlouhý film, z něhož se dá zjistit, kde se buňky či molekuly označené těmito nanočásticemi v průběhu času nacházejí.

MPI lze jejím významem přirovnat k objevu rentgenových paprsků.

Přínos pro pacienta i výzkum

Vědci očekávají od nové technologie v budoucnu velký klinický pří-

nos. „Měla by odstranit nevýhody nyní používaných metod, a to zátěž pro organismus pacienta či schopnost poskytnout jen statický obraz,“ dodává Luděk Šefc.

Na 1. LF UK jde teprve o třetí komerční instalaci tohoto přístroje ve světě. V budoucnu bude technologie MPI využívána i v humanitní medicíně. Pracoviště vzniklo za podpory Operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace (VaVp). Centrum bude využívat nejenom 1. LF UK, ale bude k dispozici zájemcům z dalších vysokých škol, výzkumných institucí a firem v Česku i v zahraničí. O spolupráci již projevil zájem firmy z Německa, Švýcarska, Kanady a dalších zemí.

(Zdroj: 1. LF UK)

(red)

AKTUALITY

Zentiva zahájila **vývoj onkologických léčiv**

Největší česká farmaceutická firma Zentiva (součást skupiny Sanofi) zahájila vývoj nových generických léků pro léčbu rakoviny, které by v budoucnu mohly rozšířit její produktové portfolio.

Firma v letošním a příštím roce představí také 11 nových generických léků v oblastech léčby kardiovaskulárních a respiračních onemocnění.

Podle mluvčího společnosti Filipa Hrubého se Zentiva soustředí na vývoj a výzkum generických léků s přidanou hodnotou a rozvoj specializované výroby hormonálních léčiv. Firma loni zvýšila své prodeje o 3,8 % a zůstává lídrem farmaceutického trhu v ČR. V loňském roce u nás prodala celkem 41,5 milionu balení léků a na celkovém obratu skupiny Sanofi v ČR se podílela zhruba z poloviny. Zentiva slaví 85 let od založení původního výrobního závodu v pražských Dolních Měcholupech, kde se léky vyrábějí od srpna 1930.

„Do vývoje a výzkumu v České republice investujeme ročně v průměru 700 milionů korun a v podobném rozsahu plánujeme investovat i nadále. Generické léky na léčbu rakoviny představují v tuto chvíli jednu z oblastí našeho

vývoje,“ řekl na tiskové konferenci nový výkonný manažer skupiny Sanofi v České republice Mykola Melnyk. Jak dodal, Zentiva chce vedle klasických generických přípravků v zavedených terapeutických oblastech nabízet také tzv. generika s přidanou hodnotou. Půjde o inovativní lékové formy, respektive použití více účinných látek v jednom přípravku.

Nákupy licencí

Většina z letošních plánovaných výdajů na vývoj a výzkum bude využita na nákup licencí k novým generickým lékům, část pak bude investována právě do vývoje generik s přidanou hodnotou, kde Zentiva vnímá stoupající zájem u pacientů i lékařů.

„Loni jsme na trh uvedli například Ibalgin Rapidcaps, jehož léková forma je tvořena měkkými želatinovými tobolkami, které dvojnásobně zrychlují nástup tělesného účinku, nebo nový lék na vysoký krevní tlak, který díky spo-

jení dvou účinných látek v jedné tabletě usnadňuje pacientovi dávkování,“ vysvětlil ředitel Melnyk. V příštím roce chce společnost představit nový inhalátor, určený pro pacienty s astmatem, jehož inovativní konstrukce s velkým zásobníkem podstatně ulehčí každodenní užívání.

Zentiva plánuje také dále zhodnocovat více než půlmiliardovou

investici do specializované výrobní jednotky na výrobu hormonálních léčiv, sterilních mastí a očních kapek. „Hormony vyrábíme v rámci skupiny Sanofi jako jediní v Evropě. V případě sterilních mastí a očních kapek je náš pražský závod dokonce jediný na celém světě, kde Sanofi tento typ léčiv vyrábí,“ sdělil výrobní ředitel pražské Zentivy Jaroslav Chylik, který

vypočetl nárůst výroby těchto léků o desítky procent od uvedení do provozu. V současnosti Zentiva produkuje 14 milionů dávek ročně. Produktové portfolio Zentivy na českém trhu zahrnuje 170 léčivých přípravků v mnoha terapeutických oblastech. V loňském roce vyrobila Zentiva 107 milionů balení (12% meziroční nárůst), z toho 70 % směřuje na export do 50 zemí v Evropě, Africe a na Středním východě. Celková materiální hodnota léků byla 3 miliardy korun. **(red)**

85 let Zentivy

- **1857** Historii vzniku Zentivy lze datovat až k lékárně „U černého orla“, která od středověku působila na pražské Malé Straně a kterou v roce 1857 zakoupil Benjamin Fragner (1824–1886). Benjaminův vnuk dr. Ing. Jiří Fragner (1900–1977) pak rozvoj lékárny spojil s vybudováním moderní farmaceutické továrny ve vesnici Dolní Měcholupy, na jejímž místě se nyní nachází hlavní sídlo společnosti Zentiva.
- **1931–1989** Továrna „Benjamin Fragner“ zahájila plný provoz na přelomu

let 1930 a 1931. Vyráběla účinné látky a věnovala se i výzkumu. Jako jedna z prvních továren v Evropě roku 1944 úspěšně izolovala penicilin. Po znárodnění v roce 1946 se stala součástí Spojených farmaceutických závodů (SPOFA).

- **1989–2009** Po roce 1989 prošla společnost organizačními změnami, které vyvrcholily v roce 1993 založením firmy Zentiva, k. s. V roce 2003 se součástí Zentivy stala slovenská Slovako-farma a firma rozšířila svoje zastoupe-

ní na trzích střední a východní Evropy. V roce 2005 se uskutečnila akvizice vedoucí rumunské generické firmy Sicomed a o dva roky později Zentiva koupila předního tureckého výrobce generik firmu Eczacıbaşı Generics Pharmaceuticals.

- **2009–2016** V roce 2009 firmu koupila francouzská skupina Sanofi a rozhodla se vytvořit ze Zentivy svou evropskou generickou platformu, která v sobě spojila tři obchodní značky: Zentivu, Winthrop a Helvepharm.

Inzerce M151000810

A O X Y M E T R B Z Y U K
 K I A K T I M E A K V É C
 A M X V Z I N F Ú Z E D X
 N C R T E M O N O T I K K
 Y V P O K S O D N E N O F
 L O T E P L O M Ě R I L O
 A T S A L P Á N U V J W O

Dokážete vyřešit, s čím si ostatní nevědí rady?
 Přidejte se k nám na lekari-bez-hranic.cz



Liga proti rakovině letos cílí na nádory prsu

Rakovina prsu u žen a mužů je tématem letošních osvětových akcí Ligy proti rakovině. Na stejnou problematiku se zaměřil i letošní Světový den boje proti rakovině, který připadl na 4. února.

Předsedkyně Ligy proti rakovině, onkoložka MUDr. Michaela Fridrichová připomněla, že v evropské populaci jde o jedno z nejčastějších onkologických onemocnění s výskytem 63 nových případů na 100 000 žen. V Česku je výskyt proti průměru dvojnásobný. „Přes mnohé informační kampaně a možnosti screeningu jsou mezi námi stále ženy, které nemoc zanedbají i v případech jasných příznaků,“ uvedla MUDr. Fridrichová.

Důležitost včasného záchytu

Na celém světě bylo v roce 2012 za-

znamenáno 1,67 milionu nových případů rakoviny prsu, v Evropě 458 718. Jde o nejčastější zhoubný novotvar u žen kromě kožních. Rakovina prsu byla ve stejném roce ve světě příčinou smrti více než půl milionu žen, v Evropě 131 347. V Česku v roce 2013 zjištěli lékaři rakovinu prsu u 7140 žen, což představuje 133 na 100 000 žen. Ve stejném roce na ni zemřelo 1845 českých patientek.

V Česku byl zaveden plošný screening v září 2002, zahrnutý jsou do něj ženy od 45 let věku, horní hranice není. Mamograf hradí zdravotní pojišťovny jednou za dva

roky s možností sonografického vyšetření po roce. „I přes masivní edukační kampaně a zvaci dopisy od zdravotních pojišťoven využívá bezplatné mamografické prevence jen každá druhá žena v Česku,“ varovala MUDr. Fridrichová.

Screeningem se podařilo zvýšit podíl případů zachycených v prvním, zcela vyléčitelném stadiu. Malé nálezy dovolují konzervativní či chirurgické řešení zachovávající prs, s následnou dlouhodobou zajišťovací léčbou. Pokud je nutno prs kvůli nádoru odebrat, hradí zdravotní pojišťovny následnou rekonstrukci prsu.



Zleva: MUDr. Naděžda Vojáková (Medicinské centrum Anděl), MUDr. Alexandra Aschermannová (místopředsedkyně Ligy proti rakovině) a MUDr. Michaela Fridrichová (předsedkyně Ligy proti rakovině) | Foto: Jana Jilková

Všeobecná zdravotní pojišťovna podle mluvčího Oldřicha Tichého hradí ročně léčení rakoviny prsu více než 50 tisícům ženám a mužům. V roce 2014 zaplatila za 52 290 takto nemocných té-

měř 1,99 milionu korun. V těchto dnech začíná rozepisovat pozvánky na screening rakoviny stěru a konečnicku, čípku a prsu. Dostane je 1,5 milionu z téměř 5,9 milionu klientů. (red)

Vědci získali patent na sloučeniny zlata účinné proti nádorům

Olomoučtí vědci získali dva národní patenty na sloučeniny s obsahem zlata, které mají výrazné protizánětlivé i protinádorové účinky. Odborníci vidí budoucnost jejich využití například v kombinaci s radioterapií nebo při následné léčbě.

Na výzkumu se podíleli vědci z Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého a Regionálního centra pokročilých technologií a materiálů. Loni získali olomoučtí chemici evropský patent na nové látky s protinádorovým účinkem na bázi platiny.

Vyšší účinnost

„Společnou a farmaceuticky využitelnou vlastností nových látek je pozoruhodná kombinace jejich protizánětlivých účinků s výraznou protinádoro-

vou aktivitou. Ty byly ověřeny na buněčných modelech zánětu a nádorových liniích lidského adenokarcinomu prsu, osteosarkomu, maligního melanomu, karcinomu prostaty, vaječnicků a karcinomu vaječnicků rezistentního vůči cisplatině,“ uvedl vedoucí výzkumného týmu prof. RNDr. Zdeněk Trávníček, Ph.D., který má spolu s kolegy na kontě řadu dalších patentů.

Podle odborníků jsou nové patentované látky účinnější než dnes klinicky používané protizánětlivé léčivo s obsahem zlata (aurano-

fin). Navíc současně překonávají protinádorové účinky klinicky nejužívanější chemoterapeutika na bázi platiny (cisplatinu). Právě kombinace jejich biologických vlastností dává šanci pro využití látek jako léčiv zánětlivých i nádorových onemocnění. „Další pozitivní vlastností nově vyvinutých sloučenin je jejich schopnost překonat odolnost nádorů vůči cisplatině,“ doplnil jeden z původců patentů prof. RNDr. Zdeněk Dvořák, DrSc. et Ph.D. Jako příklad uvádějí odborníci využití látek v kombinaci s ra-

dioterapií, případně jako následnou léčbu po radioterapii. Látky by podle nich mohly potlačit nežádoucí vedlejší zánětlivé následky ozařování a zlepšit tak zdravotní stavu pacientů. Výzkumníci ale současně zdůrazňují, že k využití těchto látek jako léčiv vede ještě dlouhá cesta experimentálního a klinického výzkumu.

Olomoucké úspěchy

Na látky s protinádorovým účinkem se olomoučtí výzkumníci zaměřují řadu let. Například lo-

ni vědci v týmu profesora Trávníčka dostali evropský patent na komplexní sloučeniny na bázi platiny, které jsou účinnější než dnes používaná chemoterapeutika a mají i menší negativní vedlejší účinky. Udělení patentu předcházelo mnohaletý výzkum. Úspěšní jsou vědci z olomoucké univerzity i v ostatních oborech. Loni na podzim představili toxikologové z přírodovědecké fakulty modely lidských buněk, které dokážou odhalit nebezpečné látky v životním prostředí či potravinách a lze je využít i při testování vedlejších účinků nových léčiv. Předloni v září informovali zástupci univerzity o tom, že její odborníci získali společně s berlínskými kolegy evropský patent na stimulator růstu rostlin. Látka s pracovním názvem PI-55, kterou odborníci společně vyvinuli, dokáže utlumit rostlinu ve vnímání vlastních přírodních hormonů. (red)



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 2/2016

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Čaban,
Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Smejdová
Ing. Bc. Irena Kourilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová
tel. 225 276 355
e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl
tel. 225 276 255, 602 208 624
e-mail: kratochvil@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz



MLADÁ FRONTA

Generální ředitel

Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Retušeré: Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

Ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

Ředitelka distribuce a výroby

Soňa Starhová

Koordinátor výroby a distribuce divize

Medical Services

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

Předplatné

Monika Šnaidrová

tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 01847082

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21 Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Videňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 18. 2. 2016

Printek a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

Akci zaštitují:



ČESKÁ
LÉKAŘSKÁ KOMORA



ČESKÁ ASOCIACE
SESTER



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



SEXUOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP



2. Pražský sexuologicko-andrologický mezinárodní kongres 15.-16. 4. 2016 NH Hotel Praha

Kongresu se mezi předními odborníky zúčastní například

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc.
prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc.
MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. a další

Letos poprvé se sesterskou sekci!

Účastnický poplatek: **890 Kč** (sestry) **nebo 1190 Kč** (lékaři)

Akce je evidována v centrálním registru ČAS a je ohodnocena **10 kredity**.

Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena **12 kredity**.

Registrace na stránkách
www.kongres-medical.cz/aktualni-akce