

10
2023



Rozhovor s profesorem Radanem Keilem

str. 10

www.zamcasopis.cz

**Bolesti praktických
lékařů na venkově**
str. 2

**Zdravotnictví 2024 –
den první**
str. 19

**Pokroky v metabo-
lickém syndromu,
od prevence k léčbě**
str. 30

Představujeme...

Jiří Kozák a kolektiv

Algeziologie aneb léčba bolesti v kazuistikách



Léčba bolesti (algeziologie) je samostatný obor a věnuje se především chronické bolesti.

V knize známý odborník na léčbu bolesti a paliativní medicínu Jiří Kozák uspořádal 30 kazuistik tak, aby poukázal na hlavní záměr oboru, který představuje komplexní léčbu bolestivých stavů s důrazem na multidisciplinaritu v diagnostice chronických stavů i ve strategii terapie. Oslovil autory z několika specializací, kteří se léčbě bolesti věnují a podílejí se na léčbě bolesti na svých pracovištích – zkušené lékaře algeziology i psychology a fyzioterapeuty.

Jednotlivé kazuistiky mají shodnou strukturu: úvod, popis případu, závěr, diskusi a literaturu. Z hlediska terapie jsou v kazuistikách zmíněny neinvazivní i intervenční metody, které jsou součástí komplexní léčby, a právě jejich rozvoj je v posledních letech významnou pomocí v léčbě bolestivých stavů. Intervenční léčba bolesti, byť je na velkém vzestupu, však nemůže být používána u chronických pacientů jako jediná modalita léčby, a proto jsou zde uvedena i sdělení z oblasti psychologie, rehabilitace i neurologie.

Doporučená cena 399 Kč

Naše cena 319 Kč

Vyšlo v srpnu 2023



Objednávejte na www.eezy.cz

EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4

Kam se vytrácí úcta k lékařskému povolání?

„Můj čas je pouhopouhé prozatím. Můj čas může říct, já už neplatím. Rád tak rád bych žil a mám jen zbytek sil...“ dál asi slova úvodní písničky, kterou k seriálu Sanitka nazpívali Hana Zagorová, Petr Kotvald a Stanislav Hložek, většina z nás zná a není třeba v citaci textu pokračovat.

Seriál Sanitka si získal mnoho příznivců. Dívali se na něj malí i velcí a všichni obdivovali hrdinské skutky záchranářů a lékařů sloužících na záchraně. Pamatuju si, jak jsem jako malá hltala každý díl seriálu a netrpělivě jsem čekala na další pokračování. Obdobně jsem to měla i s Nemocnicí na kraji města. O to víc nyní žasnu, když vidím, jak úcta k lékařům, záchranářům, sestráům a dalším zdravotníkům, upadá.

Když jsem kdysi dávno psala o tom, jak ve vinohradské nemocnici napadl pacient personál, přišlo mi to jako z jiného světa. Nyní, jak se zdá, jde o jev tak častý, že nemocnice nabízejí svým zaměstnancům kurzy sebeobrany. Stejně je to u záchranářů. Syn studuje vysokou školu, bakalářský obor záchranář a sebeobrana je jedním z předmětů, které jim plní rozvrh.

Je smutné sledovat, jak se z lékařského povolání, kterému v minulosti patřila velká vážnost, stává profese, která je snadným terčem útoků agresorů.

V časopisu Zdravotnictví a medicína je lékařům stále věnována velká pozornost a úcta, i proto v každém čísle přinášíme dva rozhovory s lékaři.

První rozhovor je na téma ordinace praktických lékařů na venkově. Pan doktor David Halata v něm popisuje bolesti, ale i radosti lékařů praktikujících mimo velká města.

Druhý rozhovor jsem dělala s panem profesorem Radanem Keilem z motolské nemocnice a bavili jsme se spolu o možnostech endoskopických vyšetření u dospělých i dětských pacientů.

Kongresové zpravodajství se tentokrát zaměřilo na první den dvoudenní konference Zdravotnictví 2024, kterou pořádá společnost EEZY Events & Education a Unie zaměstnavatelských svazů České republiky. V článku najdete přehlednou reportáž a fotoreportáž z úvodního dne. Zpravodajství z druhého dne přineseme v následujícím čísle.

Ve výčtu zajímavých článků říjnového čísla nesmí chybět materiál kolegyně Jany Brabcové, která se věnovala prevenci a léčbě metabolického syndromu.

Těšit se můžete i na pravidelné rubriky, na stránkách se záhlavím O čem se mluví přinášíme krátké přehledné texty o novinách v medicíně, těšit se můžete na zajímavosti z regionů a samozřejmě i na historii medicíny. Kolegyně Jana Jílková si z dějin medicíny vybrala pro naše podmínky poněkud nevšední téma a roze-psala se o malárii. V textu kromě jiného zmiňuje třeba to, že malárie byla známá už v dobách antiky a název nemoci vznikl ze slovního spojení „mal aria“, což znamená špatný vzduch.

Článků v aktuálním vydání měsíčníku Zdravotnictví a medicína samozřejmě najdete mnohem víc a já věřím, že každý z nich čtenáře nějak obohatí.

Sedím u stolu a v tichosti dopisuji editorial. Venku je tma, všechno kolem už spí, jen praskání ohně v krbu je důkazem jakéhosi života kolem mě. Mám ráda, když



praská hořící dřevo, vlastně mám ráda i venkovní nevlídno a mrazivo, které mě k zapálení ohně pobízí. V dnešním dopoledním dešti jsem se psy v lese nachodila dvanáct kilometrů, to je taková naše denní norma.

Když jsem se vracela, tak jsem v dálce zahlédla blikající modré majáky záchranáky. Sanitka jela po hlavní silnici a mířila na dálnici. Přemýšlela jsem, kdo právě potřeboval pomoc, koho a jak pozlobilo zdraví, a moc jsem posádce přála, aby byl jejich výjezd nejen úspěšný, ale i klidný a bezpečný.

Krásné říjnové čtení všem přeje

Petra Katerová

šéfredaktorka

OBSAH



Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Bolesti praktických lékařů na venkově	2
■ Umělá inteligence pomáhá s návrhem správné léčby	4
■ Lidé s Parkinsonovou chorobou pociťují rozdíly v účincích léků	6

■ Deprese a syndrom vyhoření mají mnoho společného	8
■ Rozhovor s profesorem Radanem Keilem	10
■ Když mají téma, jsou schopni ho pojmenovat a vyřešit	14
■ Zprávy z regionů	16

MEDICÍNA

■ Zdravotnictví 2024 – den první	19
■ Ohlédnutí za XVI. celostátním sjezdem České společnosti klinické biochemie	23
■ Pneumologové se sjeli do Brna	24

■ Poskytovatelé sociálních služeb si zaslouží pozornost a pochvalu	26
■ Lékaři loni provedli rekordní počet endoprotéz kolene a kyčle	28
■ Mladých pacientů s chronickými záněty střev přibývá	29
■ Pokroky v metabolickém syndromu, od prevence k léčbě	30
■ Sestry slavily v pražském Kině Lucerna	34
■ Specifika ošetrovatelské péče v paliativní medicíně	36
■ Mal aria není jen špatný vzduch	38
■ Nabídka práce	40

Bolesti praktických lékařů na venkově

Praktických lékařů ubývá, z čísel vyplývá, že problém s dostupností lékařské péče by mohl během následujících let zasáhnout zejména český venkov. „Mladí lékaři preferují sdružené praxe, to u nás ještě není nijak zaběhnuté. Potíží je i s tím, že některé výkony, které již praktičtí lékaři dnes běžně provádějí, neproplácí zdravotní pojišťovny,“ říká MUDr. David Halata, praktický lékař z Hošťálkové na Vsetínsku a předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP.

Často se mluví o tom, že se Česká republika potýká s nedostatkem praktických lékařů, je to tak?

V České republice skutečně je nedostatek praktických lékařů, respektive kvůli demografickému vývoji tomu tak nejspíš brzy bude. V České republice je více než 40 procent všeobecných praktických lékařů (VPL) starších šedesáti let. Dá se proto očekávat, že v následujících pěti až deseti letech bude s největší pravděpodobností scházet zhruba 2000 praktiků, pokud je do té doby nezvládneme nahradit.

Zároveň máme dostupná data, která sledují, kolik lékařů odchází a kolik nových přichází v jednotlivých regionech v závislosti na velikosti a osídlenosti daných lokalit. Z dat vyplývá, že v sídlech pod 5000 obyvatel praktiků ubývá, a naopak v sídlech nad 200 000 obyvatel je situace stabilní nebo lékařů přibývá. Takže je jasně vidět trend úbytku mladších VPL na venkově.

Dají se vytipovat lokality, kde je praktiků nedostatek, a kde jich je naopak víc, než by bylo nutné?

Na datech je jednoznačně vidět, že menší sídelní útvary, jako jsou vesnice a menší města, tolik nelákají mladé lékaře k přebírání praxí. Což nejspíš souvisí s celkovou kvalitou života na vesnici a také s tím, jak se stát a jeho instituce zabývají zkvalitněním života na venkově. Pak samozřejmě jsou a vždycky budou regiony, které jsou atraktivnější na život pro kohokoliv, a jsou naopak regiony, které jsou atraktivní méně. To jsou například průmyslové regiony, které nikdy nebudou tak atraktivní jako například regiony s nádhernou přírodou a historickými centry měst.

Lze nedostatek praktických lékařů chápat tak, že by nebyl zájem o obor či o práci na venkově?

Zájem o všeobecné praktické lékařství dobře vystihuje zájem o rezidenční místa – každý rok je mezi absolventy lékařských fakult větší zájem o rezidenční místa, než kolik je samotných míst. Z toho



Lze odvodit, že zájem o obor je poměrně vysoký.

Ukazuje se i to, že mladí praktici chtějí pracovat na venkově. Problém je v tom, že jim na venkově nedokážeme nastavit podmínky tak, aby tam ve výsledku zamířili.

Budme konkrétní, kde je problém?

Otázka venkovského lékařství je složitá, je to samozřejmě na dlouhodobé řešení. Nicméně i v těchto dlouhodobých řešeních lze najít témata, která lze adresovat poměrně rychle. Určitě je problém ve vzdělávání – víme, že na lékařských fakul-

tách nedostávají medicu dostatek informací o našem oboru, chybí tady krátkodobé stáže ve venkovských ordinacích. U finančních pobídek, které v tuto chvíli nabízí kraje nebo ministerstvo zdravotnictví, víme, že se míjejí s tím, co by mladí praktici ocenili. Většina pobídek je v tuto chvíli krátkodobá nebo jednorázová, zatímco mladá generace by ocenila spíše dlouhodobé, ve smyslu vyšších úhrad od zdravotních pojišťoven nebo snížení daňové zátěže.

Pak jsou samozřejmě otázky výrazně dlouhodobé, související s celkovou kvalitou života na venkově, což se netýká jenom

lékařů – dostupnost škol, školek, zaměstnání pro partnera, dopravní obslužnost.

Velmi zajímavým výstupem z našeho průzkumu byly odpovědi na otázku ohledně formy, jakou by chtěli mladí lékaři pracovat. Z té jednoznačně vyplynulo, že preferují v 77 procentech částečné úvazky a týmy primární péče, tzv. sdružené praxe. Tady nastává problém, protože v Česku naprosto drtivě převládají tzv. single-handed praxe, tedy jeden lékař, jedna sestra, které už z principu částečné úvazky vůbec neumožňují. Když to dáme do kontextu toho, že většina pobídek krajů se míjí s poptávkou mladých lékařů, tak tvoříme vlastně téměř neřešitelnou situaci, která by se přitom při jen malých změnách mohla překlopit.

Mohou mít lékaři pocit, že když dnes půjdou na venkov, je to pro ně „konečná“? Tedy že se nemohou dále kariéře posouvat?

Je to jeden z faktorů – několik respondentů v průzkumu rukou dopsalo něco ve smyslu „co se divíte, že nikdo nechce na venkov, když do nás celou fakultu hustí, že když to uděláme, tak z nás bude hloupý venkovský lékař“. Dost často jim to říkají lékaři úplně jiných odborností, kteří ani neví, jak dnes venkovská praxe vypadá, a mají stále představu Štěpánka z Bezdíkova (Štěpán Šafránek z cyklu Jak svět přichází od básníky pozn. red.), což je ale obrázek 35 let zpátky. To opět souvisí s výukou na lékařské fakultě, kterou jako nedostatečnou s ohledem na náš obor označilo 82 procent respondentů. Nám se v tomhle ohledu velmi osvědčují krátkodobé praxe v ordinacích venkovských VPL, kdy se během několika týdnů často naprosto mění pohled studentů na tuto specializaci.

Mají ministerstvo zdravotnictví, kraje a zdravotní pojišťovny programy, jak mladé praktiky na venkov lákat, nebo je to spíš o náhodě?

Dnes mají pobídkové programy všechny tři tyto instituce. Z výsledků našeho průzkumu ale vyplývá, že naprostá většina těchto pobídek není pro mladé motivací. Čili je určitě na zvážení, zda nezměnit jejich strukturu, a opravdu to není jen o finanční výši.

Většina pobídek dnes má podobu buď stipendia při studiu na fakultě, nebo jednorázového příspěvku na pořízení praxe nebo vybavení ordinace, které nejsou pro lékaře příliš zajímavé. Naopak zajímavé je například poskytnutí stavebního pozemku nebo bytu, případně dlouhodobá

opatření jako vyšší platby za výkony nebo snížení daní, o kterých jsem již mluvil.

Je v některých krajích či obcích v ohrožení dostupná zdravotní péče? Právě z důvodu, že lidé musejí dojíždět příliš daleko a pro mnoho z nich to není v jejich silách.

V české legislativě je zakotvena dostupnost VLP v dojezdu do 35 minut autem. Tato síť určitě v celé ČR dostupná je. Nicméně pro spoustu pacientů je to vzdálenost velká, takže jsou regiony, kde už praktici výrazně chybí. Mezi ně v tuto chvíli patří například okolí Ústí nad Labem, Karlových Varů nebo Vysočina, částečně i Zlínský kraj, sever Olomouckého kraje nebo Liberecko.

Hradí pojišťovny všechna vyšetření ve venkovských ordinacích? Protože právě i z jejich strany je tlak na co nejdostupnější péči...

Jako jeden ze tří faktorů rozhodujících o místě, kam se mladý praktik vydá, uváděli respondenti dostupnost navazující lékařské péče. Jinými slovy mladí lékaři si uvědomují, že na venkově nebudou moci tak často a snadno odeslat pacienta na další vyšetření ke specialistům nebo do nemocnice, jednoduše proto, že tam není takové spektrum péče jako třeba v Praze a dalších velkých městech. To v praxi znamená, že budou muset mnohé z této práce odvést sami. No a v systému je spousta omezení, která limitují naši práci. My praktici třeba nemůžeme psát všechny léky, přestože mnohdy víme, jak nemoc diagnostikovat a léčbu vést. Další typický příklad je ultrazvuk, umíme jej používat a víme jak na něj, ale zdravotní pojišťovny se stále poměrně silně brání tomu tuto péči hradit.

Neměla by osvěta mladých praktiků začít už během studia? Myslím tím vysvětlení, že venkovské lékařství není nic špatného...

Zcela určitě, výuka praktického lékařství u nás už dávno neodpovídá evropským standardům a zvyklostem. Jenom pro představu, student medicíny v Česku za šest let studia stráví v ordinaci praktika jeden až dva týdny, v závislosti na lékařské fakultě, a absolvuje jeden rok seminářů. Jsou země v Evropě, jako například Irsko, kde student lékařské fakulty od druhého do šestého ročníku absolvuje až osmnáct týdnů stáží ve venkovské ordinaci praktického lékaře a studium oboru začíná už od druhého ročníku. Je to důležité i z hlediska poznání místní komunity v daném kraji, protože student takto už od začátku získá-

vá vazbu na tu danou oblast a data ukazují, že se tam velmi často vrací pracovat.

Není na venkově problém s atestací, mají mladí lékaři, kteří už se pro venkov rozhodnou, stejné podmínky jako ve velkém městě?

Předatestační příprava je v Česku postavená na tzv. školitelích a ano, je trošku problém, že školitelů máme více ve velkých městech a na venkově je jich méně. Souvisí to samozřejmě i s generační obměnou školitelů a lékařů. Na to se nyní snaží reagovat projekt Společnosti všeobecného lékařství (SVL), který jmenoval 14 krajských zástupců pro školení. Čili každý kraj má nyní svého zástupce od SVL, který se má věnovat právě kvalitě vzdělávání, školitelům a školencům. Od toho projektu si slibujeme, že se výrazně zlepší jak dostupnost vzdělávání pro mladé lékaře, tak hlavně kvalita vzdělávání.

Je motivací pro zájem o obor mezi mladými lékaři rozšíření kompetencí praktiků? Bylo by to alespoň částečným řešením problému?

Zcela určitě je pro mladé lékaře zvyšování kompetencí praktiků lákavé, je pro ně zajímavá celková péče o pacienta, protože naše specializace je jedna z posledních, která v systému zdravotní péče pacienta takto léčí. Péče je dlouhodobá, známe své pacienty řadu let, víme, jaké jsou vztahy v jejich rodinách a komunitách, a to se všechno promítá do následné péče. Tento přístup je pro mladé lékaře velice atraktivní. Další věcí je i zvyšování přístrojového vybavení, kdy vedle těch základních point-of-care nástrojů, jako je CRP, vyšetření na poškození srdečního svalu nebo plicní embolii, přibývá spirometrie nebo ultrazvukových vyšetření. Mluví se i o denzitometrickém vyšetřování v rámci prevence osteoporózy. To narůstající vybavení ordinací činí obor více zajímavý pro mladé lékaře. Dost často ale slyšíme, že mladí lékaři si náš obor volí kvůli lepšímu finančnímu zajištění a méně časově náročné práci, což se snažíme především mladým lékařům poměrně důrazně vyvracet. Finanční ohodnocení v našem oboru není výrazně lepší než v jiných a také je mýlka, že naše práce je méně časově náročná. Studenti a mladí lékaři, když vidí vypsané ordinační hodiny, si neuvědomují, že představují zhruba 60–80 procent naší práce, velká část se odehrává mimo ně. To je třeba si uvědomit.

Petra Hátlová

Foto: archiv Davida Halaty

Umělá inteligence pomáhá s návrhem správné léčby

Technická univerzita ve Vídni vyvinula program s umělou inteligencí, která lékařům pomáhá navrhnout optimální léčebné kroky při otravách krve. Při testování byl program úspěšnější než člověk. Na výzkumu spolupracovala Technická univerzita ve Vídni s Lékařskou univerzitou ve Vídni.

Umělá inteligence (AI) v budoucnosti medicínu ovlivní, o tom není pochyb. Testy ukazují, že v diagnostice se jí daří. Počítač se dá například naučit, aby s vysokou úspěšností posoudil snímky, zda vykazují patologické změny, či nikoli. Dosud však bylo obtížné vytrénovat umělou inteligenci, aby snímky porovnávala v čase, rozpoznávala změny a navrhla léčebná opatření. Ale i to se nyní podařilo ve společném výzkumu vídeňské technické univerzity a lékařské univerzity.

Díky mnoha sebraným datům z jednotek intenzivní péče z několika nemocnic vyvinuli odborníci umělou inteligenci, která umí navrhnout léčbu lidem, kteří potřebují intenzivní péči kvůli sepsi. Analýzy ukazují, že umělá inteligence už překonává kvalitu lidských rozhodnutí. Teď je však čas na diskusi o právních aspektech využití AI v léčbě.

Optimální využití dostupných dat

„Na stanicích intenzivní péče se během monitorování v průběhu hodin sbírají rozličná data o zdravotním stavu jednotlivých pacientů a chtěli jsme zjistit, zda by se tato data nedala využívat lépe než dosud,“ popsal záměr výzkumu profesor Clemens Heitzinger z Institutu pro analýzu a vědecké výpočty na Technické univerzitě Vídeň, který je zároveň spoluředitelem místního mezifakultního „Centra pro umělou inteligenci a strojové učení“ (CAIML).

Zdravotnický personál se rozhoduje na základě přesných instrukcí. Lékaři většinou dobře ví, které parametry musí zohlednit, aby pacientovi poskytli nejlepší péči. Počítač však může vyhodnocovat mnoho dalších parametrů, které člověk může ignorovat, výsledkem toho je návrh lepších léčebných postupů.

Počítač jako plánovací agent

„V našem výzkumu jsme použili metodu strojového učení nazvanou „Reinforce-

ment Learning“, říká Clemens Heitzinger. „Nejde jen o jednoduchou kategorizaci, tedy například rozdělení snímků na ty, kde je vidět nádor, a na ty, kde vidět není, ale o vývoj proměnlivý v čase, o předpovězení vývoje, kterým si projde konkrétní člověk na lůžku. Z matematického hlediska jde o něco zcela jiného. Tomu se v medicíně věnuje jen málo výzkumů,“ upřesňuje Heitzinger.

Princip této metody lze popsat takto: počítač se stává agentem, který sám navrhuje léčebné postupy. Pokud se daří pacientovi dobře, je počítač „odměněn“. Pokud se jeho stav zhoršil, případně pacient zemřel, bude počítač „potrestán“. Program je tedy navržen tak, aby všemi dostupnými prostředky maximalizoval své virtuální „odměny“. K tomu, aby zvýšil svou pravděpodobnost úspěchu, program strategicky využívá mnoho dostupných nemocničních dat.

Umělá inteligence má lepší výsledky než člověk

„Sepse je jedna z nejzávažnějších příčin úmrtí v intenzivní medicíně. Pro lékaře i nemocnice představuje obrovskou výzvu, protože její včasné odhalení a navržení odpovídající léčby jsou pro přežití pacienta klíčové,“ vysvětlil Oliver Kimberger z Kliniky anesteziologie, všeobecné intenzivní medicíny a centra pro léčbu bolesti při Lékařské univerzitě ve Vídni. „Zatím se v této oblasti podařilo uskutečnit jen několik málo průlomových lékařských objevů, proto je hledání nových léčebných postupů a přístupů naléhavější. Proto je zajímavé zkoumat do jaké míry může umělá inteligence přispět k lepší lékařské péči. Nasazením modelů strojového učení a dalších technologií umělé inteligence by se mohla zlepšit diagnostika a léčba sepse, což v konečném důsledku zvýší šance pacientů na přežití,“ doplnil očekávání týmu Kimberger.

Z analýz provedených pokusů je patrné, že schopnostmi už umělá inteligence lidi překonala: „Při použití strategie umělé inteligence byla míra vyléčení vyšší, než když o léčebných postupech rozhodovali jen lidé. V jedné naší studii se míra vyléčení z hlediska devadesátidenní úmrtnosti zvýšila přibližně o 3 % na zhruba 88 %,“ upřesnil čísla Heitzinger.

Samozřejmě to neznamená, že by od teď měla umělá inteligence na jednotkách intenzivní péče rozhodovat o léčebných postupech. Ale umělou inteligenci lze nechat u patientských lůžek jako doplňkové zařízení. Zdravotnický personál se může s programem „poradit“ a porovnat své navržené postupy s návrhy programu. Tak může být umělá inteligence užitečná i při vzdělávání.

Co právní otázky?

„Samozřejmě tento výzkum vyvolává další důležité otázky – zejména ty právní,“ upozornil Heitzinger. „V první řadě asi někoho napadne: kdo ponese odpovědnost za případné chyby umělé inteligence? Ale otázku lze postavit i obráceně: Pokud umělá inteligence navrhla správné řešení, ale člověk zvolil jiné postupy a pacient kvůli tomu utrpěl újmu, kdo nese odpovědnost? Bude pak lékař nebo lékařka čelit obvinění, že by bylo lepší, kdyby AI důvěřoval, protože ona vyhodnocovala další data? Nebo je lidským právem za všech okolností rady počítače ignorovat?“

„Z našeho výzkumu vyplynulo, že současný stav techniky umožňuje umělou inteligenci úspěšně využívat v klinické praxi. Je však zapotřebí vyvolat celospolečenskou diskusi o rámcových podmínkách a jasných právních pravidlech využití AI v praxi,“ prezentoval výsledky výzkumu a další možnosti jeho pokračování Heitzinger.

Iva Strnadová



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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.

Výpomocná registrace

V rámci koordinace evropských zdravotních systémů byl ustanoven jednotný postup při proplácení péče za osobu, která je pojištěna v jednom státě a v jiném státě dochází k čerpání zdravotní péče. Tímto jednotným postupem je systém výpomocné registrace, kdy se čerpaná péče vykáže místní zdravotní pojišťovně a ta si sama zajistí přeúčtování této péče mateřské pojišťovně ošetřené osoby. Společná koordinace systému proplácení čerpané péče zahrnuje státy EU, státy EHP (Norsko, Lichtenštejnsko, Island), Švýcarsko a Velkou Británii. V této Poradně popíšeme, jaké mohou nastat chyby při podání žádosti o výpomocnou registraci a jak funguje aplikace e-KZP.

Systém výpomocné registrace výrazně zjednodušuje proces úhrady čerpané péče u osob pojištěných v jiném evropském systému zdravotního pojištění. Jednou ze základních podmínek úspěšné výpomocné registrace je, že osoba má tzv. nárokový doklad, jímž může být modrý plastový průkaz (EHIC – European Health Insurance Card) nebo doklad dočasně nahrazující průkaz (REPL – Temporary replacement of EHIC).

Chyby při podání žádosti o výpomocnou registraci

K nejčastějším chybám, které zdravotnická zařízení dělají při podání žádosti o výpomocnou registraci, patří zejména neúplné informace o nárokovém dokladu, nečitelný nebo neplatný nárokový doklad prokazující příslušnost do jiného evropského sociálního systému. Za neúplný doklad je považována i žádost bez údajů, jako je identifikace osoby, absence období, kdy došlo k čerpání péče, identifikace zahraniční pojišťovny nebo identifikace nárokového dokladu (tj. číslo průkazu EHIC). Další chybou bývá, že k žádosti je místo průkazu EHIC přiložen průkaz národního pojištění daného státu (např. Slovensko či Rumunsko). Nastávají i situace, kdy prodleva mezi datem ošetření a datem podání žádosti o výpomocnou registraci přesáhne 30 dnů. Nebo je o výpomocnou registraci žádáno i v případě, kdy osoba před-



Ing. Jana Čemusová,
oddělení správy registru a peněžních
operací

loží český EHIC. Zda jde o EHIC český či jiného státu, lze snadno rozlišit podle písmen v kolečku tvořeném hvězdičkami v pravém horním rohu průkazu. Je-li uvedeno CZ, jedná se o český EHIC a výpomocná registrace pak zcela postrádá smysl. Lékařskou péči lze vykázat standardním způsobem jako druh pojištění 1.

Aplikace e-KZP

Je-li nárokový doklad v pořádku, nejvhodnějším způsobem pro výpomocnou registraci je použití aplikace e-KZP. Aplikace je k dispozici na webové adrese www.e-kzp.cz. Před prvotním použitím vyžaduje aplikace

e-KZP registraci uživatele. Při registraci je vhodné postupovat podle instrukcí nápovědy, kde je vše srozumitelně popsáno a vysvětleno. Aplikace poskytuje řešení pro dvě základní situace. Jednak umožní výpomocnou registraci osoby s nárokovým dokladem nebo umožní odeslání žádosti o náhradní doklad, pokud ošetřované osobě nárokový doklad chybí. V případě výpomocné registrace uživatel vyplní potřebné osobní údaje klienta, dále se uvede období čerpání péče, pokračuje zadáním údajů z nárokového dokladu (EHIC nebo REPL), doplní údaje o zahraniční a tuzemské pojišťovně, která bude úhradu péče realizovat. A nakonec přiloží scan nárokového dokladu. Na základě správně vyplněné žádosti o výpomocnou registraci přidělí zvolená zdravotní pojišťovna ošetřované osobě číslo pojištěnce a příslušná péče se pod tímto přiděleným číslem vykáže jako druh pojištění 4. Je-li aplikace e-KZP nainstalována v mobilním zařízení, pak při zpracování scanu průkazu EHIC se aplikace pokusí rozpoznat a vyplnit větší část požadovaných údajů.

Alternativní, i když méně podporovanou možností je zaslání všech potřebných informací (období čerpání zdravotní péče a čitelný scan nárokového dokladu) do vybrané zdravotní pojišťovny ČR. Celý proces výpomocné registrace je v tomto případě delší, neboť zaslání údajů nelze zpracovávat automaticky.

Lidé s Parkinsonovou chorobou pociťují rozdíly v účincích léků

Mezinárodní průzkum realizovaný pod záštitou organizace Parkinson's Europe a farmaceutické společnosti STADA1 uvádí, že dvě třetiny lidí trpících Parkinsonovou chorobou užívají perorální léky s léčivou látkou levodopa nebo jiný typ perorální léčby. Průzkum byl proveden v 53 zemích a celkem se ho zúčastnilo 992 respondentů s Parkinsonovou chorobou nebo jejich pečovateli. Dva ze tří lidí užívajících perorální léky však uvádějí rozdíly v jejich účincích. Nejčastěji zmiňovanými problémy jsou odeznění účinku léku před podáním další dávky, pouze částečná reakce na lék nebo opožděný nástup účinku.

Téměř všichni – více než 96 % respondentů průzkumu žijících s Parkinsonovou chorobou – potvrdili, že užívají léky na své onemocnění. Průzkum se zaměřil na pokročilé stadium tohoto onemocnění a na vnímání, informovanost a znalosti o možnostech léčby. Významné procento lidí s Parkinsonovou chorobou totiž nekontaktuje se zdravotnickými pracovníky vývoj svého onemocnění a ani možnosti léčby, které jsou v průběhu onemocnění k dispozici.

Téměř 90 % všech respondentů průzkumu užívá perorální léky, z toho téměř každý čtvrtý (24 %) v kombinaci s transdermálními/náplastovými terapiemi. Průzkum se týkal také dalších terapeutických možností, jako je hluboká mozková stimulace a terapie pomocí pumpových systémů.

Z 65 % pacientů, kteří potvrdily změny v účincích užívání perorálních léků, tři z pěti (60 %) dále uvedli, že „pravidelně“ nebo „často“ pociťují, že účinek léku vyprchává předtím, než má být podána další dávka. Přibližně dva z pěti uvedli částečnou odezvu bez obvyklého vymizení motorických příznaků (42 %) a opožděný nástup účinku (40 %).

Více než polovina respondentů průzkumu (53 %) konstatovala, že více než dvě

hodiny denně není plně „funkční (v ON stavu)“, tj. necítí plný účinek léků a neovládají motorické funkce, což má dopad na jejich schopnost vykonávat běžné denní činnosti.

Podle průzkumu jsou nejproblematictější motorickým příznakem problémy s rovnováhou a chůzí nebo držením těla, dále bradykineze a rigidita. Nejvíce obtěžujícími nemotorickými příznaky, které lidé trpící Parkinsonovou chorobou pociťují, jsou problémy se spánkem, střevní potíže, paměťové a kognitivní potíže.

Bývalá členka správní rady Parkinson's Europe Lizzie Grahamová v závěrečných doporučeních zprávy uvedla: „Výsledky ukazují, že velké procento lidí s Parkinsonovou chorobou se i nadále potýká s motorickými i nemotorickými výkyvy, které mají nepříznivý dopad na kvalitu jejich života, a to i přes užívání mnoha léků. Tato zjištění naznačují, že někteří lidé možná budou muset zvážit alternativní léčebné postupy, aby si dlouhodobě udrželi dobrou kvalitu života.“

Mezi další důležitá zjištění průzkumu patří, že téměř každý druhý (46 %) respondent nekontaktuje se svým neurologem, rodinným lékařem nebo jiným

zdravotnickým pracovníkem postup onemocnění, včetně pokročilého stadia Parkinsonovy choroby. O něco více než třetina (37 %) takovou diskusi vedla a u 16 % dotazovaných již byla diagnostikována pokročilá forma Parkinsonovy choroby.

„Jako rostoucí dodavatel léčivých přípravků v mnoha terapeutických kategoriích, včetně centrálního nervového systému, je společnost STADA odhodlána naslouchat hlasům lidí žijících s Parkinsonovou chorobou a jejich rodin a reagovat na ně,“ uvedl Bryan Kim, globální ředitel společnosti STADA pro oddělení Specialty. „Budeme i nadále spolupracovat se zainteresovanými stranami, abychom zajistili, že lidé s Parkinsonovou chorobou budou mít přístup k vhodným možnostem léčby, které by měli probrat se svým ošetřujícím lékařem.“

V České republice je léčba Parkinsonovy nemoci možná u ambulantních neurologů, ale moderní léčba, tj. hluboká mozková stimulace a pumpové systémy, je poskytována jen ve třech specializovaných centrech, a to v Praze, Brně a Olomouci.

„V České republice byl tento rok mezi pacienty s Parkinsonovou chorobou realizován také průzkum, a to ve spolupráci s místní patientskou organizací. Zjišťoval naplňování očekávání pacientů v souvislosti s moderní léčbou pokročilého stadia této choroby. Podle zkušeností, a tedy i odpovědí dotazovaných moderní metody ve výrazné většině dokážou naplnit očekávání efektu dané léčby,“ uvedla Pavlína Koutenka, manažerka oddělení Specialty společnosti STADA pro český trh, a dodala: „Jsme velmi rádi, že můžeme pacientům této závažné choroby nabídnout možnost léčby pokročilého stadia onemocnění, a napomoci tak ke zlepšení kvality jejich života.“

(red)



TÉMA MĚSÍCE: Věkem podmíněná makulární degenerace

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) patří k nejzávažnějším onemocněním sítnice a je nejčastější příčinou těžké ztráty zraku až slepoty u starších lidí. V rozvinutých zemích je dokonce nejčastější příčinou praktické slepoty. Pro záchranu zraku je důležitá včasná diagnostika. Na otázky k věkem podmíněné makulární degeneraci a její léčbě odpovídá MUDr. Dana Fillová.

Co VPMD způsobuje?

Při makulární degeneraci dochází k poškození tzv. žluté skvrny – místa nejostřejšího vidění. Postupně dochází ke zhoršení centrálního vidění, přičemž periferní vidění je obvykle zachováno. Pro pacienta to znamená, že má určitou možnost orientace v prostoru, rozezná obrysy, ale nepřečte text, nerozezná obličeje, nerozezná barvy a všechny tvary vnímá pokřiveně.



Odborný poradce:

MUDr. Dana Fillová

Vedoucí lékař aplikačního a vitreoretinálního centra OCP

Zabývá se především terapií a diagnostikou zadního segmentu oka (patologie sklivce a sítnice). V Očním centru Praha vede specializované centrum pro léčbu onemocnění sítnice. Od roku 2020 působí jako principal investigator v mezinárodních klinických studiích léčby sítnice.

Jaké jsou příznaky VPMD?

Nejčastějším subjektivním příznakem je zhoršení vidění na čtení nebo ztráta schopnosti číst. Zpočátku se onemocnění VPMD může projevovat velmi nenápadně. Zhoršení vidění za tmy a za šera, mírně zamížené vidění, barvy nejsou tak jasné jako dřív, našedlá místa v zorném poli nebo rozvlákněný text při čtení. Tyto prvotní příznaky pacienti často automaticky přičítají „normálnímu“ zhoršení zraku. Nebo mohou být i těžko postřehnutelné z toho důvodu, že zdravé oko kompenzuje vidění postiženého oka. Proto k nám bohužel přicházejí pacienti často až v pokročilém stadiu onemocnění.

Jak rychlý je postup onemocnění?

Onemocnění se vyskytuje ve dvou formách – suchá a vlhká, přičemž „vlhká“ forma postupuje velmi rychle a dokáže zničit zrak skutečně během několika týdnů či měsíců, dokonce může dojít ke zhoršení zraku i během dnů. Při vlhké formě dochází k prorůstání cév pod sítnicí, které propouští tekutinu do zadní části oka. Hromaděním této tekutiny vzniká na sítnici otok, který způsobuje právě zhoršení centrálního vidění.

Jedná se o časté oční onemocnění?

Odhaduje se, že v České republice je tímto onemocněním postiženo 350 000 lidí. Výskyt tohoto onemocnění souvisí s věkem a se stárnutím populace bude počet nemocných postupně narůstat. Suchou formou VPMD trpí 85 % pacientů a vlhkou

formou 15 % pacientů, přičemž vlhká forma VPMD způsobuje u 90 % pacientů závažnou ztrátu zraku.

Lze tomuto onemocnění nějak předejít?

Onemocnění předejít nelze ani jej nelze zcela vyléčit (nelze zcela obnovit zrakové funkce a normální vidění). Včasnou diagnostikou a pomocí moderních léčiv lze toto onemocnění účinně zbrzdit a zastavit další vývoj nemoci. Lidé nad 50 let by tedy měli pravidelně podstupovat oční vyšetření zahrnující i speciální skenování sítnice pomocí OCT angiografie, která dokáže odhalit toto onemocnění v počátečním stadiu, kdy pacient ještě žádné příznaky onemocnění nepociťuje. Zároveň je možné se na toto onemocnění testovat i doma pomocí tzv. Amslerovy mřížky.

Jak se VPMD léčí?

U vlhké formy nemoci se v rámci léčby postupuje k moderní biologické léčbě. Při této léčbě se do oka aplikují nitrooční injekce s anti-VEGF preparátem do sklivce. Biologická léčba je chronická. Je cílená, maximálně efektivní a její včasná aplikace může zastavit či významně zpomalit postup onemocnění. Naopak bez léčby může být ztráta vidění velmi rychlá a může vést dokonce až k praktické slepotě.

A jaká je léčba suché formy?

Léčba suché formy makulární degenerace je konzervativní. Pacientům doporučujeme

užívat doplňky stravy s luteinem, které se dají běžně zakoupit v lékárnách.

Je léčba VPMD hrazená pojišťovnami?

Anti-VEGF preparáty jsou řazeny mezi tzv. centrové léky, které jsou finančně nákladné. Zdravotní pojišťovny je hradí na základě splnění přesně daných kritérií pro toto onemocnění. Naše Oční centrum Praha je jedním ze specializovaných pracovišť v Praze a Středočeském kraji, která mohou biologickou léčbu sítnice plně hrazenou ze zdravotního pojištění poskytovat. Patříme i mezi první centra v České republice, která v letošním roce začala aplikovat i novou, nejmodernější biologickou léčbu.

Z tohoto odkazu se můžete pomocí Amslerovy mřížky v klidu domova pravidelně testovat. Ideálně každý den. Je to nenáročné a během minuty budete vědět, zda máte zrak v pořádku nebo se raději máte objednat na vyšetření.



Deprese a syndrom vyhoření mají mnoho společného

Moderní svět se všemi svými vymoženostmi a technologickými zázraky s sebou přináší méně vítaný doprovod: zvyšující se výskyt psychických stavů, jako je syndrom vyhoření a deprese. Syndrom vyhoření neovlivňuje pouze profesní život, ale narušuje celkovou kvalitu života. Deprese představuje ještě hlubší problém, vedoucí k pocitům smutku, ztrátě radosti z činností i fyzickým příznakům, jako jsou poruchy spánku nebo chronická únava. Oba stavy navíc významně ohrožují rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem. Výzkumný tým Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze vedený profesorem lékařské psychologie Radkem Ptáčkem se jako jediný v České republice věnuje mapování syndromu vyhoření a deprese dlouhodobě již od roku 2014.

Syndrom vyhoření i deprese získávají stále více pozornosti. Je proto důležité jim porozumět. Oba tyto stavy, přestože jsou jedinečné svým původem a projevy, sdílejí znepokojivé přesahy, zejména ve způsobu, jakým zasahují do našeho každodenního života. „Vyhoření není jen náhodný pocit únavy po dlouhém dni nebo módní slovo, které uslyšíte v chodbách kancelářských budov. Je to hluboký, chronický stav vyčerpání, zakořeněný v psychice člověka,“ vysvětluje vedoucí výzkumného týmu prof. Radek Ptáček. Dopad syndromu vyhoření se neomezuje pouze na profesní život, ale narušuje i osobní vztahy, volnočasové aktivity a celkovou kvalitu života. Je charakterizovaný dlouhodobým, neřešitelným pracovním stresem vedoucím k emocionálnímu, kognitivnímu a fyzickému vyčerpání. „Člověk se cítí prázdný, pesimistický a klesá jeho schopnost řešit problémy. Objevují se také fyzické projevy, jako například bolest hlavy nebo snížená imunita,“ upřesňuje prof. Jiří Raboch.

Deprese dlouhodobě patří na přední místo v celosvětové zátěži nemocí. Tato porucha nálady vysává radost a vitalitu z každodenních zážitků. Kromě dopadů na jednotlivce má deprese i společenské důsledky, jakými jsou ztráta produktivity, napjaté zdroje zdravotní péče a ničivé škody na rodinách a komunitách. Vyhoření a deprese mají mnoho společného. Vyčerpávající povaha syndromu vyhoření může vyvolat depresivní epizody a již existující deprese může člověka učinit náchylnějšího k syndromu vyhoření.

Klíčové je pochopení syndromu vyhoření i deprese

Pochopení syndromu vyhoření a deprese je klíčové pro celou společnost. Výzkumný



ilustrační foto: 123rf.com

tým Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze se proto dlouhodobě věnuje jejich zkoumání a mapování. Ve spolupráci s agenturou STEM/MARK od roku 2014 pravidelně sbírá data od reprezentativního vzorku populace. Dotazování jsou ve věku 18–65 let a demografickým profilem (pohlaví, vzdělání, věk, místo bydliště) odpovídají české populaci.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že od prosince 2020 dochází ke znepokojivému nárůstu syndromu vyhoření a deprese, jejich míra je nejvyšší za posledních devět let. „Domníváme se, že je to z určité části způsobeno kombinací izolace vyvolané pandemií, obavami z probíhající války, ekonomickou krizí, a s tím souvisejícími zdravotními problémy a narušením obvyklých osobních i profesních rutin,“ říká přednostka kliniky doc. Martin Anders.

Nárůst těchto problémů s duševním zdravím je alarmující nejen kvůli jejich

bezprostřednímu dopadu na kvalitu života jednotlivců, ale také kvůli potenciálu dlouhodobých fyzických a emocionálních komplikací, včetně chronických onemocnění. „Klíčová je zde prevence. Kromě osvojení si zdravého životního stylu, který zahrnuje pravidelné cvičení, vyváženou stravu a dostatek spánku, je zásadní si vytvořit a udržovat svou vlastní zdravou rutinu, stanovit si hranice mezi pracovním a osobním časem a věnovat se volnočasovým aktivitám, které si člověk užívá,“ doporučuje dr. Martina Sebalová Vňuková. Praktiky mindfulness, jako je meditace a cvičení hlubokého dýchání, také mohou pomoci. Důležitá je i emocionální podpora přátel, rodiny a blízkého okolí. S těžšími je rozpoznat, kdy je člověk přetížený, a vyhledat pak odbornou pomoc. Péče o duševní zdraví by měla být stejnou prioritou jako péče o zdraví fyzické, stigmatizace duševních nemocí nemá v moderní společnosti místo.

(red)



LÁZNĚ LIBVERDA

NABÍZÍ KVALITNÍ LÉČBU, PŘÍJEMNÝ PERSONÁL A NÁDHERNOU OKOLNÍ PŘÍRODU

Lázně Libverda najdete v malebném stejnojmenném městě kousek od Liberce. Zvolit si můžete ze 6 hotelů. Mimo lázeňské léčby nabízí i pobyty pro samoplátce – hotelové ubytování, wellness a léčebné pobyty od 2 nocí.

S čím se u nás lze léčit:

- onemocnění pohybového aparátu – VII/1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 99
- neurologické nemoci – VI/2, 3, 6, 8, 9, 11,
- onkologické nemoci – I/1,
- kardiologické nemoci/nemoci oběhového ústrojí – II/1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
- diabetes – IV/1.



Již na konci 14. století získaly lázně věhlas díky léčivým minerálním pramenům hydrogenuhličitánového typu, klidnému prostředí a blízkosti přírody tak důležité pro odpočinek a relaxaci. Součástí areálu jsou i tenisové kurty, sauna, whirlpool, venkovní hřiště, minigolf, fitness i rehabilitační bazén.

Nabízíme ubytování pro téměř 500 klientů, z toho kapacita pro klienty zdravotních pojišťoven činí 160 lůžek. Ročně nás navštíví celkem přes 10.000 hostů.



Petra Hátlová,
foto: archiv Radana Keila

„Dnes je čekací doba na vyšetření
žlučových cest jeden den“

Radan Keil

Obor gastroscopie za posledních třicet let prošel velkou změnou. Jedna změna se týká technického vybavení, díky němuž je možné neinvazivně vyšetřit značnou část trávicí soustavy. Druhá změna nastala s plošným rozšířením pracovišť, která vyšetření provádějí. „Zvýšení dostupnosti endoskopických vyšetření trávicí soustavy a zavedení screeningu zaměřeného na prevenci karcinomu tlustého střeva vděčíme za to, že u nás došlo k poklesu výskytu nádorů tlustého střeva,“ říká prof. MUDr. Radan Keil, Ph.D., přednosta Interní kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.

Medicína udělala za poslední dvě, tři dekády velké pokroky. Jak vypadal obor gastroscopie před rokem 2000?

V roce 1993 se obor začal rozvíjet ze základních metod. Gastroscopie, kolonoskopie a vyšetření žlučových cest už byly na světě a fungovaly, ale zásadní rozdíl byl v jejich dostupnosti. V České republice byly tyto metody dosažitelné jen v několika málo centrech a čekací doba byla extrémně dlouhá. Na vyšetření žlučových cest se v roce 1992 a v roce 1993 čekalo průměrně tři týdny, což znamenalo, že se řada pacientů nemusela výkonu a vyšetření vůbec dožít.

Od té doby došlo k neuvěřitelnému zrychlení a čekací doba na vyšetření žlučových cest je jeden den, což pacientům šetří zdraví, zdravotní následky a zachraňuje to výrazným způsobem lidské životy.

Vyšetření tlustého střeva bylo zpočátku také dosažitelné jen ve velkých zařízeních, následně začínalo být rutinní metodou i v menších nemocnicích, ale rozšíření metody ve velkém, tak jak to vidíme dnes, kdy se využívá k prevenci nádorů tlustého střeva, se začalo rozjíždět po roce 2000.

Lepší dostupnost se odráží i na křivce výskytu kolorektálního karcinomu, kdy dochází k pozvolnému zvolňování nárůstu počtu karcinomů tlustého střeva. Za to vděčíme plošnému screeningu, to znamená vyšetření tlustého střeva, které probíhá nikoli na základě pozitivního okultního krvácení, ale plošně i u bezpříznakových pacientů ve věkové kategorii padesát let a výše.

Pokud bych srovnával stav oboru tehdy v devadesátých letech a nyní, rozdíl je v masovosti nasazení.

Vyšetření jsou snadno dostupná, jsou relativně krátké objednáci lhůty a je vyšetřena a ošetřena obrovská část populace.

Druhá věc je i kvalitativní skok. Oproti devadesátým létům se objevila řada endoskopických metod, které dosáhnou do oblasti, kam jsme dříve vůbec nemohli, do oblasti

tenkého střeva. To je možné neinvazivně zobrazovat pomocí kapsle. A co je ještě důležitější, pomocí endoskopů je střevo možné nejen vizualizovat, ale i ošetřit nález, v případě, že se během vyšetření nějaký objeví.

Mluvíte o výskytu karcinomu tlustého střeva, roky jsme byli na vrcholu evropského žebříčku v jeho výskytu. Jaký je současný stav?

V současné době už nedržíme přední příčky ve výskytu karcinomu tlustého střeva a klesli jsme někam do druhé desítky, což je výsledek dlouhodobé práce a právě zmíněného screeningového programu, který se postupně začal rozjíždět po roce 2000. S tím souvisí i včasný záchyt polypů, které patří do oblasti prekanceróz. U celé řady bezpříznakových pacientů došlo během prevence k odhalení polypů v tlustém střevě. A ty jsou častou prekancerózou.

Polypy tlustého střeva jsou tak masivně rozšířeny, že i zcela bezpříznakový jedinec může mít relativně vážný nález. Covid screeningové programy trochu zbrzdil, ale i tak je u nás křivka výskytu nádorů tlustého střeva stále na sestupu, takže v Evropě už nedržíme vedoucí příčku.

Polypy tlustého střeva jsou tak masivně rozšířeny, že i zcela bezpříznakový jedinec může mít relativně vážný nález

Říkáte, že je nárůst pacientů s polypy tlustého střeva. Je jich skutečně více, nebo se jen více diagnostikují, právě díky screeningu, který podstupují i bezpříznakoví jedinci? Je jejich nárůst objektivní?

Jejich incidence musí stoupat objektivně, to z toho důvodu, že statistická data ukazovala, že do 60.–70. let byl hlavní příčinou onkologických onemocnění zažívacího traktu nádor žaludku. Ten začal rapidně klesat, v té době ale naopak začaly výrazně přibývat nádory tlustého střeva. Takže je prakticky jisté, že polypů, které spadají do skupiny prekanceróz, výrazně přibývá.

Jedna z příčin, která hraje roli ve vzniku nádorů, je změna stravovacích návyků. Populace dlouhodobě konzumuje větší množství tuků a zvažuje se, zda rizikovým faktorem není i zvýšená konzumace červeného masa. Ukazuje se, že pravděpodobnou příčinou toho, proč dochází ke vzniku prekanceróz, je nedostatek vlákniny ve stravě. Pokud zvýšíme přísun vlákniny, když

jíme více ovoce a zeleniny, tak se po dvou, třech měsících změní mikrobiální osídlení zažívacího traktu. Ne úplně zásadně, ale v dostatečné míře na to, aby šlo o pozitivní faktor. A naopak, kdo jí hodně tuků a má vysoký kalorický příjem, tomu se mění mikrobiální osídlení střeva v negativním slova smyslu.

Tím je pravděpodobně vysvětlen proktivní vliv vlákniny na vznik a rozvoj nádorů tlustého střeva, a naopak negativní vliv vysokého příjmu tuku. Stravovací návyky pravděpodobně vedou k tomu, že část populace, která se špatně stravuje, má jinak osídlený trávicí trakt, a ten v důsledku toxického působení na stěnu střeva vytváří nejdříve prekancerózy a následně nádory.

Jaká je nejčastější věková skupina pacientů s nádory trávicí trubice?

V současné době jsou nejčastější nádory v oblasti tlustého střeva. V takzvané normální populaci, tedy v populaci bez zatížení, jde o věkovou skupinu ve věku 50 a více let. Některé studie začínají ukazovat, že se problém začíná přesouvat do nižší věkové kategorie, a zvažuje se, zda by nestálo za to provádět preventivní vyšetření kolorektálního karcinomu už od pětácti let výše u standardní zdravotně nezatížené populace.

Pak máme skupinu pacientů, kteří mají genetickou zátěž, je to velmi úzká skupina lidí, u nichž je v rodinné anamnéze výskyt nádoru v nízkém věku. U této rizikové skupiny se nádory tlustého střeva vyskytují i ve věku nižším, než je 45 let. Jsou to dvě rozdílné skupiny.

Jaký je výskyt onkologických onemocnění žaludku?

Incidence onkologických onemocnění žaludku dosáhla svého vrcholu v osmdesátých letech minulého století. Od té doby klesá, rizikovou skupinou jsou lidé ve věku šedesát let a výše a kuřáci. V současné době tvoří významnou skupinu onkologických onemocnění.

Vyšetřujete i děti. Jaká je nejnižší věková hranice pacienta, kterého můžete vyšetřit? A o jakou jde diagnózu?

Ve Fakultní nemocnici v Motole máme centrum pro Českou republiku, které je specializované a jako jediné provádí kompletní diagnostiku a terapii v oblasti žlučových cest, a to i u dětí. Výkony děláme ve spolupráci s Klinikou dětské chirurgie a s Pediatrickou klinikou a jsme jedni z několika málo evropských center, kde můžeme vyšetřit děti už dva týdny po narození. Takže

vyšetřujeme pacienty od kojeneckého věku do dospělosti.

Co všechno je možné v rámci diagnostiky a terapie u dětských pacientů endoskopicky zvládnout?

U dětských pacientů děláme dva typy zákroků. Jedny jsou ekvivalentem výkonů, které provádíme u dospělých, kdy extrahujeme konkrementy ze žlučových cest, léčíme stenózy žlučových cest, které jsou benigní, pozánětlivé povahy. Při těchto výkonech využíváme technické zručnosti získané u dospělých pacientů k tomu, aby byl výkon rychlý a efektivní, a to i ve stísněných poměrech, jaké dětský organismus představuje.

Dále provádíme výkony, které jsou typické pouze pro dětské pacienty. Jde například o vyšetření diagnózy cystické dilatace žlučových cest, což je vrozená anomálie, kterou diagnostikujeme pomocí ERCP a následně provádíme i terapii. Ta spočívá v rozšíření žlučových cest, kdy do místa zúžení, které obvykle bývá na jeho konci, vkládáme stent. Ten vyndáváme za několik měsíců, v době, kdy je už dětský pacient natolik velký, že je schopen chirurgického výkonu.

U pacienta v kojeneckém věku stenty vyměňujeme po třech měsících a snažíme se tímto způsobem překlénout dobu do jeho jednoho roku věku.

Druhá metoda, kterou provádíme pouze u dětských pacientů, je vyšetření žlučových cest nástřikem. Tím zjišťujeme, zda žlučové cesty jsou, či nejsou postiženy atrezií. Ta se objevuje asi u pěti pacientů za rok a jiné zobrazovací metody u této vady selhávají. Jejich přesnost je kolem 55 procent, což v minulosti vedlo ke zbytečným chirurgickým výkonům vzhledem k falešné pozitivitě.

Naše metoda má 90procentní úspěšnost a jsme jedním ze čtyř center v Evropě, která ji nabízí. Jsme centrem nejen pro Českou republiku, ale i pro Slovensko.

Pokud je námi atrezie potvrzená, následuje transplantace.

Velká většina lékařských oborů se inspirovat a čerpat zkušenosti v Americe. V Americe jsou technologie i postupy, které do zbytku světa, včetně Evropy, přicházejí s větším či menším zpožděním. Je něco ve vašem oboru, co by nyní Amerika měla a u nás by zatím tato technologie, přístroje, či postupy ještě nebyly? Je Amerika v něčem z oblasti gastrokopie významně napřed?

V oblasti endoskopických zákroků pochází většina firem dodávajících přístrojovou techniku z Japonska. Japonská obchodní politika vstupu přístrojů na trh je dvojího ražení, nebo alespoň to tak bylo. Některé firmy pouští nové technologie a při-

stroje nejprve do Japonska a jihovýchodní Asie, potom do Spojených států a až poté do Evropy. Jen část jde ihned na světový trh.

Dostupnost přístrojové techniky a postupů, co je ve Spojených státech a v Evropě, se ale zásadním způsobem neliší. Dá se říct, že přístrojové vybavení v České republice a ve Spojených státech je prakticky stejné.

Výhodou nastaveného systému v České republice je, že složitá vyšetření jsou koncentrována do velkých center. Což je jakási záruka a výhoda vysoké kvalifikace zúčastněných lékařů provádějících složité a náročné výkony. Tato koncentrace zvyšuje zručnost lékařů v daných výkonech, protože čím častěji složitou metodu provádíte, tím v ní jste ní zkušenější. O výkonu nerozhoduje jen vlastní přístroj, ale hlavně lékař.

Kam by se obor endoskopie mohl posunout, co se dá očekávat a co by bylo z vašeho pohledu přínosné?

Já si myslím, že náš obor bude hledat další možnosti, jak postupovat dále do oblasti tenkého střeva. Samozřejmě se rozšíří i míra invazivity. V současné době jsme schopni během endoskopického zákroku odstranit nejen klasický polyp, ale jsme schopni v některých krátkých úsecích schopni ošetřit a odstranit i nádorem zasaženou celou stěnu tlustého střeva, což byl ještě před několika lety nepředstavitelný zákrok. Takže si myslím, že



budeme pokračovat v množství invazivních výkonů, které budeme moci bez nutnosti klasického chirurgického výkonu provádět.

Hlavní síla oboru a cíl je v současné době pokračovat v prevenci nádoru tlustého střeva a masovým nasazením práce gastroenterologů docílit toho, že se křivka výskytu nádorů tlustého střeva dostane ještě k příjatelnějším hodnotám, než je nyní.

Vy se kromě vlastní lékařské praxe podílíte na výuce mediků 2. lékařské fakulty. Jaký je zájem o medicínu mezi mladými lidmi?

Zájem o studium medicíny má zajímavý vývoj. Někdy po roce 2000 medicína a zájem o tento obor začaly procházet určitou krizí, protože se objevila řada oborů, které byly pro mladé lidi atraktivnější. Dalším důvodem bylo i to, že medicína je velice náročné povolání na čas a nasazení. Navíc se v té době nijak zajímavě nejevilo ani jeho finanční ohodnocení. V současné době, zvláště po epidemii covidu se zdá, že nastal a doufám v to, určitý boom ve studiu medicíny. Medicína se opět dostala do záře reflektorů a smysluplnost povolání se v době covidové opět ukázala.

Proti tomuto zvednutí zájmu ale jde jiný společenský trend, nová generace si chce zachovat určitou kvalitu života a mladí nechtějí, aby jim pracovní nasazení zasahovalo do jejich osobních životů, což medicína moc neumožňuje. Ale já doufám, že přeci jen ta určitá popularizace, kdy se v době covidu prakticky o ničem jiném než o medicíně nemluvalo, přispěla k tomu, že bude přicházet více motivovaných uchazečů.

Část vysokých škol neustále poukazuje na klesající a nízkou kvalitu uchazečů, poukazuje na to, že se snižuje laťka nároků kladených na zájemce o studium. Týká se to i zájemců o studium medicíny? Setkáváte se s tím v praxi, máte také tento pocit?

Tento pocit je asi celospolečenským jevem a sám čekám na dobu, kdy se celá záležitost obrátí. Mluvím za sebe, z mého pohledu. Pokud student prochází základní a střední školou, tak vyskytne-li se nějaký problém, je snaha studenta omluvit. To samozřejmě vede k tomu, že část uchazečů nemá vysoké znalosti. Tím si vysvětluji stav věci a zkušenosti jiných vysokých škol.

Při studiu medicíny ale toto nehraje velkou roli, protože všechny informace, které musíte mít při studiu medicíny, se dozvídáte de novo.

Myslím si, že hlavní problém, kde se pedagogové potkávají s nízkou připraveností studentů, jsou technické obory, tam asi mají mnohem větší potíže, než máme my na lékařské fakultě.

My máme problém jiný, a to opět v osobním nasazení studentů. Zmíněný společenský

prof. MUDr. Radan Keil, Ph.D.

- V roce 1988 složil atestaci I. stupně pro obor Vnitřní lékařství.
- V roce 2021 byl jmenován profesorem v oboru vnitřního lékařství.
- Od roku 2020 působí na místě přednosty Interní kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.
- Od roku 1999 působí jako vedoucí lékař úseku gastroenterologie interní kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.
- V roce 1988 absolvoval kurz endosonografie v Holandsku.
- V roce 1992 následoval kurz pro gastroenterology v Holandsku.
- V roce 1994 byl na odborné stáži v Anglii.
- V roce 1995 byl na školení v endoskopické ultrasonografii v Německu.
- Je členem řady odborných společností, od roku 1994 je členem výboru endoskopické sekce České gastroenterologické společnosti, od roku 1998 je členem výboru České gastroenterologické společnosti, od roku 2002 působí jako sekretář České gastroenterologické společnosti. Od roku 2010 působí jako místopředseda gastroenterologické společnosti. Od roku 2015 vykonává funkci prezidenta Gastroenterologické asociace České republiky.

jev preferující osobní život je rozšířen zvláště u mladší generace. Mladá generace velmi dbá na kvalitu osobního života, chce mít dostatek volna, a to se při studiu medicíny a následně i v samotné praxi moc nepotkává, jak jsem už zmiňoval. Pokud vystudujete medicínu, máte i velkou odpovědnost, a když po vysoké škole nastoupíte do nemocnice, tak nemáte jen běžný pracovní pětidenní týden, ale máte navíc hodiny ve službě. Jakkoli se po službě má chodit domů, tak to plně nenahradí časovou ztrátu, což není pro zájemce o studium a následně pro absolventy medicíny, mladé lékaře, vysoká motivace.

Kdo jí hodně tuků a má vysoký kalorický příjem, tomu se mění mikrobiální osídlení střeva v negativním slova smyslu

Medici velmi často zmiňují, že jim fakulty nezajistí dostatečný počet hodin praxe u lůžka, že nejsou, co se týká praktických dovedností, po ukončení fakulty náležitě vybaveni. Jak to vidíte vy?

Myslím si, že v současné době, a o to se naše fakulta výrazně snaží, je účelem zaměřit a vést výuku více prakticky, takže se domnívám, že u nás na 2. lékařské fakultě je praxe u lůžka dostatečná. I když pravda je i to, že větší nároky jsou kladeny na teoretické znalosti, které jsou základem vzdělávání a lékařských postupů.

V rámci praktické výuky se snažíme medicínu vést od základů až po konečné detaily. Aby

studenti věděli, jak správně pacienta vyšetřit, jak podat léky, aby věděli nejen jaké léky, ale i v jaké dávce pacient potřebuje. Snažíme se o to, aby znalosti získané během studia měly co největší dopad a přínos na samotný vstup do praxe.

Je mezi mediky zájem o interní lékařství a gastroenterologii?

O gastroenterologii zájem je, o vnitřní lékařství, které je velmi širokým oborem, je zájem menší, tak jak to vidíme u všech takzvaně velkých oborů.

Já si pravidelně dělám statistiku mezi studenty medicíny a během přednášek se ptám, jakému oboru by se následně, až půjdou do praxe, chtěl kdo věnovat. A mohu říct, že se velmi změnila doba. Opět se do preferencí v zájmu o jednotlivé lékařské obory promítl životní styl, což přineslo preferenci takzvaně malých oborů typu očního lékařství, otorinolaryngologie a podobně. Jsou to obory, které z dálky vypadají, že mají menší zátěž v míře nutného nasazení, možná i v míře znalostí. Interna je nesmírně široká a v současné době se dělí na celou řadu podoborů – nefrologie, gastroenterologie, diabetologie a podobně, což je pro mediky varující.

Velké obory, kam kromě interny patří i chirurgie, jsou náročné po stránce časového a fyzického nasazení zúčastněných, a to je také věc, která v současné době není atraktivní.

Já doufám, že se tyto preference zase brzy změní. Když jsem končil studium v roce 1985, tak to bylo zcela naopak. Velké obory byly preferovány a řada lidí se na ně nedostala, a ty malé byly brány jako náhradní cíl u lidí, kteří si řekli, že se medicíně nechtějí věnovat naplno.

Když mají téma, jsou schopni ho pojmenovat a vyřešit

Ve středu 11. října v pražské Lucerně proběhlo finále soutěže HARTMANN School Awards. Soutěž je určená studentům středních zdravotnických škol a letos se jí zúčastnil rekordní počet týmů z celé republiky.

„Naším dlouhodobým cílem je kontinuálně zvyšovat prestiž nelékařských zdravotnických oborů. Mladé lidi chceme v rámci jejich přípravy na budoucí povolání motivovat k tomu, aby se zajímali o stav tuzemské zdravotní péče a také se aktivně angažovali při řešení praktických témat a nebáli se přicházet s vlastními nápady,“ řekl na úvod finálního odpoledne Mgr. Jan Cívín, LL.M., Governmental Affairs Manager HARTMANN – RICO. Právě společnost HARTMANN – RICO ve spolupráci se společností EEZY Events & Education totiž uspořádala již třetí ročník soutěže HARTMANN School Awards. Soutěž je určená pro studenty středních zdravotnických škol. Cílem projektu je motivovat studenty, aby se více angažovali v procesu zdravotnické péče v odborném i domácím prostředí a nebáli se přinášet vlastní nápady na jeho zlepšení. Účastníci díky ní získávají nejen možnost formulovat a prezentovat své nápady, ale také je následně za pomoci odborníků z oblasti zdravotnictví skutečně realizovat. Letos se do soutěže

přihlásilo rekordních 49 týmů ze 49 zdravotnických škol z celkových 96, tedy z více než poloviny všech zdravotnických škol v České republice. Týmy pod vedením mentorů z řad svých učitelů tvořili vždy tři studenti z jedné školy a letos na jaře, tedy v době vyhlášení soutěže, byli všichni soutěžící žáci třetího ročníku. Všechny přihlášené projekty musely být proveditelné v rámci českého prostředí i platné legislativy. Každý tým měl na výběr ze tří tematických okruhů:

- Nové trendy ve zdravotnictví – Jaké budou hlavní trendy ve zdravotnictví v roce 2030?
- Nové trendy v domácí péči – Jak by se mělo změnit poskytování domácí péče za 10 let?
- Proč se stát zdravotní sestrou?

Práce byly hodnoceny dvoukolově, v prvním kole i ve finále je hodnotila odborná porota. Jejími členy byli PhDr. Martina Šochmanová, MBA, náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a kvalitu, hlavní

sestra IKEM, prezidentka České asociace sester, prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., významný břišní a hrudní chirurg, emeritní přednosta III. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., primář Kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce, MUDr. Marek Dvořák, vedoucí lékař na Zdravotnické záchranné službě, lékař oddělení urgentního příjmu dospělých ve Fakultní nemocnici v Motole, Mgr. Jan Cívín ze společnosti HARTMANN – RICO a Karel Novotný, MBA, generální ředitel EEZY Events & Education a Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.

Vítězné projekty a jejich autoři

Odpoledne 11. října proběhlo finále soutěže. Tři projekty, které do něj porotci vybrali jako nejlepší, před porotou a svými spolužáky a učiteli jejich autoři prezentovali na podiu Kina Lucerna.



Vítězný tým Střední zdravotnické školy a VOŠZ Vsetín s porotci. Zleva: MUDr. Marek Dvořák, Mgr. Jan Cívín, Karel Novotný, MBA, vítězný tým a jeho mentorka, PhDr. Martina Šochmanová, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., a prof. MUDr. Petr Neužil, CSc.

Tým ze Střední zdravotnické školy Brno, Jaselská ve složení Eva Nekudová, Štěpán Jelínek a Vojtěch Kadlecík prezentoval projekt nazvaný Jaké budou trendy ve zdravotnictví v roce 2030 a budoucnost zdravotnického vzdělávání. Hlavním cílem jejich práce bylo navrhnout nový systém vzdělávání na zdravotnických školách včetně změny kvalifikačních zkoušek, který by zjednodušil jejich vstup do praxe. Při prezentaci připomněli i nedávný výrok ředitele ÚZIS, profesora Duška. Podle něj máme v českém zdravotnictví už jen sedm let na to, abychom předešli „nárázu do zdi“, který může nastat i kvůli nedostatku personálu.

Tým ve složení Jana Pikalová, Monika Daňhelová a Lucie Vacková představil svůj projekt Nové trendy domácí péče v Jihočeském kraji a na Vysočině. Tým reprezentoval Střední zdravotnickou školu v Jindřichově Hradci. Zaujal i požadavkem na zjednodušení studia pro nižší zdravotnický personál.

Projekt Nové trendy v domácí péči – jak by se mělo změnit poskytování domácí péče za 10 let, představil tým ze Střední zdravotnické školy a VOŠZ Vsetín. Jeho členy byli Magdalena Hýžová, Veronika Nováková a Hedvika Petrovická.

V těžké konkurenci tří velmi kvalitních prací nakonec zvítězil projekt vsetínského týmu, druhý byl jindřichohradecký tým a třetí Brno, Jaselská. Vítězná práce o poskytování domácí péče v budoucnosti porotu zaujala svou vizí, představila skutečný koncept. Jeho součástí byl i kontrolní náramek pro pacienty, protože právě telemedicína je jednou z cest, která v budoucnu nepochybně bude alespoň zčásti saturovat nedostatek zdravotnického personálu i v ošetrovatelství. Nápad byl výborně rozpracovaný a celý projekt tým navíc dokázal suverénně a s přehledem v Lucerně odprezentovat.

Rozhodně to má smysl

O své dojmy ze soutěže se s námi podělila Martina Šochmanová. „Jsem moc ráda, že jsem byla u této soutěže, a rozhodně nelituji času, který mě to stálo. Naplňuje mě to energií, že má smysl dělat to, co všechno dělám. Účastníci HARTMANN School Awards jsou lidé, kteří určitě v systému zdravotnictví zůstanou, neodejdou nám. A právě o to nám jde. O nedostatku sester se neustále všude hovoří. A i akce jako tahle je přesně to, co pomáhá je udržet. Je to jeden ze způsobů,

jak je motivovat. Dříve se na jejich motivaci důraz příliš nekladal a naše generace se tenkrát ani nemohla moc vyjadřovat k tomu, co vidí. Říkalo se nám „mlč, ještě jsi moc mladá“. Teď je to opačně, mohou se k nedostatkům vyjádřit už teď, a to je skvělé.“

Času a energie, kterou soutěži věnoval, nelituje ani Petr Neužil. „Mladí lidé potřebují motivaci, oni ctí hodnoty. A rejstřík hodnot je stále stejný. Práce zdravotní sestry je velmi náročná, těžká a HARTMANN School Awards je motivující pro to, aby mladí v oboru zůstali. Potěšil mě fakt, že studentské týmy jsou schopné se věnovat nějakému skutečnému problému v oboru, pojmenovat ho a přijít s reálným řešením. Práce tří týmů ve finále byly kvalitou velmi srovnatelné a bylo obtížné rozhodnout, která z nich má obsadit první místo. Důležité bylo i to, že všechny tři týmy navrhly i praktickou část řešení. Nejvíce mě ale nadchlo, že leckdy kritizovaná mladá generace není pasivní nebo apatická, jak si my starší často myslíme. Rozhodně to není pravda. Když dostanou téma, jsou schopni ho pojmenovat a vyřešit.“

Jana Jílková

Foto: Andrea Jircová

▼ Inzerce



PRAGO MEDICA FORUM

KLÍČOVÉ SETKÁNÍ LÍDRŮ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ
A ODBORNÝCH FIREM DODÁVAJÍCÍCH SPECIFICKÉ
SLUŽBY A ŘEŠENÍ V TOMTO OBORU

www.prago-medica.cz
9. 11. 2023

PVA
EXPO PRAHA

Nový přístroj v Mostě pomůže zvládnout dětským pacientům magnetickou rezonanci

Mostecká nemocnice navyšuje kapacitu vyšetření u dětí, které potřebují magnetickou rezonanci v celkové anestezii. Umožňuje jí to zcela nový anesteziologický přístroj k magnetické rezonanci (MR), který je vybavený nezbytnou příslušnou technikou.

Lékaři v mostecké nemocnici magnetickou rezonanci u dětí v celkové anestezii již provádí. Začali s tím loni v září. Nová technika ale zajistí, že lze na pracovišti touto zobrazovací metodou vyšetřit více pacientů. „Rozšíření kapacity vyšetření na magnetické rezonanci za použití anestezie je jedním z dalších kroků rozšíření služeb obyvatelům zdejšího regionu, které jim

naše nemocnice nabízí. Rodiče tak nemusí se svými dětmi za vyšetřením složitě cestovat mimo region,“ říká Ing. Pavel Markalous, ředitel Nemocnice Most, o.z., která spadá pod Krajskou zdravotní, a.s.

Na jeho slova navazuje primář tamějšího anesteziologicko-resuscitačního oddělení MUDr. Miroslav Peleška, který doplňuje: „Jsme nyní vybaveni moderní technikou, a tím pádem můžeme poskytovat péči věkovým kategoriím v celém rozsahu váhového spektra. Začínáme tedy plný provoz, což znamená, že se bude jednat o čtyři dny v měsíci. Jsme schopni vyšetřit v daném dni pět dětských pacientů v plné anestezii plus další

pacienty, kteří například z důvodu klaustrofobie nebo jiných diagnostikovaných obtíží anestezii k magnetické rezonanci potřebují.“

Anestezii, případně sedaci budou zajišťovat erudovaní lékaři anesteziologicko-resuscitačního oddělení mostecké nemocnice. Jedná se o lékaře, kteří mají náležitou praxi v oboru. Délka samotného vyšetření se pohybuje mezi 20 a 25 minutami.

(red)

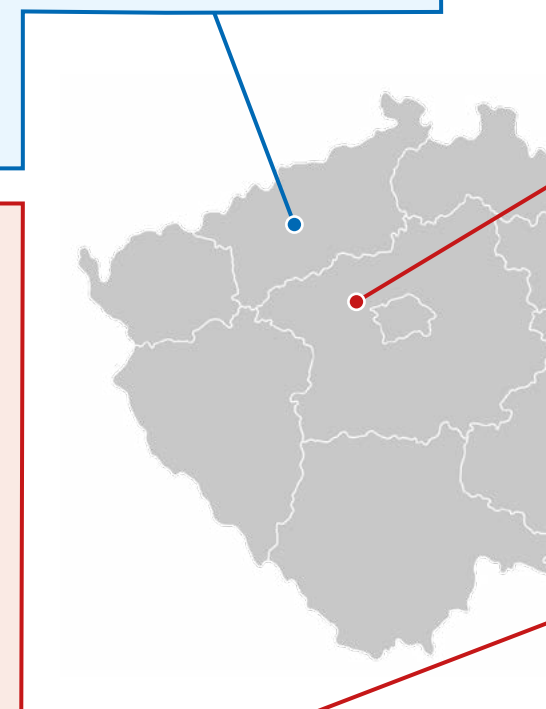
Nemocnice Znojmo vítězem Kvalitní a bezpečná nemocnice

V rámci XV. ročníku celostátní konference Kvalita zdravotní péče a akreditace byla Nemocnice Znojmo vyhlášena vítězem projektu Kvalitní a bezpečná nemocnice roku 2023, kterou již po jedenácté vyhlašovala Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví.

Letos již po jedenácté vyhlásila Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví vítěze projektu Kvalitní a bezpečná nemocnice. „Plaketu Kvalitní a bezpečná nemocnice získávají ty nemocnice, které byly v uplynulém roce akreditovány a současně byly auditory vyhodnoceny

jako kvalitní a bezpečné zdravotnické zařízení, a to za nadstandardní a vysoce kvalitní přístup k řízení kvality a bezpečí, pacientům a zaměstnancům. Významným kritériem je také dosažený pokrok v oblasti kvality poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče. Hlavním smyslem ankety je ocenit odpovědné pracovníky, kteří se podílejí na řízení kvality a bezpečí poskytované péče, i zaměstnance, kteří nastavená pravidla dodržují,“ uvedla Renata Podstatová, jednatelka a konzultantka České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví.

Systém řízení kvality je složitý, ještě složitější je tento systém neustále udržovat, zlepšovat a reagovat na nová legislativní opatření, která ukládají nemocnicím řadu nových povinností, které jsou náročné nejen na jejich zavedení do praxe, ale také na personál samotný. „Na udržování procesu kvality se podílí tým pracovníků, nicméně do něho jsou zapojeni všichni zaměstnanci nemocnice, kterým toto ocenění patří, a já jim za to děkuji,“ sdělil Martin Pavlík, ředitel Nemocnice Znojmo při převzetí plakety společně s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Janou Vackovou na XV. ročníku celostátní konference Kvalita zdravotní péče a akreditace.



Nemocnice Znojmo byla poprvé podrobena auditu v roce 2016. Následně v roce 2019 a v roce 2022 akreditaci obhájila. Udělení certifikátu potvrzuje, že nemocnice splňuje všechna požadovaná kritéria ve čtyřech klíčových okruzích, tedy ve vlastním řízení kvality, dále v péči o pacienty, řízení personálních otázek a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance. Akreditace hodnotí především odbornou péči, ale současně posuzuje i technické zabezpečení a celkové zázemí nemocnice. Získání certifikace není pouze administrativním úkonem. Je potvrzením, že je při poskytování péče postupováno dle správné léčebné praxe (lege artis).

(red)

Foto: NZ

Nové artroskopické věže v Kladně

Ortopedicko-úrazové oddělení kladenské nemocnice získalo ve druhé etapě evropského dotačního programu REACT dvě nové artroskopické věže za více než pět milionů korun, které nahradily starší modely. Operace jsou díky těmto věžím miniinvazivní a pro pacienty šetrnější.

Výhodou artroskopických věží je především větší zobrazení operované oblasti, kvalitnější obraz i záznam, a tím i zpětná kontrola, pokud je potřeba. „Artroskopie je operační metoda, kdy se zavede kamera do operovaného kloubu a obraz se pak

přenáší na obrazovku, na které s velkým zvětšením vidíme, co se uvnitř kloubu děje. Z druhého nebo třetího vstupu zavedeme nástroje a poškozené struktury opravíme,“ popisuje metodu lékař ortopedického oddělení kladenské nemocnice MUDr. Miloš Svítek.



Typickým důvodem k indikaci artroskopie bývají úrazy typu utrženého menisku, utrženého předního zkříženého vazy anebo poškození chrupavky a také degenerativní změny kloubů. „Menisky jsme dříve museli vyndávat, dnes jsme díky artroskopu schopni meniskus přišít, aniž bychom ho museli vyndávat. Artroskopicky dokážeme řešit i složitější úrazy, například odloučenou chrupavku, která se musí přifixovat, nebo dokážeme zrekonstruovat zkřížený vaz a v poslední době také šijeme zadní rohy menisků. Dá se řešit také nestabilita ramena po luxaci a je možné zašít i prasklou rotátorovou manžetu,“ doplňuje doktor Svítek.

Kloub se již nemusí otvírat z většího řezu, ale přistupuje se k němu pouze pomocí několika drobných vstupů, které jsou malé zhruba půl centimetru. Pacient zpravidla do tří dnů odchází domů a následně rehabilituje.

Ortopedi nemocnice v Kladně se nejvíce zabývají artroskopii kolen, ramen, loktů, hlezenních kloubů nebo zápěstí.

(red)

foto: Oblastní nemocnice Kladno

Nemocnice Kyjov má novou robotickou laboratorní linku

V oddělení klinické biochemie (OKB) nemocnice s velkou spádovou oblastí nová linka zvýšila efektivitu laboratoře, což má přímý vliv na rychlé poskytování informací klinickým lékařům a v konečném důsledku na zlepšení péče poskytované pacientům. OKB Nemocnice Kyjov mělo zkušenosti s technologií od firmy Beckman Coulter už od roku 2007, a když končila podpora dvou biochemických analyzátorů, muselo přijít rozhodnutí, co dál. „Každá laboratoř si při inovaci vybavení musí už podle požadavků na sebe říct, co chce a potřebuje. Zatímco kolem roku 2000 jsme dělali každoročně přibližně 600 tisíc testů, teď 1 200 000 – se stejným počtem pracovníků, ale s novou linkou. Dx A 5000 Fit nám to umožňuje. Dříve jsme měli samostatně stojící analyzátory a vzorky musely laborantky

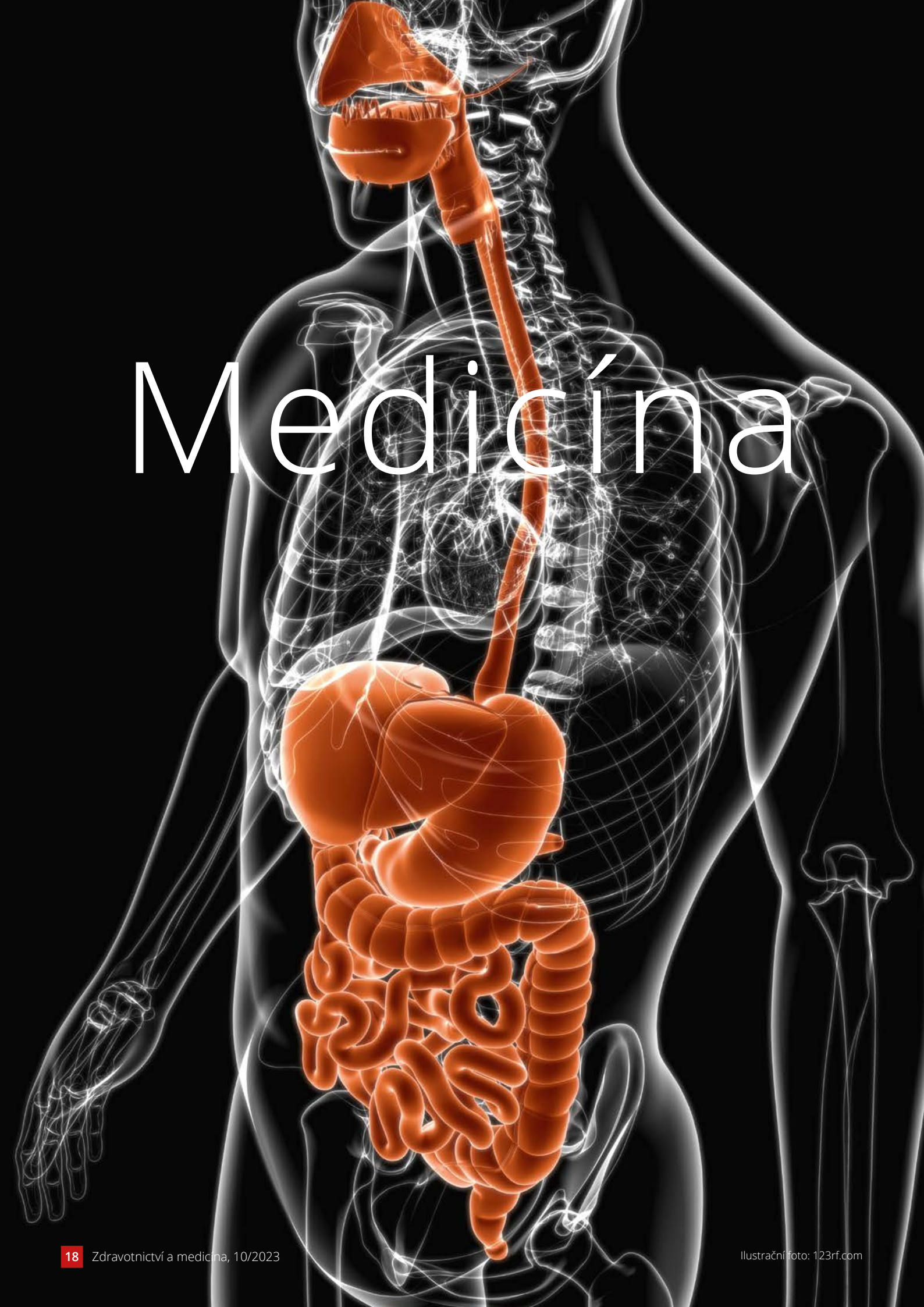
napřed připravit a pak je mezi analyzátory přenášet. Trendem automatizace ve 21. století je plně automatizovaná linka, takže když už mělo dojít ke změně, chtěli jsme to, co je teď nejmodernější, aby nám to zase řadu let vydrželo. A zatím jsme spokojeni,“ říká primář OKB Ing. Rostislav Kotrla. Spokojenější než dříve mohou být i například pacienti v ambulantní péči. „Dříve po odběru museli kvůli čekání na laboratorní výsledky přijít do ambulance znovu třeba až za 14 dní. Teď jsou výsledky pro lékaře k dispozici prakticky hned, z odběrů pro interní ambulance děláme přednostní vzorky. A klinici v ambulancích vědí, že po odběru do hodiny mají výsledek – a tak to od nás očekávají a berou to jako standard,“ říká primář Kotrla.

Jana Jílková

Foto: archiv EEZY



Medicína

An anatomical illustration of the human digestive system, rendered in a bright orange color. The system includes the mouth, pharynx, esophagus, stomach, liver, gallbladder, pancreas, and the small and large intestines. This orange system is superimposed on a white, semi-transparent wireframe of a human figure, showing the skeletal structure and internal organs like the heart and lungs. The background is solid black.

Zdravotnictví 2024 – den první

Ve dnech 21.–24. září se v Praze uskutečnila dvoudenní konference Zdravotnictví 2024 pořádaná společností EEZY Events & Education a Uníí zaměstnavatelských svazů České republiky. Přinášíme výběr z událostí prvního dne.

Konferenci zahájila vystoupení představitelů státní správy, územní samosprávy, největší české zdravotní pojišťovny a unie zaměstnavatelů. Hovořili o současném stavu, největších problémech i úkolech a cílech českého zdravotnictví v roce 2024. Hlavními odbornými tématy příspěvků i diskusí prvního dne byla udržitelnost českého zdravotnictví a problematika jeho digitalizace v kontextu European Health Data Space (EHDS).

Efekt se dostaví – ale až za několik let

Úvodem a zároveň exkluzivním příspěvkem prvního dne konference bylo vystoupení předsedy vlády České republiky. Prof. PhDr. Petr Fiala, Ph.D., LL.M., v něm připomněl, že české zdravotnictví je ve světovém srovnání na špičkové úrovni. Nicméně je potřeba pracovat na tom, aby si ČR do budoucna tuto výhodu udržela. Premiér hovořil o dvou nejdůležitějších tématech, která v tuto chvíli české zdravotnictví řeší – nedostatek léků a nespokojenost mladých lékařů s jejich podmínkami práce.

Podle premiéra nedostatek léků oprávněně zatěžuje pacienty a komplikuje práci i lékařům. Obzvláště citlivý je problém s ne-

dostupnými antibiotiky. Jde o krizi, která už řadu měsíců postihuje celou Evropu. Stojí za ní kombinace známých faktorů – vyšší nemocnosti po covidové pandemii, výpadků na globálním trhu, obtížnosti odhadů spotřeby a nejistého plánování výroby. „Rád bych tu ocenil pozitivní kroky z posledních měsíců, jako je zákaz reexportu léků, a zejména průběžná novelizace zákona o léčivech, díky níž se českým pacientům podařilo zpřístupnit léky, které jsou registrované jinde v EU. Zatím to bylo přes 150 tisíc balení antibiotik. Nyní projednávaná novela dále přináší nové povinnosti pro výrobce, distributory či lékárny, zejména pokud jde o povinnost informovat o počtu léků na trhu a vytvářet potřebné rezervy,“ uvedl Petr Fiala. Druhým problémem, který v projevu otevřel, byla nespokojenost mladých lékařů. Připomněl, že je potřeba brát v úvahu změny se hodnoty ve společnosti. „Na rozdíl od minulosti dnes primárně nejde o odměny, ale spíše o způsob vzdělávání, získávání kvalifikace a skloubení profesního a osobního života. Je naprosto logické, že mladí lékaři požadují jistoty, včetně toho, aby měli přesnější představu o budoucí kariéře nebo větší kontrolu nad pracovní dobou. Dává smysl, že chtějí víc času na odpočinek, aby ve svém náročném povolání mohli podávat výko-

ny, které od nich požadujeme,“ řekl. Tento problém podle něj způsobuje nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví a zároveň nevyváženost mezi primární a specializovanou péčí, kdy se nemocnice stávají nejvytíženější součástí celého systému. Vláda proto hledá řešení, kde to jde: ČR se snaží vyjednat výjimku v EU, aby povolila 24hodinové směny. Lékařské fakulty už reagovaly navýšením počtu studentů, ministerstvo zdravotnictví vyhláší dotační programy na rezidenční místa, ministerstvo školství usiluje o zjednodušení kvalifikační přípravy pro odborné asistenty ve zdravotnictví. Efekt těchto kroků se projeví až za několik let. Za významný krok na cestě ke stabilitě zdravotnictví považuje Fiala loňské přijetí automatické valorizace plateb za státní pojištěnce. Změna má vliv na platy lékařů, na straně státu zase zlepšuje plánování výdajů a investic do zdravotnictví. Od roku 2019 se objem peněz ve zdravotnictví zvýšil o 40 %. Je tedy namístě požadovat, aby se toto zvýšení rozpočtu adekvátně projevilo na zvýšení kvality služeb.

Na změnu ve valorizacích navazuje připravovaná novela o veřejném zdravotním pojištění, která zavádí víceúrovňové financování a umožní zdravotním pojišťovnám lépe reagovat na problémy s chybějícími lékaři. Novela zároveň posílí prvek osobní zodpovědnosti. Pojišťovny budou moci výrazněji zvýhodnit ty, kteří žijí zdravě a dbají na prevenci, což by pacienty mělo motivovat k tomu, aby veřejné zdravotnictví využívali racionálně a odpovědně.

Našla by se politická vůle, ale ne politická většina

V reakci na premiérovu zmínku o připravované novele uvedl Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, náměstek ministra zdravotnictví ČR, že je třeba, aby do nastavování systému významněji vstoupily zdravotní pojišťovny, měly by hrát klíčovou roli. Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění podle něj zvýší význam zdravotních pojišťoven a zároveň posílí konkurenční prostředí. Podle řady odborníků by se významným zdrojem finančních prostředků v budoucnosti



Úvodní slovo na konferenci pronesl předseda vlády ČR prof. PhDr. Petr Fiala, Ph.D., LL.M.

měly stát soukromé výdaje, respektive vyšší spoluúčast pacientů. Právě na ni směřovaly i dotazy z auditoria konference. Z premiérových odpovědí na ně je zřejmé, že sice k takovému kroku existuje politická vůle, nikoli ale politická většina. „Navyšování spoluúčasti v tuto chvíli nemá společenskou podporu, nejsou pro ni podmínky. To ale neznámá, že by to nemělo být téma



Mgr. Jakub Dvořáček, MHA

uvnitř odborné komunity a jedno z doporučení odborníků pro udržitelnost systému,“ domnívá se premiér. „Jestliže je naší strategií udržet kvalitu zdravotních služeb, tak ačkoliv je to politicky velmi složité, bude spoluúčast pacientů do budoucna nezbytná. Pokud k ní nepřistoupíme, znamená to navýšení plateb za státní pojištěnce nebo pojištění jako takového,“ poznamenal Ing. Zdeněk Kabátek, generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny. Připomněl také, že základním stavebním kamenem, na kterém by se měly stavět i úspory, je primární péče, je také nejlevnější. To, že klient přichází bez kontaktu s primární péčí přímo na speciální oddělení v nemocnici, je špatně. Rozřazení pacientů praktickým lékařem a jejich následné odeslání ke specialistům má i svůj finanční smysl.

V úvodním bloku dále vystoupil hejtmán Plzeňského kraje Rudolf Špoták, Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR, a Mgr. Zuzana Freitas Lopesová, náměstkyně ministra práce a sociálních věcí.

(Ne)udržitelnost českého zdravotnictví

Odborným moderátorem diskusního panelu nazvaného (Ne)udržitelnost českého zdra-

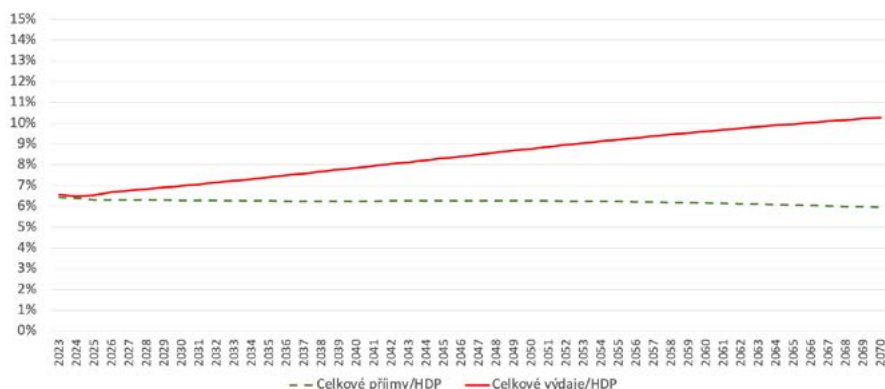


MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

voťnictví byl MUDr. Pavel Hroboň, M.S., lékař, řídicí partner a interní lektor Advance Healthcare Management Institute. Účastníky panelu byli prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel Ústavu zdravotnických infor-

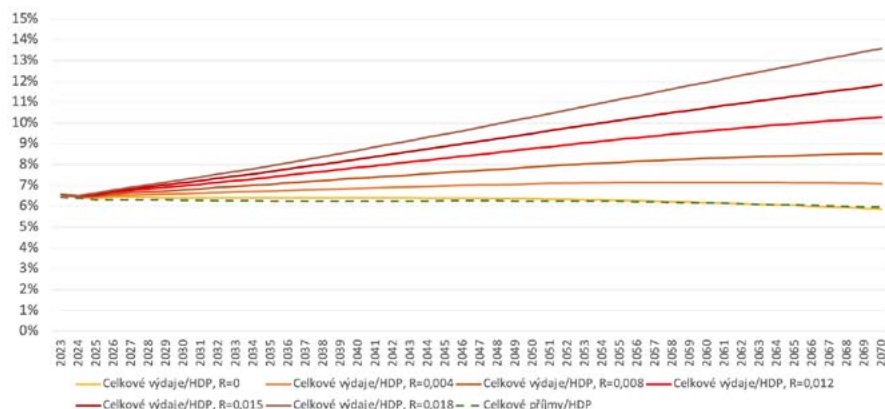
mací a statistiky, MUDr. Tomáš Gottvald, MHA, generální ředitel a předseda představenstva Nemocnice Pardubického kraje, dále Ing. Helena Horská, Ph.D., hlavní ekonomka Raiffeisenbank, JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA, ředitel Fakultní nemocnice v Motole, MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA, přednosta Kliniky revmatologie a rehabilitace 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, poslanec Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, a v neposlední řadě také Jiří Pecina, MBA, zakladatel MEDDI hub, 1. místopředseda správní rady Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb. Hlavním tématem bylo dlouhodobé financování českého zdravotnictví.

Pavel Hroboň představil makroekonomický model predikce příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění (v. z. p.) jako podílu na HDP v letech 2023–2070, sestavený na Univerzitě Karlově. Model předpokládá poměrně dynamický nárůst HDP, přesto je evidentní, že náklady porostou významně rychleji.



Předpoklady predikce: střední varianta populace, základní varianta odchodu do důchodu, základní produktivita práce, konstantní podíl zdraví a nemoci, R=0,012

Graf 1 Model příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění jako podílu na HDP



Předpoklady predikce: střední varianta populace, základní varianta odchodu do důchodu, základní produktivita práce, konstantní podíl zdraví a nemoci

Graf 2 Příjmy a výdaje při různých hodnotách vyššího růstu nákladů než růst HDP



PRESKIPCE

Aktuální číslo Farmakoterapeutických informací si dalo za cíl shrnout hlavní zásady a aktuality v oblasti preskripce léčivých přípravků pro konkrétního pacienta.

Léčivé přípravky jsou předepisovány na recepty. V současnosti probíhá preskripce převážně prostřednictvím receptů vystavených v elektronické podobě. Elektronická preskripce je povinná od 1. ledna 2018. Každý elektronický recept (eRecept) má přidělen unikátní identifikátor, který pak lékárník pro výdej léčivých přípravků načte v lékárně. Tento 12místní kód je generován systémem eRecept v alfanumerické podobě znakového identifikátoru, pro snadnější čtení je na průvodce či prostřednictvím textové zprávy dostupný v podobě čárového kódu nebo QR kódu. Elektronický recept vystavený lékařem je uložen do Centrálního úložiště elektronických receptů. Pokud nedošlo v lékárně k zahájení výdeje či přípravy nebo neuplynula doba platnosti eReceptu, může předepisující lékař elektronický předpis vytvořený v systému eRecept v případě zjištění nových skutečností změnit nebo zrušit.

ZPŮSOB DORUČENÍ IDENTIFIKÁTORU ERECEPTU PACIENTOVÍ

K předání identifikátoru eReceptu jsou dostupné čtyři způsoby:

- zaslání prostřednictvím textové zprávy (sms) – nevýhodou této cesty předání je absence informací uvedených na receptu, výhodou pro pacienta je jednoduchost předání
- zaslání prostřednictvím elektronické pošty (e-mail s přílohou ve formátu pdf zašifrovaný číslem pojištěnce)
- předání vytištěné papírové průvodky pacientovi
- za využití webové či mobilní aplikace eRecept^{1*}

Pacient má právo vybrat si způsob předání identifikátoru. Předání identifikátoru je dle zákona bezplatné. Pacient si ale nemůže vynutit předepsání léčivého přípravku na dálku.^{2/}

Od 1. června 2020 je možné vyzvednout si eRecepty i na základě dokladu totožnosti (občanský průkaz nebo cestovní pas). Podmínkou je úspěšné ztotožnění pacienta vůči registru obyvatel při vystavení eReceptu lékařem. Načtení eReceptu je v případě občanského průkazu možné pomocí čárového kódu na zadní straně dokladu nebo po opsání čísla dokladu z jeho přední strany; při předložení cestovního pasu pouze po opsání čísla dokladu na jeho přední straně. Pacient by ale neměl být namísto předání identifikátoru eReceptu odkázán pouze na výdej eReceptu na základě dokladu totožnosti.

JAKÉ JSOU NÁLEŽITOSTI RECEPTU^{3,4/}

Mezi povinné náležitosti eReceptu patří údaje o pacientovi, předepsaných léčivých přípravcích a o předepisujícím lékaři.

údaje pacienta

- číselný kód zdravotní pojišťovny, pokud má být léčivý přípravek hrazen z veřejného zdravotního pojištění
- jméno, příjmení a adresa bydliště pacienta (nebo zařízení v případě věznice apod.)
- telefonní číslo pacienta (pokud nelze uvést, pak adresu místa, kde se pacient zdržuje)
- číslo pojištěnce, případně datum narození pacienta, pokud nebylo číslo pojištěnce přiděleno nebo nelze-li z čísla pojištěnce určit jeho věk
- u pacienta mladšího 7 let, u něhož není jeho hmotnost přiměřená věku, by měl lékař uvést také jeho hmotnost v kg

předepisované léčivé přípravky

- léčivý přípravek je identifikován kódem SÚKLU a názvem nebo mezinárodním nechráněným názvem léčivé látky dle Světové zdravotnické organizace, dále lékovou formou, silou a velikostí balení/množstvím požadované lékové formy
- individuálně připravovaný léčivý přípravek je identifikován lékopisným názvem (nebo jeho synonymem či zkratkou dle Českého lékopisu) nebo uvedením léčivých nebo pomocných látek a jejich požadovaného množství v gramech (případně jiné používané jednotky) na samostatných řádcích, včetně lékové formy a velikosti balení/množství požadované lékové formy
- hlavní diagnóza se uvádí v případě, že je předepisujícím lékařem požadována zvýšená úhrada nebo je předepisován vysoce inovativní léčivý přípravek nebo individuálně připravovaný léčivý přípravek s obsahem konopí pro léčebné použití
- počet balení (či dávek) – vyhláška uvádí, a ne vždy na to lékaři pamatují, že v případě předepisování léčivého přípravku na účet veřejného zdravotního pojištění může být předepsán počet balení jednoho druhu léčivého přípravku pro zajištění léčby pacienta do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, nejdéle však na dobu tří měsíců (v případě kontroly za delší časový úsek je žádoucí pacientovi vystavit opakovací recept), v případě předepsání množství na delší dobu, upraví (sníží) lékárník počet balení při výdeji (na max. tři měsíce léčby)
- pokyny k použití léčivého přípravku

Elektronický recept nesmí obsahovat více než dva druhy léčivých přípravků. V případě léčivého přípravku s obsahem návykové látky uvedené v příloze č. 1 nebo č. 5 nařízení vlády o seznámech návykových látek, která současně není uvedena v příloze č. 8 nařízení vlády o seznámech návykových látek, nesmí recept obsahovat více než jeden druh léčivého přípravku.

Individuálně připravovaný léčivý přípravek s obsahem konopí pro léčebné účely smí být předepsán pouze na elektronický recept, lékařem se specializovanou způsobilostí, pacientovi staršímu

* Aplikace eRecept pro pacienty umožňuje přístup k elektronické preskripci (eRecepty, ePoukazy uložené v Centrálním úložišti) a k lékovému záznamu pacienta. Poskytuje kompletní přehled o předepsaných a vydaných lécích. Pacient si zde může nastavit souhlas s nahlížením na lékový záznam (i udělení souhlasu pro konkrétního lékaře či farmaceutu) i možnost ověřit si, kdo do jeho lékového záznamu nahlížel. Aplikaci spravuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), přístup k ní je možný prostřednictvím identity občana (např. bankovní identita aj.).

18 let a v množství, které v dané dávce zajistí maximálně jeden měsíc léčby.

údaje předepisujícího

- jméno a příjmení předepisujícího lékaře
- identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb – adresa místa poskytování zdravotních služeb, název pracoviště (název nebo obchodní firma v případě, že se jedná o právnickou osobu), včetně telefonního čísla
- identifikační číslo přidělené zdravotní pojišťovnou, bylo-li přiděleno

Průvodky eReceptů, listinné recepty (ani žádanky) by na sobě neměly mít vytištěno žádné sdělení reklamní povahy.

ÚHRADA PŘEDEPSANÝCH LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ

Léčivé přípravky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.^{5/} O výši a podmínkách úhrady pro ambulantní péči rozhoduje SÚKL. Úhrada některých léčivých přípravků může být podmíněna preskripčními a indikačními omezeními či vykazovacími limity.^{6/**}

označení pro úhradu předepsaných léčivých přípravků na receptu^{3/}:

„základní úhrada“ – léčivý přípravek má být hrazen z veřejného zdravotního pojištění

„zvýšená úhrada“ – na receptu se uvádí, pokud je předepisujícím lékařem požadována u léčivého přípravku zvýšená úhrada, zároveň zde musí být uvedeno číslo diagnózy

„hradí pacient“ – uvádí se na receptu, pokud nemá být léčivý přípravek hrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo v případě, že předepisující lékař nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta, pokud nejde o neodkladnou péči

DALŠÍ NÁLEŽITOSTI RECEPTU^{3/}

Příznak „**nezaměňovat**“ znamená, že předepisující lékař trvá na vydání předepsaného léčivého přípravku. Důvodem může být např. alergie na pomocné látky, psychologické aspekty léčby (fixace na konkrétní přípravek, vlastnosti lékové formy) aj. Lékárník jej nemůže zaměnit za jiný léčivý přípravek se stejnou účinnou látkou. Záměna je možná pouze v případě, že je okamžitý výdej nutný s ohledem na zdraví pacienta. U léčivého přípravku označeného příznakem „nezaměňovat“ se pacientovi do limitu pojištěnce započítává celý doplatek, nikoliv započitatelný a lékaři se doplatek za lék, u něhož vyloučil záměnu, započítává do průměrné úhrady na jednoho ošetřeného pojištěnce.

Příznak „**překročení**“ či „(!)“ jsou uvedeny, jde-li o záměrné překročení dávkování dle Českého lékopisu nebo souhrnu údajů o přípravku. V případě, že je u předepsaného léčivého přípravku překročeno dávkování (bez příznaku překročení) a není možné lékaře zastihnout, je lékárník povinen upravit dávkování tak, aby odpovídalo schválenému dávkování a lékaře o této skutečnosti dodatečně informovat.^{4/}

Příznak „**neregistrovaný LP**“ se na lékařském předpise uvádí, jde-li o předepsání neregistrovaného léčivého přípravku. Předepsání neregistrovaného léčivého přípravku je lékař povinen do sedmi dnů nahlásit SÚKL.

Pokud je na lékařském předpisu příznak „**neodkladná péče**“, je léčivý přípravek předepsán na účet veřejného zdravotního pojištění nesmluvním lékařem v rámci jím poskytnuté neodkladné péče.

V případě, že je recept vystaven lékařskou pohotovostní službou nebo pohotovostní službou v oboru zubního lékařství, nese příznak „**pohotovost**“.

Příznaky „**ad usum proprium**“ nebo „**pro potřebu rodiny**“ jsou určeny pro případy, kdy lékař předepisuje léčivé přípravky pro potřebu svoji nebo své rodiny. Předepisující lékař musí mít se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu o zvláštním předepisování a musí být členem České lékařské komory.

Příznak „**vysoce návyková látka**“ se na lékařském předpise uvádí, jde-li o eRecept s obsahem návykové látky uvedené v příloze č. 1 nebo č. 5 nařízení vlády o seznamech návykových látek, která není současně uvedena v příloze č. 8 (nahrazuje listinný recept s modrým pruhem).

Příznak „**opakovací recept**“ s uvedením počtu opakování se uvede v případě, že má být výdej léčivého přípravku opakován. Opakovaný výdej nelze použít u léčivých přípravků obsahujících návykovou látku podle právního předpisu upravujícího zacházení s návykovými látkami, nebo u léčivých přípravků obsahujících látku kategorie 1 podle přímo použitelného předpisu Evropské unie upravujícího prekurzory drog.^{3/} Opakovací recept může obsahovat dva druhy léčivých přípravků v případě, že je počet opakování u obou druhů léčivých přípravků stejný.

LISTINNÝ RECEPT

Listinný recept může mít všechny údaje vytištěné či psané rukou (i údaje o poskytovateli zdravotních služeb – nemusí již být otisk razítka), nutnou součástí je ale vždy vlastnoruční podpis lékaře. V případě, že chybí, lékárník léčivý přípravek nevzdá. Pokud chybí ostatní náležitosti a nelze je na místě doplnit, pak rovněž přípravek nevzdá. Na listinný recept lze předepsat pouze jeden léčivý přípravek, při předepsání dvou druhů léčivých přípravků nelze jeden z nich škrtnout (takový recept je neplatný). Listinný recept již nemůže být opakovací. Pokud v lékárně není k dispozici předepsané množství léčivého přípravku, vystaví lékárník na chybějící léčivý přípravek výpis z receptu s označením „**Výpis**“. Výpis z receptu má platnost 14 dnů počínaje dnem po dni jeho vystavení.

Za listinný recept nelze považovat vytištěnou průvodku eReceptu, která je opatřena razítkem lékaře a jeho podpisem. Stejně je tomu i v případě doplňujících pokynů lékaře na papírové průvodce eReceptu (např. změna úhrady či dávkování), které by byly odlišné od vystaveného eReceptu – není na ně brán zřetel, je nutné je změnit v systému eRecept.

KDY JE PŘÍPUSTNÉ VYSTAVENÍ RECEPTU V LISTINNÉ PODOBĚ?^{7/}

- u smluvního lékaře, který předepisuje hrazené přípravky sobě a své rodině (manželovi/manželce, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům)
- v případě veterinárního lékaře předepisujícího humánní léčivé přípravky pro veterinární péči
- v rámci klinického hodnocení
- na žádost pacienta z důvodu uplatnění lékařského předpisu v jiném členském státě Evropské unie
- v rámci zdravotnické záchranné služby
- při poskytování odborné první pomoci

^{**} Úhrada ze zdravotního pojištění může být omezena na konkrétní indikaci (léčbu určité nemoci) či specializaci předepisujícího lékaře. Může být také podmíněna schválením revizního lékaře zdravotní pojišťovny nebo vymezena na ambulantní ošetření či v rámci koncentrování péče o určité pacienty do specializovaných center.

- při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v případě, že to zdravotní stav pacienta vyžaduje
- v situacích, kdy není z prokazatelných objektivních technických důvodů možné vystavit lékařský předpis v elektronické podobě a zdravotní stav předepsání přípravku vyžaduje (výpadek elektrické energie, internetového připojení, informačního systému lékaře či služeb webového rozhraní centrálního úložiště) – na listinný recept s modrým pruhem však nelze ani v tomto případě předepsat a vydat léčivý přípravek s obsahem konopí pro léčebné použití

Vyjma prvních dvou bodů lékař na recept uvede důvod, pro který byl recept vystaven v listinné podobě.

DIGITALIZACE RECEPTU ^{4,8/}

Pro zajištění kompletních informací v lékařském záznamu pacienta platí od 1. ledna 2020 povinnost listinné recepty digitalizovat. Pacient se ztotožňuje proti Registru obyvatel (občani ČR a EU, cizinci s povolením pobytu v ČR a cizinci, kterým byla na území ČR udělena mezinárodní ochrana formou azylu nebo doplňkové ochrany, ztotožnit nelze cizince bez trvalého nebo dlouhodobého pobytu v ČR). Úspěšnost ztotožnění je závislá na přesně a správně uvedeném jménu, příjmení a datu narození pacienta. V případě shody jména i data narození více osob, je nutné provést „doztotožnění“ pomocí adresy nebo čísla dokladu (občanský průkaz nebo cestovní pas). Pokud nejsou údaje zadané správně (překlep, chyby v diakritice, mezera navíc aj.), nedojde ke ztotožnění pacienta a recept není viditelný v přehledu receptů ani v lékařském záznamu.

Pokud je eRecept či elektronický záznam receptu uložen bez jednoznačného přiřazení, zůstane v jakémsi společném „zásobníku“ eReceptů nezototožněných pacientů. K těmto eReceptům je možný přístup pouze pomocí jeho identifikátoru. V praxi se tak stává, že při výdeji přes občanský průkaz se u pacienta žádné recepty nenačtou, ale přesto má identifikátory k nim poslané jako sms v mobilním telefonu.

RECEPT S MODRÝM PRUHEM

Recept s modrým pruhem slouží k výdeji léčivých přípravků s obsahem návykové látky uvedené v příloze č. 1 nebo č. 5 nařízení vlády o seznamech návykových látek, která současně není uvedena v příloze č. 8 nařízení. ^{9,10/} Na základě novely zákona č. 167/1998 Sb. se od 1. ledna 2022 tyto léčivé přípravky včetně léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití předepisují na elektronický recept označený příznakem „vysoce návyková látka“.^{11/}

Listinný recept s modrým pruhem lze vystavit pouze výjimečně za podmínek stanovených zákonem o léčivech (viz výše). Tiskopisy vydávají obce s rozšířenou působností, jejich součástí musí být pořadové číslo tiskopisu a kód obecního úřadu, který je vydal. U listinného receptu s modrým pruhem potřebuje pacient k výdeji v lékárně jeho originál a první průpis (originál se posílá na pojišťovnu k uhrazení léčivého přípravku, první průpis slouží k evidenci výdeje návykových látek v lékárně, v případě nehraného léčivého přípravku zůstávají oba k evidenci v lékárně), druhý průpis zůstává v bloku receptů s modrým pruhem lékaři.

VETERINÁRNÍ RECEPT ^{12/}

K předepisování humánních léčivých přípravků při poskytování veterinární péče slouží veterinární recepty. Na receptu musí být uvedeno označení „**poskytování veterinární péče**“ a vedle obvyklých náležitostí i druh zvířete, u lékaře registrační číslo Komory veterinárních lékařů (KVL) a otisk razítka. Na tento recept je možné předepsat pouze jeden léčivý přípravek. U veterinárního receptu lze rovněž provést výpis z receptu s označením „**Výpis**“.

DOBA PLATNOSTI RECEPTU

Běžný recept (elektronický i listinný) má platnost 14 kalendářních dnů počínaje dnem následujícím po dni jeho vystavení, neurčí-li předepisující lékař jinak, nejdéle však 1 rok. Kratší platnost receptu při předepisování systémových antibiotik již byla zrušena. Pokud není v lékárně k dispozici předepsaný počet balení léčivého přípravku a ani nemůže být urychleně obstarán, může lékárník na základě požadavku zaslání do systému eRecept prodloužit dobu platnosti elektronického receptu až o 14 kalendářních dnů.

Elektronický recept na vysoce návykovou látku či listinný recept s modrým pruhem má platnost taktéž 14 kalendářních dnů počínaje dnem po dni jeho vystavení, předepisující lékař jej ale může prodloužit na nejdéle 30 kalendářních dnů.

Opakovací recept má platnost 6 měsíců počínaje dnem po dni jeho vystavení, neurčí-li předepisující lékař jinak, nejdéle však 1 rok.

Recept, který obsahuje příznak „Neodkladná péče“ nebo „Pohotovost“ má platnost nejdéle do konce prvního dne následujícího po dni jeho vystavení.

Běžný veterinární recept a veterinární recept s modrým pruhem má platnost 14 kalendářních dnů počínaje dnem následujícím po dni jeho vystavení, neurčí-li předepisující lékař jinak, nejdéle však 1 rok. U léčivých přípravků obsahujících návykovou látku podle právního předpisu upravujícího zacházení s návykovými látkami nebo uvedenou látku kategorie 1 podle přímo použitelného předpisu Evropské unie upravujícího prekursorů drog může předepisující veterinární lékař prodloužit platnost receptu nejdéle na 30 dní. Veterinární recept na antibiotika či antimikrobní chemoterapeutika má platnost 5 kalendářních dnů počínaje dnem následujícím po dni jeho vystavení a veterinární recept na podkladě akutní veterinární péče nejdéle následující kalendářní den po dni jeho vystavení.

GENERICKÁ ZÁMĚNA

Lékárník může pacientovi s jeho souhlasem vydat jiný než předepsaný léčivý přípravek, pokud obsahuje stejnou léčivou látku, ve stejné lékové formě a se stejnou cestou podání. Záměnu za léčivý přípravek s jinou léčivou látkou, odlišnou lékovou formou či cestou podání může provést pouze se souhlasem pacienta a předepisujícího lékaře. Tyto změny je nutné vyznačit na (e)receptu.^{4/}

LÉKOVÝ ZÁZNAM

Sdílení lékového záznamu pacienta je jednou z klíčových funkcionalit systému eRecept. Jeho záměrem je díky lepší informovanosti zvýšit efektivitu a bezpečnost léčby. Sdílení lékového záznamu pacienta a podmínky kdo a za jaké situace může na pacientův lékový záznam nahlížet, upravuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.^{7/} Nahlížet do lékového záznamu pacienta může lékař, farmaceut a klinický farmaceut od 1. června 2020. Nahlížení je možné pouze v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb tomuto pacientovi.^{13/} Pacient může vyjádřit nesouhlas s nahlížením na údaje zobrazující se prostřednictvím jeho lékového záznamu, nebo dříve vyjádřený nesouhlas odvolat (prostřednictvím webové aplikace eRecept pro pacienty, prostřednictvím datové schránky nebo zasláním listinného podání s úředně ověřeným podpisem na adresu sídla SÚKL). Pacient, který vyjádřil nesouhlas, může vyslovit souhlas s nahlížením na údaje zobrazující se prostřednictvím jeho lékového záznamu pouze pro konkrétního lékaře nebo farmaceuta (za předpokladu, že mu již tento lékař/farmaceut elektronický recept vystavil/vydal).^{14/}

PŘESHRANIČNÍ PRESKRIPCE

Lékařský předpis vystavený v jedné zemi Evropské unie (EU) je platný i v ostatních zemích EU, musí ovšem splňovat náležitosti tzv. přeshraničního předpisu.^{15/} Ten nemá žádný předem stanovený formát, ale měl by obsahovat obvyklé náležitosti: jméno a příjmení pacienta, datum narození, informace o předepisovaném přípravku (název – ideálně mezinárodní nechráněný název léčivé látky, léková forma, množství, síla a dávkování), informace o předepisujícím lékaři (jméno a příjmení, kvalifikace, adresa pracoviště, kontakt, podpis), datum vydání předpisu.

Podmínky výdeje léčivého přípravku i jeho úhrada se řídí právními předpisy daného členského státu EU. Pacient si léčivý přípravek

v jiném členském státě EU hradí sám, po návratu může u své zdravotní pojišťovny podat žádost o náhradu nákladů. K žádosti je nutné doložit kopii lékařského předpisu a doklad o zaplacení. V České republice je náhrada nákladů možná maximálně do výše, kterou by zdravotní pojišťovna hradila za přípravek v České republice.^{16/} Elektronický recept nemusí být v jiném členském státě EU uznáván, vyzvednout si eRecept vystavený v České republice je aktuálně možné v Polsku, Chorvatsku a Španělsku (ve vybraných lékárnách).^{17/} K vyzvednutí eReceptu je vedle identifikátoru potřeba doklad totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas). Připravováno je spuštění přeshraniční preskripce i s dalšími zeměmi. Vydání zahraničního eReceptu má pro lékárníka svá specifika.^{18/}

LITERATURA

1. Aplikace eRecept pro pacienty. Dostupné na: <https://pacient.erecept.sukl.cz>
2. Předepisování léčiv na recept bude mít od nového roku nová pravidla. Tisková zpráva MZ. Dostupné na: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/predepisovani-leciv-na-recept-bude-mit-od-noveho-roku-nova-pravidla/>
3. Vyhláška č. 329/2019 Sb. o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-329>
4. Vyhláška č. 84/2008 Sb. o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-84>
5. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
6. Jak má vypadat správně vyplněný recept. Dostupné na: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/jak-ma-vypadat-spravne-vyplneny-recept>
7. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>
8. Digitalizace listinných receptů. Dostupné na: <https://www.epreskripce.cz/aktuality/digitalizace-listinnych-receptu>
9. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167>
10. Nařízení vlády č. 463/2013 Sb. o seznamech návykových látek. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-463>
11. Aktuality: Úspěšné spuštění nových funkcionalit eReceptu. Dostupné na: <https://www.epreskripce.cz/aktuality/uspesne-spusteni-novych-funkcionalit-ereceptu>
12. Vyhláška č. 348/2022 Sb. o předepisování léčivých přípravků při poskytování veterinární péče. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-348>
13. Za jakých podmínek mohou vybraní zdravotničtí pracovníci nahlédnout na sdílený lékový záznam pacienta? Dostupné na: <https://www.epreskripce.cz/aktuality/za-jakych-podminek-mohou-vybrani-zdravotnicki-pracovnici-nahlednout-na-sdileny-lekovy>
14. Vyjádření souhlasu/nesouhlasu s nahlížením zdravotnických pracovníků do lékového záznamu a evidence záznamů o očkování pacienta. Dostupné na: <https://epreskripce.cz/aktuality/vyjadreni-souhlasu-nesouhlasu-s-nahlizenim-zdravotnickych-pracovniku-do-lekoveho-zaznamu>
15. Proplacení léků vyzvednutých na eRecept na zahraniční dovolené. Dostupné na: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/proplaceni-leku-vyzvednutych-na-erecept-na-zahranicni-dovoleni>
16. Předložení lékařského předpisu v jiné zemi EU. Dostupné na: https://europa.eu/youreurope/citizens/health/prescription-medicine-abroad/prescriptions/index_cs.htm
17. Aktuality: S eReceptem do Chorvatska. Dostupné na: <https://www.epreskripce.cz/aktuality/s-ereceptem-do-chorvatska>
18. Návod pro lékárníky vydávající zahraniční elektronický recept. Dostupné na: <https://www.epreskripce.cz/navod-pro-lekarniky-vydavajici-zahranicni-elektronicky-recept>

Farmakoterapeutické informace, nezávislý lékový bulletin pro lékaře a farmaceuty, vychází jako měsíčník (letní dvoměsíčník). Je členem Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB) od roku 1996. Jeho záměrem je předkládat kvalitní, aktuální a nezávislé odborné informace. Téma jsou připravena vybraným odborníkem, rukopisy procházejí redakčním zpracováním, odbornou oponenturou členů Redakční rady a nezávislým recenzním řízením. Poděkování patří všem zúčastněným.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Na domovské stránce www.sukl.cz jsou v sekci Publikační činnost dostupné v elektronické podobě. V tištěné podobě jsou dále pravidelnou přílohou Časopisu českých lékárníků.

Odborná redakce: Mgr. Dagmar Dolinská, PharmDr. Kateřina Viktorová, MUDr. Tomáš Boráň, MUDr. Martina Kotulková

Redakční rada: prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., Pediatrická klinika FN Brno; prof. MUDr. Filip Málek, Ph.D., Kardiologie Nemocnice na Homolce; doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK; doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D., Ústav farmakologie 3. LF UK; prof. MUDr. Jaroslav Živný, DrSc.

Kontakt na redakci: e-mail: redakcefi@sukl.cz; **Korespondenční adresa:** Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

ISSN 1211-0647

Dvě třetiny příspěvků do v. z. p. nyní platí ekonomicky činné obyvatelstvo. Hlavním faktorem predikce je stárnutí obyvatelstva, jehož dopadem je (a bude) vyšší potřeba a poptávka po zdravotních službách a zároveň snížení podílu obyvatel platících odvody na veřejné zdravotní pojištění – podíl ekonomicky činného obyvatelstva bude nadále klesat. Pokračujícím trendem bude růst výdajů na zdravotnictví, a to významně nad rychlostí růstu HDP. Dopad ostatních faktorů je méně významný. Co nastane při různých hodnotách zvětšování nákladů nad růstem HDP, znázorňuje predikce na grafu 2.

Efektivita by se musela zvýšit o čtyřicet procent

Je evidentní, že podíl zdravotnictví na čerpání HDP i nadále poroste. Pavel Hroboň cestu k udržitelnosti zdravotnictví vidí ve zvládnutí snížení potřeby služeb, poptávky po nich a zvýšení efektivity systému. Pokud jde o celkové snížení potřeby zdravotních služeb, mnohem větší důraz musí být na prevenci. Snížení poptávky souvisí s finanční spoluúčastí pacientů. K udržitelnosti zdravotnictví za dnes vkládaného podílu veřejných prostředků by muselo do-



prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

jít ke zvýšení efektivity stávajícího systému o desítky procent (hrubý odhad ukazuje potřebu zvýšení efektivity o 40 %). „To je šokující zjištění, čtyřicet procent je strašně moc, ale je to otázka dlouhodobé perspektivy. Je to možné, zvýšení jen o 2 % ročně po dobu 20 let by vedlo ke 45% zlepšení. Cesta ke zvyšování efektivity není iluzorní, ale musíme s ní začít,“ konstatoval Pavel Hroboň. Z makroekonomického pohledu Heleny Horské se udržitelnost českého



Zleva: MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA, Ing. Helena Horská, Ph.D., JUDr. Ing. Miroslav Ludvík, MBA, MUDr. Tomáš Gottvald, MHA

zdravotnického systému stále víc nachyluje k neudržitelnosti, což není nic nového. Výdaje do zdravotního plus sociálního systému činí více než 1 bilion korun, 86 % z toho jsou z veřejných zdrojů, zbytek do sta procent jsou fakticky výdaje domácností a podíly firem ve formě zaměstnaneckých bonusů. Šanci na ufinancovatelnost našeho zdravotnictví Helena Horská vidí zejména v prevenci, ale i větším podílu soukromých zdrojů plynoucím do zdravotního systému. Teď se na prevenci věnuje jen 8 % z 580 miliard korun, které zdravotnictví každoročně pohlcuje.

„Výdaje nepochybně porostou spolu se stárnutím populace. Každý rok klesá podíl ‚konzumované‘ akutní lůžkové péče o 2 %, díky efektivitě péče je jí potřeba méně, ale nijak se to nepromítá do restrukturalizace lůžkového fondu. A nechystá se infrastruktura pro stárnoucí populaci, tím stále rostou mandatorní náklady. Bez diverzifikace příjmů, fakticky bez rozšíření ‚balíku‘ nutně nastane náraz do monetární zdi. A preven-

ce? O nutnosti větší zainteresovanosti obyvatelstva vypovídá už jen fakt, že screeningu karcinomu tlustého střeva se neúčastní 40 % populace, které je určen,“ podotkl Ladislav Dušek.

Podle Jiřího Peciny by se stát ohledně zodpovědnosti lidí za jejich vlastní zdraví měl více zaměřit na mladou generaci, a to i zavedením speciálních předmětů ve školách. „V momentě, kdy podchytíme generaci současných patnáctiletých dětí, v roce 2030 jim bude 22 let, budou to aktivní přispěvatelé do zdravotního systému, a pokud jim to dobře vysvětlíme, budou z něj méně čerpat,“ vysvětlil Pecina. Zdravotnictví se podle něj ale málo zaměřuje i na vzdělávání starší generace.

Dopad EHDS, digitalizace a data

Odborným moderátorem diskusních panelů Revoluce v digitalizaci zdravotnictví ČR – dopad EHDS a Digitalizace a data byl



Zleva: Ing. Ladislav Friedrich, CSc., Mgr. Lenka Kaška, M.L., LL.M., prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA, přednosta I. interní kliniky – kardiologické Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc, vedoucí Národního telemedicínského centra Fakultní nemocnice Olomouc. Účastníky panelů byli Ing. Jiří Batěk (CEO Kyndryl), doc. MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH (zástupce ředitele pro zdravotní služby, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s.), MUDr. Marek Gančarčík, MBA, MSc. (generální ředitel CompuGroup Medical ČR), Mgr. Lenka Kaška, M.L., LL.M. (director Corporate Affairs, Pfizer), Ing. Jiří Pavlíček (předseda představenstva CzechMed), Ing. Ladislav Friedrich, CSc. (prezident Svazu zdravotních pojišťoven), Ing. Václav Vachta, MBA (CEO Infini One), MUDr. Jakub Fejfar, LL.M. (předseda představenstva Nemocnice AGEL Nový Jičín), Ing. Vladimír Janovský (Innovation business excellence director AstraZeneca), MUDr. Miroslav Měšťan, Ph.D. (I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové) a PhDr. Jan Šlajs, Ph.D., LL.M. (výkonný ředitel divize EUC kliniky).

Schválení jednotných evropských pravidel pro sdílení zdravotních dat v EU se očekává již příští rok. Představa je, že EHDS začne fungovat do tří let. Téměř dvě třetiny české populace považují myšlenku evropského prostoru zdravotnických dat, zejména elektronického zdravotního záznamu pacienta pro celé území Evropské unie, za přínosnou. Konsenzus je na tom, že nesporným benefitem bude rychlé získávání informací a jejich přehlednost. Systém pacientům umožní mít vždy k dispozici informace o jejich zdravotním stavu a přehled o užívaných lécích, zdravotníkům pak systém usnadní komunikaci se záchrannými složkami a sdílení údajů mezi specializacemi. Pod identifikačním číslem pacienta bude „balík“ relevantních zdravotních informací o něm, a to i od všech specialistů, jejichž ordinací projde – takže by se konečně sešly na jednom místě i výsledky všech vyšetření, která absolvoval. Velmi důležité je to i pro praktiky, zejména za situace, kdy pacient může bez jejich doporučení a zpětné vazby navštěvovat specialisty podle své úvahy s tím, že přece vše hradí pojišťovna. Zároveň ovšem EHDS přispěje k rychlejší digitalizaci i českého zdravotnictví, to povede ke zlepšení zdravotní péče obecně.

Elektronizaci zdravotnictví z pohledu pacientů přiblížila Lenka Kaška. EHDS pro ně bude úplně jiný, mnohem jednodušší svět přístupu ke zdravotním datům. Evropský předpis stanovuje i deset práv



Zleva: doc. MUDr. Tomáš Skála, Ph.D., FESC, MUDr. Jakub Fejfar, LL.M., Ing. Vladimír Janovský, MUDr. Miroslav Měšťan, Ph.D., Ing. Michal Schmidt, PhDr. Jan Šlajs Ph.D., LL.M., prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA

pacientů, jak se svými údaji budou moci zacházet, sedm z nich už máme v právním řádu i dnes. Turbulence ovšem může vyvolat právo zakázat lékaři právo přístupu k datům pacienta, což ale nevidí Ján Dudra jako častý případ – zejména ne za stávající situace, kdy sehnat v řadě regionů například pediatra pro své dítě je samo o sobě problém. Podle Lenky Kašky ale naštěstí pacient pravděpodobně nebude mít právo zakázat přístup ke svým datům lékaři, který mu právě poskytuje péči. I tak je třeba se na EHDS připravit. „Je nutné o EHDS předem edukovat zdravotníky i pacienty, začít pozitivní kampaň ve veřejném prostoru napříč celou ČR, jinak se nevyhneme dalšímu typu odmítačů. Pomoci by s ní měly i patientské organizace a zdravotní pojišťovny,“ apeloval Miloš Táborský.

Motivace nefunguje příkazem

Vykonatelnost zavedení EHDS bude nesporně záležet i na tom, jak se podaří změnit informační systémy, nemocniční i ambulantní. Změna je náročná technicky i finančně, je třeba využít k ní podle Jiřího Batěky dotační programy. Časování je velmi napjaté a specialistů IT je málo. Zatím ale nejsou ani standardy, podle kterých by zájemci o dotace koncipovali žádosti. Podle Táborského je to celé ještě složitější pro ambulance (nedosáhnou na tyto dotace) než pro nemocnice. V řadě nemocnic ale je „technika“ nutná ke sdílení informací uvnitř zařízení k dispozici. Mezi zařízeními (i mezi lékaři v nich) jsou ale obrovské rozdíly v možnostech, ale i vůbec ochotě s kolegy informace sdílet – motivace

nikdy nefunguje pouhým příkazem. Naopak dobrým příkladem je už teď třeba Fakultní nemocnice Olomouc, EUC nebo Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Všude v nemocnicích je problém s obrovským množstvím různých a často nekompatibilních nebo nepoužívaných softwarů, což je v rámci každého nemocničního informačního systému pověstná „koule u nohy“. Získat skutečně komplexní software je problém, který nezačíná u vysoutěžení dodavatele, ale u komplexnosti myšlení zadavatele a jeho schopnosti uvažovat i se zahrnutím dlouhodobější perspektivy vývoje příslušného zdravotnického zařízení. „Nemocniční informační systém nejde soutěžit jenom na cenu, pak se nedoplatíte za další služby na další rozvoj, včetně pro interoperabilitu. My jsme ve Fakultní nemocnici Hradec Králové udělali zadávací dokumentaci objektivně – a měla 200 stran. Mysleli jsme na minimálně deset let dopředu, dovolili jsme si tu drzost psát věci i perspektivně i na vynucování standardizací – a hlavně na systémovou integraci. Plnění požadavků od dodavatele tvrdě vyžadujeme. A je iluzorní myslet si, že vypíšete tendr a nějaká softwarová firma v této zemi za vámi přijde a nabídne vám komplexní software,“ podotkl Miroslav Měšťan.

Další diskuse se týkala pozitivních příkladů a zkušeností zdravotnických zařízení, kde už digitalizace úspěšně pomáhá. Tématem debaty bylo i využití telemedicíny a umělé inteligence v primární i sekundární prevenci.

Jana Jílková
Foto: Vojtěch Hanák

Ohlédnutí za XVI. celostátním sjezdem České společnosti klinické biochemie

17.–19. 9. 2023 proběhl již XVI. celostátní sjezd České společnosti klinické biochemie ČLS JEP s mezinárodní účastí. Místem našeho největšího oborového setkání tentokrát bylo Kongresové centrum Aldis v Hradci Králové.

Program kongresu, tak jako již tradičně, zachytil a odrazil vývoj a směřování vlastně celé „laboratorní medicíny“. Přednášky a diskuse se bezprostředně dotýkaly rozvoje oboru, jeho managementu, systému a potřebě vzdělávání, ale i analytických předpokladů a klinických aplikací. Prostor tu mělo téma průniku molekulární biologie do laboratorní medicíny, rozvoj separačních metod (tedy především

detekce cestou hmotností spektrometrie), problematiky kalciofosfátového metabolismu, uplatnění oboru v kardiologii a technologických otázek automatizace. I do laboratorní medicíny zasahuje tolik diskutovaná umělá inteligence a vynechána pochopitelně nebyla ani na tomto kongresu. Jeho vítaným zpestřením byly nepochybně kasuistiky a zajímavé postřehy z denní praxe, v programu si každý našel, co

ho nejvíce zajímá. Organizátorům se navíc podařilo zajistit i vystoupení několika špičkových odborníků z Evropy i světa, a tak se tu nabízela i dobrá možnost srovnání „jak na tom jsme“. Atraktivní a velmi přínosnou součástí celé akce byly i posterové prezentace k nově zaváděným metodám, k novým screeningovým programům i postupům, jak tyto programy v laboratorních zavést.

Společně posouváme práci v oboru kupředu

V průběhu kongresu jsme položili několik otázek **doc. Ing. Drahomíře Springer, Ph.D.**, předsedkyni ČSKB a vědeckého výboru kongresu.

Moderujete blok o molekulární biologii v laboratorní medicíně. V čem je podle vás právě tato další cesta tak velkým přínosem? A má i rizika?

Podle poslední části vašeho dotazu chápu, že máte na mysli metodu CRISPR. Samozřejmě to je vždy otázka etiky. Byla bych pro striktní omezení takových věcí, ale na druhou stranu bez otevřeného přístupu by nebyl možný pokrok. Je nesmírně obtížné někde přesně nastavit tu hranici. A kdo nám řekne, co je a co není správné? Věřím, že ti, kteří se podíleli na vývoji atomové bomby, na začátku výzkumu věřili nebo doufali, že jejich výsledky povedou ve společnosti k dobru. Čeho jsme pak byli svědky, jistě není úplně to, s čím by mohli být spokojeni. Ono soudit událost zpětně není nic těžkého. Zato velmi obtížné je predikovat do budoucnosti, k čemu všemu to povede. My pořád doufáme, že tyto nové technologie by mohly pomoci lidem, kteří mají mutace v genech, které je už předem odsuzují k tomu, že dříve nebo později podlehnou nějakému onemocnění. Pokud máte možnost ovlivnit to, jestli se vám narodí poškozené dítě, bývá volbou většiny lidí dítě zdravé.

Zasazujete se o doporučení, které se týká zapojení neinvazivní prenatální diagnostiky do screeningu vrozených chromozomálních odchylek. Komu by pomohlo?



Zejména maminkám, ale koneckonců i nákladům vynaložených zdravotními pojišťovnami. Já se zabývám mimo jiné i diagnostikou rizika vrozených vad, třicet let se v této oblasti věnuji screeningu v těhotenství. Na přípravě doporučení pro zapojení neinvazivní prenatální diagnostiky do screeningu vrozených chromozomálních odchylek se ČSKB podílí už tři roky, spolu se Společností lékařské genetiky a genomiky a s Českou gynekologickou a porodnickou společností. Metoda má vysokou výtěžnost – 95–99 % při falešné pozitivitě několika promile. Provádí se z krve matky, je z ní schopna detekovat fragmenty fetální DNA. Z nich jsme schopni sestavit genetickou výstavbu plodu a odhalit tam případnou chromozomální odchylku. V krvi matky cirkulují ale fragmenty DNA z placenty, ne přímo z plodu, proto se pozitivní nálezy musí ještě ověřit invazivním odběrem a genetickým testováním tohoto materiálu, který přímo souvisí s plodem. My je vlastně screeningem spojujícím biochemické vyšetření s ultrazvuko-

vým měřením šijového projasnění u plodu „předtřídíme“ a jen část s vyšším rizikem je odeslána na invazivní odběr. Neinvazivní prenatální diagnostika by umožnila podíl falešně pozitivních případů odesílaných na invazivní vyšetření zmenšit na minimum. Nejde jen o stres, kterého ušetříte těhotné, ale vlastně tím ušetříte peníze za invazivní odběr a další genetické analýzy.

Jako učitele vás určitě těší i to, že partner kongresu, společnost Beckman Coulter CZ, bude udílet ocenění pro mladé klinické biochemiky...

Je to letošní novinka a máme z ní radost. Společnost Beckman Coulter CZ ve spolupráci s ČSKB vyhlásila Ceny Beckman Coulter za aktivní činnost pro mladé klinické biochemiky. První vyhodnocení bude za rok 2023, čili výbor ČSKB bude kandidáty posuzovat na jaře 2024. Cílem udílení cen je podpora mladých klinických biochemiků k aktivní činnosti v oboru. Ceny Beckman Coulter mohou být udělovány aktivním členům ČSKB mladším 40 let, a to ve třech kategoriích – laborantská sekce, přednášková činnost, článek v odborném časopisu. Velmi si vážím i toho, že nejde jen o ceny pro vysokoškolské pracovníky, ale je tam i část pro laboranty. Je velmi důležité i je motivovat, přitáhnout je k práci tak, aby je bavila a zajímala. I když je zapojíte do vlastní výzkumné práce, bude je to víc těšit, když jí budou rozumět, sami přijdou třeba s tím, že se jim některý výsledek nezdá. A to je výborné, jsou to přece oni, kdo stojí u přístroje.

Jana Jílková

Foto: Radek Koňářík

Pneumologové se sjeli do Brna

Rizika kouření zahřívání tabáku, výsledky studie zabývající se postcovidovým syndromem či nedostatek ventilačních center – to jsou jedna z mnoha témat, která řešili čeští experti na plicní onemocnění na 23. kongresu České a Slovenské pneumologické a ftizeologické společnosti, který se konal na konci září v Brně.

Letos v říjnu končí v tuzemsku prodej zahřívání tabáku s příchutěmi. Česká republika se tak připojila k dalším zemím, které od 23. října zavedly povinnou směrnici Evropské unie. Jedním z hlavních důvodů je stoupající popularita těchto produktů. Zatímco před čtyřmi lety užívala produkty na principu zahřívání tabáku pouze 3,2 procenta populace, minulý rok už to bylo téměř 7 procent. Noví uživatelé se často rekrutují z řad kuřáků klasických cigaret a populární jsou také u mladých lidí, kteří je často nepovažují za zdraví škodlivé. Aerosol zahřívání tabáku má však podle odborníků velmi podobné složení toxických látek jako cigaretový kouř. Obsahuje tedy i prokazatelně karcinogenní látky.

„Výrobci uvádějí, že množství toxických látek v aerosolu zahřívání tabáku je menší než v cigaretovém kouři. Jednotlivé studie se však nemohou shodnout o kolik. S nižším množstvím toxických látek se automaticky nesnižuje riziko rozvoje karcinomu plic či jiných onemocnění. Aerosol navíc obsahuje látky, které se v cigaretovém kouři nevyskytují a jejichž biologický efekt zatím neznáme,“ varuje MUDr. Tomáš Kratochvíl z Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice v Brně.

Přístroje se zahříváním tabákem lze v České republice zakoupit od roku 2017. Vůbec poprvé se objevily v roce 2014 v Itálii a Japonsku. Právě v Japonsku jejich obliba rychle vzrostla. Odtud také pochází

nedávné studie, podle kterých je užívání zahřívání tabáku u těhotných spojené s větším výskytem rozvoje alergií u dětí a je rizikovým faktorem pro nedostatečný růst plodu.

Neškodné není ani pasivní kouření zahřívání tabáku. Celkem 37 procent lidí, kteří se účastnili výzkumu sledujícího vliv kouře ze zahřívání tabáku na zdraví, se po vystavení tomuto kouři cítilo malátně, trápilo je podráždění očí nebo bolest v krku.

„Občas se nám stává, že silní kuřáci, kteří se u nás léčí s nějakým plicním onemocněním a doporučujeme jim s kouřením přestat, přejdou na zahřívání tabák. Tímto způsobem ovšem cesta k odvykání nevede. Tabák podávaný v jakékoliv formě je zdraví škodlivý. Některé postupy pro odvykání kouření doporučují elektronické cigarety, které neobsahují nikotin. Ideální je však nekouřit nic,“ vysvětluje doc. MUDr. Milan Sova, Ph.D., přednosta Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy Fakultní nemocnice v Brně. Žádná studie doposud neprokázala, že by zahřívání tabák kuřákům cigaret skutečně pomáhal s kouřením skončit. Naopak, velká skupina lidí kombinuje kouření cigaret a zahřívání tabáku. „Trápí nás především mladí nekuřáci, kteří se domnívají, že zahřívání tabák není škodlivý, a začínají proto s jeho užíváním,“ doplňuje MUDr. Kratochvíl. Odborníci se shodují, že riziko rozvoje rakoviny plic, chronické obstrukční plicní nemoci

(CHOPN), plicní fibrózy nebo nemoci kardiovaskulárního systému je u konzumentů zahřívání tabáku vyšší než u nekuřáků.

„Ještě před sto lety byl karcinom plic vzácným onemocněním. Za obrovský nárůst nádorů plic může průmyslová výroba cigaret, a tudíž exponenciální nárůst počtu kuřáků tabákových výrobků, u kterých na začátku nikdo netušil, jaké dopady na zdraví mohou mít. Dnes považuje řada lidí nikotinové sáčky, vapování nebo zahřívání tabák za běžnou součást života a bezpečnou variantu užívání nikotinu. Budoucí dopady pandemie užívání těchto alternativ klasických cigaret však zatím nedokážeme předpovědět, krom známých rizik spojených s užíváním hořícího tabáku se zde totiž mohou projevit i možné dlouhodobé a kumulativní toxické, karcinogenní či zánětlivé efekty přísad a příchutí, které tyto výrobky obsahují,“ upozorňuje prof. MUDr. Martina Kozíar Vašáková, Ph.D., předsedkyně České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP. Evropská respirační společnost už v minulosti upozornila, že riziko užívání zahřívání tabáku je větší, než udávají tabákové společnosti. Také Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje, že v současné době neexistují důkazy o tom, že zahřívání tabák je méně rizikové než klasické cigarety.

Potíže po těžkém covidu-19 má do deseti procent pacientů

Dušnost, extrémní únava, poruchy spánku nebo bolesti hlavy či kloubů – to jsou obtíže, se kterými se potýkají pacienti, kteří prodělali těžkou formu covidu-19. Na počátku koronavirové pandemie lékaři jen těžko odhadovali, kolik nemocných bude postcovidovým projevům čelit. Z nejnovější studie Fakultní nemocnice v Hradci Králové vyplývá, že se potíže týkají sedmi procent pacientů, kteří přežili akutní covid-19. Je to méně, než experti původně čekali.

„Na počátku koronavirové pandemie jsme se obávali toho, že se riziko vzniku postcovidových problémů může týkat každého druhého pacienta, který byl hospitalizovaný s těžkým covidem. To se nám



Zleva: prof. MUDr. Martin Repko, Ph.D., MUDr. Petr Benda, MHA, prof. MUDr. Martina Kozíar Vašáková, Ph.D., prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc. a doc. MUDr. Milan Sova, Ph.D.

ale po více než dvouletém sledování nemocných našťestí nepotvrdilo," vysvětluje doc. MUDr. Vladimír Koblížek, Ph.D., přednosta Plicní kliniky Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. S vysokým rizikem postcovidového syndromu byly spojené především první varianty viru – na počátku pandemie. Méně pacientů pak mělo obtíže po prodělání varianty omikron. Podle doc. Koblížky to souvisí s tím, že covid-19 prodělala už více než polovina české populace, a tak se z něj stala relativně běžná nemoc. „Velká část osob v Česku je navíc naočkovaná, někteří lidé i více dávkami," dodává doc. Koblížek, který je také vědeckým sekretářem České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP. U těch, kteří byli s akutním covidem-19 hospitalizováni v nemocnici a dostali umělou plicní ventilaci nebo kyslík, se lékaři zpočátku obávali vzniku plicních fibróz, což by vedlo k vážným problémům s dýcháním a s ohrožením na životě. „Jak se ale ukázalo, i u pacientů, kteří měli těžký průběh, se většinou velká část nálezu postupně vstřebala a plicní funkce se u nich vrátila k normě. Prognózy týkající se postcovidových problémů jsou proto teď už optimističtější," popisuje doc. Sova.

Studie zabývající se postcovidovým syndromem probíhala od března 2020 do června loňského roku ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Všem pacientům s covidem jsme po jejich první hospitalizaci nabídli možnost obrátit se v případě problémů na naše postcovidové centrum. Z 3 880 oslovených navštívilo naši ambulanci 267 osob – tedy méně než 10 procent z těch, kteří akutní covid přežili," upřesňuje doc. Koblížek. Více než polovina nemocných kontaktovala hradecké centrum kvůli respiračním problémům, které často doprovázela i velká únava. Pětinu pacientů

trápily těžké poruchy spánku či bolesti hlavy a mezi časté obtíže patřily také změny na kůži, ztráta čichu a chuti nebo postižení srdce. „V případě závažných dýchacích problémů se na nás nemocní obraceli sami. Pacienty k nám často ale zaslali také praktičtí lékaři – týkalo se to těch, kteří sice navenek žádné problémy nevykazovali, praktici však u nich zjistili známky poškození v oblasti respiračního systému," dodává doc. Koblížek.

V Česku chybí ventilační centra

Pacientům s respiračními problémy umí významně zkvalitnit a prodloužit život tzv. neinvazivní plicní ventilace (NIV) – léčba pomocí přístroje s dýchací maskou, který používají doma. Ventilačních center, ve kterých mohou tuto léčbu lékaři nemocným „naordinovat", je ale podle pneumologů v tuzemsku nedostatek a v řadě regionů úplně chybí. Dlouhé čekací doby, s nimiž se pacienti potýkají, aby se do center, a tedy i k přístrojům dostali, mohou vést v krajních případech až k předčasné smrti.

„Nemocní bohužel v současné době čekají na vyšetření i půl roku. Dlouhé objednací lhůty s sebou navíc nesou vyšší rizika jiných onemocnění, například infarktu. Pokud se jedná o „těžké" pacienty, v krajním případě mohou zemřít dřív, než se k léčbě vůbec dostanou," říká doc. Sova. Vyšetření ve ventilačních centrech potřebují tisíce pacientů – ať už s apnoe, s CHOPN, nebo hyperkapnií. „Na specializovaná centra se ale obrací také nemocní s amyotrofickou laterální sklerózou, kteří se kvůli ztrátě nervových buněk postupně přestávají hýbat a mají problémy s dýcháním," popisuje doc. Sova. „Všem těmto skupinám pacientů dokáže zlepšit a prodloužit život neinvazivní plicní

ventilace, kterou mohou dostat domů jen po vyšetření ve ventilačním centru a následné indikaci lékařem," dodává. Přístroj s dýchací maskou využívají nemocní především v době spánku, kdy jim pomáhá zajišťovat výměnu plynů a snižovat obsah oxidu uhličitého v krvi. Používat jej ale mohou také ve dne. Léčbu hradí pacientům zdravotní pojišťovna, musí ji však vždy doporučit pneumolog.

CHOPN a hyperkapnie se často vyskytují u pacientů současně. Protože ale hyperkapnie nemá specifické příznaky, je u pacientů s CHOPN velmi důležité vyšetření obsahu plynů v krvi. „Hyperkapnie je hodně závažná, protože má různé příznaky. Někteří lidé mohou mít spojivky podlité krví a trpí nadměrnou únavou, případně usínáním ve dne, nebo naopak neklidem. Řada nemocných naopak nemusí příznaky nadbytku oxidu uhličitého v krvi vůbec zpozorovat. Vliv na jejich organismus má přitom tato nemoc zásadní," zdůrazňuje prof. Kozíar Vašáková. „Pokud se u pacientů hyperkapnie potvrdí, mělo by se uvažovat o neinvazivní ventilační léčbě," říká MUDr. Jaroslav Lněnička, vedoucí lékař chronických ambulancí Fakultní nemocnice Bulovka. Důležitost role NIV u pacientů s dýchacími problémy dokazuje i studie, jejíž výsledky odborníci na kongresu prezentovali. Vyplyvá z nich, že u nemocných, kteří dostali NIV včas, dochází k téměř trojnásobnému snížení počtu hospitalizací a úmrtí. „Výsledky studie dokládají, že neinvazivní plicní ventilace je metoda, která má velmi účinný preventivní potenciál. O to větší je škoda, že není využívána tak, jak by měla. V některých regionech bohužel v současné době není tato léčba pacientům vůbec dostupná," uzavírá MUDr. Lněnička.

(red)

Foto: red

▼ Inzerce

ODOLNĚJŠÍ
– očkování posiluje zdraví ve stáří

V rámci mediální kampaně na podporu očkování nabízíme ZDARMA účast na vzdělávacích programech – kurzy probíhají online i prezenčně

Posledních pár volných míst na kurzy: 16. 11. 2023 a 28. 11. 2023

Nabídku online kurzů sledujte zde: <https://www.institutvzdelavani.cz/> v sekci WEBINÁŘE ZDARMA.

Pro více informací a přihlášení kontaktujte:
Terezu Štěrboulovou | E-mail: komunikace@apsscr.cz | Tel.: 604 926 669

Účastníci obdrží osvědčení o absolvování akreditovaného semináře v rozsahu 8 hodin.

APSS ČR

Poskytovatelé sociálních služeb si zaslouží pozornost a pochvalu

Již XIV. výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb České republiky proběhl ve dnech 5. a 6. října 2023 v hotelu Palcát v Táboře. Jde o největší setkání poskytovatelů v Česku.

„Kongres je vyústěním Týdne českých sociálních služeb,“ řekl v úvodu Ing. Jiří Horecký, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS), který spolu s Mgr. Bc. Andreou Tajanovskou, DiS., ředitelkou Domova pro seniory Pohoda Netolice, akci moderoval. Přinášíme nejdůležitější témata z prvního dne kongresu.

V úvodu Jiří Horecký přítomné pozval na zcela novou konferenci Digitalizace a technologie v sociálních službách, která se koná 21. listopadu. Informoval také o unikátním projektu Asociace, týkajícím se spokojenosti zaměstnanců sociálních služeb. „S profesionálními personálními agenturami ve spolupráci s IT specialisty jsme vytvořili webový nástroj, který bude celý listopad k dispozici všem členům Asociace zdarma. Zadáváte data o vztazích na pracovišti, pracovní benefity, informace o tom, jak jsou zaměstnanci spokojeni v práci, o vzdělávání a firemní kultuře či průměrné platy v jednotlivých profesích. Na konci dostanete komplexní hodnotící zprávu s grafy a s komentářem, jak jste na tom v rámci vašeho zařízení a v porovnání s celou republikou,“ vysvětlil Jiří Horecký.

Vláda v poločase

Inženýr Marian Jurečka, místopředseda vlády a ministr práce a sociálních věcí ČR velmi ocenil spolupráci s APSS. Jak řekl, práce na reformě dlouhodobé péče pokračují. Je třeba dotáhnout legislativní návrhy, především velkou novelu zákona o sociálních službách. Největší výzvou jsou otázky zdravotně-sociálního pomezí. Za důležité ministr považuje hledání stabilních zdrojů financování pro předpokládaný budoucí demografický vývoj. Cestou je novelizace úhradové vyhlášky i rozšíření příspěvku na péči o 5. stupeň.

K otázkám nedostatku kvalitního personálu pro sociální služby Marian Jurečka uvedl: „Personál můžeme zajistit několika kroky. Především je to odměňování, což souvisí s tím, kolik do systému přispěje stát, kolik kraje, obce, ale také klienti. Důležité je dlouhodobé zvyšování prestiže sociálních



Zleva: Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS., Ing. Marian Jurečka, Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA

služeb, s čímž otázka odměňování souvisí.“ Jak řekl dále, ve zdravotnictví a v sociálních službách je na rozdíl od jiných odvětví velmi citlivá otázka zaměstnávání lidí z třetích zemí. Proto ministerstvo hledá zdroje na domácím pracovním trhu. Vytváří také podmínky osobám na rodičovské dovolené, aby se mohly vracet do práce na částečný úvazek. Ministr také konstatoval, že kromě sociálních pracovníků v sociálních službách chybějí i THP pracovníci. „Čelíme důsledkům vývoje. Za 30 let nám chybí 900 tisíc lidí, kteří se nenarodili. Něco vyřešíme migrací, ale především musíme zefektivnit systém,“ řekl. Dalším nástrojem úspor je snížení příspěvku do FKSP, což poskytovatelé nelibě nesou.

Otevřela se i debata o sloučení zdravotního a sociálního pojištění. „Chceme mít od 1. ledna 2025 legislativně ukotveno víceleté financování pro sociální služby, aby poskytovatelé věděli, s čím mohou počítat. Bude zde zahrnut i princip vícezdrojového transparentního financování. Zamýšlíme se též nad principem alimentační povinnosti dětí a vnoučat na základě zjednodušeného majetkového testu. Není přece normální, aby senioři své majetky převáděli na po-

tomky, a pak řekli, státe, postarej se,“ uzavřel.

Závěrem Marian Jurečka pokřtil knihu Násilí v sociálních službách, kterou vydala APSS, a vyhlásil další ročník ocenění Gratias pro sociální pracovníky.

Práce záchranky není jen „adrenalin“

Důvodům zvyšování četnosti výjezdů záchranných služeb k poskytovatelům sociálních služeb se věnoval MUDr. Marek Slabý, MBA, LL.M., senátor, ředitel Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje a prezident Asociace zdravotnických záchranných služeb. Mezi důvody zmínil celkový úbytek praktických lékařů a lékařů spolupracujících se sociálními službami. Jak řekl dále, zdravotnická záchranná služba (ZZS) se dostala na zdravotně-sociální pomezí. „Snažíme se nové situaci přizpůsobit, aby byl dodržován zákon, který stanoví, k čemu je ZZS určena. Původní záchranáři, kteří pracovali na záchraně především proto, že to je neodkladná, rychlá, tedy „adrenalinová péče“, si budou muset zvyknout na to, že se dnes ne vždy zabýváme akutní péčí či

traumaty. Na dotaz z publika, co jej jako senátora po příchodu do Senátu nejvíce překvapilo, odpověděl: „Média nás přesvědčují o tom, že politika je válka. Ale v Senátu se žádný boj neodehrává. Jsem překvapen dělným, profesionálním a nekonfliktním prostředím Senátu a množstvím odborníků různých profesí z praxe,“ uzavřel Marek Slabý.

Potlesk pro pobytové sociální služby

Profesor RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) se zabýval tématem spojování zdravotních a sociálních dat. Úvodem řekl, že ÚZIS připravuje Národní informační systém sociálních služeb (NSIS), což je obdoba zdravotnického systému, ale pro sociální oblast. Poděkoval ministrům Jurečkovi a Válkovi, že se dohodli mezi obě ministerstva postavit datový most. „Ve zdravotnictví můžeme vidět každou hospitalizaci, každý výkon zdravotních pojišťoven mnoho let zpátky. Tady máme dokonalý přehled. Ale zcela chybí mapování sociálního komplementu,“ řekl. Jako příklad uvedl nákladnou léčbu roztroušené sklerózy. Vidíme, jak je léčba aplikována ve zdravotnictví. Ale nevidíme její skutečný dopad, zda pacient třeba není invalidizován.

„Ze zkušenosti z epidemie covid-19 vím, že pracovníci v sociálních službách by si zasloužili lepší servis o dostupnosti svých služeb. Měli by mít možnost vidět napojení na zdravotní systém. I k tomu by mohl napomoci plánovaný NSIS,“ uvedl ředitel Dušek. Od sdílení dat na evropské úrovni, jak dále uvedl, si kromě posunu k individuali-



Zleva: Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS, MUDr. Marek Slabý, MBA, LL.M., doc. Jana Hanušová, Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA

zaci medicíny slibuje sjednocení nemocničních informačních systémů. „Jsme výborní v analýze dat či v používání aplikací. V čem ale selháváme, je sběr dat.“

Ladislav Dušek také zdůraznil nutnost plánování potřeby sociální péče a motivace mladých lidí, aby šli studovat především takové potřebné obory, jako je ošetrovatelství. „Po roce 2030 budou „Husákovy děti“ odcházet z pracovního trhu a není je kým nahradit. Máme tedy zhruba deset let na to, abychom tu zátěžku vybrali. Za tu dobu jsme schopni vychovat jednu generaci lékařů a vysoce kompetentní sestry. Musíme také posílit vzdělávání zdravotnických záchranářů,“ dodal. Závěrem profesor Dušek pochválil výbornou spolupráci se sociálními zejména pobytovými zařízeními během pandemie. „Velmi rychle jste najeli na denní

reportování dat, na spolupráci s armádou a výborně jste si vedli při vakcinaci. Jsem naprosto přesvědčen, že se díky vám podařilo zachránit možná až 15 tisíc životů,“ uzavřel.

Novinka v sociálně zdravotní péči

Tématu zdravotně-sociálního pomezí se věnoval Václav Pláteník, MA, LL.M., náměstek ministra zdravotnictví ČR. Přítomným představil návrh změnového zákona. „Chceme legislativně ukotvit nový typ služby v lůžkové sféře, tzv. sociálně zdravotní lůžkovou péči, spočívající v kombinaci lůžkové zdravotní péče a pobytové sociální služby. Doplní stávající strukturu služeb a zároveň nám do budoucna dá možnost na tuto službu navazovat další, například respitní či terénní služby. Služba je určena osobám s výraznou potřebou zdravotní složky péče. Indikátorem bude 3. až 4. stupeň závislosti a podmínkou indikace lékaře,“ vysvětlil náměstek Pláteník.

Podle jeho slov služba může vzniknout buď tzv. na zelené louce, nebo tím, že aktuální poskytovatel sociálních služeb zažádá o zdravotní komponentu a naopak. Ministerstvo zdravotnictví navrhuje financování ze tří zdrojů: platba zdravotní pojišťovny za poskytnutou zdravotní péči, přiznaný příspěvek na péči a příspěvek klienta za tzv. hotelové služby. „Sociálně zdravotní lůžková péče je doplněním stávající struktury péče. Předpokládáme, že tato změna vstoupí v platnost od 1. července 2024,“ dodal Václav Pláteník.

Markéta Mikšová

Foto: Vojtěch Hanák



Lékaři loni provedli rekordní počet endoprotéz kolene a kyčle

Čerstvá data ÚZIS z Registru kloubních náhrad ukazují rapidní meziroční nárůst počtu operací totálních endoprotéz kolene a kyčle. Celkem bylo v Česku v roce 2022 v rámci těchto dvou zákroků provedeno 28 459 operací. „Počet operací vzrostl napříč všemi ortopedickými pracovišti v celém Česku. V průměru meziročně vzrostl počet těchto operací o více než 50 %,” říká Tomáš Stibor ze společnosti B. Braun, která kloubní implantáty do českých nemocnic dodává.

Ortopedická operativa se v Česku za období pandemie covid-19 prakticky zastavila. Covidové roky 2020 a 2021 byly poznamenány historicky nejdelšími čekacími lhůtami, které české zdravotnictví za posledních deset let zažilo. Rok 2022 byl prvním „postcovidovým“ rokem, kdy se zdravotnická péče vracela do režimu standardního fungování v plném rozsahu také za přispění vyššího nasazení zdravotnických týmů. „U implantací náhrad velkých kloubů se nám loni podařilo dohnat velkou část covidových restů. Na naší klinice jsme operovali s maximálním úsilím i o víkendových směnách, a i díky příhodným úhradovým mechanismům zdravotních pojišťoven se nám daří čekací doby vrátit na doporučenou dobu jednoho roku,” komentuje současný stav MUDr. Tomáš Novotný, Ph.D., přednosta Ortopedické kliniky Masarykovy nemocnice Krajské zdravotní, a.s., v Ústí nad Labem. Od roku 2021 přešlo české zdravotnictví na tzv. systém platby za DRG (jednotné platby za skupinu diagnóz), kdy jsou výměny kyčelních a kolenních kloubů hrazeny bez limitů a regulací. To znamená, že kolik zákroků stejné skupiny nemocnice vykáže, tolik jich dostane zaplacen.

Rok 2022 ukazuje cestu do budoucnosti

Za loňský rok oproti roku 2021 stoupl počet jednostranných kyčelních endoprotéz o 47 %, provedeno bylo loni 14 010 operací. Oboustranných implantací kyčelních endoprotéz bylo za stejné období provedeno dokonce 320, což je o 72 % více než v roce 2021. Úplně největší skok v meziročním srovnání zaznamenala oboustranná výměna kolenního kloubu, u níž počet meziročně vzrostl o 83 % na 244 zákroků za rok 2022. Jednostranných výměn kolene bylo v roce 2022 provedeno 13 885, což je o 63 % více než v roce 2021. „Meziroční růst v roce 2022 je proti covidovému roku 2021 poměrně logický. Ta čísla jsou ale vyšší než v roce 2019, který doposud platil za strop české ortopedie. Ukazuje se, že

dobrý úhradový mechanismus v kombinaci s motivovanými operačními týmy funguje a je to za nás rozhodně cesta i do budoucna,” potvrzuje rostoucí trend přednosta I. ortopedické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně doc. MUDr. Tomáš Tomáš, Ph.D.

Pacientská cesta přináší ovoce

Kromě nasazení personálu pomohla i změna přístupu k operativě, kterou v podobě tzv. Pacientské cesty v Česku začala prosazovat Skupina B. Braun. Pacientská cesta je modelem optimalizujícím hospitalizaci pacienta a přinášejícím benefity jak jemu, tak nemocnici. Tvoří ji na sebe navazující řetězec edukačních, organizačních i medicínských prvků, které v uceleném systému přinášejí benefit jak pro pacienta, tak pro nemocnici. Jde například o tištěné a digitální edukační materiály připravující pacienta na zákrok, nové analgetické a antiseptické protokoly umožňující časnější mobilizaci pacientů řádově o dny, a zejména se jedná o aktivní zapojení pacientů do celého předoperačního, operačního i pooperačního procesu. Tento systém aplikuje bezmála dva roky Nemocnice Šumperk, další české nemocnice jsou v přípra-



Doc. MUDr. Tomáš Tomáš, Ph. D.

vě a nově Pacientskou cestu zavedla slovenská Univerzitní nemocnice L. Pasteura Košice. „Z dlouhodobých studií provedených v Německu vyplývá, že délku hospitalizace zkracuje systém až o 35 %, pacienti jsou s celkovým procesem výměny kloubu spokojeni o 20 % víc a nemocnice zároveň šetří poměrně významnou část finančních prostředků. A co je v souvislosti s čekacími lhůtami důležité, operační týmy jsou schopny realizovat více výměn velkých kloubů,” uzavírá jeden z propagátorů novátorského přístupu k operativě endoprotéz MUDr. Alan Munteanu, ze Skupiny B. Braun.

(red), foto: archiv redakce

Tabulka Počty náhrad kyčelních a kolenních kloubů od roku 2018 do roku 2022

Kyčelní kloub					
Rok	2018	2019	2020	2021	2022
primární koxartróza jednostranná	11 198	12 387	9 368	9 532	14 010
primární koxartróza oboustranná	248	275	195	186	320
Kolenní kloub					
Rok	2018	2019	2020	2021	2022
primární gonartróza jednostranná	12 468	12 798	9 547	8 528	13 885
primární gonartróza oboustranná	202	218	134	133	244

Zdroj: ÚZIS, Registr kloubních náhrad

Mladých pacientů s chronickými záněty střev přibývá

Autoimunitních chorob v posledních letech přibývá a nevyhýbají se ani čerstvě dospělým či dětem. Jedním z typů těchto chorob jsou tzv. nespecifické střevní záněty (IBD), mezi které patří například Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida. Ty doprovází člověka po celý život. Proto se lékaři snaží co nejdříve nemoc zklidnit, a předejít tak nevratnému poškození střeva nebo vzniku komplikací, které by mladé pacienty významně omezovaly v běžném životě. Přestože je v současné době k dispozici stále více moderních léků i chirurgických postupů, ne vždy se daří dostat nemoc pod kontrolu.

Podle odborníků trpí v současné době nespecifickými střevními záněty v Česku téměř 70 000 lidí. Značná část pacientů onemocní ještě před dovršením dospělosti. „Přestože se zánětlivá střevní onemocnění charakteru IBD nejčastěji poprvé projevují v adolescentním věku, není již výjimkou jejich výskyt u batolat nebo u kojenců,“ říká MUDr. Katarína Mitrová, Ph.D., z oddělení dětské gastroenterologie ve Fakultní nemocnici v Motole.

Nemoci jako Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida jsou tzv. imunitně podmíněná onemocnění, způsobuje je tedy vlastní imunitní systém pacienta. „Přestože jednoznačnou příčinu neznáme, uplatňují se zde jak faktory genetické, tak i faktory vnějšího prostředí. U obou nemocí byly prokázány genetické dispozice, které jsou daleko silnější vyjádřeny u Crohnovy choroby. Čím silnější je genetická vložka, tím časněji se choroba projeví a obvykle také probíhá agresivněji,“ říká prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc., přednosta kliniky ISCARÉ.

K léčbě je potřeba přistoupit citlivě

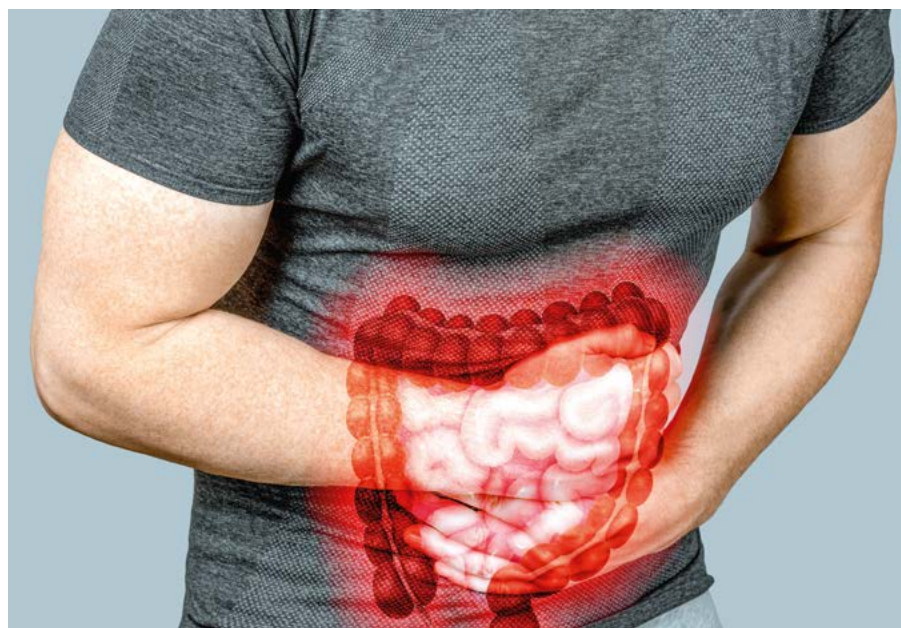
Nejčastěji se IBD projevují bolestmi břicha, průjmy nebo krví ve stolici. U dětí však může být, na rozdíl od dospělých pacientů, jediným projevem porucha růstu. „Dětský věk je obdobím neustálého růstu, proto je nutné pomocí vhodné terapie zánětlivou aktivitu nemoci co nejdříve zklidnit, aby nedošlo k negativnímu ovlivnění vývoje malého pacienta. Ze stejného důvodu musíme také citlivě volit léčbu, aby vývoj negativně neovlivňovala,“ vysvětluje MUDr. Mitrová. Přestože mají lékaři k dispozici naprostou většinu léků, které jsou určeny i k léčbě dospělých, vyžaduje léčba mladých pacientů zvláštní přístup. K potlačení Crohnovy nemoci například lékaři používají místo kortikoidů tzv. výlučnou enterální výživu, což je roztok obsahující cukry, tuky, bílkoviny, ionty, vitaminy, stopové prvky a vodu. Ten pacienti do trávicího traktu dostávají popíjením nebo sondou. U těžších případů je pak důležité

časné zahájení imunosupresivní či biologické léčby nebo jejich kombinace. Tou se lékaři snaží předejít definitivnímu poškození střeva. „V současné době se mění také přístup k chirurgickým zákrokům, které již neslouží jenom k řešení komplikací nebo jako ‚poslední možnost‘ po selhání léků. Optimální načasování operace u dětských pacientů může pozitivně ovlivnit jejich další vyhlídky a často i odpověď organismu na další léčbu,“ říká MUDr. Mitrová. Péče je tak podle ní v Česku srovnatelná s nejlepšími pracovišti na světě, obor však bohužel trpí nedostatkem lékařů i sester, což bude s narůstajícím počtem pacientů v budoucnu stále větší problém. Už nyní jsou na některých pracovištích čekací lhůty v řádech měsíců.

Přechod k lékaři pro dospělé je specifický

IBD u dětí a mladých dospělých jsou podle lékařů velmi specifické i proto, že se s nimi musí naučit žít v období nejrychlejšího fyzického a psychického vývoje. „Je důležité dětem i mladým dospělým o jejich nemoci nelhat, komunikovat otevřeně a postupně je připravovat na to, aby byli schopni nemoc přijmout a jednou také převzít spoluodpovědnost za svůj zdravotní stav. V tom je klíčová role celé rodiny, jejíž fungování nemoc nepochybně ovlivňuje také,“ popisuje MUDr. Mitrová. I období přechodu pacientů od dětských gastroenterologů k těm pro dospělé může být citlivé a musí se k němu přistupovat obezřetně. „Navázání důvěry mezi námi a pacientem a často i jeho rodiči je velice důležité,“ říká prof. Lukáš. Podle jeho zkušeností funguje předávání pacientů do péče gastroenterologů pro dospělé velmi dobře, což většinou vychází ze spolupráce pracovišť pro děti i dospělé. Pacient vždy dostává možnost výběru centra, které se problematikou IBD zabývá a které mu nejvíce vyhovuje.

(htl)



Pokroky v metabolickém syndromu, od prevence k léčbě

V průběhu let se definice metabolického syndromu několikrát změnila, a to z důvodu obtížnosti nastavení univerzálních kritérií. Téměř vždy se za nemocemi metabolického syndromu skrývá prozánětlivý stav organismu, který souvisí s narušeným metabolismem glukózy. Komplikace úzce spojené s metabolickým syndromem zahrnují kardiovaskulární onemocnění a diabetes druhého typu. Bylo zaznamenáno, že náchylnost k metabolickému syndromu je ovlivňována komplexními interakcemi mezi lidskou mikrobiotou, genetickými faktory a stravovacími návyky.

Metabolický syndrom (MS) zahrnuje skupinu metabolických změn, které zvyšují riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (CVD), diabetes mellitus 2. typu (T2D), neurodegenerativních onemocnění a několika typů rakoviny (např. kolorektálního karcinomu, nádorů ledvin, většiny gynekologických nádorů). Mezi další rizikové faktory patří zvýšené riziko vzniku aterosklerózy vlivem nadbytku močoviny v krvi (hyperurikémie), abdominální obezity, albuminurie, vyšší hladiny inhibitoru-1 plazminogenového aktivátoru (PAI-1) či poruchy regulace hladiny glukózy v krvi. Metabolický syndrom je označen pro stav, kdy se u člověka současně vyskytuje několik konkrétních onemocnění nebo příznaků, které mohou například vlivem rozvinutí aterosklerózy zvýšit riziko kardiovaskulárních onemocnění, ale také rizika chronické nefropatie a T2D. Osoby s MS mají 5× vyšší riziko diabetu a 2× vyšší riziko vzniku kardiovaskulární příhody. Na tomto riziku se účastní všechny přítomné rizikové faktory MS, a proto je jim třeba věnovat patřičnou pozornost. Je třeba je včas objevit a včas zahájit intervenci životního stylu i farmakologickou léčbu jednotlivých faktorů.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je diagnóza MS založena na přítomnosti tří nebo více těchto příznaků: centrální obezita, dyslipidemie, arteriální hypertenze, narušené hladiny glukózy na lačno a inzulinová rezistence. K rozvoji MS přispívá více genetických a environmentálních faktorů. U pacientů s MS je rozhodující ovlivnit všechny mechanismy, což v praxi znamená zavedení zdravého životního stylu a indikaci léků k úpravě jednotlivých složek MS. I když existuje řada léků, především antihypertenziv, antidiabetik a hypolipidemik, která účinně ovlivní příslušné rizikové faktory u MS a některá z nich i oddálí vznik diabetu 2. typu, zatím neexistuje žádný specifický lék, který by dokázal podstatu MS ovlivnit.

Výskyt MS se pohybuje v rozmezí od 20 do 30 % v dospělé populaci a u dětí do 19 %, zatímco u pacientů s diabetem 2. typu může

dosáhnout až 80 %. Převaha obezity a diabetu 2. typu často souvisí s jedním z následků MS. Pacienti s MS jsou vystaveni vysokému riziku kardiovaskulárních onemocnění a neurologických poruch. Podle zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO) trpí cukrovkou na celém světě asi 422 milionů lidí.

Prakticky použitelná kritéria pro rozpoznání MS byla vytvořena v roce 2001 v rámci National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III, 2001). V současné době se používá harmonizovaná definice MS, kterou používá i Český institut metabolického syndromu (ČIMS, o.p.s. 2010). Přítomnost tří a více z následujících pěti rizikových faktorů znamená přítomnost MS:

- obvod pasu pro abdominální obezitu (zvolený pro českou populaci): muži > 94 cm a ženy > 80 cm,
- TG ≥ 1,7 mmol/l nebo hypolipidemická terapie,
- HDL-cholesterol: muži < 1,0 mmol/l, ženy < 1,3 mmol/l nebo hypolipidemická terapie,
- TK ≥ 130/ ≥ 85 mm Hg nebo antihypertenzní terapie,
- glykemie nalačno ≥ 5,6 mmol/l nebo porušená glukózová tolerance nebo diabetes mellitus 2. typu nebo léčba antidiabetiky.

Prevalence MS byla studována u různých populací. Z provedených studií, které používaly nejčastěji kritéria NCEP ATP III, se MS vyskytuje v průměru u 24 % severoamerické populace, přičemž prevalence stoupá s věkem (7 % u 20letých osob a 40 % u osob starších než 60 let). V naší populaci ve věku 24–65 let byla zjištěna 32% prevalence MS u mužů a 24% prevalence u žen. Ve věku 65 let a vyšším byla prevalence MS ještě vyšší. Výskyt MS se liší v různých etnických skupinách.

Patofyziologie

Patogenetické mechanismy stojící za metabolickým syndromem jsou složité a nejsou ještě

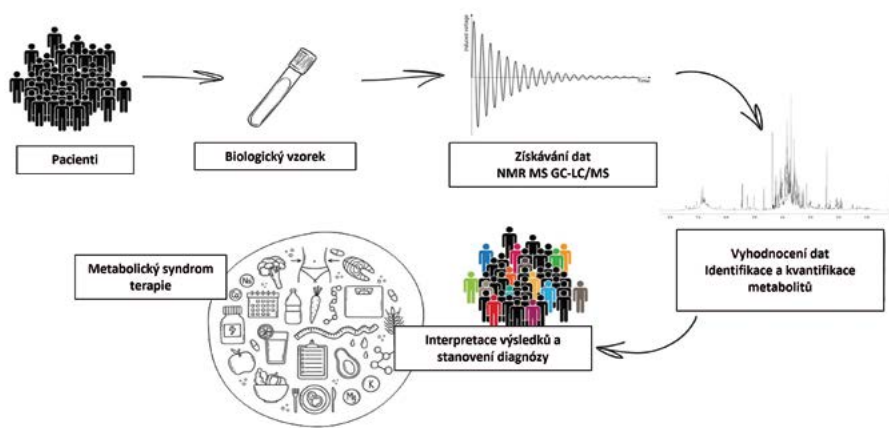
plně objasněny. Důležitým společným faktorem metabolického syndromu je systémový zánět, známý také jako chronický zánět nízkého stupně. Klíčovou roli v tomto procesu hraje tuková tkáň, která je v současné době považována za endokrinní orgán. Podstupuje hypertrofii a hyperplazii v reakci na přebytek kalorického příjmu. Pro metabolický syndrom je typický přebytek viscerální tukové tkáně. Metabolický syndrom způsobuje řadu metabolických poruch a strukturálních změn, zejména vaskulárního a lymfatického mikroprostředí, které je zodpovědné za nebezpečné hypoxické stavy adipocytů lokalizovaných dále od cév. Hypoxie a lipotoxicita adipocytů jsou doprovázeny uvolňováním mastných kyselin a dalších potenciálních látek, které jsou schopné aktivovat prozánětlivou odpověď v parenchymálních buňkách. Tento zánětlivý proces se vyskytuje na více místech viscerální tukové tkáně s obrovským systémovým šířením zánětlivých cytokinů, které postihují viscerální orgány, a zejména orgány citlivé na inzulin. Nadměrná akumulace lipidů ve svalové tkáni a játrech může zvyšovat riziko vzniku inzulinové rezistence (IR), čím významně ovlivňuje progresi metabolického syndromu a přechod na kardiovaskulární onemocnění a diabetes druhého typu. Inzulinová rezistence v tukové tkáni narušuje inhibici lipolýzy zprostředkované inzulinem a zvyšuje hladinu cirkulujících volných mastných kyselin (FFA), které dále inhibují antilipolytický účinek inzulinu. V kosterním svalstvu nadměrná hladina těchto mastných kyselin FFA inhibuje absorpci glukózy (závisle na přítomnosti inzulinu). Je tak snížena schopnost svalové tkáně přijímat glukózu z krevního oběhu. Dále dochází k narušení transportu glukózy a syntézy glykogenu. Zvýšená sekrece inzulinu β-buňkami slouží jako kompenzační mechanismus k udržení euglykemie a následně vede k rozvoji diabetu druhého typu T2D. Navíc, vlivem obezity a inzulinové rezistence, dochází k vyvolání systémového oxidačního stresu a zvýšené aktivaci

následných signálních kaskád, které způsobují aterogenezi a fibrózu tkání.

Komorbidity a komplikace

Přítomnost zánětlivého stavu je společným faktorem, který stojí za zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění u jedinců s metabolickým syndromem a je spojován s nárůstem hladiny glukózy v plazmě. Diabetes druhého typu představuje závažnou zdravotní hrozbu a je jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, onemocnění ledvin a ztráty zraku. Často mu předchází stav zhoršeného metabolismu glukózy, kdy hodnoty glukózy v krvi nebo glykosylovaného hemoglobinu (HbA1c) neodpovídají kritériím pro stanovení diagnózy diabetu, ale nachází se nad normálním rozmezím hodnot. Tento stav je souhrnně označován jako „prediabetes“. Nepředstavuje klinickou entitu, ale spíše slouží jako upozornění na zvýšené riziko T2D a CVD, a zaslouží si tak pozornost a pečlivé sledování spolu s intervencí životního stylu a korekcí dalších souvisejících rizikových faktorů. Obezita je sama o sobě rizikovým faktorem metabolických onemocnění, včetně dyslipidemie, T2D, hypertenze a nealkoholického ztukovatění jater (NAFLD), a souvisí s několika dalšími komplikacemi (např. obstrukční spánková apnoe). Celkově přispívá ke zhoršené kvalitě života pacienta, nepříznivým kardiovaskulárním výsledkům, poruchám kloubů a pohybového aparátu (jako je osteoartróza) a zvýšenému výskytu rakoviny, kterou lze s největší pravděpodobností připsat chronické hyperinzulinemii.

Velmi důležité je rozmístění tukové tkáně. Viscerální obezita je charakterizována preferenčním hromaděním tuku v intraabdominálních, epikardiálních a perivaskulárních depotech. Nadměrná akumulace tuku v játrech, kosterním svalstvu a slinivce břišní je spojena se specifickým metabolickým profilem, který zahrnuje inzulinovou rezistenci, lokální a systémový zánět a vylučování prozánětlivých a protrombotických cytokinů a adipokinů. Je zajímavé, že tyto metabolické abnormality, včetně zvýšeného rizika CVD, vznikají i u štíhlých pacientů, u kterých se tuk ukládá intraabdominálně (tzv. „obezita s normální hmotností“). Naopak pacienti s ukládáním tuku subkutánně v dolní části těla se zdají být metabolicky zdraví a jsou méně náchylní k rozvoji metabolických komorbidit. Z tohoto důvodu se kromě tradičního měření BMI při hodnocení pacientů s obezitou doporučuje brát v úvahu například měření obvodu pasu. Obvod pasu má silnou spojitost s množstvím tuku uvnitř dutiny břišní. Tímto způsobem lze lépe charakterizovat typ obezity u jednotlivých



Obr. 1 Studie biologických vzorků pacientů v oblasti metabolomiky

Zdroj: Ambroselli D, et al. New advances in metabolic syndrome, from prevention to treatment: The role of diet and food. *Nutrients*. 2023;15(3):640.

pacientů a posoudit jejich individuální riziko vývoje metabolických poruch a kardiovaskulárních onemocnění.

Dalším kritickým rizikovým faktorem pro CVD je zvýšený krevní tlak, společný rys MS vyskytující se pětkrát častěji u pacientů s viscerální obezitou než u subjektů s normální tělesnou hmotností. Systémová arteriální hypertenze je celosvětově nejběžnější příčinou kardiovaskulárních onemocnění a představuje hlavní příčinu předčasné smrti, které lze v mnoha případech prevencí a správným léčebným postupem předejít.

Za značnou morbiditou a mortalitou stojí rovněž dyslipidemie. Mezinárodní doporučení tak cílí na zavedení intenzivních terapií zaměřených na snížení hladiny LDL cholesterolu, a tím snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění. Komplikace metabolického syndromu mohou představovat i jiná onemocnění, jako je výše zmíněná NAFLD, které je považováno za jaterní projev MS. Rozvoj depresivních poruch může také souviset s periferním zánětem vyvolaným MS. U mužů se škodlivý účinek oxidačního stresu negativně podílí na kvalitě spermií a způsobuje neplodnost. U žen je pozorován vliv MS na syndrom polycystických vaječníků. Různé stupně kognitivních poruch a dřívejší nástup demence (Alzheimerova choroba a vaskulární demence) byly zaznamenány zejména u subjektů s MS s T2D nebo prediabetem a sarkopenií.

Celosvětové rozšíření infekce SARS-CoV-2 ukázalo, že lidé s předchozími metabolickými poruchami mají vyšší riziko závažnějšího průběhu covid-19 a větší pravděpodobnost úmrtí souvisejícího s covid-19. Předpokládá se, že chronický zánět vyvolaný metabolickým syndromem může přispívat k tzv. „cytokinové bouři“ při covid-19. Jde o nadměrné zánětlivé reakce, které mohou ovlivňovat klinický průběh tohoto onemocnění u pacientů. Riziko se pravděpodobně týká i jiných infekčních

onemocnění, která se šíří mezi lidmi. Pacienti s obezitou jsou náchylnější k vývoji infekčních onemocnění a závažnějším klinickým komplikacím. Přesný vztah mezi obezitou a infekcemi nebyl zcela objasněn, ale předpokládá se, že pramení z poruchy jak vrozených, tak adaptivních imunitních reakcí, což dále zhoršuje několik faktorů spojených s obezitou (například nedostatek vitamínu D, poruchy dýchacího systému a změny v kůži a podkožním tuku). Celosvětová prevalence vážných forem covid-19 u pacientů s metabolickým syndromem vyžaduje zavedení preventivních strategií ke snížení rizika nákazy u těchto jedinců, stejně jako včasnou léčbu a sledování průběhu rekonvalescence po nákaze. Vzhledem k tomu, že jsou pacienti s metabolickým syndromem náchylnější k závažným klinickým projevům infekčních onemocnění, výzkum a charakterizace raných biomarkerů by umožnily snadnější identifikaci pacientů s vyšším rizikem komplikací.

Metody pro včasnou predikci a diagnostiku metabolického syndromu

Jak bylo zmíněno dříve, jedinci postižení MS jsou charakterizováni různými metabolickými poruchami, které mohou mít v době diagnostiky subklinickou povahu (například porucha hladiny glukózy nalačno), ale mají potenciál progredovat a vyvolat klinické onemocnění (například diabetes 2. typu). Správná diagnostika metabolického syndromu proto vyžaduje nepřetržité monitorování, nejen z důvodu dodržování léčby pacientem, ale především k včasné identifikaci komorbidit souvisejících s MS. Nejasnosti a nepřesnosti při stanovení diagnózy MS do jisté míry souvisí s nejednoznačností nastavení diagnostických kritérií. Z tohoto důvodu by vývoj nových diagnostických metod založených na hodnocení specifických

kých molekulárních profilů umožnil nezaújaté hodnocení pacienta. V tomto kontextu hraje důležitou roli metabolom, soubor všech metabolitů (chemických sloučenin) v těle. Může se měnit a variabilně reagovat v závislosti na konkrétním metabolickém stavu dle genetických a získaných faktorů jedince. V případě souboru příznaků MS (hypertenze, centrální obezita, inzulinová rezistence a dyslipidemie) tak může poskytnout informace o tom, jak se MS vyvíjí. Malé metabolity generované touto multifaktoriální metabolickou poruchou přispívají k modulaci metabolomu. Mohou být detekovány pomocí metabolické analýzy, která umožňuje pozorovat kvantitativní změny v klíčových molekulách, a odhalit tak komorbidity stojící za MS. Tato bioanalytická technika je výzvou pro diagnostiku patologických stavů a vyhodnocení prognózy terapie u pacientů trpících metabolickým syndromem (obr. 1). Studie metabolomu by mohla být prováděna jak necílenými analýzami (např. nukleární magnetická rezonance a hmotnostní spektroskopie), tak cílenými analýzami, jako jsou chromatografické techniky spojené s hmotnostní spektrometrií (HPLC, UHPLC, GC a superkritická fluidní chromatografie). Kombinovaná metabolická analýza biologických tekutin a klinických markerů představuje nadějný přístup pro metabolické monitorování pacientů s MS.

A. Nukleární magnetická rezonance

Ve srovnání s tradičními metodami poskytuje NMR alternativu k detekci raného stadia MS. Nejčastěji používané biologické tekutiny používané pro NMR metabolické studie jsou plazma, sérum, moč a stolice. Slibnými biomarkery jsou například metabolity glukóza, laktát, močovina, kyselina citronová, p-kresol sulfát, imidazol, histidin, aminokyseliny s rozvětveným řetězcem (BCAA), aromatické aminokyseliny (AAA), glutamát a glutamin, propionylkarnitin, lipidy a mnoho dalších.

Vhodný biomarker pro diagnostiku změny metabolismu sacharidů (glukózová homeostáza) je glukóza. Je spojovaná s inzulinovou rezistencí nebo diabetem 2. typu, které jsou součástí multifaktoriální povahy MS. NMR profil analýzy moči u pacientů trpících T2D prokázal variace v jejich metabolomu v porovnání se zdravými jedinci. Jde především o změny v poklesu koncentrace kreatininu, N-acetylových skupin (glykoproteinů), alantoinu, glutamátu a glutaminu a histidinu s nárůstem glukózy. Byl zaznamenán pokles i u dalších metabolitů, jako jsou valin, leucin a isoleucin (BCAA), stejně jako N-butyátu, citrátu a laktátu, přičemž poslední zmíněný metabolit je zapojen do me-

tabolických drah glukózy. Laktát může být použit jako další vhodný ukazatel v diagnostice onemocnění, která jsou charakterizována poruchou metabolismu sacharidů, a to již v rané fázi těchto onemocnění. V několika NMR studiích byl pozorován zvýšený obsah laktátu jak v moči, tak v krvi pacientů s diabetem 2. typu, zejména u jedinců s nadváhou.

Analýzy vzorků séra pomocí H-NMR spektroskopie provedené na 63 pacientech s MS, 82 pacientech s MS a asymptomatickou hyperurikémií (HUA) bez klinické dny a 61 zdravých kontrolních jedincích odhalily tendenci ke zhoršování metabolických poruch u pacientů s MS, zejména u pacientů s nárůstem hladiny kyseliny močové v séru. Výsledky ukazují významné zvýšení hladiny lipidů, triacylglycerolů a glukózy v moči a pozoruhodné snížení hladin glutaminu, trimethylaminu (TMA), isoleucinu, alaninu, lysinu, 3-hydroxybutyrátu, glutamátu, citrátu, prolinu, glycinu, tyrosinu a 1-methylhistidinu. Kyselina močová může hrát důležitou roli jako spouštěč (induktor) v patogenezi hypertenze, inzulinové rezistence, diabetu, dyslipidemie a obezity. Z tohoto důvodu se jeví jako užitečný biomarker pro diagnostiku raného stadia metabolického syndromu, a byla navržena jako jedno z jeho diagnostických kritérií. Porucha metabolismu mastných kyselin, která obvykle nastává v důsledku metabolického syndromu, způsobuje zvýšení hladiny acylkarnitinu, proto by mohl posloužit jako další NMR-prediktivní biomarker pro diabetes 2. typu a další patologické dráhy zapojené do MS.

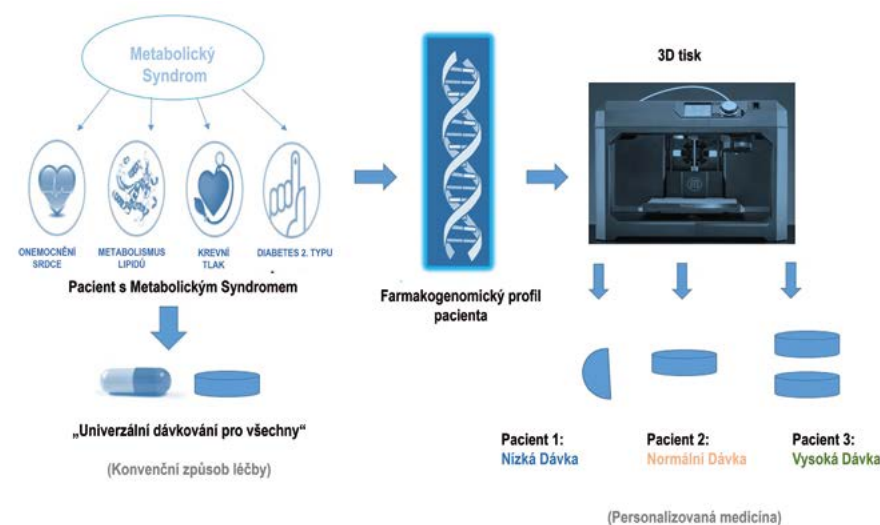
Aminokyseliny, jako je glutamin a glutamát, jsou také užitečnými biomarkery metabolických změn typických pro MS. Ze studie NMR na zvířecích modelech vyplývá, že se

množství glutaminu zvyšuje u obézních myši krmených stravou s vysokým obsahem tuku.

Metabolická analýza je oproti tradičním klinickým metodám založených na imunochemických testech, jako je ELISA, citlivější a efektivnější alternativou pro identifikaci zánětlivých stavů spojených s MS. K predikci zánětlivého stavu jsou vhodnými biomarkery pro NMR analýzu produkty glykosylace, např. GlycA. V metabolickém profilu krevní plazmy dětí byly nalezeny vyšší koncentrace N-acetylových glykoproteinů u pacientů s obezitou než u zdravých dětí. NMR studie séra žen s nadváhou s metabolickým syndromem nebo bez něj zaznamenala variace metabolického profilu ve složení cirkulujících lipidů, přičemž některé z polynenasycených mastných kyselin (PUFA) byly charakteristické pro metabolický syndrom.

B. MS-chromatografické techniky

Vyhodnocení provedené na základě metod HPLC-TOF-MS, UPLC-QTOF-MS, HPLC-MS, GC-MS a LC-MS umožnilo detekovat poruchu u několika metabolitů v plazmě pacientů s metabolickým syndromem. Zejména jde o kategorii lipidů, jako jsou volné mastné kyseliny, fosfatidylcholin, etherfosfatidylcholin a další. U pacientů s metabolickým syndromem dochází ke značnému zvýšení koncentrace lipidů s přímou korelací mezi hladinami volných mastných kyselin v séru a zvýšenými hladinami cholesterolu (HDL), triacylglycerolů (TG) a hladiny glukózy v krvi na lačno (FBG). Dalšími dobrými biomarkery metabolických poruch jsou sfingolipidy. Například analýza metodou LC-MS/MS u pa-



Obr. 2 Farmaceutické systémy navržené pro personalizovanou léčbu metabolického syndromu s využitím 3D tisku

Zdroj: Alqahtani AA, et al. 3D printed pharmaceutical systems for personalized treatment in metabolic syndrome. *Pharmaceutics*. 2023;15(4):1152.

cientů s normoglykemií, kteří trpí obezitou a metabolickým syndromem, ukázala změny sfingofosfolipidů v plazmě před nástupem hyperglykemie. V jiné kohortové studii provedené pomocí HPLC-MS/MS byly s MS významně spojeny dvě podtřídy sfingolipidů: některé ceramidy (C18:0, C20:0, C24:1, C22:1, C20:1) a hydroxylsfingomyelin. Ceramidy jsou spojovány s vyšším rizikem MS, protože vedou k narušení účinku inzulínu, zatímco vysoké hladiny hydroxylsfingomyelinu jsou spojovány s nižším rizikem MS, protože zabraňují dyslipidemii snížením intestinální absorpce cholesterolu, TG a mastných kyselin.

Kombinace plynové chromatografie (GC) a hmotnostní spektrometrie (MS) poukázala na přítomnost nadměrného množství některých metabolitů, například kyseliny 2-hydroxymáselné, inositolu a D-glukózy v séru pacientů s MS v porovnání se zdravými subjekty. V kohortové studii na vzorcích moči pacientů s využitím kapalinové chromatografie ve spojení s vysokorozlišovacím hmotnostním spektrometrem (LC-HRMS) bylo pozorováno zvýšení metabolitů tryptofanu u pacientů s MS ve srovnání se zdravými kontrolami. Identifikované metabolity byly kyselina indol-3-octová, indol-3-octová, kyselina-O-glukuronidová, N-(indol-3-ylacetyl) glutamin, indol-3-karbaldehyd, hydroxyhexanoykarnitin a kyselina indol-3-karboxylová. Tyto indolové sloučeniny souvisejí s prooxidačními a pozměněnými podmínkami oxidace mastných kyselin, které doprovázejí metabolický syndrom. Všechny tyto metabolity mohou být použity jako vhodné biologické markery u pacientů s obezitou a diabetem pro vyhodnocení stavu metabolického syndromu.

Intervence a management metabolického syndromu

Primárním cílem klinického managementu je minimalizovat výskyt závažných kardiovaskulárních příhod (mrtvice, infarkt) prostřednictvím kombinovaného působení na tyto faktory. Primární opatření se zaměřují na faktory, které lze ovlivnit a změnit prostřednictvím úprav v životním stylu. Jedná se především o obezitu, nedostatek pohybu a nezdravou stravu. Doporučení týkající se životního stylu se zaměřují na odvykání kouření, zvýšení fyzické aktivity (30–60 minut denně), přechod na středomořskou stravu s případným energetickým omezením (specifická dietní doporučení zahrnují omezení příjmu nasycených a trans-tuků, nápojů slazených cukrem, alkoholu a soli). K dosažení žádoucího BMI (< 25 kg/m²) u pacientů s nadváhou či s obezitou je vhodné konzultovat režimová opatření se specialistou.

Terapeutický přístup má v případě metabolického syndromu multidisciplinární charakter. Vyžaduje korekci životního stylu, záznamy o nutriční i fyzické aktivitě a často zahrnuje farmakologickou terapii. Fyzická aktivita je užitečná nejen při snižování tělesné hmotnosti a zlepšení periferní inzulínové rezistence, ale také při snižování úzkosti a deprese.

Prioritní intervence spočívá v snížení hladiny LDL cholesterolu v krvi, a to s ohledem na celkové odhadované riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění u konkrétního pacienta. Další strategie se zaměřují na farmakologickou léčbu. U vysokého krevního tlaku je terapie první linie zaměřena na použití inhibitorů angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE), u zvýšené hladiny glukózy nalačno a inzulínové rezistence se používá metformin a v případě protrombotického stavu je primární prevence řešena nízkou dávkou aspirinu nebo jiného antiagregačního léčiva.

Nové aspekty v prevenci a léčbě metabolického syndromu

V současném konvenčním medikačním systému podstupují pacienti s metabolickým syndromem komplexní léčbu zahrnující podání velkého množství léků s častým dávkováním. Cílem léčby MS je najít řešení jednotlivých aspektů tohoto onemocnění, včetně léčby hypertenze, snižování hladiny cukru v krvi a léčby diabetu. Dávkování je navíc navrženo pro všechny pacienty stejně bez ohledu na jejich individuální potřeby. Omezení možnosti kalibrace dávky může vyvolat subterapeutické nebo potenciálně toxické hladiny použitého léčiva. Lékaři tak mají omezené možnosti, jak přizpůsobit dávku na míru pro konkrétního pacienta. Z tohoto hlediska je slibnou alternativou personalizovaná medicína (PM).

Koncept personalizované medicíny vychází z odpovědi genomu pacienta na určitý lék v kontextu stravovacích a životních návyků, což má zásadní význam při směřování léčby onemocnění. Jedná se tedy o diagnostický, preventivní a léčebný přístup založený na genetických rozdílech mezi jedinci a jejich reakcemi spolu s terapeutickými účinky, nežádoucími účinky a možnými alergickými reakcemi. Prevalence nežádoucích účinků v důsledku léčby, která není přizpůsobená na míru pacienta, je poměrně vysoká. Například v případě antihypertenziva s léčivou látkou atenolol, která byla původně uváděna na trh v dávce 100 mg, bylo dávkování později upraveno na vhodnější dávky pro starší pacienty (50 mg a 25 mg). Navíc rizika víceúčelové terapie představují spolupráce pacientů a možnost pochybení při podávání léků u geriatrických

pacientů. K překonání tohoto problému byl zahájen výzkum orientovaný na personalizovanou medicínu pro přípravu multiaktivní pilulky pomocí techniky 3D tisku u geriatrických pacientů užívajících více léků najednou. Kombinace těchto přístupů s 3D technologiemi otevírá slibnou cestu k návrhu účinnější léčby metabolického syndromu (obr. 2).

V České republice se vyvíjí nové metody dopravování léčiva do organismu například v laboratoři chemické robotiky (Chobotix), která je součástí Fakulty chemicko-inženýrské VŠCHT Praha. Jednou z nich je právě využití komerčně dostupné technologie 3D tisku pro tvorbu tablet. K samotnému léčivu ve formě prášku se přidá sypká směs jedlých polymerů a výsledný prášek je zpracován technologií „hot-melt extruze“. Výhodou je možnost snadno a rychle měnit koncentraci použitého léčiva a možnost nastavit vnitřní porozitu tablety. Tím je možné dosáhnout rychlejšího rozpouštění. Další možností je tisknout tabletu z více materiálů najednou, kde každý z materiálů obsahuje jiné léčivo. Výsledným produktem by byly tablety obsahující sadu léčiv s řízenými koncentracemi a rychlostmi uvolňování, přesně vyhovující potřebám konkrétního pacienta.

Výzkum zaměřený na enterosolventní tobolky léčiv připravovaných pomocí 3D tisku vhodných pro individualizovanou terapii probíhá také na Fakultě chemicko-technologické Univerzity Pardubice či na Ústavu farmaceutické technologie Masarykovy univerzity.

Aktuální směr výzkumu lidského genomu, metabolických drah a zkoumání individuálních genetických reakcí posunuje konvenční přístupy vpřed a představuje revoluční změnu směrem k personalizované medicíně. Cílem léčby metabolického syndromu je najít řešení jednotlivých aspektů tohoto onemocnění, včetně léčby hypertenze, snižování hladiny cukru v krvi a léčby diabetu. Aby bylo možné uplatnit personalizovaný přístup v lékařství, je důležité brát v úvahu také další faktory, jako jsou epigenetické změny, životní prostředí, chování jedince a hladiny biomarkerů. Ke zlepšení procesu vývoje léčiv by mohlo přispět využití databází farmakogenomiky dohromady se sledováním profilu specifických biomarkerů pomocí metabolomiky.

Do zkoumání nových způsobů podávání léčiv jsou zapojeny projekty zaměřené na uplatnění 3D tisku za účelem personalizace dávkování léčiv, vylepšení farmakokinetiky léků a možnosti inovace v oblasti výroby léčiv. Překážkou je prozatím regulace ve farmaceutickém průmyslu. Objevují se otázky stran legislativy a nastavení oficiálních pokynů určujících, která kritéria by měly tištěné výrobky splňovat.

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.

Sestry slavily v pražském Kině Lucerna

Slavnostní vyhlášení výsledků letošního již 22. ročníku tradiční soutěže Sestra roku proběhlo 11. října 2023 v pražském Kině Lucerna. Organizátorem akce je společnost EEZY Events and Education, ve spolupráci s odborným časopisem Zdravotnictví a medicína.

Soutěž je koncipována jako poděkování sestrám za jejich zodpovědnou a obětavou práci. Porota, jejíž předsedkyní byla PhDr. Martina Šochmanová, MBA, prezidentka České asociace sester (ČAS), rozhodovala ve dvou kategoriích: Sestra v přímé ošetrovatelské péči a Sestra v sociálních službách. V porotě dále zasedli: Ing. Marek Třeška, MBA, Chief Financial Officer HARTMANN – RICO, prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., primář Kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce, MUDr. Marek Dvořák, Ph.D., MBA, vedoucí lékaře Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje, lékař oddělení urgentního příjmu dospělých Fakultní nemocnice v Motole, Mgr. Josef Flek, poslanec, Poslanecké sněmovny PČR, Mgr. Alice Strnadová, MBA, ředitelka Odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání Ministerstva zdravotnictví ČR, Hlavní sestra ČR.

V soutěži vyhráli všichni

Ministr zdravotnictví prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, v úvodu večera zavzpomínal na své začátky v medicíně, zejména na vrchní sestry na odděleních, kde jako mladý lékař sloužil. A podotkl, že tuto funkci dnes často zastávají i muži. „Lidé v ošetrovatelství jsou vlastně nejvíce proevropská komunita v České republice. Pracuje v něm spousta mužů, a přesto jsou to sestry, což je genderově ještě dál, než si kdo v Evropě dokáže představit.“ Všem poděkoval za náročnou a nesmírně zodpovědnou práci, kterou dělají s velkým nasazením. Informoval také, že se mu společně s ministrem Marianem Jurečkou podařilo propojit informační systémy zdravotního a sociálního resortu, a už letos bude možno prezentovat první data zdravotně-sociálního pomezí. Cílem je zajistit lepší financování péče, jak řekl. Poděkoval Alici Strnadové za obrovský kus práce, který odvedla

především v otázce zlepšení systému vzdělávání. Velký dík vyslovil rovněž Martině Šochmanové za její úsilí pozici sester co nejvíce posílit.

Martina Šochmanová poděkovala jménem celého Prezidia České asociace sester všem sestrám za skvělou práci. „Děkuji také organizátorům,“ řekla prezidentka ČAS, „že se jim podařilo propojit soutěž s představením návrhů studentů, jak by ošetrovatelská péče podle nich měla vypadat. Projekty našich budoucích kolegů a kolegyní mě naplnily optimismem.“

Vítězky v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči

- Vítězkou kategorie Sestra v přímé ošetrovatelské péči se stala **Mgr. Karolína Vaicová, DiS.**, vrchní sestra Interní kliniky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha.



Zleva: Karel Novotný, MBA, ředitel pořadatelské společnosti EEZY Events & Education, finalisté Matěj Weissmann, Hana Prchalová, Mgr. Martina Kolářová, Mgr. Karolína Vaicová, DiS., Růžena Macháčková, PhDr. Martina Šochmanová, MBA, prezidentka České asociace sester, prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA, ministr zdravotnictví ČR, finalistka PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D., moderátor galavečera Petr Suchoň a finalistka Alena Potěšilová po vyhlášení výsledků

- Na druhém místě se umístila **Alena Potěšilová**, všeobecná sestra gastroenterologická ordinace Nemocnice AGEL Jeseník, a. s.
- Třetí místo obsadila **PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D.**, vrchní sestra Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava.

Kdo zvítězil v kategorii Sestra v sociálních službách

- Vítězem v kategorii Sestra v sociálních službách se stala **Mgr. Martina Kolářová**, vrchní sestra Centra pro seniory CLEMENTAS, Janovice.
- Na druhém místě skončil **Matěj Weissmann**, staniční sestra ALZHEIMER HOME, Černošice.
- A třetí místo získala **Hana Prchalová**, vrchní sestra SeniorCentra SeneCura Slivenec.

Každoročně uděluje redakce časopisu Zdravotnictví a medicína mimořádnou cenu: **Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství**. Držitele této ceny vybírá redakce ze všech došlých přihlášek s cílem ocenit celoživotní práci nominované sestry, která je významným přínosem pro rozvoj oboru ošetrovatelství. Letos si toto ocenění odnesla **Růžena Macháčková**, všeobecná sestra očkovací ambulance Masarykovy nemocnice Rakovník.

V rámci soutěže Sestra roku se uděluje ještě jedno ocenění – **Sestra mého srdce**. Nejvíce hlasů v této online anketě získala **PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D.**, vrchní sestra Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava.

Záštitu nad oceněním převzala i letos Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97. Patrony akce jsou již tradičně také Magistrát hlavního města Prahy, Unie zaměstnavatelských svazů České republiky, Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a profesní organizace Česká asociace sester a Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků. Generálním partnerem je společnost HARTMANN. Hlavním partnerem je společnost AGEL a partneři soutěže jsou Asociace poskytovatelů sociálních služeb a společnost CLEANLIFE. Partneři galavečera je Penta Hospitals CZ, s. r. o., Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a společnosti SATUM, SeneCura a Clementas.

Galavečer moderoval Petr Suchoň, slavnostní ráz večera svým hudebním vystoupením umocnil Pavel Vítek.

Markéta Mikšová

Foto: Andrea Jircová



Vyhlášení výsledků kategorie Sestra v přímé ošetrovatelské péči. Zleva: Daniel Večerka, CEO CLEANLIFE, Ing. Tomáš Groh, CEO HARTMANN - RICO, finalistky PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D., Alena Potěšilová, Mgr. Karolína Vaicová, DiS., a prezidentka České asociace sester PhDr. Martina Šochmanová, MBA



Vyhlášení výsledků kategorie Sestra v sociálních službách. Zleva: Renata Večerková – manažerka provozu CLEANLIFE, Mgr. Jan Cívín, LL.M., HARTMANN - RICO, finalistky Hana Prchalová, Matěj Weissmann, Mgr. Martina Kolářová a prezidentka České asociace sester PhDr. Martina Šochmanová, MBA



Držitelce ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství Růženě Macháčkové předala cenu Mgr. Dagmar Havlová, předsedkyně správní rady Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97

Specifika ošetrovatelské péče v paliativní medicíně

Paliativní péče se poskytuje pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím cílem je zmírnit bolest, dušnost a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny. Lze ji poskytovat v jakémkoliv prostředí. V mnoha případech dochází k hospitalizaci v některém typu hospicového zařízení.

Principy paliativní péče

Paliativní medicína je založena na principu interdisciplinární spolupráce a celostního pohledu na nemocného člověka. Zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacienta, respektuje jeho hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení. Na umírání pohlíží jako na přirozený proces, neusiluje o urychlení ani o oddálení smrti. Neodvrací se od nevyléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost. Hlavní důraz klade na kvalitu života. Dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného, nevytrhává jej z jeho přirozených sociálních vazeb. Paliativní

medicína důsledně dbá na to, aby nemocný poslední chvíle svého života prožil ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlnném prostředí. Nabízí také všestrannou účinnou pomoc příbuzným a přátelům umírajícího a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Úloha sestry v paliativní péči

Sestra poskytující paliativní péči potřebuje pracovat v multidisciplinárním týmu, který je složen z lékařů, nejlépe se specializací na paliativní medicínu. Dalšími členy jsou všeobecné sestry, psycholog, rehabilitační a sociální pracovník, nutriční specialista a případně také duchovní. Úkolem sestry je u nemocného zmírňovat utrpení úlevou od bolesti a zajišťovat jeho pohodu a lidskou důstojnost se zachováním kvality života. Měla by mít na zřeteli vzdělání a hodnotový žebříček pacienta, jeho názory, návyky v kulturní, sociální či náboženské oblasti. Sestra by také měla pacienta zapojovat do ošetrovatelského plánu a umožnit jeho spolurozhodování. Důležitým úkolem je také nemocného

povzbuzovat při dosahování bezprostředních cílů, přiměřených jeho stavu. Zachovat mu jeho vlastní tempo při činnostech a respektovat jeho momentální nálady. Mezi pacientem a sestrou by měla panovat atmosféra důvěry. Nemocného by měla přijmout takového, jaký je, s jeho prožitky nemoci, obavami a strachem. Je také důležité, aby sestra respektovala pacientovu případnou konfrontaci vlastního života s jeho nemocí. Měla by mu také umožnit, aby mohl uzavřít svůj takzvaný bibliografický příběh.

Paliativní ošetrovatelství má velmi široký záběr od spirituality a psychoterapie přes fyzickou medicínu až k laickému pečovatelskému. Kvalitní paliativní péče musí zahrnovat speciální postupy a úkony, jako jsou monitorování bolesti a její tlumení podle pokynů lékaře, ale také aktivní řešení řady obecných problémů a drobných komplikací.

Z požadavků na zdravotníka paliativní péče plyne, že se nejedná jen o odbornou péči, která k úloze sestry patří. Jedná se také o stránku lidskou, spojenou s rolí člověka, který pacienta doprovází. Z psychologického hlediska jde o náročný úkol, kdy člověk investuje do vztahů a pracovních činností velké množství energie. Zdravotníci obecně pracují s vysokým osobním a emočním nasazením, které ve svém důsledku může vést až k vyhoření. O zdravotnících poskytujících paliativní péči to pak platí dvojnásob.

Komunikace s nemocnými

Komunikace se ve zdravotnických zařízeních někdy stává velkým problémem. Stejně jako v případě dalších aspektů v paliativní medicíně platí, že má komplexní charakter. Pacienti vyžadují informace, které by jim pomohly porozumět diagnóze, zvládat onemocnění a řešit jejich potřeby. Komunikační dovednost zdravotníků spočívá v tom, že dokážou zjistit, které informace pacient potřebuje, a vysvětlit mu, jaké jsou jeho možnosti,



aby se na naplňování svých potřeb mohl podílet. Kvalitní komunikací jsme schopni ovlivnit psychický stav pacienta a ovlivnit i symptomy onemocnění. Vždy je si třeba uvědomovat, že pro pacienty je důležitá verbální i neverbální komunikace, a že zejména tu neverbální zpravidla nemocní velmi citlivě vnímají.

Komunikace s umírajícím pacientem

Pro komunikaci s umírajícím nemocným platí, že pacient má vždycky právo na pravdivé informace. Nejvíce času s nemocným stráví sestra. Je tedy pravděpodobné, že pacient bude informace o zdravotním stavu očekávat od ní. Platí ale pravidlo, že veškeré informace o diagnóze, prognóze a terapii podává vždy jenom lékař. V komunikaci s nemocným v terminálním stadiu je nezbytné respektovat, že je nutné ponechat mu naději na zlepšení nebo pozastavení choroby. Tato naděje by měla být realistická, nesmí být falešná. Je tedy nezbytné zvažovat slova tak, abychom jimi nenaznačovali smrt.

Výrazným problémem u nemocných s terminálním onemocněním bývá stres. Pokud tento pacientův problém neobjevíme, může se stres navenek projevit jako vážnější afektivní porucha. Může se také jednat o projevy deprese, úzkosti, smutku či problémy s adaptací. Psychické problémy se mohou zhoršovat i vlivem léků. Někdy také kvůli negativně vnímaným symptomům, zejména bolesti. Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester obdržet odborné rady, které jim napomohou k rozhodování,

mohou snížit jejich nejistotu při očekávání výsledků léčby, pomohou jim v reálném hodnocení situace a usnadní také emoční přípravu na budoucnost.

Nepotlačujte emoce

K nejobtížnějším tématům komunikace patří práce s emocemi. Pocity smrtelně nemocných lidí obvykle vykazují vysokou aktivitu. Sestra se tak poměrně často stává svědkem celé řady emocí, jako jsou obavy, strach o rodinu, úzkost, smutek, hněv nebo agrese. Ale může se naopak jednat o vyjádření naděje nebo radosti z prožitého života. Nemocní v terminální fázi života bývají nadměrně citliví vůči emočnímu naladění svého okolí. Ošetřující personál zajišťuje umírajícím emoce prostřednictvím neverbální komunikace. A je to právě neverbální komunikace, vyjádřená zejména prostřednictvím dotyků, která přináší umírajícímu největší úlevu. Taková komunikace ovšem předpokládá schopnost empatie a dodržování dotykové kultury.

U pečujícího personálu se předpokládá, že nemocným umožní hovořit o svých pocitech a sdílet svá přání. Potlačování emocí při rozhovorech patří k nejčastějším problémům komunikace. Zdravotníci mívají snahu se v některých případech vyhnout otevřené komunikaci o pacientových potřebách a emocích, tedy také o umírání a smrti, s cílem pacienta, ale i sebe sama, ochránit před úzkostmi. Zpracování tématu smrti umožňuje zdravotníkům vnímat hloubku prožitku při péči o umírající pacienty.

K dalším závažným faktorům, které omezují komunikaci s pacientem, patří distancování se od pacienta, poskytování falešné naděje či odvedení pozornosti k jinému tématu rozhovoru. Nebo se sestra zaměří pouze na praktické úkony, kdy větší soustředění věnuje tělesným než emocionálním problémům. Řadíme sem i neschopnost rozpoznat problém anebo neznalost příčiny pacientových obav.

Komunikace s rodinou

Na rozdíl od jiných medicínských oborů při poskytování paliativní péče je v centru zájmu nejen nemocný, ale i jeho rodina. Příbuzní a blízké osoby nadále tvoří sociální realitu nemocného. Pacientovi nejbližší jsou po dlouhou dobu nemoci v roli fyzického a emočního průvodce a obhájce při léčbě. A právě tito lidé naléhavě potřebují podporu zdravotníků, ať už informačního, emočního, nebo sociálního charakteru. Nesmíme zapomínat, že reakce rodinných příslušníků bývají stejné jako u nemocných, jsou doprovázeny pocitem strachu, úzkosti, deprese či (později) akceptace. Otevřená komunikace s příbuznými terminálně nemocných dává rodinám možnost předvídat a vědět, jak se v konkrétní situaci zachovat. Pro členy rodiny je důležité, aby znali charakter nemoci svého blízkého, aby znali prognózu či doprovodné příznaky. Způsob komunikace je podstatným faktorem pro vyrovnání se s umíráním.

Markéta Mikšová

Zdroj: www.umirani.cz, www.paliativa.cz,
www.paliace.cz

▼ Inzerce



EFEKTIVNÍ NEMOCNICE

STRATEGIE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A NEMOCNIC



ODBORNÁ KONFERENCE

28. - 29. 11. 2023

CLARION CONGRESS HOTEL PRAHA



Mal aria není jen špatný vzduch

O existenci malárie se ví od dob antiky, ale až na konci 19. století lékaři objevili souvislost s komáry infikovanými Plasmodiem. Jejich pokusy by dnes působily skandálně, ale jako byla tehdy, je i teď válka s malárií bojem o miliony lidských životů.

Onemocnění způsobuje prvek *Plasmodium*. Prvek prodělává část svého životního cyklu v samičce komára rodu *Anopheles*, a ta je kousnutím přenáší na člověka. Záchvatovité onemocnění se pak projeví vysokými horečkami se zimnicí a neléčené mívá fatální následky.

Malárie je sice jednou z nejzávažnějších chorob zejména tropických a subtropických oblastí, ale může vzniknout i v neobvyklých oblastech, pokud se do nich infikovaný komár dostane. Ještě na konci 19. a začátku 20. století se případy malárie vyskytovaly i na jižní Moravě a na jižním Slovensku. Že opravdu nemusí jít o žádné exotické kraje, dokazuje i tehdejší výskyt onemocnění v bažinatých oblastech kolem Paříže. Itálii zbavil malárie až fašistický vládce Benito Mussolini, který nechal vysušit rozsáhlé bažiny například v Toskánsku a v okolí Říma. Ostatně právě Italům nemoc vděčí za svůj název, „mal aria“ znamená „špatný vzduch“. Do objevu skutečné příčiny onemocnění nikdo příliš nepochyboval o tom, že onemocnění způsobuje zápach z bažin.

Sesuvy půdy po tropických deštích a malárie, na kterou postupně zemřelo 5000 dělníků, stály v 80. letech 19. století i za ztroskotáním prvního pokusu

vybudovat Panamský průplav, spojující Atlantský a Tichý oceán. Neúspěch projektu přivedl k finančnímu krachu jeho budovatele Ferdinanda de Lessepse. Jediným pozitivem skandálu kolem krachu byla pozornost, kterou přitáhl i k vnímání malárie a nutnosti zkoumat tropické nemoci. Doba tomu přála, na konci 19. století kulminoval i boj evropských mocností (v čele s Anglií a Francií) o dorozdělení afrických a dalších kolonií. Ve službách koloniálních velmocí byla i řada lékařů, kteří se museli potýkat s tropickými nemocemi. Jedním z nich byl i skotský lékař sir Patrick Manson (1844–1922), který působil na Dálném východě, konkrétně na Formose (dnešním Tchaj-wanu) a Amoy. Měl smůlu, nakazil se tam elefantiázou, ale přežil ji a desítky let se pak věnoval i jejímu výzkumu. Zjistil, že původcem elefantiázy jsou červi vlasovci (*Filaria*) a odhalil i to, že do krevního oběhu člověka se dostanou štípnutím komára. Manson tedy správně poznal, že za tropickými nemocemi je třeba hledat parazity a jejich přenašeče. Jeho zpráva zaujala Alphonse Laverana (1845–1922), francouzského vojenského lékaře, který působil v Alžírsku. Při vyšetřování krve lidí nakažených malárií pozoroval, že se

v ní vždy objevuje *Plasmodium*. Přišel na to, že právě tento prvek způsobuje malárii. Pochopil také, že původci malárie přezívají a rozmnožují se v hmyzích žaludcích a příslušné mikroorganismy popsal.

To odpoledne bylo velmi horko...

20. srpen 1897 označil za „den komárů“ jiný armádní lékař, Brit Ronald Ross (1857–1932). Ross byl takřka renesanční osobnost se spoustou zájmů, a víc než rutina v britské indické lékařské službě ho těšilo psát básně, zabývat se matematikou – a také bádát nad malárií. Tehdy, v létě 1897, se už déle než rok mořil bezvýsledným studiem šedých a žilhaných komárů (pravděpodobně *Culex fatigans* a *Aedes aegypti*, v tomto pořadí). Hledal přenašeče malárie, ale tihle dva to nebyli – zdaleka ne všechny druhy komárů ji přenášejí, což Ross pochopil – a hledal dál. V jeho korespondenci jsou přesné popisy postupu: našel vždy indického domorodce s malárií, vypustil na něj příslušné komáry, nechal je nasát pacientovou krví. Nevíme, co sliboval pacientům (snad jim i něco zaplatil) ani co s nimi bylo dál. Nicméně krví nasáté komáry pochytil, usmrtil, pitval a zkoumal pod mikroskopem – a nic... Až 20. srpna 1897 objevil v žaludečních stěnách komára *Anopheles* oocyty představující přechodnou fázi životního cyklu *Plasmodia*: „To odpoledne bylo velmi horko, i když nebe bylo zatážené. Musel jsem proto otevřít clonu mikroskopu, aby k preparátu z *Anophela* proniklo více světla, a v návaznosti na to jsem musel změnit i ohnisko. A pak jsem to spatřil! V každé z těch buněk byl shluk ještě menších granulí, černých jako smůla a zcela jednoznačně připomínajících černé pigmentované granule *Plasmodií*.“ Pokus úspěšně opakoval a svůj objev ověřil i poněkud kostrbatými verši. Dál už to měl relativně snadné: když prokázal přítomnost parazita, popsal i jeho vývoj v komářím organismu až po moment, kdy se dospělé sporozoit dostanou do komářího sosačky a jeho prostřednictvím do lidského organismu. Svá pozorování

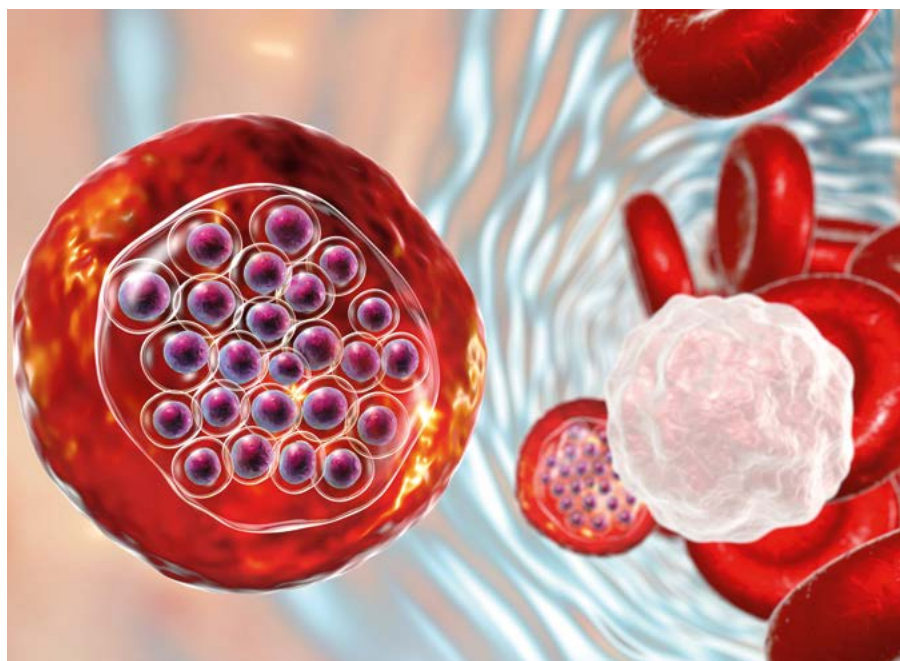


Komár sající lidskou krev

publikoval v článku „O některých zvláštních pigmentových buňkách nalezených u dvou komárů krmených malarickou krví“, který vyšel v *British Medical Journal* už v prosinci 1897. Ross ale nebyl jediným badatelem, který prokázal životní cyklus původce malárie u komára. Zásluha za průkaz, že parazité lidské malárie procházejí stejnými vývojovými stadii u komára jako ptačí parazité pozorovaní Rossem, patří skupině italských vědců – zejména Giovannimu Battistu Grassiovi (1854–1925), který objevil i parazita způsobujícího malárii u ptáků. Grassi byl odborník na taxonomii komárů a po Rossově článku nejen identifikoval komára *Anopheles maculipennis* jako přenašeče lidských nemocí v bažinaté Kampánii, ale i přenesl parazita malárie *Plasmodium vivax* na zdravého lidského dobrovolníka (!). Zásluhy za objevení životního cyklu malárie u komára si nárokovali oba, Ross i Grassi. Spory o prioritu objevu přerostly v ostré, až šovinistické výpady, Ross dokonce hovořil o „italských pirátech“. Sám Ross byl za svůj úspěch vděčný svému učiteli a mentorovi siru Patricku Mansonovi, který je považován za otce tropické medicíny a průkopníka parazitologie. Ross i Grassi byli nesporně geniální vědci, což jim ale nebránilo ve vzájemné revnivosti. A když Ross v roce 1902 dostal za objev „komářích“ stadií Nobelovu cenu, pobouřen byl kromě Grassiho i Laveran. Zatímco ale Laveranovi výbor pro udělování Nobelovy ceny nakonec (v roce 1907) cenu přiznal za objev parazita *Plasmodium*, tak Grassi, který popsal celý životní cyklus tohoto parazita, cenu nedostal.

Peruánská kůra od španělské šlechtičny

Parazitologický model nesporně otevřel moderní pohled na etiologii malárie. Otevřel tím cestu ke kontrole malárie hubením komárů (zejména opěvovaným a následně proklínaným DDT), bezprostředně ale nepřinesl nové léčebné postupy. Prvním skutečným mezníkem v objevu antimalarických léků byl chinin. Už v roce 1671 lékař William Salmon v díle *Synopsis medicinae* psal o „peruánské kůře, ze které se vyrábí jezuitský prášek, který je vynikající proti všem druhům malarické zimnice“. Chinin ostatně dosud patří mezi nejznámější léky proti malárii, účinný je proti všem druhům *Plasmodii* (existují jeho čtyři hlavní druhy způsobující malárii, konkrétně *Plasmo-*



3D ilustrace zobrazující parazita *Plasmodium falciparum* ve stadiu schizont uvnitř červených krvinek, původce tropické malárie

dium falciparum, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium vivax* a *Plasmodium ovale*). *P. falciparum* je hlavní příčinou těžké malárie a úmrtí v důsledku nemoci. Kromě nejznámějšího chininu k dalším běžným antimalarikům patří například chlorochin, meflochin, proguanil a atova-chon/proguanil. Vždy platí, že volba léku a způsobu léčby závisí na druhu malárie a oblasti, kde se pacient nakazil, dále na jeho věku a na závažnosti onemocnění. Vraťme se ale zpět k „peruánské kůře“. Podle legendy název „chinin“ dostal podle španělské šlechtičny, hraběnky z Chinchonu, která pobývala v 17. století v Peru – a horečku jí tam léčili touto hořkou kůrou. Léčení zabralo, a tak právě ona údajně měla přivést „peruánskou kůru“ do Španělska. Název „chinin“ měl vzniknout pozdějším zkomolením právě jejího jména.

Zklamalo i DDT

Ve 20. letech 20. století nikdo nepochyboval o tom, že malárii je třeba předcházet nejen vysoušením bažin, jako to dělal Mussolini, kterému se během deseti let podařilo v Itálii dostat nemoc pod kontrolu, ale i ochranou před komáry. Kromě moskytiér kolem oken a nad lůžky se doporučovalo rozprašovat petrolej nebo síran měďnatý. Ve 30. letech slavila Národní zdravotní služba USA úspěch razantním hubením komářích populace v jižních státech, provádělo se postřikem

insekticidy na místa, kde se vyskytovaly komářích larvy. Kampaň byla rozsáhlá, dlouhá a úspěšná: výskyt malárie se podařilo snížit o polovinu. Potěšení bylo i na straně Rockefellerovy nadace, která akci platila: vyšlo ji to jen na dolar na hlavu (lidskou, obyvatele postižených oblastí). Obrovské zvýšení účinnosti protimalarických opatření znamenal objev insekticidních účinků DDT (dichlor-difenyl-trichloretan), respektive zavedení postřiků touto látkou všude tam, kde se vyskytoval nějaký škodlivý hmyz. Dělal se naveliko od 30. let a radost z nich měli i zemědělci, včetně našich sadařů – postřik DDT si zachovává účinnost řadu týdnů, takže ani ochranu stromů nebo třeba záhonů před škůdci nebylo třeba často opakovat. Ohledně malárie ale naděje vkládané do DDT přišly vniveč. Komáři začali být vůči DDT velmi brzy rezistentní. A během dalších let pak vyšlo najevo, že DDT vstupuje do potravinového řetězce a představuje vážné ohrožení lidského zdraví a životního prostředí. Zlé bylo i to, že rezistenci na ve 40. a 50. letech nejvíce užívaná antimalarika, včetně chininu a chlorochinu, získalo i *Plasmodium*. Rezistenci přibývalo a žádný zázračný lék nepřišel. Podle proklamací OSN měl být rok 1963 termínem celosvětového vymýcení malárie. To se nepodařilo, malárii dosud každoročně onemocní tři sta milionů lidí a milion jich na ni zemře.

Jana Jílková



Nemocnice následné péče s poliklinikou Lomnice nad Popelkou

přijme **PRIMÁŘE, LÉKAŘE**

Hledáme:

- ❖ lékaře na 1–0,6 úvazku
- ❖ lékaře s odbornou způsobilostí 1,0 – z toho 0,6 úvazku s licencií pro funkci vedoucího lékaře

Nabízíme:

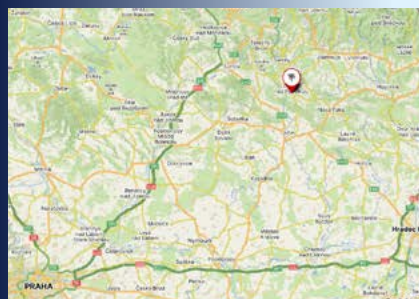
- ❖ práci v dobře zavedeném zařízení
- ❖ finančně soběstačnou nemocnici
- ❖ milý a stálý kolektiv
- ❖ byt v Lomnici nad Popelkou



- ❖ platové ohodnocení 100 000 Kč
- ❖ zdravé životní prostředí (Český ráj a Podkrkonoší)
- ❖ možnost dalšího vzdělávání
- ❖ výhodné benefity
- ❖ vhodné i pro důchodce

Kontakt:

NNP s poliklinikou, Komenského 440,
512 51 Lomnice nad Popelkou
Mgr. Bohuslava Kubátová, ředitelka,
e-mail: kubatova@nnplomnice.cz,
mobil: 739 307 543



Inzerce



Zdravotnictví a medicína

**Personální inzerci
do časopisu
Zdravotnictví a medicína**

zadávejte e-mailem:
kupcova@eezy.cz

nebo telefonicky:
+420 725 708 647

www.zamcasopis.cz



MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



číslo 10/2023

www.zamcasopis.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
MUDr. Václava Bártů, Ph.D.
doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
doc. MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.
Mgr. Jana Nováková, MBA
prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
MUDr. Ondřej Tefr
prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Redakce

Bc. Petra Hátlová
PhDr. Jana Jílková
Mgr. Lukáš Malý
Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
Mgr. Markéta Mikšová
Mgr. Barbora Vodičková

**Projektový a kreativní manažer,
technické zpracování**

Radek Koňarik, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, IČ: 28086660

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína

EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, zam@eezy.cz

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce

Vojtěch Hanák

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

SEND Předplatné, spol. s r.o.,

Ve Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,

tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370

e-mail: send@send.cz, www.send.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, 830 00 Bratislava 3

tel.: +421 2 4989 3568,

e-mail: objednavky@ipredplatne.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.

Snímky označené jako „123rf.com“ jsou použity na základě licence.

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 20. 10. 2023

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© EEZY Publishing, s.r.o., 2022

Evidenční číslo MK ČR: E 20524,

ISSN 2336-2987

1. KONGRES • NEDOKLUBKA

V hlavní roli miminka do dlaně a jejich rodiče

 **15.–16. listopadu 2023**

 **09:00–17:00**

 **Cinestar Praha – Anděl**

 **kongres.nedoklubko.cz**



OKRUHY TÉMAT

- Etiologie a prevence předčasného porodu
- Management předčasného porodu
- Okamžitý skin to skin contact
- Zero Separation
- Snížení incidence neonatální sepse
- Family centered care a vývojová péče
- Neonatologie očima rodičů
- Neonatální paliativní péče
- Optimální výživa a její vliv na vývoj nedonošeného dítěte
- Cesty ke kojení, mateřské mléko, banky MM
- Evropské standardy péče o novorozence
- Následná péče o děti s perinatální zátěží



**Světový den
předčasně narozených
dětí 17. listopad**



1 z 10 miminek je předčasně narozené. Na celém světě.

powered by



global alliance
for newborn care

EFGNI

european foundation for
the care of newborn infants

nedoklubko®

Když se vám miminko narodí dříve, než čekáte...



Dallmayr
Nevšední káva pro každou příležitost

KVALITNÍ KÁVA. MODERNÍ DESIGN. ERGONOMIE A MOBILITA. VODA, JUICE A ZDRAVÁ VÝŽIVA V JEDNOM DOCKU. DOCKONALÝ SERVIS

Cafédock: multifunkční řešení centralizovaného občerstvení pro provoz kanceláří, showroomů, hotelových lobby, čekáren, autosalonů a meeting pointů • unikátní design a perfektní řemeslné provedení • mobilní, přitažlivé centrum setkání při krátké pracovní pauze i v rámci openspace • plně ergonomické pro náročný kancelářský provoz • reprezentativní a funkční prvek interiéru s vysokou přidanou hodnotou • individuální firemní vzhled



Dallmayr
CAFÉDOCK

Spojte se s námi: tel. 222 262 155
info@Dallmayr.cz www.Dallmayr.cz

