



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



11/2016

vyšlo: 14. 11. 2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Odchod ministra by zdravotnictví nepoškodil (str. 5)

Staňte se sestrou roku! Vyhrajte hodnotné ceny!

Mladá fronta a. s., divize Medical Services a měsíčník
Zdravotnictví a medicína vyhlašují 17. ročník soutěže SESTRA ROKU

Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne
29. března 2017 v Hudebním divadle Karlín v Praze



Pravidla soutěže naleznete na www.sestraroku.cz

Jak se přihlásit?

- vyplněním přihlášky na www.sestraroku.cz
- zasláním přihlášky e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
- zasláním přihlášky poštou na adresu redakce Zdravotnictví a medicína, Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4

ZÁŠTITY



Úhradová vyhláška pro rok 2017: první dojmy

Bohužel nelze říci, že by úhradová vyhláška pro rok 2017 směřovala k provedení zásadní reformy financování péče, odstranění regionálních nerovností a zavedení rovných úhrad za srovnatelnou péči.

Ve Sbírce zákonů vyšla pod číslem 348/2016 tzv. úhradová vyhláška pro rok 2017. Úhradová vyhláška stanoví vždy pro následující rok pravidla, podle kterých se rozdělí mezi poskytovatele péče povinně vybrané peníze z daní a zdravotního pojištění. Pro rok 2017 očekává tvůrce vyhlášky růst mezd v české ekonomice o 4,7 %, což má přinést meziroční nárůst příjmů zdravotnictví o 12 mld. Kč a historicky nejvyšší zdravotnický rozpočet ve výši 274 mld. Kč. Z toho 267 mld. Kč půjde na péči, větší část zbytku na provoz zdravotních pojišťoven.

Pokud by se tyto optimistické predikce naplnily, byl by rok 2017 ideální k provedení zásadní reformy financování péče, odstranění regionálních nerovností a zavedení rovných úhrad za srovnatelnou péči, jak ostatně sliboval i vládní program. Bohužel nelze říci, že by úhradová vyhláška k tomuto cíli směřovala – obsahuje v podstatě stejné mechanismy, které Ústavní soud kritizoval při zrušení vyhlášky pro rok 2013. Nosnou ideou vyhlášky je přilít peněz do nemocnic, údajně pro navýšení platů lékařů; protože však úhrada není účelově vázaným příjmem, zejména soukromí vlastníci mohou prostředky využít i pro cokoli jiného.

Přídělový systém v prostředí autonomie pacienta

Primárním problémem návrhu vyhlášky pro rok 2017 je, že se nevymanila z překonané koncepce, kdy je pojištěncům sice zákonem slibován velkorysý rozsah hrazené péče, regulace však probíhá na úrovni poskytovatele a ve smluvním vztahu pojišťovna-poskytovatel „nejde úhrada za pacientem“. Vyhláška zachovává stav, kdy smluvní nemocnice a lékaři dostávají na zajištění péče přidělený omezený zdroj a předpokládá se, že péči o pojištěnce budou řídit, resp. omezovat. To je ovšem logicky neslučitelné s autonomií pacienta podle nového občanského zákoníku i zákona o zdravotních službách. Péči si buď volí pacient-příkazce a na její úhradu má individuálně daný zákonný nárok, ale pak lékař nemůže řídit náklady. Nebo péči přiděluje lékař tak, aby vyšel s rozpočtem, ale pak jsou práva pacienta i pojištěnce na přístup k péči, volbu zařízení, poučení, souhlas či nesouhlas jen pouhými proklamacemi.

Zakotvení historických nerovností

Sekundárním problémem je tzv. historická reference. Paušály a limity pro poskytovatele nejsou ve vyhlášce

nastaveny jednotně, ale vypočítávají se obvykle procentem z předloňských úhrad (tzv. referenční období). Takže platí, že kdo v minulosti poskytoval péči nákladně nebo neefektivně, dostane i letos více; kdo dostával historicky málo, zůstane chudý. Toto pravidlo dlouhodobě poškozuje zejména nemocnice v regionech, čímž diskriminuje i pojištěnce v krajích v přístupu k péči. Úhrady počítané historicky jsou popřením hospodářské soutěže – péče se nenakupuje od poskytovatelů schopných nabídnout nejlepší cenu a kvalitu, namísto toho vyhláška vede k profinancování stávající sítě poskytovatelů bez zřetele na jejich efektivitu.

Regulační poplatky stále straší

Regulační poplatky budeme platit i nadále – pouze přes pojišťovny namísto z kapsy. Vyhláška stanoví zokorunovou platbu za tzv. signální výkon, který je kompenzací zrušených regulačních poplatků z peněz pojištěnců. Ministerstvo zavedením této zokorunové platby za signální výkon, s nulovým časem práce a nulovým věcným obsahem, dosáhlo zenitu plýtvání – platby z veřejných peněz za nic, za „nepéči“. Tento stav je samozřejmě v přímém rozporu se zákonem. Přežívání této „kompenzační platby“ mimochodem názorně ukazuje, že regulační poplatky nikdy nebyly žádnou regulací, ale nástrojem, jak dostat do ordinací lékařů více peněz z kapes pojištěnců, „soukromou daní“, jejíž výpadek by lékaře poškodil ekonomicky, proto musí být už druhým rokem kompenzována.

Péče ve specializovaných centrech

Úhrada nákladných léků je v návrhu vyhlášky zastropována úrovní roku 2015, navýšenou o 10 % u ulcerózní kolitidy, o 24 % u roztroušené sklerózy a o 60 % u melanomu či očních onemocnění, zato léky na HIV/AIDS se hradí „od kusu“. Z čeho konkrétně vychází takto rozdílné povolené nárůsty, vyhláška neuvádí, ani v čem jsou HIV-positivní pacienti výjimeční, že na ně rozpočtový strop nedopadá, zatímco na pacienty se zhoubnými nádory nebo na děti se vzácnými onemocněními dopadá. Oblast specializované léčby závažných onemocnění je ukázkovým příkladem oblasti, kam objemová limitace nepatří, neboť lékař nemůže „řídit náklady podle budgetu“ – rakovinu na čekací listinu dát nelze. Přitom jde o nákladné pacienty, kterých je relativně zvladatelné množství, a nástrojem první volby by měla být cílená revize potřeby péče.

Nemocnice

Úhrada podle DRG se přes sliby a investice do ÚZIS opět nekoná. Strop úhrady je svou povahou opět paušální, nástroje DRG se použijí pouze pro měření výkonu potřebného k dosažení paušálu, přičemž nástroje výpočtu nevycházejí z jednotných pravidel pro všechny, ale z historické reference a individuálních základních sazeb. Takto peníze do regionálních nemocnic, které jsou historicky chudé a nejhůře podfinancované, přitečou pomaleji než do těch s bohatým historickým základem. Ministerstvo tento nežádoucí stav v připomínkovém řízení víceméně přiznalo, nápravu však nenabízí, pouze odkazuje na

projekt DRG Restart, jehož výstupy, budou-li jaké, nepřijdou dříve než v roce 2018. Po celé funkční období tedy ministerstvo alokuje stamiliardy nemocnicím bez opory v čemkoli, kromě historicky vzniklých nerovností.

Za pozornost také stojí, že se roční úhrada sice obecně navýšuje na 109,2 % roku 2015, pro její získání ovšem bude stačit odpracovat 96 % výkonu oproti stejnému období. Za více peněz tedy dostanou pojištěnci méně muziky.

Praktičtí lékaři

Vyhláška obsahuje mírné navýšení kapitační platby o dvě koruny, odměnu 50 haléřů na kapitaci za prevence či navýšení úhrad o 30 % ve vyloučených lokalitách. Systém však zůstává nastaven tak, že za péči o pojištěnce je praktik trestán; naopak pokud si uvědomí, že kapitace není platbou za péči, ale za registrovaného pojištěnce, vydělá. Úhrada kapitační platbou nedává smysl v právním prostředí, kdy pojištěnec může vyhledat rovnou nemocnici či specialistu (a v některých případech i musí, kvůli preskripčním omezením). Díkybohu za praktiky, kteří se navzdory ekonomické logice nadále o pacienty starají. Statistiky zdravotních pojišťoven však svědčí o neefektivním využívání nemocniční péče a záchranné služby namísto primární péče.

Ambulantní specialisté

Hodnota bodu podle Seznamu výkonů se v této části pohybuje od 0,68 u výkonů radiální onkologie až po 1,08 u klinických psychologů, čímž ministerstvo přiznává, že vypovídací schopnost Seznamu výkonů s bodovými hodnotami je dávno pasé.

Obecná hodnota bodu je 1,03 Kč, ale celkově je zastropována historickými průměry „na unikátního pojištěnce“. To specialistu zcela nesprávně motivuje k tomu, aby léčil zdravé lidi, respektive aby na každého nemocného sehnal tři zdravé, aby se průměry naředily. Za překročení, stejně jako za preskripci nad vlastní historický limit, je lékař trestán.

Závěrem

O úhradové vyhlášce je dobré vědět, že bude platit pouze pro někoho – zákon obsahuje pravidlo, že poskytovatel se může dohodnout s pojišťovnou na v zásadě libovolných odchylných pravidlech. Poskytovatelé, kterým vyhláška svědčí, tedy budou patrně jednání s pojišťovnou mařit a trvat na vyhláskové úhradě. Ti, které by zruinovala, naopak budou pojišťovnu žádat o sjednání odchylek, na což však není právní nárok. Jak je zřejmé, zákonný rámec tvorby úhradových vyhlášek, jejich mechanismů a následného použití je vážně v nepořádku. Růst ekonomiky a příjmů systému však ubírá motivaci ke změně. Dokud „zdroje jsou“, lze zdravotníky uspokojit přiliváním peněz a pojištěnců se při tvorbě vyhlášek nikdo na nic neptá. Na nápravu zdravotnictví si nejspíš paradoxně budeme muset počkat do příští hospodářské krize.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.,
specialista na medicínské právo
v mezinárodní advokátní kanceláři PwC Legal



Foto: archiv



Ilustrační foto: Shutterstock

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 11/2016

ŠéfredaktorkaPetra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz**Redakce**Mgr. Markéta Mikšová (Sestra),
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicína a kongresové zpravodajství),
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz**Editorka a korektorka**

Mgr. Dita Váchová, e-mail: vachova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakceMartin Čaban, Irena Soukupová, Vladimíra Bošková,
Martin Ježek, Marcela Svěráková**Grafika a technické zpracování**

Radek Koňářík, tel. 225 276 455, e-mail: konarik@mf.cz

Redakční rada ZAMprof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
(předseda)

MUDr. Václava Bártů

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

MUDr. Ondřej Měšťák

Mgr. Jana Nováková, MBA

MUDr. Hana Roháčová

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtíšková

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová, tel.: 225 276 355, e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

tel. 225 276 380, e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

**Generální ředitel**

Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Miloslav Pařík (vedoucí), Milan Kubička, Petr Novák

Marketing a distribuce**ředitel marketingu a distribuce:**

David Svanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

manažerka výroby a distribuce:

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4, IČ: 01847082

Adresa redakce: Zdravotnictví a medicína,

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,

sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222, e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732, 111 21 Praha 1

tel. 800 248 248, e-mail: mladafronta@predplatne.cz,

www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,

Videňská 995/63, 639 63 Brno,

tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,

oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183, Vajnorská 137,

830 00 Bratislava 3, tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819

e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí

všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.

Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah

inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě

licence od Shutterstock.com.

Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 10. 11. 2016

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC CR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2016

Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Výdej léčiv mimo lékárný budí rozpaky

Bude systém výdeje vyhrazených léků mimo lékárný pacientům prospívat, nebo škodit? Jak tento postup dopadne na kamenné lékárný?

V současné době mezi tzv. vyhrazené léčivé přípravky (tedy ty, které jsou definovány jako užité při samoléčbě) patří 334 preparátů, které lze získat mimo lékárný, tedy nikoli z rukou lékárníka.

mnělý pacient, některá místa navštívil. Na krátkých videích ukázal auditoriu konference OTC, jak výdejci léků (pracovníci benzínových stanic) často neznali odpověď na otázku ohledně indikace či dávkování léků na



Ilustrační foto: Shutterstock

Pro lék do Žabky

Nový fenomén výdeje je umožněn už od roku 1998 subjektem, které se musejí při prodeji a skladování léčivých přípravků a manipulaci s nimi řídit vyhláškou č. 106/2008 Sb., o správné praxi prodejců vyhrazených léčivých přípravků a odborném kurzu prodejců vyhrazených léčivých přípravků. Největší společností, jež se prodejem léčiv mimo lékárný zabývá, je Medipoint (asi 400 výdejních míst), který cílí zejména na benzínové stanice a v poslední době také na potravinové řetězce (Coop, Makro, Žabka). Nejnověji výdejní místa přibudou také v dm drogeriích.

A expedičních míst stále přibývá. Na konferenci OTC, kterou pravidelně připravuje společnost Androsa, to doložil výkonný ředitel DRFG Medical Rudolf Matějka: „Podle dat Státního ústavu pro kontrolu léčiv od září 2015, kdy mimo lékárný vydávalo 1701 prodejců, do září 2016 vzrostl jejich počet o 26 procent, tedy na 2145,“ uvedl.

Odborný kurz za 35 hodin

Ředitel Matějka dále upozornil, že školení, která podle vyhlášky musejí prodejci vyhrazených léků absolvovat, jsou příliš krátká. „Kurzy trvají pětadvacet hodin. To je v porovnání se studiem lékárníka na farmaceutické fakultě či farmaceutického asistenta na vyšší odborné škole velmi málo. Některé společnosti dokonce nabízejí formu samostudia s pouhými čtyřmi hodinami prezenčního studia, vrcholem nedostatečnosti je podle mě e-learningový kurz,“ pozastavil se nad vzděláváním prodejců Rudolf Matějka, který sám, jako do-

bolest zubů. Léky byly navíc nevhodně uloženy v přízemních skříňkách mezi papírovou dokumentací benzínek. Matějka doložil také vyšší cenu zakoupených léčivých přípravků oproti „běžné“ ceně.

Společnost Medipoint ale své postupy brání. „Veškerá léčiva na prodejních místech prodává školený personál, který pečlivě dohlíží na to, aby zákazník dostal léky v pořádku. Musí se například hlídat celistvost balení, expirační doba, skladovací podmínky a další důležité skutečnosti,“ uvedla na webu Medipoint školitelka těchto prodejců PharmDr. Martina Štýbnarová.

Kde jsou vydávány vyhrazené léky

- OMV (130), Benzina (94), MOL (88), Shell (61)
- dm drogerie (159)
- Potraviny (154), Coop (100), JIP (46), Flop (36), Žabka (30), Brněnka (4)
- Makro (9)
- Pont (20)
- vybrané hotely, prodejny smíšeného zboží, tabáku
- Travel
- Free, Zverimex
- Pharmos

(Zdroj: DRFG Medical)



Česká lékárnická komora (ČLnK) podle svého prezidenta Lubomíra Chudoby požaduje, aby bylo školení těchto prodejců znovu zařazeno do gesce akreditovaných školitelů Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) nebo Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Prodeje zatím na minimu

Na zvyklosti nákupu léků mezi českými pacienty se soustředil výzkum ppm factum research, který na konferenci OTC zveřejnila jeho vedoucí Mgr. Markéta Šafová. „Nákup volně prodejných léků mimo lékárný zatím není v ČR příliš rozšířený. Na benzínové pumpě si v loňském roce koupila léky pouze tři procenta dotázaných, někdy v minulosti tak učinilo pět procent respondentů,“ uvedla Markéta Šafová.

Podobně problém vnímá také ČLnK: „Zatím sice jsou úhrady v této oblasti nicotné, ale negativně vnímáme fakt, že v posledním roce se počet výdejních míst vyhrazených přípravků dramaticky rozšířil. Proto komora iniciovala dva pozměňovací návrhy k zákonu o léčivech. Náš minimální požadavek je přehodnocení pozice vyhrazeného léčiva u dvou molekul

a doufáme, že v tomto ohledu najdeme s ministerstvem zdravotnictví společnou řeč,“ uvedl prezident Chudoba. Zdůraznil, že ani vyhrazená léčiva nelze považovat za zboží běžného charakteru a že i u běžných přípravků může dojít k předávkování či ohrožující interakci s jinými léky.

Lékařna není pro každého

Jak na konferenci upozornil generální ředitel společnosti Omega Pharma / Perrigo Michal Krejsta, výdejci vyhrazených léčivých přípravků rovněž zneužívají pojem lékařna. Také kvůli tomuto problému ČLnK iniciovala pozměňovací návrh, v němž lékárníci požadují, aby pojmem lékařna směla být označena pouze zdravotnická zařízení. Podle slov prezidenta Chudoby má návrh podporu výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny PČR. Lékařnická komora dále požaduje, aby v těchto prodejnách probíhaly v adekvátním množství kontroly ze strany SÚKL. „Ústav provádí kontroly v ambulancích, nemocnicích i lékárnách, proto by se měl v příštím roce více zaměřit i na tyto výdejce. Počet kontrol by měl odpovídat počtu výdejních míst,“ uzavřel Lubomír Chudoba. (klu)

KOMENTÁŘ

Zdravotnictví se bát nemusí

Premiér a šéf ČSSD Bohuslav Sobotka napsal svým spolustraníkům dopis, který nepříliš překvapivě unikl do médií. Oznamoval v něm, že ve vládě se bude střídat, nikoli už, koho se to dotkne.



Premiér je sice tajemný jako hrad v Karpatech, ale politické kuloary nemlčí a ve vzduchu už mnoho dní visí tři jména. Vedle ministrů práce a ministra lidských práv je mezi nimi i jméno ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka. Jakkoli naposledy americké prezidentské volby ukázaly, jakou cenu mají prognózy nejhrůznějších znalců a insiderů, stojí za to si položit dvě otázky. Kdyby Němeček skutečně skončil, co to bude znamenat pro české zdravotnictví? A co pro politiku?

Na první otázku je odpověď celkem jednoduchá. S Němečkovým odchodem by se české zdravotnictví s největší pravděpodobností nezhroutilo. Ačkoli se současný šéf resortu z hlediska životnosti ve funkci řadí nad průměr, fungování systému za jeho působení žádných velkých změn nedoznalo. Ti, kteří za jedinou bolest českého zdravotnictví považují nízké platy v nemocnicích, by asi na Němečka nevzpomínali úplně ve zlém, protože do nemocnic nasypal z eráru několik lopat peněz.

Stejně tak mu lze přičíst k dobru zveřejňování smluv mezi pojišťovkami a zdravotnickými zařízeními a také fundované obsazení čela Ústavu zdravotnických informací a statistiky, který začíná vypadat jako zajímavá instituce a díky němuž se možná dočkáme systému úhrad na základě DRG, který by třeba mohl fungovat. Možná. Někdy.

Hlavně nikoho nenaštvat

To je ovšem v podstatě všechno. Ve všech ostatních aktivitách se Němeček řídil heslem „nikoho nenaštvat“. V důsledku toho našťoval skoro všechny a neprosadil skoro nic. Nový systém vzdělávání lékařů,

v němž Němeček vyšel vstříc snad všem, se nakonec nelíbí ani mladým lékařům, ani zkušeným lékařům, ani akademikům. Lékařská komora zpočátku zavěťovala u ministra vstřícnost, a tak vyšroubovala své požadavky do takové výše, že už jim nemohl vyhovět ani Němeček. Proto se ani u profesní komory netěší kdovíjaké oblibě. Stručně řečeno, zdravotnictví by Němečka neoplakávalo, a pokud by se Sobotka rozhodl výhradně podle výkonnosti a koncepčního přístupu k resortu, Damoklův meč by nad tímto ministrem patrně nevisel. Už by padal.

Němečkovy odvolání – Babišovo vítězství

Jenže výkonnost není v politice jediným kritériem. Pro Němečkovy setrvání hovoří jeden důležitý fakt, a totiž že jej ani za mák nemá rád ministr financí Andrej Babiš. A ten je zase pro Sobotku s jedněmi volbami prohranými a druhými za rohem stále více soupeřem spíše než koaličním partnerem. Němečkovy odvolání nebude problémem vykládat jako Babišovo vítězství a ministr financí to nepochybně rád udělá. Sobotka není žádné politické ořezávátko a ví o tom, takže pokud Němečka skutečně odvolá, bude k tomu mít důvod tak silný, že převáží nad nepříjemností triumfu, který si Babiš nepochybně vychutná. Takovým důvodem mohou být obavy, aby na Němečka před volbami neprasklo něco hodně vážného, ale také politický obchod, osobní spory nebo potřeba zmírnit nějaká vnitřní pnutí ve straně. To už jsou ale čiré spekulace. Setrvejme na tom, že zdravotnictví se výměny ministra bát nemusí.

Martin Čaban

(autor je komentátorem deníku E15)



Obsah

- Úhradová vyhláška pro rok 2017: první dojmy 3
- Výdej léčiv mimo lékárný budí rozpaky 4
- Zdravotnictví se bát nemusí 5
- Jaké bude zdravotnictví 2017 – konference 6
- Privátní péče aneb když chcete lékařům platit 7
- Na chronické pacienty jsme do budoucna připraveni 8
- Úhradová vyhláška pro rok 2017 přidá 13 miliard 8
- Krátké zprávy z (farma)byznysu 10
- Lékařské tajemství vs. teror a další zprávy ze zahraničí 11
- Ze zahraničí: Slovensko se chystá omezit vývoz léků + další aktuality 12

Kardiologický speciál

- Pokrok v kardiologii významně ovlivňují moderní technologie 13
- Radiofrekvenční denervace u pacientů s refrakterní arytmií a anginou pectoris 14
- Idarucizumab zvýšil bezpečnost antikoagulační léčby 16
- Rozmístění AED je nutné lépe plánovat 17

Sestra

- Psychologicko-etické aspekty bolesti a utrpení 19
- Ceny absorpčních pomůcek klesnou 22
- Imunopatologické stavy v kazuistikách 22
- Návštěvní služba porodní asistentky v domácnosti 24
- Bude nový model vzdělávání sester dostatečný? 26
- Motivácia v pracovnom procese 28
- Ohlédnutí za Sestrou roku 2015 30
- Jak Praha získala gama nůž 32
- Discovery Award 2015 a další ocenění 35
- Grantová agentura ČR ocenila vědce 35
- Cena Technologické agentury ČR 35
- APO ocenila projekty patientských organizací 36
- Nadace Agel patronem domu Gloria 36
- Státní vyznamenání pro dva lékaře 36

Servis

- Nové knihy 38
- Právní poradna 39

Medicína

- Očkování není jen pediatrický problém 40
- Funkční elektrická stimulace – naděje pro řešení foot drop u nemocných s RS 42
- Pembrolizumab rozšiřuje spektrum léčby NSCLC 44
- Komorbiditám u revmatických onemocnění je nutné věnovat pozornost 46
- Plícní postižení u systémových nemocí pojiiva, vaskulitid a IBD 48
- Hysteroskopie, nebo kyretáž? 50
- Léčba inzulinem by měla být včasná a individualizovaná 52
- Personální inzerce 54





Jaké bude zdravotnictví 2017

Palčivé problémy v systému zůstávají neřešené. Jedná se nejen o financování resortu, ale zejména o nedostatek zdravotníků, jejich vzdělávání a finanční ohodnocení. Shodla se na tom řada přednášejících na konferenci Zdravotnictví 2017. Akci každoročně pořádají Unie zaměstnavatelských svazů a divize Medical Services Mladé fronty.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček na konferenci Zdravotnictví 2017 uvedl, že nebere nedostatek zdravotníků v ČR na lehkou váhu a pro příští rok počítá s dalším navýšením tarifní složky platu, a to již potřetí v řadě. „Motivací pro zdravotníky je vedle zlepšení systému vzdělávání samozřejmě i platové ohodnocení. Toto není ve stadiu slibů, tato vláda navýšení realizovala opakovaně a ještě jednou jej provede k 1. 1. 2018, znovu o 10 procent, tudíž s předchozími dvěma navýšeními celkem o 30 procent. Jde o v minulosti nebývalý nárůst,“ uvedl ministr na konferenci.

Otázka vzdělávání

Jak ministr dále připomněl, do třetího čtení ve sněmovně přichází zákon o č. 95/2004, „o postgraduálním vzdělávání lékařů“, který by měl podle něj celý systém vzdělávání lékařů zjednodušit. Novinkou je v tomto ohledu také spolupráce resortu zdravotnictví s ministryní školství mládeže a tělovýchovy Kateřinou Valachovou na společné podpoře absolventů lékařských fakult. „Naší snahou je navýšit počty absolventů o 25 procent. Z informací jednotlivých fakult víme, že o studium je značný zájem a studentů je převis. Chceme tento fakt podpořit,“ řekl ministr.

Ke konci letošního roku předpokládá Svatopluk Němeček také ukončení projednávání zákona o vzdělávání sester, kde je pro novou „praktickou sestru“ navržen sys-



Ministr Svatopluk Němeček s prezidentem Unie zaměstnavatelských svazů Jiřím Horeckým na konferenci Zdravotnictví 2017

Foto: Jana Schrammová

tém 4+1, tedy čtyři roky středoškolského a jeden rok vyššího odborného vzdělávání.

K podpoře vzdělávání zdravotníků se připojil také prezident Unie zaměstnavatelských svazů a Asociace poskytovatelů sociálních služeb Jiří Horecký, který na konferenci oznámil zahájení kampaně pro zvýšení zájmu o studium na středních zdravotnických školách „Studuj zdravku“. Kampaň by měla propagovat sesterskou profesi a ve výsledku tak do budoucna navýšit počet absolventů těchto škol. Jak prezident Horecký uvedl, ve zdravotnictví a sociálních službách je dlouhodobě silná poptávka po kvalitním zdravotnickém personálu. „Aktivní a motivovaní lidé si vždy dokážou najít pracovní uplatnění podle svých představ. Oborů a specializací je nepřeberné množství a celé odvětví představuje jistotu a stabilitu,“ doplnil.

Stabilita, či deficit?

Tématem, které je na konferenci Zdravotnictví každoročně diskutováno, je úhradový mechanismus pro platby za zdravotní péči pro příští rok. Tzv. úhradová vyhláška přinese v roce 2017 dalších 13 miliard korun navíc oproti roku předešlému. Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 ministerstvo odhaduje na 274,2 miliardy korun. „Úhradová vyhláška na rok 2017 je dalším krokem směrem k ekonomické stabilizaci zdravotnictví, což je pro mne dlouhodobou prioritou. Vyhláška finančně naplní vládní slib zvýšení platových tarifů zdravotnického personálu, vyšli jsme vstřícně prakticky všem ostatním segmentům zdravotnictví,“ řekl ministr Němeček.

Jak ale na konferenci uvedl prezident Svazu zdravotních pojištěných (SZP) Ladislav Friedrich, pro rok 2017 bude podle něj vyhláška deficitní. „Kvůli vyhlášce bude v roce 2017 a zejména v červnu 2018 systém zdravotnictví deficitní. Očekávám, že v něm budou chybět 2 až 3 miliardy korun, navíc deficit ještě prohloubí 500 milionů na předpokládané snížení doplatků na léky a náklady 700 milionů korun vzniklé v souvislosti s nově vytvářeným seznamem zdravotních výkonů,“ sdělil prezident SZP Friedrich, kte-

ry se přimlouvá za úplné zrušení úhradové vyhlášky; jako nástroj řízení výdajů zdravotnického systému je podle něj vyhláška nevhodná.

Stres, stárnutí a odchod

Předseda Českomoravské konfederace odborových svazů Josef Středula na konferenci zdůraznil, že zdravotníci jsou stále extrémně přetěžováni, nemají čas na rodinný život, objem jimi poskytované péče o druhé přesahuje jejich kapacity, a proto odcházejí do jiných oblastí. Zároveň uvedl, že je pro otevření otázky vyrovnání daňových odvodů v solidárním systému financování zdravotnictví. „Nejhorším plátcem v solidárním systému je stát. Otázku vyrovnání financování ze strany OSVČ, státu a zaměstnanců bude do budoucna nutné otevřít. Zároveň by bylo přínosné vrátit cenovou regulaci léků a zdravotnických prostředků do gesce ministerstva financí,“ domnívá se předseda Středula.

Situaci lékařů zhodnotil prezident České lékařské komory Milan Kubek. „Jde o personální devastaci. Zajištění péče v přiměřeném čase a místě je v ČR možné pouze za soustavného porušování zákonů, zejména zákoníku práce. V březnu nemocnice hledaly tisíc lékařů. Pokud by dodržovaly zákony – zejména zákoník práce –, byla by poptávka po personálu ještě mnohem vyšší. Ročně odchází 400 lékařů, kteří také navíc stárnou, a pro mladé muže není studium medicíny atraktivní. České lékaře nahrazuje 2557 cizinců ze Slovenska, Ukrajiny a Ruska,“ řekl prezident Kubek s tím, že čeští zaměstnanci jsou uměle udržováni v chudobě a nízké mzdy znamenají nízké odvody. (ku)

Ze zdravice předsedy vlády ČR Sobotky

Dámy a pánové, vážení účastníci, jsem rád, že vás mohu touto formou pozdravit a popřát úspěch již třetímu ročníku konference Zdravotnictví.

(...) Naše zdravotnictví má za sebou nelehkou fázi stagnace, jejíž důsledky odeznívají postupně teprve v současné době. Společnost ale nestojí a její vývoj přináší nové výzvy i pro zdravotnický systém. Demografické stárnutí s sebou nese potřebu důstojného zázemí pro seniory a seniorky ve specifických životních a zdravotních situacích. Technologické změny nám dávají možnost zrychlit a zefektivnit zdravotnický systém tak, aby nám umožňoval lépe chránit lidský život a zdraví. Tempo společnosti přirozeně proměňuje nároky na to, jak mají vypadat dostupné a kvalitní veřejné služby, zdravotnictví nevyjímaje. Jsem rád, že je Česká republika v současnosti v takové hospodářské situaci, kdy nemusí na lidském zdraví šetřit a může udělat něco pro to, aby veřejný systém zdravotnictví tyto výzvy zvládl. Moderní a kvalitní zdravotnický systém je podmínkou pro důstojný život nás všech. (...)

Manažer ve zdravotnictví

Na konferenci Zdravotnictví 2017 byl vyhlášen Manažer roku ve zdravotnictví. Hodnotil se zejména přínos pro rozvoj daného zdravotnického zařízení či jiného řízeného úseku, finanční zdraví organizace, zlepšování bezpečnosti a kvality péče o pacienty nebo zavádění moderních přístupů a inovací v léčbě a zdravotní péči či úspěchy v akreditačních procesech.

Hodnotící komise složená ze zástupců Unie zaměstnavatelských svazů, manažerů a odborníků z oblasti managementu ve zdravotnictví vybrala z předložených finalistů předsedu představenstva skupiny Agel MUDr. Jána Dudru, Ph.D., MPH. A to zejména s ohledem na jeho manažerské schopnosti, strategické myšlení, stabilitu, loajalitu, motivaci ostatních ke změně, schopnost získat a udržet dobrý tým. Doktor Dudra byl nominován kolegy ze Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje, kde vedle svého manažerského postu zvládá práci lékaře.



GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNER ODBORNÉ SEKCE



PARTNER KONFERENCE



VYSTAVOVATEL



HODINÁŘSTVÍ
ŠTĚPÁNSKÁ 57, PRAHA 1, 224 254 349
www.hodinarstvi-bechyne.cz





Privátní péče aneb když chcete lékařům platit

Snahy o zvýšení spoluúčasti pacientů v českém zdravotnictví dlouhodobě selhávají. Přitom většina odborníků na spolufinancování zdravotních služeb vnímá vyšší spoluúčast jako jednu ze zásad udržitelnosti zdravotnického systému v ČR a pacienti o ni mají zájem.

Když v roce 2013 Ústavní soud zrušil v ČR možnost doplácet za nadstandardní čočky, dlahy a některé typy vakcín, vznikl paradoxní stav. Pokud si nyní chtějí pacienti doplatit, např. za nadstandardní čočku, musejí si ji nechat voperovat v některém ze zařízení, která nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, a zaplatit i přídružený výkon, na nějž mají jinak nárok zdarma z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Současná vláda ve věci nadstandardů nic měnit nehodlá. Jak na konferenci Zdravotnictví 2017 uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček: „Čeká nás poslední rok do voleb. Pokud si někdo z nadstandardů udělá volební program, ať s ním přijde. My se tím nyní na ministerstvu zabývat nebudeme.“

Možnosti nadstandardní péče

Nadstandardní, pacientem hrazenou péči ale mají zdravotnická zařízení možnost nabízet stále. Balíčky VIP péče, podle informací jejich poskytovatelů, využívají pacienti, kteří se nechtějí spokojit se službami v rozsahu veřejného zdravotního pojištění.



Ilustrační foto: archiv

„Privátní zdravotní péče je alternativou pro ty, kteří si uvědomují důležitost prevence a mají zájem o péči nad rámec garantovaného státem,“ uvedl MUDr. Zdeněk Schwarz, předseda představenstva společnosti Dopravní zdravotnictví, která

provazuje síť Poliklinik AGEL a programy privátní zdravotní péče nabízí.

„Při tvorbě našich programů jsme zohlednili, co náročnější klienti v současném zdravotnictví nejvíce postrádají. A to je možnost objednání na přesný čas bez jakéhokoli dalšího čekání, krátké objednací doby, konzultace s lékařem mimo ordinanční hodiny či možnost rozšířených preventivních programů. V rámci našich programů AGEL+ dále mimo jiné nabízíme možnost telefonické konzultace s lékařem 24 hodin denně nebo doručení receptu přímo klientovi domů,“ doplnil Zdeněk Schwarz s tím, že luxusní prostředí ambulantní i lůžkové péče už je jen příjemným bonusem. Programy AGEL+ dále obsahují také očkování, infuze vitamínu C i různá sonografická a laboratorní vyšetření nad rámec preventivních prohlídek hrazených z veřejného zdravotního pojištění. „Tyto služby privátní zdravotní péče žádným způsobem nelimitují ostatní pacienty, kteří u nás čerpají standardní péči,“ uzavírá MUDr. Zdeněk Schwarz.

(red)

Inzerce M161000818

Lékaři budou moci předepsat svým pacientům více inkontinenčních pomůcek. VZP změnila úhrady

Od začátku listopadu upravila VZP systém úhrad části inkontinenčních pomůcek. Konkrétně jde o vložky a vložné pleny (celkem 207 kódů). Změna spočívá v tom, že pojišťovna přestala plně hradit výrobky, které jsou ve srovnání s okolními zeměmi výrazně předraženy. Každému pacientovi nicméně nadále budou moci lékaři předepsat inkontinenční pomůcky odpovídající jeho zdravotnímu stavu, aniž by nemocný musel cokoli doplácet. Tuto potřebu pokryjí ty zdravotnické prostředky, u nichž bude nadále zajištěna plná úhrada.

Od 1. 12. 2016 pak přistoupí VZP k obdobnému kroku i u absorpčních kalhotek (celkem 597 kódů).

„Úspora vzniklá omezením úhrad nepřiměřeně drahého sortimentu umožní, že lékaři budou moci předepsat svým pacientům ročně o několik set tisíc kusů plně hrazených inkontinenčních pomůcek více než doposud,“ uvedl náměstek ředitele VZP Petr Honěk.

Pro snazší orientaci, které vložky a vložné pleny jsou od listopadu plně hrazené, zveřejnila VZP na svém webu přehled bezdoplatkového a doplatkového sortimentu. Seznam bude při každé změně samozřejmě aktualizován a lékaři či jiní zájemci ho najdou na adrese www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky. Pro větší přehlednost jsou plně hrazené prostředky označeny zeleně a doplatková část sortimentu červeně.

VZP od počátku garantovala, že i po změně bude v každé kategorii vždy plně hrazena minimálně třetina pomůcek. Realita je ale nakonec pro lékaře a jejich pacienty ještě mnohem výhodnější – v současnosti je plně hrazeno již více než 61 % sortimentu vložek a vložných plen. Pět vý-



Petr Honěk,
náměstek ředitele VZP

znamných dodavatelů totiž poté, co VZP oznámila svůj záměr, obratem zareagovalo snížením cen.

Probíhající změny řešili zástupci VZP s představiteli dotčených lékařských společností. Právě v reakci na návrhy odborné veřejnosti teď pojišťovna dpracovává finální kategorizaci pro sortiment absorpčních kalhotek. „Jsme připraveni nadále hájit zájmy našich klientů a smluvních partnerů, naopak nehodláme tolerovat nepřiměřené zisky výrobců a dodavatelů. Proto jednáme se zástupci lékařů, ale ne s lobbisty z byznysu,“ zdůraznil náměstek Honěk.

V souvislosti se změnou úhrad inkontinenčních pomůcek, ke které přistoupila největší zdravotní pojišťovna, je třeba připomenout, že se nic nemění na souvisejících legislativních mantinelech. Finanční i kusové limity, které pro úhradu inkontinenčních pomůcek stanoví zákon č. 48/1997 Sb., zůstávají zachovány. Protože se ale sníží cenová hladina v daném segmentu, mělo by napříště narazit na finanční limit výrazně méně klientů VZP.





Na chronické pacienty jsme do budoucna připraveni

O společnosti EUC, předním poskytovateli ambulantní péče u nás s půl milionem ošetřených pacientů ročně, 1500 lékaři a specialisty, jsme hovořili s jejím ředitelem pro vnější vztahy **Janem Hůlkem**.

Ještě vloni jste byli Euroclinicum...

Ano, od ledna jsme zjednodušili název na EUC a konsolidujeme své aktivity. Za posledních pět let jsme spojili více než 20 zdravotnických firem, různé aktivity pod různými značkami. Skupina sílila, ale ztrácela na přehlednosti. Nově jsme proto rozdělili své dceřiné společnosti do šesti sektorů. Akcentujeme ambulantní péči a tu soustřeďujeme především v EUC klinikách. Těch máme třináct, najdete nás ve většině krajských měst.

Druhým sektorem jsou EUC laboratoře, je jich deset a ročně v nich zpracujeme na 720 tisíc vzorků, dnes už ve všech laboratorních oborech. Všechny naše laboratoře prošly akreditací, odběry jsou bez čekání a rychle dodáme výsledky on-line. Letos jsme spektrum vyšetření rozšířili o patologii, cytologii, molekulární patologii a cytogenetiku. Naším třetím pilířem je dvanáct EUC lékáren. Vlastníme i dvě nemocnice, obě se zaměřují především na elektivní péči, celkem obhospodařujeme 150 nemocničních lůžek. Frýdlantská EUC nemocnice se profiluje v ošetrovatelské péči, gynekologii a jednodenní chirurgii, pacienti tam jezdí za operacemi žil, hemoroidů, varixů... Nemocnice Atlas ve Zlíně je zaměřena na chirurgii a gynekologii a tamní diagnostika a chirurgie prsu je na světové úrovni.

Pátým sektorem je EUC Premium, kde jste spojili Medicover, Mediconet a Kardii. Tu jste přinesl do skupiny vy?

Ano, to byla společnost, kterou jsem budoval od roku 1999. Soustředila se na pracovní lékařství a poté, co jsme koupili Medicover v České republice, fúzovali jsme všechno do EUC Premium. Takže jsme dnes největším poskytovatelem lékařské péče pro zaměstnavatele a pečujeme o 320 tisíc zaměstnanců našich klientů. Dokážeme jim poskytnout jak vysoce odbornou pracovnílékařskou péči, tak péči prémiovou. To právě velcí zaměstnavatelé potřebují.

Šestým pilířem EUC je váš e-shop Videolékárna. Ta je od letošního roku členem České asociace provozovatelů internetových lékáren (ČAPIL). V tomto sdružení jste se spojili s konkurencí, proč?

Společným zájmem všech členů ČAPIL je prosadit právní normy, jež by umožnily pacientům objednávat si všechny



Jan Hůlek je ředitelem pro vnější vztahy EUC, soukromé sítě zdravotnických zařízení. Společnost s obratem 1,9 miliardy Kč a působností ve většině krajů patří v ČR k největším nestátním poskytovatelům zejména ambulantní péče. Od roku 2011 je jejím vlastníkem společnost Tuffieh Funds SICAV, Plc., regulovaná maltským finančním regulátorem v rámci jednotné legislativy EU.

léky, které jim doporučí či předepíše lékař, i přes internet.

Jak v EUC vnímáte technologický vývoj ve zdravotnictví, například s ohledem na monitoring pacienta?

Směřování k e-health je jasné. U nás i ve světě. Denně jsme přes internet propojeni se svou bankou, přáteli, přes internet pracujeme i učíme se. V EUC jsme si jako partnera pro e-health vybrali eVito. Je to původně telemedicínská platforma, zaměřuje se na vzdálený monitoring zdravotních parametrů, jež jsme dokázali u uživatelů různých skupin monitorovat. Co změříte a zjistíte na dálku bez nutnosti dostavit se k lékaři? Krevní tlak, výdej energie vyjádřený počtem kroků a hladinu cukru v krvi. Logicky jsme se nejprve zaměřili na diabetiky. Pomáháme jim ve zvládnutí nemoci, eVito jsme doplnili o funkci výchova a vzdělávání prediabetického a diabetického pacienta. V mezidobí mezi návštěvami ordinace eVito podporuje pacienta v samoléčbě. Edukuje ho, vede k dodržování režimových opatření, k selfmonitoringu. Učí ho vidět stav kompenzace cukrovky a výhody dodržování léčebného protokolu v souvislostech.

Takže léčíte tým, že vychováte?

Nejen to. Péče o chronické pacienty není v ČR moc dobrá, což začíná být vidět i v mezinárodním srovnání. Snad nějakou pozitivní změnu přinese zohlednění chronicity při přerozdělování prostředků zdravotního pojištění (tzv. PCC). V péči chybí koordinace poskytovatelů, chybí

také právě čas na edukaci a výchovu pacientů. I s tím umí eVito pomoci, a proto jsme už mohli spustit *disease management* program pro diabetické pacienty. A k výchově: EUC v sobě skrývá písmena anglického slova ELUCIDATE, které znamená vysvětlit či objasnit. I tím se u nás liší přístup k pacientům, najdeme si čas i na zdravotní osvětu. A nechceme v tomto ohledu působit suchopárně a pedantsky, ale hravě a vynalézavě. U chronických nemocí třeba prostřednictvím eVita, pro popularizaci prevence rakoviny prsu jsme před třemi lety vymysleli a letos inovovali výstavu umělecky pojatých snímků z mamografických screeningů Vaše nejčernější foto.

Ukazujete snímky s rakovinou?

To není záměr. Chceme přimět ženy, aby nepodceňovaly prevenci. Před třemi roky chodila na mamografická vyšetření polovina žen a v současné době na ně třetina žen stále nechodí. Společným cílem nás všech by mělo být alespoň 80 procent žen, které na preventivní prohlídku přijdou. Chceme ženy povzbudit - poďte si nechat udělat hezkou a cennou, možná nejčernější fotografii. A výstavu zadarmo propůjčujeme různým institucím. Ústeckému krajskému úřadu, IQ Landii, Akademii věd a budeme vděční za další zájemce. Naše výzva zní: Vystavte prsa. Také přivítáme a jsme připraveni ocenit kreativní nápady, jak by se daly umělecky pojmout mamogramy z výstav Vaše nejčernější foto v příštím roce. Vyzýváme instituce i umělce - pomozte nám uměním propagovat dobrou věc!

V naší péči, to je vaše motto?

Ano, mimochodem v angličtině používáme *Everybody under care* - EUC je k tomuto akronymu. Chronické nemoci jsou opravdu velkou výzvou jak pro zdravotnický systém, tak pro nás, poskytovatele. A na jejich nárůst musíme být připraveni. My jsme celorepubliková skupina, výrazně ambulantní, působící v řadě medicínských oborů a s vlastním komplementem. Proto má smysl posunout způsob, jak pečujeme o pacienty, co nejvíc péči propojit a ukázat, že být „v naší péči“ třeba u chronických nemocí oddálí preventabilní komplikace nemoci. (red)

Úhradová vyhláška pro rok 2017 přidá 13 miliard

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2017 se odhadují na 274,2 miliardy Kč, oproti roku 2016 se očekává zvýšení příjmů o 13 miliard Kč.

Návrh úhradové vyhlášky je nyní ve vnějším připomínkovém řízení a po odsouhlasení legislativní radou vlády bude vydán ve Sbírce zákonů. Dohod bylo dosaženo v těchto segmentech: laboratorní komplement, ambulantní gynekologové, zdravotnická dopravní služba, zdravotnická záchranná služba (MZ do dohody zasáhlo a navýšilo hodnoty bodu oproti dohodě, aby bylo možné navýšit platy i v tomto segmentu), stomatologická a hemodialyzační péče.

„Poskytovatelé akutní lůžkové péče budou mít za stejné produkce v roce 2017 o 6,3 % vyšší úhrady oproti

roku 2016 (bez zohlednění nárůstu nákladů na centrové léky). Toto navýšení je zajištěno 6% růstem případového paušálu v akutní lůžkové péči, zohledněním změny produkce a nastavením minimálních individuálních základních sazeb. Další 1,5 miliardy korun činí předpokládaný růst nákladů na centrové léky oproti roku 2016,“ uvedlo ministerstvo na svém webu.

Jak dále MZ uvedlo, poskytovatelé následné péče mají nastaven 6,5% růst úhrady za jeden ošetřovací den oproti roku 2016, meziroční růst úhrad v tomto segmentu se zohledněním predikovaného růstu počtu ošetřovacích dní je plánován na 8%. Pro poskytovatele v odbornosti 913 (ošetrovatelská péče) je plánován 23% nárůst průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti roku

2016 a je očekáván další cca 2% růst počtu unikátních pojištěnců. MZ slibuje navýšit úhrady o 250 mil. Kč (cca 20%) oproti roku 2016 pro tento dlouhodobě podfinancovaný segment. Všeobecným praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost je plánován růst úhrad o 2,4% oproti roku 2016. V segmentu ambulantních specialistů je plánován 2,3% růst průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti plánovaným úhradám v roce 2016 podle znění „úhradové vyhlášky“ pro rok 2016 a další cca 1% tvoří predikovaný nárůst počtu unikátních pojištěnců. V segmentu lázeňské péče dochází k 4% nárůstu úhrady oproti roku 2016 za jeden den pobytu pacienta. U lékárenské péče je kompenzace regulačního poplatku ve výši 13 Kč za každý signální výkon. (red)



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.

Péče o diabetiky z pohledu plátce

V dnešní Poradně bychom chtěli všem poskytovatelům zdravotních služeb v odbornosti 001 - všeobecný praktický lékař a 103 - diabetologie připomenout platné podmínky a rovněž novinky v oblasti péče o diabetického pacienta.

V souladu s Národním diabetologickým programem patří k důležitým úkolům všeobecných praktických lékařů (dále jen VPL) prevence vzniku diabetu 2. typu, včasné stanovení diagnózy diabetu, rozhodnutí o zahájení léčby ve své ordinaci nebo předání pacienta do dispenzární péče specialisty-diabetologa. Pravidla spolupráce mezi VPL a specialisty-diabetology upravuje Věstník MZ ČR č. 8/2010.

Péči poskytnutou ve své ordinaci vykazuje VPL výkonem **01201 - Péče o stabilizovaného kompenzovaného diabetika 2. typu praktickým lékařem**. Musí dodržovat algoritmus péče o diabetika 2. typu a doporučené postupy stanovené Společností všeobecného lékařství ČLS JEP a Českou diabetologickou společností ČLS JEP a rovněž vykazovat příslušné signální VZP-výkony, které slouží k hodnocení kvality poskytované péče v ordinaci VPL:

01298 - (VZP) Pacient odeslán k diabetologovi ke konzultaci,
01299 - (VZP) Pacient odeslán k diabetologovi k dispenzarizaci,
13101 - (VZP) Hodnota glykovaného hemoglobinu HbA1c nižší než 5,3 %,
13102 - (VZP) Hodnota glykovaného hemoglobinu HbA1c 5,3 až 5,9 %,
13103 - (VZP) Hodnota glykovaného hemoglobinu HbA1c od 6,0 % výše.

Stanovení glykovaného hemoglobinu

Výkon 01445 - Stanovení glykovaného hemoglobinu HbA1c v ambulanci může VPL vykazovat k úhradě za podmínky, že:

- doloží účast na certifikovaném školení o této metodě,
- pracoviště projde úspěšně 1x ročně externím hodnocením kvality (v případě negativního výsledku je nezbytná kontrola do 6 měsíců),
- má nasmlouvan i výkon 01201,
- bude vykazovat příslušný signální VZP-výkon pro hodnotu glykovaného hemoglobinu,
- výkon nebude v jednom dni prováděn jako vyšetření v režimu POCT a zároveň jako vyšetření v laboratorním režimu.



MUDr. Hana Šustková,
Odbor smluvní politiky

Pozornost diabetické noze

Pacienti s diabetem 2. typu s komplikacemi a diabetici 1. typu jsou dispenzarizováni u specialisty-diabetologa (odbornost 103). V rámci této odbornosti jsou od 1. 1. 2015 vyhláškou č. 134/1998 Sb. zařazeny mezi hrazené další nové výkony:

13024 - Vyšetření rizika syndromu diabetické nohy

Výkon je určen k vyšetření pacientů s diabetem a vaskulárními komplikacemi (nephropatie, retinopatie, ICHDK, suspektní neuropatie) nebo se zvýšeným rizikem těchto komplikací (HbA1c nad 5,3 % podle IFCC norem). Vykazovat ho mohou poskytovatelé ambulantních zdravotních služeb v oboru diabetologie, které výbor podiatrické sekce České diabetologické společnosti ČLS JEP

zařadil do seznamu podiatrických ambulančních plnicích kritéria stanovená odbornou společností pro podiatrické ambulance.

13026 - Vyhodnocení glykemických profilů z glukometru pomocí počítače

Výkon je určen pro ambulantně léčené pacienty na inzulínoterapii ve třech a více dávkách denně, nebo léčené inzulínovou pumpou s neuspokojivou kompenzací (HbA1c nad 5,3 %).

Nový výkon pro diabetologická centra

Od 1. 9. 2016 umožňuje VZP ČR prostřednictvím zavedeného VZP výkonu **13077 - (VZP) Opakované kontinuální monitorování glykemie pomocí senzoru** kontinuálně monitorovat koncentrace glukózy v intersticiální tekutině s využitím speciálního senzoru dětským i dospělým pacientům s diabetem 1. typu, kteří mají:

- syndrom porušeného vnímání hypoglykemie (Clarkova metoda nebo Gold score ≥ 4),
- časté hypoglykemie (≥ 10 % času stráveného v hypoglykemickém rozmezí při předchozí monitoraci u dospělých a ≥ 5 % času u dětí),
- labilní diabetes (vysoká glykemická variabilita určená odchylkou $\geq 3,5$ mmol/l),
- závažné hypoglykemie (2 a více v průběhu posledních 12 měsíců),

a dále:

- ženám v průběhu těhotenství,
- pacientům po transplantaci Langerhanových ostrůvků.

Podmínkou preskripce je prokazatelně dobrá spolupráce pacienta či rodiny (dokumentovaný selfmonitoring alespoň 4x denně, absolvování edukačního tréninku).

Systémy pro kontinuální monitoraci mohou za stanovených podmínek předepisovat pouze diabetologická centra, jejichž seznam je uveřejněn na webových stránkách odborné společnosti a která mají předmětný výkon s VZP ČR nasmlouvan.

Krátce z (farma)byznysu

● Výkonným ředitelem lékárenského holdingu Dr. Max je od října Leonardo Ferrandino.

O vzniku nové pozice informovala investiční skupina Penta, které lékárny Dr. Max patří. Vedle Česka působí Dr. Max také na Slovensku a v Polsku. Penta uvedla, že do konce tohoto roku je pravděpodobný vstup těchto lékáren na další evropské trhy. Ze zemí, kde působí Dr. Max nyní, vidí Penta prostor pro další expanzi především v Polsku.

Leonardo Ferrandino přichází do investiční skupiny Penta po dvanáctiletém působení ve společnosti Admenta Italia, která je součástí farmaceutické skupiny Celesia Group.

Sít lékáren Dr. Max tvoří 928 lékáren. V Česku jich je 370, na Slovensku 220 a v Polsku 338. Tržby celého holdingu činily loni 28,4 miliardy korun. V Česku Dr. Max loni utržil 13,8 miliardy korun, meziročně o 14 % víc.

● Americká farmaceutická společnost Pfizer se nerozdělí na dvě nezávislé firmy se samostatně obchodovanými akciemi, jednu pro patentované léky a druhou pro generické produkty, jak po několika minulých let uvažovala.

Pfizer rozdělení plánoval, aby uvolnil růstový potenciál divize patentově chráněných léků. Společnost se k tomuto kroku nakonec nerozhodla, protože současná organizační struktura dvou provozně oddělených divizí je nevyhodnější variantou.

Čistý zisk Pfizeru se ve druhém čtvrtletí propadl o 23 % na 2 miliardy dolarů. Tržby se ale o 11 % zvýšily a dosáhly 13,2 miliardy dolarů.

● Distributor léčiv Phoenix lékárenský velkoobchod v minulém finančním roce (únor 2015 až konec ledna 2016) snížil meziročně zisk o čtvrtinu na 139,4 milionu korun.

Tržby klesly o 1,5 % na 22,9 miliardy korun. Vyplývá to z výroční zprávy společnosti. „Po několika letech stagnace a poklesu farmaceutický trh ČR v průběhu

finančního roku 2015/16 opět rostl, a to o 4,1 procenta. Hlavním tahounem zde byla zimní chřipková sezona a nemocniční segment. Ve druhém a třetím čtvrtletí došlo ke zpomalení růstu,“ uvádí společnost ve zprávě. Phoenix lékárenský velkoobchod dále uvedl, že během finančního roku 2015/16 překročil svůj plánovaný obrát. Pro finanční rok 2016/17 předpovídá českému farmaceutickému trhu stagnaci, případně mírný růst do jednoho procenta.

Phoenix lékárenský velkoobchod je s tržním podílem 40 % jedním z nejvýznamnějších farmaceutických velkoobchodů v České republice. Léčiva a zdravotnický materiál firma distribuuje převážně do lékáren a nemocnic. Zásobuje i menší zákazníky, jako jsou soukromé ordinace, laboratoře, prodejny zdravé výživy a drogerie.

● Brněnskému výrobcí a distributorovi léčiv Angelini Pharma ČR loni stouply tržby o 7 procent na 1,11 miliardy korun.

Zisk se zvýšil o třetinu na téměř 49 milionů. Firmě se podařilo úspěšně vrátit na rumunský trh a roste jí i prodej v Česku. Společnost dodává na trh jak léčiva vlastní výroby, tak léky od jiných výrobců a každý rok se snaží přicházet na trh s novinkami. „Nejvyššího nárůstu prodeje jsme dosáhli u přípravků, které pomáhají při respiračních onemocněních,“ uvedl jednatel Jozef Urban.

● Společnost GlaxoSmithKline (GSK) povede od 1. dubna 2017 nová generální ředitelka Emma Walmsleyová.

Ve funkci nahradí sira Andrewa Wittyho, který z čela GSK odchází k 31. březnu. Emma Walmsleyová v současnosti vede divizi Consumer Healthcare společnosti GSK a od roku 2011 je členkou nejvyššího vedení firmy, členkou představenstva se pak stane od 1. ledna 2017.

„Je mi velkou ctí, že jsem byla jmenována příští generální ředitelkou firmy. GSK je společnost, která je předním aktérem nejen v oblasti vědeckého výzkumu, ale také ve způsobu, jak rozvíjí své podnikání. Skupina jako celek je velmi dynamická, a jelikož po-

ptávka po inovacích a důvěryhodných produktech ve zdravotnictví stále stoupá, máme příležitost a potenciál smysluplně pomáhat pacientům, spotřebitelům i našim akcionářům. V příštích měsících se těším na spolupráci se sirem Andrewem Wittym a dalšími předními představiteli společnosti, abychom zajistili hladké předání funkce, připravili plán na rok 2017 a na další léta,“ komentovala své jmenování budoucí generální ředitelka společnosti GSK.

● Farmaceutická společnost Abbott Laboratories prodá svoji oční divizi Abbott Medical Optics firmě Johnson & Johnson za 4,33 miliardy dolarů.

Abbott se hodlá dále zaměřit na výrobu kardiovaskulárních a diagnostických přístrojů. Abbott Medical Optics vyrábí lasery a další vybavení používané při operacích šedého zákalu a korekci zraku. Vyrábí rovněž oční kapky a čisticí prostředky na kontaktní čočky. Tržby divize loni činily 1,1 miliardy dolarů.

Johnson & Johnson akvizicí vstoupí na trh s operacemi šedého zákalu a rozšíří svoji vlastní divizi oftalmologických prostředků. Dohodu ještě musí schválit antimonopolní úřady. Dokončena by měla být v prvním čtvrtletí příštího roku.

● Výrobce zdravotnických lůžek Linet koupil většinový podíl ve společnosti Borcad Medical se sídlem ve Fryčovicích na Frýdecko-Místecku.

Společnost Borcad Medical vyrábí a také vyvíjí porodní postele, gynekologická, transportní a dialyzační křesla. Cena transakce nebyla uvedena.

„Tato strategická akvizice nám umožní posílit produktové portfolio a zároveň získat přístup k novým segmentům trhu,“ uvedl generální ředitel Linet Group Zbyněk Frolík. Firma Linet je největším evropským dodavatelem zdravotnických lůžek, matrací bránících proleženinám, nábytku i kompletních řešení pro nemocnice a pečovatelská zařízení. Holding sídlí v nizozemském Dordrechtu, dceřině společnosti má v Evropě, Spojených státech amerických i Latinské Americe.

(Zdroje: GSK, ČTK)
(kha)

Inzerce M161000422

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a užíjte si pobyt v designových pokojích
Pytloun Hotel Harrachov****
pro 2 osoby včetně snídaně a wellness
v celkové hodnotě 2497 Kč*

www.hotel-harrachov.com

* pobyt na jednu noc pro dvě osoby. Termín dle vašeho výběru.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen
do 18. 12. 2016.

Předplatné na 2 roky
pouze za 798 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své jméno, doručovací adresu a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód ZM 1116. Předplatit si můžete také on-line na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód ZM 1116. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



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



Lékařské tajemství versus teror

Diskusi na téma prolomení lékařského tajemství ve vztahu k závažně duševně postiženým jedincům a zejména ve vztahu k riziku teroristických akcí odvysílala německá televize ARD.

Ministerstvo vnitra chce na vládní úrovni prosadit vytvoření nových pravidel pro tuto oblast. Případné „změkčení“ v současnosti striktních pravidel pro zachování lékařského tajemství by se dotklo kromě psychiatrů a psychologů v zásadě všech lékařů.

Vedení spolkové lékařské komory vystoupilo proti záměru oslabit tímto způsobem důvěru mezi lékařem a pacientem, stejně tak zástupce psychoterapeutů v televizní diskusi uvedl, že dnešní pravidla umožňují adekvátní reakci – při významném podezření na možné spáchání trestného činu (např. ve vztahu k vraždě nebo i závažnému riziku v oblasti letecké dopravy) jsou lékaři a další pracovníci vázáni povinností učinit oznámení orgánům

činným v trestním řízení. Porušení lékařského tajemství – pokud by nebylo na místě – se ovšem trestá pokutou nebo i trestem odnětí svobody. Zástupce psychoterapeutů poukázal na někdy nejasnou či pohyblivou hranici mezi známkami konkrétního nebezpečí (kdy lékařské tajemství prolomit lze) a mezi „potenciálním“ rizikem (např. fantazie pacienta ohledně spáchání násilí).

Ročně se v Německu s duševními problémy obrátí na lékaře nebo psychologa kolem 2 až 3 milionů lidí, avšak jen nepatrná část z nich projevuje závažné násilné chování. Konečné slovo v případné novelizaci předpisů pro tuto oblast ovšem budou mít politici.

(vla)

Přání pacienta kontra profit?

Německá televize ARD informovala o šetření, které ukazuje poměrně vysokou míru neakceptování či obcházení dříve vyjádřeného přání nevyléčitelně nemocných.

Šetřením se zabývali také zástupci paliativní medicíny. V průměru 4 z 5 zkoumaných zařízení inklinovala k pokusům změnit nebo ignorovat přání pacienta, 5 z 6 zařízení uvedlo, že nevyléčitelně nemocným poskytují život prodlužující péči pomocí umělých prostředků (zmiňována je například podpora dýchání). Zástupce paliativních lékařů Matthias Thöns potvrdil, že dotazování ukázalo, že až v 90 % pacient v závěrečné fázi nemoci podstoupí život prodlužující výkony, ač si je nepřál. Vyskytují se i případy, kdy personál zkouší změnit dříve vyjádřené přání nemocného za pomoci jeho rodinných příslušníků.

Protiprávní jednání

Výsledky průzkumu komentovali také právníci, kteří poukázali na trestní zákoník, podle něhož je nectění přání pacienta „tělesným poškozením“. Některé případy označili za falšování listin. Další experti i někteří politici uvedli, že závažně nemocní a umírající se v Německu stali „lukrativními“ pacienty – některá zařízení získala pro mimoklinickou intenzivní péči v průměru 20 tisíc eur navíc (zejména se to údajně týká umělé podpory dýchání). Ve statistice se projevil nárůst nákladů na život prodlužující péči, ale nikoli celková kvalita péče o závažně nemocné.

Shodou okolností ve stejném období, kdy byly závěry šetření zveřejněny, probíhal kongres Německé společnosti pro paliativní medicínu. Vedle směrnice pro péči o nevyléčitelně onkologicky nemocné a charty péče o závažně nemocné se účastníci dotkli také práva na sebeurčení pacientů v závěrečné fázi života. Toto právo je zakotveno v zákonech, avšak jak nedávno ukázaly německé soudní instance, dříve vyjádřená přání občanů nejsou vždy sepsána dostatečně jednoznačně a právně nezpochybnitelně. Spory mezi personálem zdravotnických či ošetřovatelských zařízení a příbuznými pacientů se pak nezřídka ocitají na stolech soudců.

(vla)

Lépe vymezit alternativní medicínu

Po třech případech úmrtí onkologicky nemocných pacientů, kteří využívali služby léčitele v německém Brüggenu, zahájily orgány činné v trestním řízení vyšetřování.

Člen představenstva spolkové lékařské komory Rudolf Henke se v reakci na tento případ vyslovil pro jasnější ohraničení tzv. školské a alternativní medicíny. Podle něho někteří pacienti při rozhovoru s léčiteli podlehnou názorům, které zavrhnou chemoterapii a radioterapii. Přitom kdyby využili možnosti lékařské péče, již Německo v celosvětovém srovnání poskytuje na špičkové úrovni, nemuselo by podle Henkeho docházet k takovým tragédiím, které se staly po „lěčbě“ u léčitele ve zmíněném městě.

V SRN existuje od roku 1939 zákon o léčitelích, který se průběžně novelizuje. Léčitelé-nelékaři musejí pro svou činnost získat státní povolení. Pokud by tento požadavek opomenuli, hrozí jim až jednorozční vězení. Jestliže by chtěli provádět některé speciální výkony, museli by se přihlásit ke studiu medicíny. Ale i kdyby se přihlásili na některé kurzy a zkoušky, „nejsou to (skuteční) lékaři“, uvádí Rudolf Henke. Léčitelé mají v současnosti omezené kompetence, například nesmějí předepisovat léky, ale i tak komora poukazuje na nutnost rozšířit v této oblasti ochranu pacientů.

(vla)

Protest lékařů ve Vídni

Nemocničním lékařům ve Vídni se nelíbí plánované či již probíhající změny ve veřejných ústavech. Zejména nechtějí přistoupit na redukci nočních služeb a zavedení údajně povinných 12,5hodinových služeb. Proto se spolu s vedením zemské lékařské komory rozhodli realizovat protestní demonstraci s tím, že další takové akce budou následovat.

Na jejich postup reagoval jak magistrátní úřad, tak svaz veřejných nemocnic – nabídly komoře jednání, při němž by se situace v nemocnicích více vyjasnila. Svaz nemocnic, který je zákonem pověřený k jejich správě, tvrdí, že jde o nedorozumění. Podle jeho vedení se ne-

plánují povinné 12,5hodinové služby, ale změny mají přinést flexibilní pracovní podmínky s variabilitou 5–25hodinového režimu. Vedení svazu si v informacích pro veřejnost neodpustilo štiplavou poznámku o tom, že komora sleduje svou politiku a nejde jí o skutečné potřeby pacientů. Zemská organizace hájí ze zákona zájmy nemocných vyzvala občany, aby jí oznámili případné narušení řádného poskytování zdravotní péče z důvodu protestů lékařů. Komoře nicméně spoléhá na vstřícnost radní odpovědné za zdravotnictví s tím, že jednání by mělo přinést řešení, jež by lékaři mohli akceptovat.

(vla)



Ilustrační foto: Shutterstock



Vývoz léků chce Slovensko omezit

Slovenské zdravotnictví má od letošního jara nového šéfa – právníka a odborníka na informatiku Tomáše Druckera. Ten hned při nástupu do funkce ministra slíbil, že mj. předloží novelu zákona o léčivech.

V září v Národní radě seznámil poslance s návrhem, v němž chce prosadit omezení vývozu tuzemských přípravků do zahraničí ze spekulativních ekonomických důvodů. Loni se ze Slovenska vyvezla léčiva zhruba za 280 milionů eur. Odhaduje se, že asi 130 distributorů nedodávalo léky do lékáren. Přípravky údajně často směřovaly za vyšší ceny do západních zemí a někdy citelně chyběly pacientům na Slovensku. Nyní může slovenský Štátny ústav pre kontrolu liečiv (ŠÚKL) takový vývoz zakázat, avšak jen ve vztahu ke konkrétnímu případu prokázání nedostatečného zásobování tuzemských lékáren. I tak se Slovensko setkalo s výtkou Evropské komise, již se toto řešení nelíbilo.

Do budoucna by měli léky vyvážet jen výrobci a držitelé registrace (mají však tento záměr hlásit ŠÚKL a preferovat tuzemské lékárny), zatímco distribuční firmy nikoli. Nové povinnosti výrobců léků, lékáren a dalších subjektů by měly vstoupit v účinnost v roce 2017. Mají

být například upraveny obchodní vztahy mezi výrobcí a distributory či mezi distribučními firmami navzájem.

Další změny v plánu

Tomáš Drucker, jehož v ministerské funkci podporuje SMER – sociální demokracie a těší se přízni i samotného předsedy vlády Roberta Fica, plánuje také další změny. Hodlá například „dolaďovat a zfunknit“ systém plateb nemocnicím za diagnózy tak, aby přinesl vyšší míru spravedlnosti a transparentnosti. V současnosti dostávají nemocnice úhrady od pojišťoven za ukončený případ hospitalizace, kdy je cena zprůměrována „ze všech možných výkonů“, uvádí šéf resortu. Nový systém má více přihlídnout k tzv. vedlejším parametrům, s větším rozlišením, zda se výkon provádí zdravějšímu či nemocnějšímu pacientovi (s přidruženými komplikacemi). Do popředí pozornosti ministra se dostal také centralizovaný nákup přístrojů do nemocnic, jež spadají pod jeho úřad. (via)

Křehký sociální smír

Slovenská asociace nemocnic (ANS) vydala stanovisko ke státnímu rozpočtu na příští rok. Rozpočet prý není dobrou zprávou ani pro pacienty, ani pro zaměstnance zařízení ústavní péče.

Asociace připomíná příslib politiků, který měl znamenat, že stát bude za své pojištěnce platit pět procent. „Realita však zůstává na čtyřech procentech,“ vyčítají nemocnice politickým stranám. Politici sice deklarovali úspory v systému zdravotnictví, avšak ty jsou zatím na hypotetické úrovni a určitě nebudou účinné od ledna 2017, uvádí se ve stanovisku. Nemocnice nemají informace o vnitřním přerozdělení zdrojů rozpočtu po realiza-

ci úspor. Přitom ovšem mají zákonnou povinnost zvyšovat mzdy všem svým zdravotnickým i nezdravotnickým zaměstnancům. Podle asociace stát „snižuje svou finanční odpovědnost za resort, ale ponechává si, nebo dokonce posiluje regulační složku a kontrolu“. Zdravotnický systém se patrně bude ještě více zadlužovat, obávají se ústavy, což může poškodit jak péči o nemocné, tak „křehký sociální smír“ v nemocnicích. (via)

Drahé léky, nejasná tvorba cen?

Německá spolková vláda schválila novely předpisů týkajících se farmakoterapie. Měly by zvýšit kvalitu i dostupnost léčiv v systému veřejného zdravotního pojištění.

Novelizace má podle ministra zdravotnictví Hermana Gröheho zároveň zajistit potřebné finanční prostředky. Ministr vyzvedl svůj záměr podpořit mj. co nejrychlejší dostupnost nových léčiv a zvláště pak přípravků pro onkologicky nemocné. Mezinárodně podle něj Německo zůstane na významném místě v oblasti výzkumu a produkce inovativních léků. Naproti tomu svaz všeobecných zemských pojišťoven AOK, u nichž je pojištěna zhruba třetina obyvatelstva, novely ostře kritizuje s tím, že ministerstvo vyhovělo zájmům farmaceutického průmyslu a lékáren, ale pacienty poškozuje. Podle pojišťoven inovovaná pravidla pro tvorbu cen nových přípravků přinesou netransparentní prostředí (informace o cenách mají být v určité fázi tajné) a léky zdraží. Těmto institucím například vadí, že by měly být zrušeny přímé smlouvy u léčiv pro onkologicky nemocné (cytostatik). V Německu pojišťovny až dosud hrály v tvorbě cen léků velkou roli, neboť jim zákonodárci v minulosti umožnili samostatně dojednat smlouvy s výrobcí a dalšími subjekty v této oblasti, a tak jakýkoli náznak oslabování jejich postavení je vnímán velmi citlivě. (via)



ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M161000567

VY A VAŠE KARIÉRA

Investujeme do svých zaměstnanců,
do svých nemocnic a do špičkové techniky.

JSME PŘIPRAVENI INVESTOVAT I DO VÁS!

**PŘIDEJTE SE K NÁM
A PRACUJTE PRO NEJLEPŠÍ!**





Pokrok v kardiologii významně ovlivňují moderní technologie

Dynamický rozvoj technologií sledujeme v celé šíři kardiologického oboru. Zásadní je pro něj pokrok v telemedicině, ale nejen ten.

V oblasti léčby jde například o rozvoj katetrizačních náhrad chlopněních vad – již rutinně se nahrazují aortální a pulmonální chlopně, začínají se katetrizačně modifikovat i chlopně mitrální. Také v arytmologii je technologický boom obrovský – ať už ve skupině katetrizačních ablací, či při využití implantabilních přístrojů. Namátkou mohu zmínit bezelektrodové kardiostimulátory či možnost dlouhodobého sledování EKG pomocí podkožně implantovaného záznamníku.

Samostatnou kapitolou je telemedicína. Zde je již standardem dálkové sledování pacientů s kardiostimulátory a kardiovertery-defibrilátory (ICD), včetně úhrady ze strany plátců zdravotní péče. Řada pracovišť realizuje klinicky orientované projekty, zaměřené zejména na civilizační choroby – diabetes, srdeční selhání, hypertenzi a další. Je nepochybné, že elektronické zdravotnictví je součástí medicíny třetího tisíciletí, a je pouze na nás, jak budeme tuto problematiku prosazovat v každodenní klinické praxi.

Implantabilní kardiologické přístroje

Tento druh přístrojů můžeme rozdělit do dvou sku-

pin. Jedná se buď o přístroje diagnostické (např. řešení Home Monitoring, Biotronik, SE), či o přístroje léčebné (kardiostimulátory, implantabilní kardiovertery-defibrilátory atd.). Diagnostické přístroje mají pouze pasivní úlohu a obvykle zasílají zejména hodnotu EKG a další kontinuálně sledované monitorované parametry, které tak lékař dostává a sleduje neustále a není odkázán pouze na periodické nasazování holterovského monitorování. Díky tomu může mnohem přesněji stanovit léčbu a medikaci pacientů.

Druhou skupinou jsou přístroje léčebné, které umožňují přímo stimulovat srdce pacienta různými výboji (pacemakery, defibrilátory atd.). Telemedicína v tomto případě umožňuje sledovat zdravotní stav pacienta i technický stav přístroje i mezi dvěma ambulantními kontrolami a tím výrazně zvýšit efektivitu a bezpečnost zdravotní péče (Dubner et al., 2012). Lékař díky dálkovému monitoringu vidí, že např. pacient dostal výboj nebo došlo k pohybu elektrody v srdci a hrozí, že by v případě potřeby nebyl výboj efektivní. V předešlých letech rozsáhlé celoevropské studie prokázaly výrazný rozdíl v morbiditě a mortalitě pacientů, kteří mají implantovaný přístroj ICD a současně mají, či nemají i dálkový

kontinuální monitoring těchto přístrojů, svedený do ambulancí lékařů. V ČR je co do počtu pacientů s tímto druhem dálkového monitoringu (telemedicíny) největší objem zkušeností.

Zavádění s rozumem

Telemedicína má i řadu dalších oblastí použití a aplikací, které se v ČR teprve začínají zavádět, ale v zahraničí jsou již standardem. Je to např. využití telemedicíny v oblasti transplantačních programů, a to zejména při transplantacích srdce.

Nové technologie samozřejmě přicházejí neustále, snažíme se je však zavádět s rozumem. Přihlížíme přitom k předchozím schválením americkým Úřadem pro kontrolu léčiv a potravin (FDA) a hledíme na to, aby byly nové přístroje opatřeny příslušnými certifikáty (CE) a seriózně testovány v klinické praxi. Bohužel se také ukazuje, že některé technologie byly zavedeny předčasně. Příkladem může být katetrizační renální denervace u pacientů s rezistentní hypertenzí, která loni skončila negativními výsledky v klíčových studiích.

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FFSC, FACC, MBA,
předseda České kardiologické společnosti, z. s.



Radiofrekvenční denervace u pacientů s refrakterní arytmií a anginou pectoris

Prognóza pacientů trpících refrakterní arytmií nebo refrakterní anginou pectoris nemusí být infaustní. Řešením jejich potíží může být radiofrekvenční denervace hrudního sympatiku.

Radiofrekvenční denervaci hrudního sympatiku začali před několika lety provádět čeští odborníci z Kardiocentra Nemocnice Na Homolce v Praze pod vedením prof. MUDr. Petra Neužila, CSc., FESC, ve spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze. Informace o tom, komu je metoda určena a proč jí nejsou léčeni všichni, kdo jí potřebují, nám poskytl **doc. MUDr. Pavel Michálek, Ph.D., DESA, MSc.**, který na uvedené klinice působí jako intervenční algeziolog.

Můžete přiblížit, o jakou metodu se jedná a v čem spočívají její benefity?

Radiofrekvenční denervace jako taková je známá od 70. let minulého století a využívá se v rámci intervenční algeziologie a kardiologie v různých oblastech lidského těla. V našem případě jde o působení v oblasti hrudních sympatických ganglií. Tyto nervy jsou odpovědné za přenos sympatických impulzů, tedy za vnímání chladu, tepla, bolesti a kontroly prokrvení. Primární indikací metody byla léčba bolesti a až v posledních deseti letech jsme ji začali ve spolupráci s kolegy z Bostonu využívat i v kardiologii. Na začátku stála myšlenka, že blokáda sympatiku by mohla nejen odstraňovat bolest, ale i pozitivně ovlivňovat srdeční činnost, čili pomáhat pacientům s poruchami srdečního rytmu a nemocným s neztišitelnými epizodickými bolestmi na hrudi. Jedná se především o pacienty s refrakterními arytmiemi a také refrakterní anginou pectoris. V uvedené indikaci metoda do té doby nebyla využívána. Od roku 2010 jsme společně s profesorem Neužilem provedli radiofrekvenční denervaci u 15 pacientů a výsledky jsme opakovaně prezentovali na domácích a zahraničních konferencích, publikovány byly v zahraničních odborných časopisech. Přesto mezi lékařskou veřejností není metoda příliš známá. V ČR přitom žije asi 100 pacientů, kteří by mohli z daného výkonu profitovat.

Pokud se pacient trpící refrakterní arytmií nedostane do jednoho ze dvou center, kde se provádí radiofrekvenční denervace, jaká je jeho prognóza?

Zmíněná metoda je v současnosti poslední léčebnou možností po vyčerpání ostatních terapeutických intervencí. Bez této léčby velká část pacientů zemře v důsledku arytmogenních bouří. Naopak po provedení radiofrekvenční ablace se srdeční činnost stabilizuje a pacienti dlouhodobě přežívají. U refrakterní anginy metoda sníží četnost a intenzitu záchvatů a tím zlepší kvalitu života nemocného. Zatím nemáme dostatečně velký soubor pacientů pro provedení studie, což by mohlo být jedním z důvodů, proč metoda dosud nevstoupila do povědomí odborníků. Může u nich přetrvávat určitá nedůvěra či skepse. Dosavadní výsledky jsou však povzbudivé.

Jaká je pravděpodobnost, že tato metoda pomůže? Je efekt radiofrekvenční denervace trvalý? A jaké hrozí komplikace?

Vzhledem k malému počtu provedených výkonů a relativně krátkému (pětiletému) období, po kterém pacienty po výkonu sledujeme, nelze zatím dát spolehlivou odpověď. Z našich 15 případů však metoda nebyla účinná jen u jednoho pacienta, a co se týče trvalosti, žádný pacient se zatím s problémem nevrátil. Ze závažnějších komplikací zde hrozí pneumotorax, neboť se pohybujeme v hrudní oblasti. V zásadě by ale při použití radiofrekvenční denervace nemělo docházet ke komplikacím ohrožujícím život.

A co vedlejší efekty sympatektomie?

Výkony tohoto charakteru se obecně provádějí již



doc. MUDr. Pavel Michálek, Ph.D.

téměř sto let a zdá se, že vedlejším účinkem hrudní sympatektomie může být snad jen snížené pocení či zvýšená teplota v oblasti, která ztrácí sympatickou inervaci. Je tomu tak proto, že sympatické nervy nevedou pohyb ani dotek. Jiná situace je například u bederní denervace, kde může dojít k poruše některých reflexů, jako je erekce, ejakulace a podobně. Tam je třeba postupovat u mužů opatrně.

Jak probíhá příprava na radiofrekvenční denervaci a samotný výkon?

Pacient s danou indikací je vyšetřen intervenčním algeziologem, který posoudí, zda nejsou kontraindikace k výkonu, například nádor, malformace či zvýšený sklon ke krvácení. Dále se provede testovací blokáda pod ultrazvukem a pacient je 24 hodin sledován na lůžku. Poté je propuštěn domů, kde je po dobu dalších 24 hodin monitorován pomocí holtera. Přetrvává-li efekt blokády, to znamená nejméně 50procentní zlepšení, pacient může podstoupit vlastní výkon při jednodenní hospitalizaci.

Lékaři jsou patrně mnohem lépe obeznámeni s metodou radiofrekvenční ablace, která se provádí u fibrilace síní. V čem spočívá hlavní rozdíl mezi těmito metodami?

Jde o stejnou metodu a stejný princip, kdy se pomocí tepelné energie „spálí“ cílová tkáň. U fibrilace síní jde o destrukci aberantních drah v převodním systému srdečním, zatímco v našem případě provádíme destrukci nervů sympatiku v hrudní oblasti.

Na některých pracovištích se provádí také renální denervace...

Ano, opět jde o tentýž princip, s cílem léčit refrakterní hypertenzi. I zde se provádí denervace sympatiku, ale u cév zásobujících ledviny.

Plánujete do budoucna tuto metodu rozvíjet, modifikovat nebo využívat v dalších indikacích?

Možnost rozšíření kardiologických indikací zatím nevidím, ačkoli se spekuluje o možnosti využití radiofrekvenční denervace u syndromu dlouhého Q-T u adolescentů. Jedná se o jedince, u nichž hrozí v důsledku této poruchy syndrom náhlé smrti. Jinak, většinu kardiologických problémů v současné době řeší intervenční kardiologie nebo kardiochirurgie.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M161000584



Ilustrační foto: Shutterstock



Metoda MACS ve FN Brno

Centrum asistované reprodukce Gynekologicko-porodnické kliniky LF MU a FN Brno (CAR) zavádí metodu selekce spermií pomocí magnetu – MACS.

Metoda MACS (magnetic activated cell sorting) je v odborném světě známá už asi 10 let. V procesu asistované reprodukce slouží k oddělení nefunkčních spermií od zdravých. „Nekvalitní spermie vypadají stejně jako ty zdravé, takže embryolog může snadno vybrat k fertilizaci spermii nevhodnou,“ říká embryolog CAR Ing. Michal Jeřeta, Ph.D. Na výběru velmi záleží, protože pokud je zvolena nefunkční spermie, oplodnění se nepovede. Metoda MACS pomocí magnetu rozeznává a označuje nekvalitní spermie. Poškozené spermie jsou během zpracování označeny drobnými magnetickými nanočásticemi. Následně je magnet zachytí a tak oddělí nefunkční spermie od zdravých. Takto vybrané zárodečné buňky mají vyšší životaschopnost a výrazně nižší míru poškození integrity chromatinu.

Neinvasivní metoda MACS stojí na úplném počátku laboratorního zpracování gamet. „Její použití je vhodné u pacientů s idiopatickou neplodností, u starších mužů nebo u mužů s vyšší hladinou poškození integrity DNA spermií, při opakovaném selhání metod asistované reprodukce či opakovaném zastavení vývoje embryí, nebo pokud žena několikrát potratí,“ vysvětluje brněnský embryolog. Použití metody však nehradí zdravotní pojišťovny.

Jako v lidském těle

Předchůdkyní MACS byla dodnes často používaná metoda PICSI (fyziologická intracytoplazmatická injekce předvybraných spermií). Jde o metodu výběru ideální spermie pro mikroinjekci na podobném principu, jak se to děje v lidském těle. Spermie jsou umístěny na misku pokrytou vrstvou hyaluronanového hydrogelu. Hyaluronan je biopolymer přirozeně se vyskytující v gelovém obalu oocytu. Zralé, biochemicky kompetentní spermie se vážou na hyaluronan a jsou embryologem vybírány k ICSI. Tento způsob výběru zastupuje klíčový krok v přirozeném fertilizačním procesu, tedy vazbu zralé spermie na oocytární komplex. Vybraná gameta by měla být stejná jako spermie, která by byla úspěšná v přirozeném reprodukčním procesu. Výzkum potvrdil, že spermie vybrané pomocí vazby na hyaluronanovou vrstvu jsou zralejší, vykazují méně zlomů DNA a méně chromozomálních aneuploidii.

Plodnost mužů klesá

CAR Gynekologicko-porodnické kliniky LF MU a FN Brno nabídlo umělé oplodnění jako vůbec první pracoviště v tehdejší Československu a může se pochlubit již 34letou tradicí léčby neplodnosti. V současnosti nabízí všech-



Ing. Michal Jeřeta, Ph.D.

Foto: 2x Martin Ježek

ny dosud známé metody a techniky umělého oplodnění včetně mikromanipulací, programu dárcovství spermií, vajíček a embryí a metod preimplantační genetické diagnostiky. Podle Ing. Michala Jeřety, Ph.D., se vývoj selektivních metod bude zdokonalovat, protože spermií je ve většině případů relativně nadbytek, a existuje tedy prostor pro zefektivnění výběru. „Někteří lidé říkají, že plodnost mužů je stejná jako v minulosti, ale my zjišťujeme, že to není pravda. Koncentrace spermií v ejakulátu jsou nižší a má na tom kromě například kouření a vyššího věku otců podíl současný životní styl,“ připomíná embryolog.

(maj)

Americký časopis Blood ocenil brněnské vědce

Výzkumníci ze Středoevropského technologického institutu Masarykovy univerzity v Brně (CEITEC) a Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a Fakultní nemocnice Brno pod vedením docenta Marka Mráze přišli s novými poznatky z oblasti buněčných mechanismů při onemocnění chronickou lymfocytární leukémií.

Prognóza této nemoci i reakce na léčbu se u jednotlivých nemocných výrazně liší. Nová metoda může lékařům pomoci částečně předpovědět, zda budou pacienti na konkrétní terapii reagovat. Jejich práci ocenil také prestižní americký vědecký časopis *Blood*.

Chronická lymfocytární leukémie je jedním ze čtyř základních typů leukemií. Z nádorových chorob krve u dospělé populace se v Evropě vyskytuje nejčastěji a postihuje dospělou jedince, jen výjimečně se objevuje u dětí. Vzniká z B-lymfocytů, což jsou buňky, které za normálních okolností chrání tělo před infekcí produkcí protilátek. Někdy však dochází k maligní přeměně B-lymfocytů. Z normální buňky se postupně stane buňka nádorová a rozvine se chronická lymfocytární leukémie nebo B-buněčný lymfom. Ke vzniku B-buněčné leukémie nebo lymfomu často vede porušení molekulární dráhy, která zajišťuje produkci protilátek (tzv. BCR signalizace). Příčina nesprávné aktivity této dráhy zatím není plně objasněna, ale může vést k „chybnému“ chování lymfocytů a tím ke vzniku nádoru. Sekundárně se pak tělo pacienta také nedostatečně brání infekcím, neboť je porušena regulace buněk imunitního systému, které to mají na starosti.

Zaměřeno na molekuly CD20

Základní léčba chronické lymfocytární leukémie je většinou založena na kombinaci chemoterapie a podávání monoklonálních protilátek. Chemoterapie ničí maligní buňky, protilátky jsou namířeny proti povrchovým molekulám označovaným jako CD20 na nádorových buňkách, aby je zviditelnily pro imunitní systém, který je pak snáze rozeznává a likviduje. Kombinace těchto přístupů může být velice účinná. Nemusí být ale funkční u všech pacientů, navíc je pro nemocné také fyzicky hodně náročná.

„Zajímalo nás, co reguluje hladiny CD20 na povrchu leukemických buněk. Vědci jsou na tuto molekulu terapeuticky zaměřeni sice již více než patnáct let, ale stále vlastně není známé, jaká je její funkce a jak je regulována,“ vysvětlil docent Marek Mráz zaměření výzkumu.

Brněnští badatelé tedy podle svého šéfa docenta Mráze popsali přesný mechanismus toho, jak je řízena hladina CD20 a jaké by mohla mít funkční důsledky. „Při této příležitosti jsme také analyzovali několik vzorků od pacientů, kteří dostávali moderní BCR inhibitory. To jsou molekuly léčiva, které zastaví aktivitu BCR dráhy. Všimli jsme si, že jejich aplikace vede k prudkému snížení hladin CD20 na leukemických buňkách. To bohužel znamená, že je velmi nepravděpodobné, že by klinická kombinace BCR inhibitorů a protilátek proti CD20 byla vhodná. Aplikace BCR inhibitorů vede vlastně ke ztrátě molekuly, kterou chceme využít ke zviditelnění buněk pro imunitní systém. Zároveň jsme ale našli i několik jiných molekul, které se chovají opačně a mohly by být dobrými kandidáty pro cílenou léčbu v kombinaci s BCR inhibitory,“ upozornil docent Marek Mráz.

Spolupráce s Harvardem

Brněnští vědci dál pracují na výzkumu signalizační drá-



doc. MUDr. Mgr. Marek Mráz, Ph.D., vedoucí vědeckého týmu CEITEC a Masarykovy univerzity Brno

hy ovlivňující vznik leukémie a účinku látek, které by ji mohly blokovat. „Hledáme potenciální kombinace léků, které by mohly jednak blokovat námi studovanou signalizační dráhu, jednak útočit na rakovinné buňky skrze další molekuly umístěné na povrchu B-lymfocytů. Popsali jsme také, že aktivitu této signální dráhy řídí molekuly mikro-RNA, a měření hladiny dvou těchto molekul lze využít k identifikaci pacientů, u kterých je větší pravděpodobnost agresivní nemoci, popřípadě možnost horší reakce na léčbu,“ řekl docent Marek Mráz.

Výsledky týmu CEITEC a Interní hematologické a onkologické kliniky LF MU a FN Brno (IHOK) považuje za mimořádný úspěch

také přednosta IHOK a děkan Lékařské fakulty MU Brno profesor Jiří Mayer. Jak uvedl, jde o výsledek dlouholetého a systematického budování programu výzkumu leukemií právě na IHOK. „Musíte mít dostatečnou skupinu vyšetřených a sledovaných pacientů, musíte mít jejich data a musíte mít také tým lidí s velmi širokými a hlubokými znalostmi, kteří se dokážou podívat na věci z jiného úhlu pohledu než ostatní. Jedině tak se dají věci posouvat dopředu,“ doplnil profesor Jiří Mayer. Dodal také, že tým docenta Mráze na výzkumu spolupracoval s odborníky z Harvardovy a Kalifornské univerzity.

(maj)



Idarucizumab zvýšil bezpečnost antikoagulační léčby

Nové specifické antidotum k perorálnímu antikoagulantu dabigatranu etexilátu (Pradaxa) letos vstoupilo na český trh. Dostupnost idarucizumabu (Praxbind) je odborníky vnímána jako zahájení nové éry antikoagulační léčby. Jak se dívá na přínos tohoto preparátu v praxi, jsme se zeptali **MUDr. Jiřího Veselého** z kardiologické a interní ambulance v Jaroměři.

Na nedávném kongresu České internistické společnosti, kterého jste se aktivně účastnil, se hodně diskutovala nová perorální antikoagulační léčba a novinky v této oblasti. Jednou z nejzajímavějších je dostupnost prvního specifického antidota pro rychlé zvrácení účinku dabigatranu. Jak tuto novinku vnímáte?

V posledním desetiletí jsme byli svědky významného pokroku – zvýšení účinnosti a bezpečnosti antikoagulační léčby v několika zásadních indikačních oblastech, a to prostřednictvím zavedení přímých orálních antikoagulancií. Široká dostupnost specifického antidota pro první z nich znamená další významný posun v bezpečnosti léčby.

Ovlivnila dostupnost antidota pro dabigatran váš přístup k antikoagulační léčbě? Pokud ano, jak?

Při rozhodování o antikoagulační léčbě u každého pacienta individuálně zvažujeme možné přínosy terapie a její rizika. V prevenci cévních mozkových příhod u pacientů s fibrilací síní jsou nám dobrou oporou poměrně jasně hovořící doporučení Evropské kardiologické společnosti, menší míra evidence zůstává však zatím pro určení trvání doby antikoagulace u pacientů po žilní trombóze a plicní embolii. Zde dostupnost antidota může být u některých pacientů jedním z faktorů, které ovlivní naše rozhodnutí o ukončení či pokračování léčby. Podstatně větší dopad má dostupnost antidota na výběr antikoagulantu pro konkrétního pacienta.

Nakolik důležitá je tato zpráva pro pacienty užívající antikoagulační léčbu?

Pro pacienty je to rozhodně důležitá zpráva, protože pokud jsou dostatečně informováni, uvědomují si zvýšené riziko krvácení, které s sebou tato léčba nese. Informovanost o možnosti pou-

žít antidotum v případě krvácení či urgentního výkonu může snížit obavy, které nemocní z antikoagulační léčby mají.

Může dostupnost antidota posílit bezpečnostní profil antikoagulační léčby?

Bezpečnost léčby to bezesporu posílí. Přitom nesmíme zapomínat, že bezpečnostní profil těchto nových antikoagulancií je ve srovnání s warfarinem lepší i bez dostupnosti antidota. Zejména to platí pro nejobávanější komplikaci antikoagulační léčby – intrakraniální krvácení, jehož výskyt byl u všech nových antikoagulancií v porovnání s warfarinem výrazně nižší – u dabigatranu dokonce o 60–70 procent. Nicméně jakékoli antikoagulans ze své podstaty krevní srážlivost snižuje a krvácení bude vždy rizikem této léčby. Většina krvácivých komplikací je však medicínsky řešitelná a dostupnost prakticky okamžitě působícího antidota bez vedlejšího prokoagulačního efektu může sehrát v úspěšném řešení těchto komplikací zásadní roli.

Měli by být o dostupnosti antidota informováni i pacienti užívající antikoagulační léčbu?

Antikoagulační léčba je vysoce účinná při odvrácení cévní mozkové příhody či žilního tromboembolismu, ale zároveň přináší zvýšené riziko krvácení. Jedná se přitom o léčbu dlouhodobou a pro její dobré výsledky je kromě jiného podstatná spolupráce pacienta. Důležité je pravidelné užívání léků, ale i schopnost pacienta správně a včas řešit některé situace. Myšleny jsou nejen krvácivé komplikace, ale třeba i febrilní stavy nebo průjemová onemocnění, které mohou vést k přechodnému zhoršení renálních funkcí, na nichž je eliminace všech nových antikoagulancií závislá. Klíčová je proto informovanost pacienta o důvodu léčby, aby se podařilo dlou-



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

hodobě udržet jeho motivaci léky pravidelně užívat. Dostupnost antidota může tuto motivaci posílit snížením obav z komplikací léčby. Informovanost pacienta o možnosti řešení krvácivých komplikací může rovněž přispět k včasnému vyhledání lékaře v případě jejich výskytu – v posledních desetiletích jsme díky edukaci pacientů mohli být svědky změny v rychlosti vyhledání lékařské péče při infarktu myokardu či cévní mozkové příhodě. Obdobnou pozornost bychom nyní měli věnovat edukaci pacientů léčených antikoagulačními preparáty.

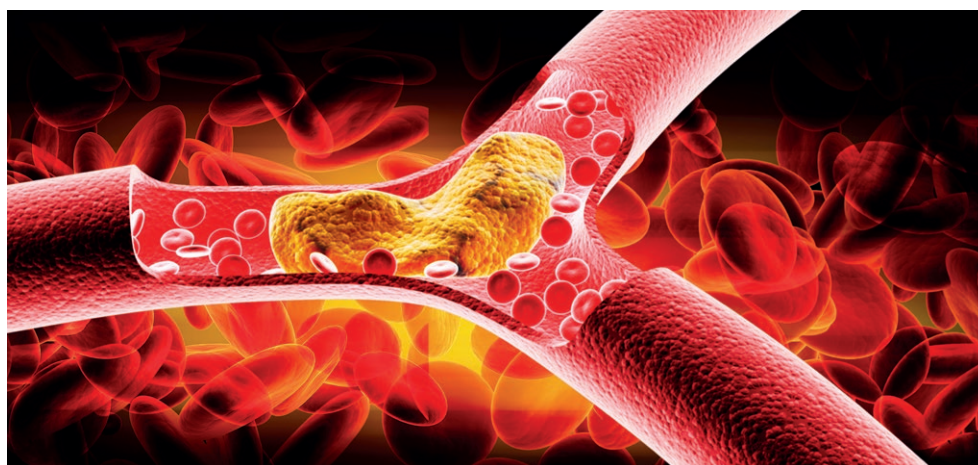
Kdy budou dostupná antidota pro ostatní nová perorální antikoagulační léčba?

U antidot pro ostatní antikoagulační léčba jsme ve fázi prezentace klinických studií. Dalším krokem bude schvalovací proces, ale ani jeho úspěšnost ještě automaticky nezaručuje dostupnost v České republice. I optimisté proto očekávají širší dostupnost těchto léků pro naše pacienty spíše v řádu let.

U kterých pacientů by mělo být zvláště preferováno antikoagulační léčba, které má k dispozici specifické antidotum?

Specifické antidotum využijeme ve dvou skupinách situací: první je krvácivá komplikace, druhou urgentní výkon. Obě tyto skupiny příhod jsou častější u starších a více nemocných pacientů. Na druhé straně i mladší aktivní pacienti neřídka utrpí úraz při sportu nebo autonehodě. Proto vedle prokázané účinnosti a bezpečnosti antikoagulačního léku považují dostupnost antidota za jeden z nejdůležitějších faktorů, které bychom měli při jeho výběru zvažovat u každého nemocného.

MUDr. Andrea Skálová





Rozmístění AED je nutné lépe plánovat

Člověk se srdeční zástavou má 20% šanci, že je v okolí k dispozici automatizovaný externí defibrilátor. Ovšem téměř 30 % času je přístroj nedostupný. To je závěr průzkumu, jehož výsledky uveřejnil časopis *Journal of the American College of Cardiology*.

Jak upozorňují hlavní autoři průzkumu, prof. Timothy Chan a dr. Laurie Morrisonová z Torontské univerzity, samotná přítomnost automatizovaných externích defibrilátorů (AED) v Kanadě neznamená, že jsou v případě potřeby skutečně k dispozici. Řada z nich se nachází v kancelářských budovách, školách či sportovních areálech, které jsou otevřeny pouze v určitou denní dobu.



ilustrační foto: Shutterstock

Kritické noci a víkendy

V průběhu průzkumu došlo v Torontu ke 2440 případům srdeční příhody mimo zdravotnické zařízení. Ve městě je umístěno 767 AED, ovšem v 73,5 % nejsou přístroje k dispozici 24 hodin denně a 28,6 % míst s AED není přístupných o víkendů. Z celkového množství příhod zahrnutých do průzkumu se 451 odehrálo v blízkosti AED, ovšem jen v 354 případech byl v té době AED skutečně dostupný. To znamená, že v 21,5 % případů nebylo možné přístroj použít, ačkoli byl blízko. Když se autoři průzkumu zaměřili na srdeční příhody, k nimž došlo během večerů, nocí a víkendů, klesla dosažitelnost AED na 31,6 %.

„Náš průzkum ukázal, že dostupnost AED je silně přeceňována – především zahrneme-li do kritérií faktory jako denní dobu a otevírací dobu budov, v nichž jsou přístroje umístěny,“ upozorňuje Timothy Chan a vyzývá k lepšímu plánování umístění AED a přijetí směrnic, které by zajistily na určitých veřejných místech a v budovách přístup k těmto život zachraňujícím přístrojům 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Ovšem dostupnost je podle profesora Chana jen jedním z „dílků skládky“ – sama o sobě totiž ještě nezajistí, že bude AED v případě potřeby skutečně použit; proto je podle Chana potřeba přístroje a jejich důležitost více propagovat mezi laiky.

(Zdroj: *Medical News Today*)
(kha)

Zveme Vás na 20 ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ DNY 16

hotel Diplomat, Praha | 24. – 25. listopadu

– Registrujte se na
www.cksonline.cz/ceske-kardiologicke-dny-2016

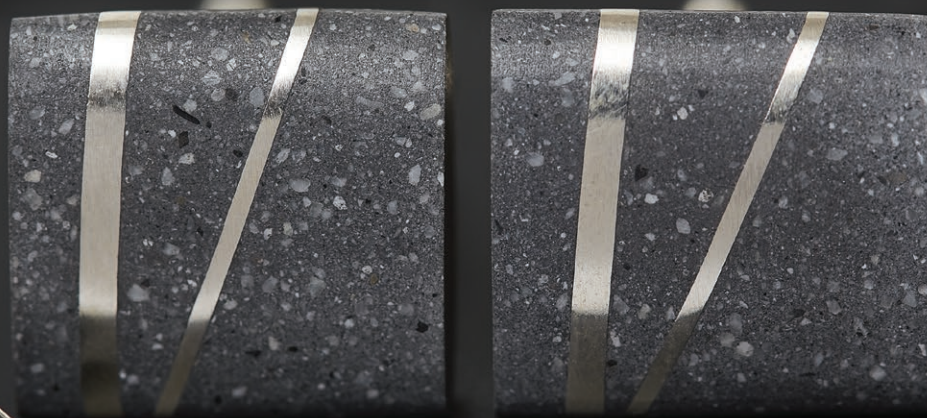
– Ukončení registrací
15. listopadu 2016



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST

K R A K A T K A

— ŠPERKY Z BETONU —



JEDINEČNÉ SPOJENÍ KRÁSY,
KVALITNÍHO MATERIÁLU A SOCHAŘSKÉHO
PŘÍSTUPU

WWW.KRAKATKA.CZ



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

Psychologicko-etické aspekty bolesti a utrpenia

Boleť predstavuje nepríjemný zážitok pre každého človeka. Individuálne špecifiká vo vzťahu k bolesti sú osobitným fenoménom, ktorý je nevyhnutné akceptovať v psychologickom a etickom kontexte.

Boleť súvisí s poškodením tkaniva. Je vždy subjektívna, ide o veľmi nepríjemný pocit. Jej pôvodcom je nervový systém a mozgová kôra.

Akútna a chronická bolesť

Akútna bolesť môže trvať len niekoľko sekúnd, býva spôsobená úrazom, chorobou či operáciou, pôsobí na človeka stresujúco a vyplavuje stresové hormóny. Neovplyvňuje výraznejším spôsobom kvalitu života chorého, ale vyžaduje si individuálny prístup s akceptáciou vekových osobitostí, pretože zvlášť detskí pacienti sú citliví aj na krátkodobú bolesť.

Chronická bolesť predstavuje v súčasnosti veľký problém. Ide o životný pocit, ktorý ovplyvňuje myslenie, náladu i správanie a môže viesť k sociálnej izolácii, obmedzenej pohyblivosti ako aj závislosti od liekov. Optimálna liečba spočíva v multidisciplinárnom prístupe s využitím všetkých dostupných možností. Nezastupiteľné miesto má však ľudský prístup k pacientovi, jeho pochopenie a motivovanie pacienta k spoločnému úsiliu vyliečiť chronickú bolesť alebo ju zmierniť natoľko, aby bola kvalita života uspokojivá.

S bolesťou sa stretávame po celý život, od narodenia až po smrť. Zvyčajne má signálnu úlohu, keď upozorňuje na nebezpečenstvo. Ak trvá aj po odstránení príčiny, potom sa stáva samotným syndrómom – teda bolesťou chronickou. Hodnotenie intenzity bolesti nie je jednoduchá záležitosť. Bolesť sa nedá merať. Inak cítia bolesť muži, inak ženy, inak deti. Intenzita bolesti sa odvíja od miernej cez strednú, silnú až po neznesiteľnú bolesť.

Boleť ovplyvňuje život

Život človeka mení viac bolesť chronická než akútna. Tá ovplyvňuje všetky stránky života človeka. Týka sa najmä emocionálnych prejavov (úzkosť, depresia). Sociálno-ekonomické problémy vyplývajúce z bolesti zahŕňajú zmenu osobnosti, problémy so zabezpečením rodiny, rozpad rodiny, stratu priateľov. Dôsledkom bolesti, najmä bolesti spojeney s vážnym ochorením, sú aj existenčné obavy, ktoré sa týkajú strachu z priebehu ochorenia, všeobecnej neistoty, strachu zo smrti. V modernej medicíne vychádzajúcej z komunikácie medzi lekárom a pacientom sa stáva samozrejmosťou informovaný súhlas pacienta s diagnostikou a navrhovanou terapiou. Informovaný súhlas dáva pacientovi možnosť odmietnuť liečbu, ktorú si nepraje. Lekár má povinnosť odmietnuť z medicínskych a právnych dôvodov postup, ktorý odporuje správnej klinickej praxi. Všetci lekári, nielen špecialisti na liečbu bolesti, by si mali uvedomiť, že pacient má základné ľudské právo netrpieť bolesťou, z čoho vyplýva právo na včasnú a odbornú liečbu bolesti. Pacient má právo na takú úľavu a zmiernenie bolesti, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich.

Deklarácia IASP (International Association for the Study of Pain) o právach pacientov na adekvátnu liečbu bolesti zhrňa tieto práva do jednotlivých zásad. Osoby, ktoré sa starajú o pacientov trpiacich bolesťou, by mali mať multidisciplinárny rozhľad. Musia si uvedomovať zložitú povahu bolesti u jednotlivých pacientov, ako aj skutoč-

nosť, že bolesť sa účinne zmierni len za predpokladu, že liečba alebo kombinácia liečebných metód sa zameriava na zvládanie všetkých faktorov ovplyvňujúcich bolesť. Liečba bolesti sestrou sa skladá z nezávislých i kooperatívnych činností. Neinvazívne postupy sa môžu robiť nezávisle ako ošetrovateľské výkony, no podávanie analgetík je dovolené len po ordinácii lekára. Pre pacienta s bolesťami je najvhodnejšia kombinácia terapeutických stratégií. Jednotlivé postupy sa overujú a menia dovtedy, kým pacient nepocíti zmiernenie bolesti.

Zásady ošetrovateľského prístupu k chorému s bolesťou

- Vnímať vážne sťažnosti chorého, aktívne načúvať, dať chorému najavo, že máme pre neho čas, že nám záleží na tom, aby sa s nami podelil o svoju bolesť.
- Nechať chorého popísať vlastnými slovami, aká bolesť ho trápi. Taktne klásť doplňujúce otázky na vytvorenie presného obrazu pacientovej bolesti.
- Nehovoriť chorému, že „takto ho to nemôže predať bolieť“.
- Nepričítať vlastné možnosti, pokiaľ sa nás na to nikto nepýta.
- Využívať všetky svoje vedomosti a skúsenosti k utišeniu bolesti, mnohokrát pomôže „obyčajný“ obklad.
- Vyžadovať aktívnu účasť chorého pri potlačovaní bolesti, spoluprácu s rodinou.
- Pomáhať chorému vo vyhľadávaní zamerania pozornosti iným smerom.
- Ponúknuť chorému relaxačné techniky, snažiť sa o celkové upokojenie, než budú podané analgetiká.
- Nepodávať lieky rutinným spôsobom, ale podľa individuálneho prežívania bolesti a po zhodnotení pacientovej tolerancie bolesti.
- Zamerať sa na problém vzťahov (kladný vzťah a vzťah s porozumením medzi pacientom a personálom napomáha liečbe bolesti) a na problém komunikácie (nadviazať zrozumiteľnú a pre obe strany akceptovateľnú komunikáciu).

Liečenie bolesti – zložitý problém

V liečbe bolesti sa vyžaduje spolupráca lekára a sestry. Etické princípy liečby a ošetrovania pacientov s bolesťou sú v mnohom totožné s princípmi biologických a humanitných disciplín, v ktorých kľúčové postavenie zaujímajú:

- **beneficiencia** – zodpovednosť lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov za to, že pacient bude mať z ich rozhodnutia o spôsobe liečby a metódach jej aplikácie prospech,
- **nonmaleficiencia** – zodpovednosť za to, aby liečbou nebolo chorému ublížené,
- **autonómia** – vyžaduje rešpektovanie rozhodnutí pacienta na základe jeho informovanosti a slobodnej voľby. V situácii, keď ide o mentálne nekompetentného



pacienta (dieťa, vybrané skupiny duševných ochorení, stavy bezvedomia) je oprávnený princíp paternalizmu, kedy v plnej miere za chorého rozhoduje lekár,

- **spravodlivosť** – poskytnúť všetkým chorým primeranú, kvalitnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť vo vzťahu k zvládaniu bolesti,
- **rešpektovanie hodnôt života** – tento princíp vyžaduje chrániť život a jeho ľudskú podobu, mať úctu k ľudskému životu vo všetkých situáciách. Ide o zabezpečenie čo najplnohodnotnejšieho života a ľudského blaha – všetkým, ktorí sú na liečbu bolesti odkázaní – a o profesionálne zvládnutie liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti tak, aby nevedomosť a neschopnosť neboli príčinou nerešpektovania vysokej hodnoty ľudského života (Haškovcová, 2002).

Utrpenie v živote človeka

Utrpenie je psychologický pojem, ktorý úzko súvisí s prežívaním bolesti alebo iným fyzickým postihnutím. Spája sa so situáciami, ktoré človeka nejakým spôsobom obmedzujú, ohrozujú, zneprijemňujú mu život, ktoré hlboko emocionálne prežíva, usiluje sa ich racionálne vysvetľovať, zdôvodňovať a prisudzovať im určitý význam. Dôležitým predpokladom správneho prístupu zdravotníckych pracovníkov k pacientovi prežívajúcemu bolesť a utrpenie je poznanie príčin, foriem a prejavov utrpenia a hľadanie spôsobov ich zmiernenia. Utrpenie nerobí človeka samo osebe lepším, mravným, ale je možnosťou, ktorá viac ako iné prispieva k osobnostným premenám.

Príčiny, prejavy a formy utrpenia

Príčiny, prejavy a formy ľudského utrpenia možno analyzovať a charakterizovať z dvoch hľadísk:

1. objektívne – v určitom kultúrnom a sociálnom kontexte ide o posun k horšiemu, úbytok alebo zbavenie človeka nejakého dobra (slasti, priaznivých podmienok alebo hodnôt, lásky, priateľstva, nádeje...), nedostatočné podmienky na uspokojenie alebo nevyhnutnosť odložiť saturáciu potrieb, ich frustrácia, depriácia či diskomfort;

2. subjektívne – so zreteľom na individuálne rozdiely a rôznorodosť hodnotových postojov aj v rámci jednej kultúry prežívajú rôzni jednotlivci rovnakú situáciu nerovnako. Utrpenie má teda aj subjektívnu stránku, ktorá je prejavom individuálnej skúsenosti s týmito zmenami, ich prežívaním, vyrovnávaním sa s nimi. Tento aspekt je v porovnaní s objektívnymi podmienkami a príčinami dôležitejší, pretože človek nie je na rozdiel od iných živočíchov odkázaný na pasívne prispôbovanie sa situácii alebo prostrediu. Je totiž bytosťou otvorenou svetu, disponovanou hľadať význam aj v nepriaznivých situáciách, prekonávať ich a pripisovať im osobný zmysel. Veľkosť či hĺbka utrpenia človeka závisí nielen od objektívnych škôd, ale predovšetkým od ich poznania a zhodnotenia významu pre ďalší život. Etická povinnosť zmierniť alebo odstrániť bolesť a utrpenie je podstatou efektívnej a vysoko humánnej ošetrovateľskej starostlivosti. Utrpenie je psychologický pojem, ktorý úzko súvisí s prežívaním bolesti alebo iným fyzickým postihnutím. Spája sa so situáciami, ktoré človeka nejakým spôsobom obmedzujú, ohrozujú, zneprijemňujú mu život, ktoré hlboko emocionálne prežíva, usiluje sa ich racionálne vysvetľovať, zdôvodňovať a prisudzovať im určitý význam.

Dôležitým predpokladom správneho prístupu sestry k pacientovi prežívajúcemu bolesť a utrpenie je poznanie príčin, foriem a prejavov utrpenia a hľadania spôsobov ich zmiernenia. Pomôcť vyrovnáť sa pacientovi s týmto problémom môžeme len vtedy, ak chápeme vlastný význam a zmysel utrpenia. Význam utrpenia spočíva v tom, že na základe poznávania súvislostí a vnútorného prežívania utrpenia, vlastného i cudzieho, sa človek učí, že je bytosťou relatívne ohraničenou časom a vonkajšími podmienkami, závislou od pomoci iných ľudí, a tým sa otupuje egoizmus a vedomie vlastnej výlučnosti. Utrpenie zároveň dáva človeku možnosť byť bytosťou schopnou pomáhať, stávať sa niekým blízkym, bližným, ľudsky významným. Poznávanie utrpenia je dôležitou podmienkou rozvíjania empatie sestry. Pacientom s bolesťou a utrpením musia lekári a sestry venovať osobitnú pozornosť. Ide predovšetkým o elimináciu nepríjemných vnemov a takisto snahu o zapojenie pacienta do normálneho života v takej miere, ako mu to dovoľuje jeho základné ochorenie. Pacientova psychika je narušená bolesťou, preto je nervóznejší a najmä znechutený z neúspešných pokusov o liečbu. Poskytovatelia starostlivosti musia vedieť, že otvorená komunikácia s chorým pomáha prežiť život bez strachu a úzkosti. Je potrebné pravidelne posudzovať poskytovanú úľavu od bolesti, pretože podoba bolesti sa môže meniť.

Aj vo vzťahu k ľuďom prežívajúcim utrpenie a trpiacim bolesťou má zdravotnícky profesionál uplatňovať morálne hodnoty. Profesionálne hodnoty sú vyjadrené v odbornosti a empatii. Zdravotnícka etika je zameraná na odbornú vysokokvalifikovanú starostlivosť, kde dobro pacienta možno považovať za najvyšší cieľ.

Iveta Ondriová, Terézia Fertaľová, Lívia Hadašová,
Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych odborov PU v Prešove, iondriova@centrum.sk



Akční nabídka
5 + 1
ZDARMA
Při nákupu 5 ks aktivních antidekubitních matrací LINET získáte 6. matraci zdarma!
Více informací na www.linnet.cz

Stop dekubitům!

Vyzkoušejte matrace LINET

Dekubity ohrožují pacienty v celém spektru nemocniční péče. Využijte v boji proti nim aktivní matrace LINET a spolehněte se na inovativní technologie a kvalitu.

95%
dekubitů
lze předejít

VIRTUOSO



Nulový tlak jako nejlepší cesta.

SYMBIOSO MCM



Mikroklimatický efekt a optimální tlak.

CLINICARE HF 100



Výhody aktivní a pasivní matrace v jednom.

Ceny absorpčních pomůcek klesnou

VZP změnila úhradu inkontinenčních pomůcek. Snížila ceny těch, které považuje za předražené, a zvýšila počet skupin, v nichž existuje několik variant bez doplatku. Lékaři inkontinentních pacientů však se změnami nesouhlasí, obávají se vyšších doplatků a další stigmatizace těchto nemocných.

Incoforum, mezioborové sdružení lékařů zabývajících se problematikou inkontinence moči, jako první upozornilo, že podle nového Úhradového katalogu Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) budou pacienti s inkontinencí doplácet za pomůcky mnohem více než dosud. Zcela nově jsou zde zavedeny doplatky za absorpční pomůcky ve všech třech stupních inkontinence. Incoforum odhaduje doplatky v rozmezí 800 až 5600 korun ročně – podle stupně postižení. Incoforum se obává, že finanční dopad pocítí zejména lidé důchodového věku, kteří tvoří většinu pacientů s inkontinencí III. stupně, kde je navrhovaný doplatek nejvyšší. Pro tyto pacienty jsou absorpční pomůcky jediným východiskem ze sociálního vyloučení. „Chtěli bychom, aby zástupci VZP komunikovali s odbornými společnostmi a sdělili, jakým procesem se dospělo k tomu, že je nutné šetřit, na čem je nutné šetřit, jak a kolik. Toto s námi vůbec nebylo diskutováno a proces nastavení budoucích úhrad je naprosto netransparentní,“ řekl urolog a člen správní rady Incoforum Roman Zachoval. Podle asociace CzechMed by situaci namísto plošného zvýšení cen pomohlo adresné řešení problému. „Plošný nálet ze strany VZP v oblasti inkontinenčních prostředků zbytečně zatěžuje pacienty, zvyšuje riziko snížení standardu péče a rozhodně neřeší distribuční bonusy. Naproti tomu adresné řešení problému by přineslo požadované úspory až v řádu několika set milionů korun, nezatížilo by pacienta a hlavně by zachovalo volbu nejhodnějšího zdravotnického prostředku,“ upozorňuje prezident asociace CzechMed Miroslav Palát.



Doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., (vpravo) vyzývá zástupce VZP, aby o úhradách inkontinenčních pomůcek vedli dialog s odbornými lékařskými společnostmi. Vlevo prof. MUDr. Martin Bojar, CSc.
Foto: Jana Schrammová

Drahé a se zpětnými bonusy

Pojišťovna přistoupila ke snižování cen inkontinenčních pomůcek proto, aby jejich výrobcům a dodavatelům znemožnila nadměrně vysávat finance ze systému veřejného zdravotního pojištění. „Zdravotnické prostředky jsou často předražené a funguje u nich obdobný systém zpětných bonusů jako dříve u kardiologických materiálů. Pacienti, kteří inkontinenční pomůcky potřebují, změnu nijak negativně nepocítí – každý bude mít nadále možnost získat je zcela bez doplatku,“ uvedl tiskový mluvčí VZP Oldřich Tichý. Celkové náklady na inkontinenční pomůcky činí u VZP ročně zhruba 1,5 miliardy korun. To je částka srovnatelná například s výdaji za veškeré ozařování všech pacientů s rakovinou.

Navíc VZP slovy jejího náměstka Petra Hoňka vyjádřila podezření, že nemocnice při nákupu inkontinenčních pomůcek využívají zpětných bonusů. Výrobci při nich zpětně poskytnou zdravotnickému zařízení slevu či bonus ve formě dodávek materiálu a služeb. VZP poskytla novinářům k nahlédnutí nabídku jednoho z dodavatelů. Ten odebírajícímu zdravotnickému zařízení při odkupu konkrétní značky inkontinenčních pomůcek nabídl navíc 18 až 25 % z ceny objednávky, součástí byla i nabídka, že zdravotnické zařízení může čerpat slevu odběrem dalšího zdravotnického materiálu, školení nebo darovací smlouvou. Zda k bonusu nakonec došlo, VZP nemůže zjistit, protože nesmí nahlížet do účetnictví nemocnic.
(klu)



Imunopatologické stavy v kazuistikách

Novinka z edice Aeskulap vydavatelství Mladá fronta „Imunopatologické stavy v kazuistikách“ byla slavnostně pokřtěna na 33. sjezdu českých a slovenských alergologů a klinických imunologů.

Knihu napsal kolektiv autorek pod vedením MUDr. Zuzany Humlové, Ph.D., z Ústavu imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Na 216 stranách jsou na příkladech jednotlivých pacientů prezentována onemocnění řadící se mezi primární imunodeficienci, vaskulitidy, autoinflatorní choroby, lékové a potravinové alergie, autoimunitní polyglandulární syndromy, antifosfolipidový syndrom, neurologická a další onemocnění.

Na společném sjezdu České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP a Slovenskej spoločnosti alergológie a klinickej imunológie SLS byla publikace slavnostně pokřtěna v rámci sympozia společnosti ALK. Formou poutavého rozhovoru ji při tom představili hlavní autorka a kmotr knihy MUDr. Tomáš Kočí z Astma-centra v České Lípě.

Důkaz o síle mezioborové spolupráce

„Monografie je zaměřená na alergie, autoimunitu a imunodeficienci, tedy na onemocnění, která se navzájem často prolínají,“ uvedla ve své recenzi prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc., z Ústavu imunologie a mikrobiologie 1. LF UK a VFN. „Je napsaná svěžím stylem, je čtivá, naučná i poučná současně. Přináší především aktuální přehled závažných a zajímavých imunopatologických stavů. Nabízí přitom nejen výčet symptomů, ale i příklady kombinací v současné době dostupných vyšetření a léčby. Navzdory některým úvahám o přílišné atomizaci specializací tato kniha

naopak dokazuje, že mezioborová spolupráce, pokud je vedena správným směrem, vyřeší diagnostické rozpaky a určí léčebný směr, který je nadále kontrolován a veden opět specialisty různých medicínských směrů. Lze jen podotknout, že význam klinických imunologů rozhodně neskončil tím, že se obor rozdrobil na jednotlivé sektoary, ale naopak, že klinický imunolog, pokud je odborně zdatný, zajišťuje dnes tak žádoucí propojení ve smyslu celostního chápání nemoci,“ doplnila recenzentka. (red)



Hlavní autorka MUDr. Zuzana Humlová, Ph.D., s kmotrem knihy MUDr. Tomášem Kočím (vlevo) a MUDr. Milanem Kolíkem
Foto: archiv

ROZHOVOR

VÝVOJ V NETKANÝCH TEXTÍLIÍCH A JEJICH POUŽITÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Nové technologie do zdravotnictví pronikají pomalu. Důvodem jsou nejčastěji starší zažitá postupy a nedostatečná informovanost. Přinášíme vám rozhovor se sestrami chirurgického oddělení z nemocnice v Havířově, kde v poslední době podnikají množství kroků ke zlepšení pracovních postupů a hygienických standardů. Jedním z posledních je inovace v netkaných textíliích. Ty nemocnice používá například jako hygienické podložky pod pacienty, při jejich osobní hygieně nebo k čištění nemocničních ploch apod.



Staniční sestra - Bc. Iveta Schwachulová
Všeobecná sestra - Bc. Agata Farmačková

Co vás přimělo změnit starší zaběhlý typ utěrek za utěrky Kimtech*?

Na rozdíl od předchozího výrobku, který jsme museli nařezat, naskládat, uložit do skříní na patientských boxech, což bylo dost časově nákladné pro akutní lůžko, je u utěrek Kimtech* vše již dáno výrobcem, stačí pouze roznést jednotlivá balení po boxech.

Jaký vám nové utěrky zajišťují uživatelský komfort?

Výrobek používáme na našem oddělení jako individuální pomůcku zejména k hygieně pacienta. Výrazně se tak sníží riziko nozokomiálních nákaz. Pro personál našeho oddělení přináší nejen časovou úsporu, ale také finanční, která spočívá zejména v tom, že máme možnost vytažení po jednotlivých kusech, a tak spotřebujeme pouze takové množství, které aktuálně potřebujeme. Další výhodou je balení v igelitovém otíratelném obalu nebo papírových pop-up-boxech s možností vytažení po jednotlivých kusech nebo použití do stávajících dávkovačů na ZZ ručníky. Utěrky se dávají stejným způsobem.

Rychlost absorpce tekutin vždy sehrává důležitou roli, zvláště ve zdravotnickém prostředí. Jak si s tímto úkolem poradily utěrky Kimtech*?

Utěrky rychle absorbují tekutinu, a to několikanásobně svojí váhu, jsou velmi savé a po namočení se netrhají a nevytvářejí žmolky.

Je běžné, že jsou netkané textilie používány s různými rozpouštědly,

dezinfekcí, biologickým odpadem a běžnými nečistotami. Jak úkoly zvládají a které z nich byste označila za nejnáročnější?

Na rozdíl od předchozího používaného materiálu, který se ihned po kontaktu i s běžným dezinfekčním

Jak důležitá je pro vaši práci technologicky nezávadná utěrka?

Technologicky nezávadná utěrka je vzhledem k primárnímu použití na našem oddělení, a to je osobní hygiena pacienta, nesmí být důležitá. Kládeme velký důraz na bezpečnost pro pacienta a zdravotnický personál.

rušenou obranyschopnost organismu, jsou vystaveni množství patogenů a velmi často jsou u nás prvotně hospitalizováni se zánětlivým onemocněním (sepsé, bronchopneumonie, peritonitida). Používáním utěrek snižujeme riziko vzniku dalších možných zdrojů infekce.

Jak důležité je, aby u výrobku, konkrétněji utěrky, byla provedena zkouška dráždivosti a alergizace?

Ano, zkouška dráždivosti a alergizace je určitou zárukou toho, že můžeme zabránit a předcházet vzniku kontaktních dermatitid, které vedou u našich pacientů k následnému vzniku dekubitů.

Nabízí vám utěrka Kimtech* dostatečný komfort ve výběru různých velikostí a gramáží?

Výběr utěrek je velmi zajímavý, plně dostačující a lze si opravdu zvolit z variant rozměrů, barev i gramáží.

Jak často je při vaší práci důležité mít utěrky barevně odlišené?

Barevně odlišení je možno použít na různé povrchy či prostory, nebo dle oddělení a domluvy jakou barvu si zvolí. Na každý úkon (povrchovou dezinfekci, hygienu pacienta) lze přesně specifikovat danou utěrku.

Někdy se stává, že netkaná textilie vlákni a trhají se. Jakou máte zkušenost s utěrkami Kimtech*?

Za dobu používání nemáme s používáním utěrek Kimtech* negativní zkušenost. Utěrky splňují vysoké nároky provozu, které jsou zde denně potřeba.



7506 - Kimtech*
Savé utěrky, Z sklad bílá barva

8355 - Wypall* X50
Utěrky - Pop Up krabice bílá barva

8384 - Wypall* X70
Utěrka - velká role bílá barva

prostředkem začal trhat, měnil konzistenci, zůstávají utěrky Kimtech* nezměněné. Používáme i kyselinu peroctovou (Persteril), práce s tímto naředěným dezinfekčním prostředkem nezničí kvalitu ani funkčnost utěrky. Zvládnou perfektně i oter biologického odpadu a nečistot, utěrka zůstává konzistentní.

Často se stává, že netkaná textilie je vyráběna v nesterilním prostředí, což může být nebezpečné pro lidské zdraví při styku s kůží. Jakým potížením může zabránit správně zvolená utěrka?

Vzhledem k tomu, že často využíváme utěrky Kimtech* na toaletu, hygienu pacientů, je tato skutečnost důležitá, protože naši pacienti mají značně na-

Návštěvní služba porodní asistentky v domácnosti

Návštěvní služba je komplexní péče v přirozeném prostředí klienta. Při vykonávání předporodní a poporodní návštěvní služby je pro nás, porodní asistentky, stěžejní platná legislativa České republiky a Evropské unie, týkající se zdravotních služeb.

Návštěvní služba poskytovaná porodními asistentkami je v posledním desetiletí v České republice diskutovaným tématem. Porodní asistentky mohou poskytovat péči nejen v nemocničním zařízení, ale v současné době i v komunitním prostředí. Tato samostatná kompetence porodní asistentky v péči o zdraví je významným rysem vyspělého ošetrovatelství, a tedy i znakem vyspělosti systému zdravotní péče (Kelnarová et al. 2009, s. 240).

Návštěvní služba porodní asistentky

Návštěvní služba porodní asistentky u žen v poporodním období je velmi aktuálním a diskutovaným tématem, a to jak mezi odborníky, tak u laické veřejnosti. Stejně jako jiná zaměstnání prochází profese porodní asistentky neustálým vývojem. Porodní asistentky nyní stojí na prahu obrození své profese, která je jedním z nejstarších povolání žen v historii v nemocničních zařízeních i komunitní péči. Návštěvní služba byla vždy součástí práce porodní asistentky, a to již ve středověku.

Domácí návštěvy bývají nejčastěji zaměřené na péči o těhotné ženy, novorozence a děti. Porodní asistentka pracuje přímo s ženou a její rodinou, přizpůsobuje plánované intervence skutečným zdrojům rodiny a komunity. Cílem komunitních porodních asistentek je poskytovat ženám a jejich rodinám péči jako celku (Bártlová 2010, s. 382).



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

V péči o ženu v České republice v současné době neexistuje žádný systém komunitního ošetrovatelství, chybí návaznost na nemocniční péči (Festová 2007, s. 5-7).

Náplň terénní péče se různí podle druhu návštěvy. Každá žena má během těhotenství nárok na jednu pojišťovnou hrazenou návštěvní službu porodní asistentky v domácnosti a na tři návštěvy po porodu. Pojišťovna tuto péči hradí pouze na poukaz vypsany ošetřujícím gynekologem, nebo má-li privátní porodní asistentka s danou pojišťovnou smlouvu. V ostatních případech si žena musí tuto péči uhradit sama. Porodní asistentky pracující v terénu jsou odbornice na všechny obtíže, které mohou postihnout ženy před porodem nebo po porodu, a na problémy jejich dětí, spojené s poporodním obdobím. Péče bezprostředně navazuje na nemocniční péči. Porodní asistentky poskytují profesionální služby, kterými se snaží zajistit adekvátní pomoc (Křemenová, Fremlová 2009, s. 47-51).

Porodní asistentka je odborníkem na zdravé těhotenství, porod a dobu poporodní a zůstává poradcem během prvního roku života dítěte. Svým působením také pomáhá ženám snáze projít porodem a lépe pochopit a přijmout úlohu ženy-matky (Vránová 2007, s. 45).

Nejvýznamnějšími pracovními nástroji porodních asistentek pracujících v komunitním prostředí a poskytujících návštěvní službu jsou ruce, srdce a rozum. Význam porodní asistentky vychází z činností, které zastává. Její vědomosti a praktické zkušenosti, jež využívá při návštěvní službě u těhotných a matek, zabraňují

vniku a výskytu nežádoucích komplikací. V případech již vzniklých odchylek od normálu může porodní asistentka včasným zásahem/intervencí matce nebo novorozenci pomoci.

V dřívějších dobách, do devadesátých let 20. století, byla návštěvní služba porodní asistentky v domácím prostředí u ženy po porodu zcela běžnou praxí a navazovala na nemocniční péči. Porodní asistentka měla vymezený obvod, tzv. region, v němž působila a starala se nejen o ženy po porodu, ale i o ženy před porodem, po operacích a také o novorozence a batolata. V dnešní době neexistuje ucelená koncepce a chybí návaznost na nemocniční péči. V důsledku porevolučních změn, kdy terénní péče porodních asistentek v podstatě zanikla, zůstávají ženy po porodu na vše samy a je běžné, že během šestinedělí jsou zcela bezprizorné.

Na co se zaměřil náš výzkum

Porodní asistentky pracující v návštěvní službě jsou vzdělávány také v oblasti psychologie a sociologie a jsou schopny pomoci vyřešit problémy trápící nedělky a jejich děti. Tuto péči nemůže zastoupit žádný jiný zdravotnický pracovník. V současné době, kdy jsou matky propouštěny domů z porodnice po 72 hodinách po porodu, má návštěvní služba porodní asistentky své opodstatnění (Hofer 2006, s. 304).

Provedli jsme výzkum na dvou souborech respondentek. Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen o návštěvní službě porodní asistentky v poporodním období. U prvního souboru bylo cílem zjistit věkovou kategorii respondentek, počet porodů a rozdíly ve vědomostech o terénní péči napříč různými kategoriemi vzdělání. U respondentek druhého souboru bylo cílem zjistit míru spokojenosti s poporodní návštěvní službou porodní asistentky v domácnosti. V prvním souboru bylo zastoupeno 293 respondentek, které navštívily ambulantní zařízení po porodu. Ve druhém bylo 174 respondentek, jež využily návštěvní služby porodní asistentky v domácnosti v šestinedělí.

Sociodemografické charakteristiky prvního souboru

Nejpočetněji zastoupenou skupinou byly respondentky ve věkové kategorii 30-40 let, což bylo 157 (54 %) šestinedělek. Druhou nejpočetnější skupinou se staly ženy ve věku 20-30 let, bylo jich 81 (28 %). Více než 40 let bylo 27 respondentkám (9 %) a méně než 20 let bylo 28 dotazovaným (10 %).

Nejvíce respondentek tvořily ženy se středoškolským vzděláním s maturitou - 148 (51 %). 52 (18 %) respondentek mělo vysokoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání mělo 40 (14 %) účastnic výzkumu, středoškolské bez maturity pak 20 (7 %) a 33 (11 %) mělo základní vzdělání.

Z hlediska počtu porodů převažovaly respondentky, které rodily poprvé - 157 (54 %). Žen s dvěma porody bylo 50 (27 %) a respondentek s více než dvěma porody bylo 56 (19 %). V rámci demografických dat byl zjišťován i způsob zakončení porodu. Spontánně vaginální cestou porodilo 200 (68 %) dotázaných, 74 (26 %) respondentek porodilo císařským řezem a 19 (6 %) porodilo jiným způsobem (klešťový porod, porod pomocí VEX - vakuumextrakce).

Informovanost šestinedělek o návštěvní službě porodní asistentky (1. soubor)

Pojem návštěvní služba porodní asistentky znalo 64 (22 %) a neznalo 229 (78 %) respondentek. Pojem komunitní porodní asistentka znala pouhá čtvrtina respondentek, tedy 77 (26 %) žen, a 216 (74 %) žen nevědělo, co znamená pojem komunitní porodní asistentka.

Informováno o návštěvní službě bylo pouze 54 (18 %) respondentek, 239 (82 %) respondentek nebylo informováno o návštěvní službě.

O možnosti úhrady služby porodní asistentky zdravotní pojišťovnou se zmínila necelá pětina dotázaných, tedy 54 (18 %) žen. Ostatní respondentky (239, 82 %) nevěděly o možnosti úhrady služby porodní asistentky zdravotní pojišťovnou.

O dostupnosti komunitní porodní asistentky v blízkosti svého bydliště vědělo 26 (9 %) žen, nevědělo 10 (3 %) respondentek a neví odpovídělo 257 (88 %).

Jaké úkony mohou dotázané očekávat v rámci poporodní návštěvní služby porodní asistentky v domácnosti, vědělo 35 (12 %) a 258 (88 %) šestinedělek nevědělo.

Na otázku, z jakého zdroje byla žena prvotně informována o poporodní návštěvní službě porodní asistentky, odpovídělo 231 (79 %) respondentek, že byly o návštěvní službě informovány až na základě předloženého dotazníku. 42 respondentkám (15 %)



poskytly informace porodní asistentky. Informace o návštěvní službě porodní asistentky dotazované získaly také od obvodního gynekologa (3, 1 %), od kamarádky (5, 2 %), od jiné těhotné (4, 1 %), z internetu (4, 1 %) a z jiného zdroje (4, 1 %).

Návštěvní službu porodní asistentky využilo pouze 26 (9 %) žen, nevyužilo 267 (91 %) žen, z této skupiny 267 žen uvedlo 244 (83 %) respondentek, že tuto službu nevyužilo kvůli nedostatku informací o poporodní návštěvní službě. 9 (3 %) respondentek uvedlo, že v místě jejich bydliště jsou komunitní porodní asistentky nedostupné. 2 ženy (1 %) neměly finanční prostředky, které by mohly vynaložit na úhradu služby. 12 (4 %) žen se domnívá, že poporodní návštěvní službu nepotřebovaly. Ani jiných služeb porodní asistentky nevyužívaly respondentky v plné míře.

Sociodemografické charakteristiky šestinedělek druhého souboru

Nejpočetnější zastoupenou skupinou byly ženy ve věkové kategorii 30–40 let, což bylo 80 (55 %) šestinedělek. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 20–30 let, bylo jich 45 (26 %). Více než 40 let bylo 28 respondentkám (17 %) a méně než 20 let bylo 3 respondentkám (2 %).

Respondentkami, které využily návštěvní službu nejčastěji, byly ženy s vysokoškolským vzděláním (101, 58 %), žen se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou bylo 55 (32 %). Vyšší odborné vzdělání mělo 9 (5 %) respondentek, středoškolské vzdělání bez maturity mělo 6 žen (3 %) a 3 ženy (2 %) měly základní vzdělání.

Podle počtu porodů převažovaly prvoroďičky, kterých bylo 140 (80 %). Respondentek se dvěma porody bylo 28 (17 %) a 6 (3 %) žen mělo za sebou více než dva porody. V rámci demografických dat byl zjišťován i způsob zakončení porodu respondentek. Spontánně vaginálně cestou porodilo 92 (53 %) respondentek, 74 (43 %) dotázaných porodilo císařským řezem a 8 (4 %) žen porodilo jiným způsobem (klešťovým porodem, VEX – vakuumextrakce).

V České republice mají ženy zaručeny tři poporodní návštěvní služby, které by měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Více než dvě třetiny, tedy 130 (75 %), respondentek zaplatily domácí péči porodní asistentky ze svého příjmu. Pouze čtvrtině dotázaných (44, 25 %) uhradila péči zdravotní pojišťovna.

Možnost tří návštěv využilo pouze 6 (4 %) žen. Jednu návštěvu využilo 133 (76 %) žen, k druhé návštěvě nalezlo důvod 35 (20 %) šestinedělek. Faktorem zůstává, že zdravotní pojišťovny zatím nejsou ochotny uzavírat s privátními porodními asistentkami smlouvy. Klientky jsou tedy nuceny si tyto služby uhradit, popřípadě požádat o poukaz svého obvodního gynekologa.

Spokojenost šestinedělek s návštěvní službou porodní asistentky

Atributy spokojenosti se částečně podílejí na celkové spokojenosti matek s poporodní návštěvní službou. Ve výzkumu jsme sledovali časová hlediska návštěvní služby, důvěru mezi klientkou a porodní asistentkou, vyřešení případných komplikací a splnění očekávání vložených do návštěvní služby v období šestinedělí.

Většina matek 163 (94 %) byla s dodržením termínu spokojena, nespokojeno bylo jen 11 (6 %) respondentek.

124 (71 %) žen uvedlo, že čas návštěvní služby, domluvený s porodní asistentkou, byl dostatečný. 26 (15 %) respondentek uvádělo, že čas návštěvy byl dodržen, ale že by si trvání návštěvy raději prodloužily. 19 (11 %) dotázaných bylo spokojeno s délkou návštěvy porodní asistentky, ale situace si vyžádala čas návštěvy prodloužit. 5 (3 %) respondentek uvedlo absolutní nedostatek času.

Důvěru mezi oběma stranami služby se podařilo navázat u 149 (86 %) respondentek, naopak u 25 (14 %) žen se to nepodařilo.

51 (29 %) dotázaných žen uvedlo jistý druh komplikací spojených s obdobím šestinedělí, které byly s porodní asistentkou v rámci poporodní návštěvy vyřešeny. Částečně vyřešené komplikace uvedlo 10 (6 %) respondentek. 15 (9 %) žen bylo



nutné odkázat na péči odborníka a pouze 3 (1 %) komplikace zůstaly nevyřešeny. Preventivní charakter návštěvy porodní asistentky uvedlo 95 (55 %) respondentek. 142 (81 %) respondentek uvedlo, že návštěvní služba zcela splnila jejich očekávání. 27 (16 %) dotázaných bylo s návštěvní službou spokojeno částečně a jen u 5 (3 %) žen služba očekávání nesplnila.

Závěr

Zájem o návštěvní službu privátní porodní asistentky neustále stoupá. Přibývá žen, které těchto služeb využívají nejen v poporodním období, ale i v těhotenství, bez ohledu na to, zda jsou, či nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Chybějící dostupnost následné péče po porodu s sebou přináší nemalé procento komplikací, které se následně řeší až v nemocničních zařízeních. Návštěvní služba zahrnuje především preventivní opatření, kterými by se dalo komplikacím u žen v šestinedělí předcházet a významně tak snížit riziko vzniku problémů spojených s poporodním obdobím. Tím spíše, že pobyt ženy v porodnici se neustále zkracuje. V devadesátých letech 20. století byly ženy v porodnicích běžně 7 dní po vaginálním porodu a po císařském řezu 10 dní, v současnosti je v řadě porodních ústavů zkrácen pobyt na 72 hodin po porodu. Výjimkou nejsou ani ambulantní porody, kdy žena odchází i za 12 hodin a po císařských řezech za 4 dny od porodu. Matky často bývají nerozkojené, plně obav, jak to samy zvládnou. Tím spíše je potřeba zajistit ženám adekvátní péči v jejich přirozeném prostředí, tedy v domácnosti. Nedostupnost privátních porodních asistentek v řadě krajů je příčinou, proč terénní péče porodní asistentky není zatím standardní službou v péči o ženu v poporodním období. V zemích, jako jsou Německo, Nizozemsko, Belgie, Švédsko, Dánsko, Norsko či Velká Británie, a ve Spojených státech amerických je návštěvní služba porodní asistentky běžnou součástí poporodní péče.

Mgr. Karla Kaillová, PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.,
Gynekologicko-porodnická klinika LF OU a FN Ostrava, Spolu aktivně, z. s., DS Cvrček,
karla.kaillova@email.cz, bohdana.dusova@email.cz

Poznámka autorek: Všechny respondentky byly informovány o účelu výzkumného šetření. Výzkum byl realizován v souladu s etickými normami. Autorky deklarují, že nemají žádný konflikt zájmů.

Inzerce M151000864

Institut vzdělávání APSS ČR
připravil nový unikátní seminář

**Etika v obrazech
v sociálních službách**

se zaměřením na:

- 1 služby sociální péče
- 2 služby sociální prevence

Obsah semináře:
praktická etika práce zaměřená na péči, pomoc, podporu, potřeby a hodnoty konkrétního uživatele

Interaktivní forma:
teorie – praxe – spolupráce
– zpětná vazba



Instruktažní filmy zobrazující 8 etických témat

- motivace a demotivace uživatele a jeho aktivní nebo pasivní aktivizace
- potřeba, hodnoty a osobní cíle uživatele a plánování sociální služby
- přímá a nepřímá manipulace uživatele
- práce s informacemi o uživateli a jejich sdílení v multidisciplinárním týmu
- podpora autonomie uživatele a jeho svobodná vůle
- závislost uživatele na sociální službě versus jeho práva
- očekávání/předsudky včetně hodnocení a stigmatizace uživatele
- budování důvěry a osobnost pečovatele

Více informací a objednávky:

Institut vzdělávání APSS ČR, institut@apssc.cz, tel.: +420 724 940 126





Bude nový model vzdělávání sester dostatečný?

V souvislosti s projednávanou novelou zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, si některé střední zdravotnické školy postesky, že jim kvůli přípravě žáků ke státním maturitám někdy chybí dostatečný prostor pro výuku odborných předmětů.

Zeptali jsme se pedagogů, zda dosavadní systém výuky na středních zdravotnických školách (+ 1 rok studia na VOŠ) může podle jejich názoru poskytnout dostatečnou přípravu pro výkon povolání sestry a jakým způsobem lze výuku zkvalitnit.

Sestra má být vzdělaná



PhDr. Zuzana Pehlová,
Střední zdravotnická škola Ruská, Praha 10:

„Domnívám se, že současná středoškolská výuka je pro zdravotnické asistenty dostatečně náročná i s přihlednutím ke specifickým této generace. Státní maturita pak poskytuje absolventům ukončené středoškolské vzdělání, získaná odbornost je opravňuje k odpovídajícím kompetencím ze zákona a v zásadě i odpovídá momentálním možnostem žáků. Statistická úspěšnost u maturitních zkoušek na středních odborných školách odráží skutečnost, že připravované roční studium na vyšší škole je nedostačující. Žák nebude mít možnost si odbornou problematiku osvojit, prohloubit a upevnit, což se po absolvování negativně promítne do kvality péče poskytované klientům-pacientům.“

Domnívám se, že právě současné vzdělávání na vyšších odborných školách a především vysokoškolská bakalářská studia udržují vysoký trend náročné ošetrovatelské profese, která je finančně sice nedocenená, ale veřejností poměrně prestižně hodnocená. Nastavený systém vzdělávání nelékařských profesionálů je u nás již řadu let kvalitní a funguje. Navrhovaný způsob ošetrovatelského vzdělávání je zřejmě i světovým unikátem, země hospodářsky slabší se k němu neuchylují, a pro nás by se tím uzavřela i možnost mezinárodní spolupráce. Připomínám, že už Florence Nightingalová říkala, že sestra má být „vzdělaná, tvořivá a inteligentní.“

Zkrácení délky studia přiláká zájemce



Mgr. Leona Machková,
ředitelka Střední zdravotnické školy Beroun:

„Co se týče státních maturit, povinnost maturovat navíc z matematiky (školní rok 2020/2021) bude znamenat zvýšení počtu neúspěšných absolventů. Velmi nás to trápí, protože řada z nich patří mezi vynikající žáky po odborné, profesní stránce a jistě by v praxi mohli být pro ošetrovatelský tým přínosem.“

Pokud by střední zdravotnické školy byly osvobozeny od nesmyslné povinnosti maturity z matematiky, domníváme se, že by se zvýšil i zájem uchazečů o studium. Vzhledem ke krizi ve zdravotnictví a k alarmujícímu nedostatku zdravotnických pracovníků si už nemůžeme dovolit žádné chybné kroky v nastavení vzdělávání na těchto odborných školách.

Studium 4 + 1 (na VOŠ) by mohlo personální krizi zastavit. V současné době je Rámcový vzdělávací program (RVP) na SZŠ pro tento model studia nedostatečný. Zahrnuje jen základní ošetrovatelskou péči. Je nutné, aby se RVP změnil a následně si školy mohly nastavit školní vzdělávací program na jiné úrovni. Studenti by si tak mohli rozšířit odborné znalosti, dovednosti a návyky v poskytování ošetrovatelské péče. S nastavením uceleného vzdělávacího programu 4 + 1 by se zvýšila kvalita odborné výuky a přípravy na povolání, jejichž výstupem by byly sestry připravené na ošetrovatelskou praxi. Bohužel návrh nového modelu vzdělávání má řadu nedořešených trhlín, pro realizaci v praxi velmi zásadních. Nicméně zkrácení doby studia by zcela jistě přilákalo větší množství zájemců o účtyhodné a na trhu práce tolik potřebné povolání sestry.“

Základem je tříleté odborné studium



PhDr. Irena Nerudová,
VOŠ a SZŠ Praha 1, Rehabilitační nemocnice Beroun:

„Model 4 + 1 se v aktuální situaci možná hodí k dokončení vzdělání zdravotnických asistentů, aby mohli pracovat samostatně, ale jinak vhodný není. Pro doplnění 1 roku studia bude nutné koncipovat studium v úzké spolupráci se zdravotnickými zařízeními, jinak se obávám, že nebude úspěšné. Tento model však neřeší nízký věk jedince při vstupu na střední zdravotnickou školu (15 let) ani kombinaci velké šíře předmětů – všeobecně vzdělávacích a odborných. Pět let je navíc dlouhá, neekonomická doba studia.“

Stesk některých středních zdravotnických škol na nedostatečný prostor pro výuku odborných předmětů je oprávněný. Navíc žáci nevědí, co se mají učit dříve, jestli ošetrovatelství, nebo všeobecně vzdělávací předměty – například český jazyk a matematiku. Vstupují do zdravotnického vzdělávacího systému na konci pubertálního a na začátku adolescentního vývojového období – tedy jako psychicky a sociálně nezralí jedinci. Je to příliš brzy na rozhodnutí pro tak psychosomaticky zátěžové povolání, jako je profese sestry. Navíc kombinace všeobecně vzdělávacích a odborných předmětů není dobrá.

Systém vzdělávání všeobecných sester má od roku 1990 jasně stanovenou vizi a strategii, která zahrnuje odborné vzdělávání sester na vyšší odborné škole zdravotnické – VOŠZ (základna s největším počtem studentů), bakalářský stupeň (menší počet studentů s jasnými kompetencemi a pravomocemi) a magisterský stupeň pro management a pedagogy (menší počet studentů s jasnými pravomocemi a kompetencemi).

Základ tedy tvoří tříleté odborné studium diplomované všeobecné sestry na VOŠZ (do školy nastupují 18letí studenti) v úzké spolupráci se zdravotnickými zařízeními.“

Připravila: Markéta Mikšová



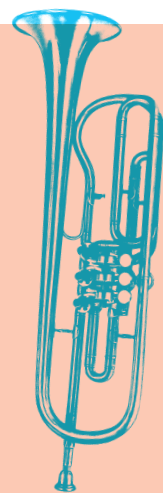
Inzerce M161000788

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **Johnson & Johnson**

a...

Česká
alzheimerovská
společnost

Michal Horáček
uvádí 3. benefiční koncert
ve prospěch České alzheimerovské
společnosti, o.p.s.



Nezapomenutelný večer

Lenka Nová, František Segrado,
Ondřej Ruml, orchestr sólistů

20. prosince 2016, 19:30

Studio 1, Český rozhlas
Vinohradská 12, Praha 2

Výtěžek koncertu bude použit na podporu konzultací
určených lidem s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinným pečujícím.
Vstupenky lze zakoupit na www.alzheimer.cz.



Radiožurnál
Český rozhlas

www.alzheimer.cz
[www.facebook.com/ Česká-alzheimerovská-společnost](https://www.facebook.com/Česká-alzheimerovská-společnost)



Motivácia

v pracovnom procese

Jedným zo základných predpokladov úspešnosti a výkonnosti ľudí v pracovnom pomere je motivácia. Schopnosť manažéra motivovať zamestnancov sa považuje za jednu z najdôležitejších zručností, od ktorej závisí úspešnosť organizácie.

Aby bol pracovník ochotný pracovať, dodržiavať disciplínu a snažiť sa o prosperitu organizácie, musí byť spokojný. Ak chce organizácia naplno využiť schopnosti svojich zamestnancov, musí vedieť a poznať základné motívy ľudí, motivačnú štruktúru jednotlivých zamestnancov, ako aj prostriedky a faktory, pomocou ktorých ich možno motivovať. Motivácia je základným predpokladom akejkoľvek aktivity človeka. Týka sa vzťahu medzi podnetmi a správaním a dáva do súvislosti schopnosti ľudí, ich postoj k pracovným povinnostiam a tiež ich pracovný výkon. Motivácia však predstavuje u každého človeka zložitú záležitosť, pretože človek nikdy nie je motivovaný len jedným motívom, ale komplexom motívov.

Spokojnosť zamestnancov

Pracovnú spokojnosť môžeme chápať z rôznych pohľadov. Spokojnosťou v zamestnaní sa rozumie samotné uspokojovanie z plnenia pracovných úloh, keď sa práca stáva zdrojom seberealizácie. Existuje aj spokojnosť, ktorá vyvoláva v zamestnancovi pocit uspokojenia sa s dosiahnutým stavom, ale nenabáda ho k ďalším výkonom. Môže nastať aj situácia, keď zamestnanci nie sú spokojní so starostlivosťou zo strany organizácie, majú pocit, že si ich v organizácii nevážia a že na ich práci nezáleží. Na to, aby pracovník mohol pracovať efektívne a podávať primeraný výkon, musí mať určité osobnostné predpoklady, ktoré by mali byť vzájomne prepojené. Okrem zložiek pracovného výkonu, ktorými sú schopnosti, úsilie vynaložiť potrebnú energiu na prácu, sú veľmi dôležité aj subjektívne podmienky výkonnosti. Tu sú tri aspekty:

- 1. vrodene schopnosti a schopnosti človeka k práci** – ide o určité vrodene vlastnosti a danosti, ktoré sa postupne rozvíjajú v konkrétne schopnosti. Pri každej práci je potom možné stanoviť, ktoré osobnostné vlastnosti a schopnosti uľahčujú výkon človeka a ktoré pôsobia na jeho výkon negatívne,
- 2. získané vlastnosti a schopnosti človeka k práci** – ide o profesijnú pripravenosť pracovníka, ktorá sa vytvára prostredníctvom procesu odborného vzdelávania. Vedomosti a zručnosti sú priamo späté s výkonom človeka,
- 3. situačná záťaž** – úspešnosť výkonu je závislá na húževnatosti a vytrvalosti človeka, na jeho odolnosti voči dlhodobej záťaži. Táto odolnosť nie je prirodzenou výbavou človeka, ale vytvára sa postupne a dá sa natréňovať.

Vo vzťahu medzi spokojnosťou a motiváciou k pracovnej činnosti možno hovoriť o tom, že neexistuje univerzálny faktor spokojnosti, ktorý by ovplyvňoval pracovnú motiváciu jednoznačným spôsobom. Miera spokojnosti jednotlivcov závisí do veľkej miery aj od ich vlastných potrieb a od prostredia, v ktorom pracujú. Poznanie faktorov spokojnosti či nespokojnosti zamestnancov je nevyhnutné k tomu, aby manažéri a nadriadení mohli svojich zamestnancov vhodne motivovať.

Faktory motivácie v organizácii

Už od 20. rokov minulého storočia rôzne motivačné teórie poukázali na to, že pracovník potrebuje viac než len peniaze, aby bol skutočne spokojný. Prelom nastal v 50. a 60. rokoch – Maslowova pyramída potrieb a Hertzbergove motivátory. Tieto teórie priniesli poznatok, že ľudia potrebujú pokryť svoje materiálne potreby, ale skutočná spokojnosť pochádza z iných faktorov. Podľa Hertzbergovej teórie existujú dva druhy faktorov:

- 1. motivačné faktory** – týkajúce sa podstaty a obsahu práce. Prispievajú k spokojnosti a motivujú k výkonu,
- 2. hygienické faktory** – týkajú sa vonkajších podmienok práce a vyjadrujú mieru nespokojnosti človeka v práci.

Nadriadení denne prinášajú rozhodnutia, ktoré ovplyvňujú morálku organizácie, a často zabúdajú na to, že zamestnanci majú na analýzu okamžitého rozhodnutia nadriadeného viac času. Citlivo vnímajú každé rozhodnutie, ktoré má na nich priamy dosah. Zlá morálka má za následok pokles výkonnosti. Aby manažéri udržali morálku v organizácii na vysokej úrovni, musia dodržiavať určité základné zásady, pomocou ktorých môžu zamestnancov motivovať:

- 1. Pravidlo otvorených dverí** – je potrebné povzbudzovať zamestnancov, aby vedeli, že môžu prísť za manažérom s problémami, návrhmi a otázkami a že ich nadriadený vypočuje a urobí potrebné úkony na uspokojenie ich potrieb. Zvláštnu pozornosť má manažér venovať riešeniu medzilidských vzťahov a problémov. Ak zamestnanci zistia, že nadriadený má skutočný záujem o uspokojovanie ich potrieb, budú podávať vyšší výkon.
- 2. Pravidlo úprimnosti** – môže sa stať, že manažér nemôže vyhovieť žiadosti zamestnanca. Vtedy ho treba odmietnuť úprimne, ale zároveň i dôstojne. Aj keď zamestnanec



Ilustrační foto: Zx Shutterstock

nec nebude spokojný, úprimnosť manažéra určite ocení. Nikto nie je všemohúci, ani manažér. Správny nadriadený prizná svoje limity a obmedzenia, ktoré má.

3. Pravidlo dáždnika – správny priamy nadriadený drží ochrannú ruku nad svojimi zamestnancami a nenechá, aby sa problémy alebo nedostatky podriadeného dostali pred vyššie vedenie. Nedostatky jeho tímu sú aj jeho nedostatkom a nezvaluje vinu na svojich podriadených, veď zodpovednosť za nich nesie on. Správny nadriadený sa pre svojich ľudí snaží vybojovať vždy to najlepšie. Odmenou mu bude, že zamestnanci budú cítiť ochrannú ruku a urobia všetko, čo je v ich silách, budú pracovať výkonnejšie a dôslednejšie.

4. Pravidlo prejavovania starostlivosti – správny nadriadený si vybuduje dobré vzťahy so zamestnancami. Manažéri tvrdia, že je dôležité zachovať si odstup od zamestnancov, aby mali vyššiu autoritu, ale autorita je prirodzená vec – buď je, alebo nie je. Vynucovať ju umelými nástrojmi sa nedá.

5. Pravidlo samostatnosti – dobrý nadriadený samovoľne zasahuje do riešenia problémov len vtedy, ak je to absolútne nutné. Takto buduje v ľuďoch pocit, že ich názor je dôležitý. A pocit dôležitosti je významným motivačným faktorom. Mnohé výskumy motivácie dokazujú, že finančná odmena nie je ani zďaleka jediným dôležitým motivačným faktorom. V súčasnosti je hmotná stimulácia skutočne silným motívom, ale po určitej dobe sa jej podnecujúci účinok môže znižovať až do takej miery, že prestáva pôsobiť ako stimulujúci faktor. Hmotné stimuly síce poháňajú zamestnancov k výkonom, ale rozhodujúca je vždy vnútorná motivácia a tá má u každého svoje hranice. Ľudia musia chápať zmysel toho, čo sa od nich očakáva, a samotná práca ich musí baviť, musí ich vnútorne naplňovať.

Motivačné faktory, ktoré by mohli zlepšiť pracovný proces:

a) Radosť z práce – znie to trochu abstraktne, ale toto je v skutočnosti najväčší motivačný faktor. Je dôležité, aby ľudia robili prácu, na ktorú majú tie správne vedomosti a schopnosti, a je dôležité pre pracovníka vyhľadať pozíciu, v ktorej nájde aj zdroj radosti a spokojnosti.

b) Odmena – pri odmenách sa často zdôrazňujú iba finančné formy. Niekedy máme pocit, že ľuďom nejde ani tak o výšku odmeny, ako o spravodlivosť pri jej pridelovaní. Vzťah k peniazom majú rozliční ľudia rôzne nastavený. Faktom je, že čím viac ľudia zarábajú, tým menej ich stimuluje finančná odmena. Finančné odmeňovanie musí vytvárať v zamestnancoch pocit uspokojenia a zároveň pocit presvedčenia, že za prácu, ktorú vykonávajú, sú dostatočne ohodnotení. Zamestnanci musia byť stotožnení s myšlienkou, že svoju mzdu majú možnosť ovplyvniť jedine podávaním vyšších výkonov. A sme v súčasnosti skutočne správne a dostatočne ohodnotení?

c) Pochvala a uznanie – je dôležitým nástrojom nadriadeného a je možné ho použiť pri každom stretnutí s podriadeným. Dobrý zamestnanec totiž má často pocit, že ich práca sa pokladá za samozrejmosť a že nadriadený si ich všimne len vtedy, keď nastane nejaký problém. Chvála a uznanie nestojí peniaze a má pozitívny vplyv na zamestnanca, ženie ho do vyšších výkonov a napriek tomu, nie je bežným javom. Zamestnancom je potrebné dávať pozitívnu spätnú väzbu na to, ako sa im darí plniť si úlohy. A táto spätná väzba môže prebiehať taktiež vo forme uznania a pochvaly. Dobrý manažér by mal ukazovať svojim zamestnancom, ako si ich cení. Niekedy stačí jednoduchá veta: „Ďakujem vám.“ Ako často používate túto vzácnu vetu?

d) Kompetencie a obsah práce – pracovník, ktorý má možnosť ovplyvniť svoju prácu, bude z nej mať väčšie uspokojenie ako ten, ktorý dostáva všetko príkazom. Na druhej strane, nie všetci zamestnanci sú ochotní prebrať zodpovednosť. Tá totiž znamená rozhodovanie a oni môžu mať strach z postihu za nesprávne rozhodnutie.

e) Istota práce – istota pracovného miesta je chápaná ako záruka, ktorú organizácia môže poskytnúť zamestnancovi, napr. v podobe zabudovania ochranných prvkov v procese uvoľňovania zamestnancov z pracovného procesu, pomoci pri hľadaní nového miesta alebo rekvifikácie zamestnancom.

f) Rešpekt a záujem – máte vo svojom kolektíve človeka, ktorý bez reptania vykonáva všetky svoje úlohy a keď je to potrebné, automaticky zastúpi, zostane nad čas alebo nahradí chorého kolegu? Je to ten, ktorý u vás zarába najviac? Asi zriedka. Motivácia málokedy priamo odráža výšku platu. Pokiaľ si nadriadený dokáže všimnúť a vyzdvihnúť takéto správanie, je to odmena, akú nevyvážia žiadne peniaze. Zároveň je na nadriadenom, aby nedopustil, aby týchto pracovníkov iní v kolektíve zneužívali.

g) Čisté ovzdušie v kolektíve – asi by sme ťažko hľadali pracovisko, kde nikdy nevznikajú klebety a nikto sa na nikoho nestažoval. Keď ľudia pracujú, urobia aj chy-



by. Chyba nie je vina, ale opakovanie tej istej chyby je už zavinenie alebo neschopnosť. A tam, kde k chybe príde, sa často nájde niekto, kto by sa od nej rád dištancoval a nadriadenému predostrel situáciu tak, aby vinu niesol niekto iný. Nedovoľme, aby ľudia v kolektíve ohovárali jeden druhého. To, čo môže nadriadený urobiť, je, že si zavolá ku sťažnosti aj dotknutú osobu. Sťažujúci vie, že ho počúva aj druhý účastník sporu, bude prezentovať svoje výhrady objektívnejšie a nedovoľí si emotívne útoky. Vyjasnenie si námitiek z očí do očí v prítomnosti nezaujatého nadriadeného vyčistí ovzdušie a obnoví rovnováhu.

h) Pracovné podmienky – ide o fyzikálne aspekty pracovného prostredia, zabezpečenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, vyhovujúci pracovný čas. Fyzické podmienky ako také nemotivujú, ale patria k faktorom hygieny a musia byť splnené. Existujú však aj sekundárne fyzické podmienky – nie je jedno, či majú ľudia starý, ošúchaný a pozliepaný stôl a stoličky, alebo pekný nábytok. Pracovné miesto by malo vyzeráť tak, aby sa v ňom zamestnanci cítili dobre, takmer ako doma.

i) Štýl vedúceho – existuje dobrý a zlý nadriadený. O tom, ako ho zamestnanci vnímajú, rozhoduje viacero vecí: čo za osobnosť je, aký je odborník, či vie komunikovať s ľuďmi, či sa o nich zaujíma, ale aj ako vie zorganizovať seba a iným prácu a či háji záujmy podriadených. Správanie nadriadeného je veľmi dôležitým faktorom, ktorý vplýva na podávanie výkonov v práci. Prístup nadriadených k podriadeným by mal byť férový, pri práci by mali využívať svoje manažérske schopnosti ako: aktívne načúvanie, spravodlivú komunikáciu a hlavne motiváciu zamestnancov pri vykonávaní náročných činností. Svojich pracovníkov by mal nadriadený motivovať hlavne vlastným príkladom, nepožadovať od nich viac, než vyžaduje od seba samého.

Keď sa rozprávame s pracovníkmi v organizáciách o tom, čo ich demotivuje, zaznievajú najčastejšie tieto názory:

- slabá podpora a nezaujem manažmentu,
- obavy o pracovné miesto alebo stratu pozície,
- negatívne vzťahy v organizácii, zlá komunikácia, nedostatok pozitívnych postojov, chýbajúce ocenenie zo strany vedúcich,
- neriešenie konfliktov,
- zlý systém hodnotenia a odmeňovania,
- závisť okolia – typický faktor, kedy sú usilovní ľudia často zosmiešňovaní alebo sú predmetom útokov,
- preťaženie usilovných a iniciatívnych ľudí v zmysle pravidla „každá iniciatíva musí byť potrebná“; ľudia často nevidia rozdiel medzi pracovníkmi, ktorí sa zlepšujú, a ľuďmi, ktorí iba „chodia do práce“.

Pracovná motivácia je zameraná na podávanie pracovného výkonu, na určité požadované pracovné správanie, na správanie zodpovedajúce potrebám pracoviska. Dôležitosť jednotlivých faktorov motivácie pre zamestnancov nie je stála, ale často sa mení podľa stupňa uspokojovania ich momentálnych potrieb. Miera, v ktorej sú jednotlivé faktory motivácie účinné, závisí nielen od ich dôležitosti pre zamestnancov, ale aj od miery spokojnosti s nimi. Jednou z kľúčových úloh každej organizácie je vytvorenie efektívneho motivačného programu, s ktorým budú zamestnanci spokojní. A keďže spokojnosť zamestnancov závisí od mnohých činiteľov, mnohí manažéri odporúčajú motivačný program aktualizovať a prispôbiť ho hodnotovej orientácii zamestnancov.

PhDr. Hilda Balková, PhD.,
ÚOS, NÜSCH, a. s., Bratislava



Inzerce M161000834

EK ETIKA
A KOMUNIKACE
V MEDICÍNĚ



KONTROVERZE SOUČASNÉ MEDICÍNY

6. konference České lékařské komory „Etika a komunikace v medicíně“

8. 12. 2016, 10–17 hodin

Kongresové centrum Hotelu Grandior, Na Poříčí 42, Praha 1

Konference je zaměřena na problematiku kontroverzí v současné medicíně z pohledu předních odborníků různých odborností. K tématu konference bude opět vydána monografie, kterou účastníci obdrží zdarma. Konference je první svého druhu, která se zabývá i velmi kontroverzními tématy současné medicíny.

Odbornou záštitu převzali:

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., rektor Univerzity Karlovy v Praze • **Prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.**, děkan 1. LF Univerzity Karlovy v Praze

• **MUDr. Milan Kubek**, prezident České lékařské komory

Program bude průběžně aktualizován na stránkách www.lkcr.cz

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

MUDr. Helena Stehlíková
předsedkyně Etické komise ČLK

a organizátoři konference

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.

Doc. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

NA KONFERENCI JE NUTNÉ SE PŘEDEM PŘIHLÁSIT!

Přihlášky na www.lkcr.cz (sekke KURZY ČLK - číslo kurzu: 113/16). Účastnický poplatek: 1000 Kč (v ceně je zahrnuta i publikace, kterou obdrží účastníci na místě)

Číslo účtu: 19-1083620217/0100, VS 11316. Do zprávy pro příjemce uveďte své jméno.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16. Za účast na sympoziu je přiděleno 6 kreditů dle SP č. 16 ČLK, akce je akreditována pod číslem 44119. Konference je dále akreditováno Českou asociací sester, Asociací klinických psychologů a Komorou vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR.

Ohlédnutí za Sestrou roku 2015

S finalisty loňského ročníku soutěže Sestra roku jsme zavzpomínali na průběh soutěže a slavnostní předávání cen v rámci galavečera v Hudebním divadle Karlín v Praze.



Na fotografii ze slavnostního vyhlášení zleva: Viera Ivanovová, Markéta Míková z redakce Zdravotnictví a medicína, Františka Ertlová, Dana Krásová, Renata Všetečková, ředitel divize Medical Services Mladé fronty Karel Novotný, Kateřina Palinčáková, Radim Němec a Marie Křížová

Foto: archiv Mladé fronty



Mgr. Františka Ertlová, metodička vzdělávání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a držitelka čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství v soutěži Sestra roku 2015:

„Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství pro mne bylo, jak jsem již několikrát podotkla, zejména překvapením, ale o to víc si ho vážím. Vždy jsem se snažila dělat svoji práci dobře, a to na všech pozicích, kterými jsem za 45 let ve zdravotnictví prošla. Nikdy jsem neměla pocit, že nějakou práci dělám zbytečně, ať to byla práce sanitářky, sestry na interním oddělení či anesteziologické sestry, v neposlední řadě práce pedagogická a koncepční, kterou již 23 let vykonávám

v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

Určitě mi toto ocenění můj pracovní ani osobní život nezměnilo, lépe řečeno zůstala jsem stejná jako dřív. Stále upřednostňuji otevřenost, komunikaci a dobře odvedenou práci. Velmi si vážím pozitivního přístupu kolegyně ke své nominaci, za jejich podporu a posléze radost z mého ocenění a uznání. Je to vyjádření toho, že pokud jedinec svoji práci v jakékoli profesi dělá poctivě, je otevřený vůči lidem, práci nebere jen jako povinnost, je kladně naladěný a spokojený, může být úspěšný. Dobré pracovní podmínky pak mají velký vliv i na soukromý život, protože domů si tak můžete odnést pouze příznivou náladu a nějaké drobné nesrovnalosti v podobě nevyneseného koše či ponožek na nepatřičném místě vás nemohou v žádném případě vyvést z míry.

Soutěž Sestra roku je významnou událostí, na které jsou oceňovány sestry za svou výjimečnou a odpovědnou práci. Tak jako v žádné soutěži ani zde nemohou získat cenu všechny sestry, které by si ji zasloužily, protože většina z více než 123 tisíc registrovaných sester vykonává svoji práci zodpovědně, dobře a s pozitivním přístupem k situacím, které jim její výkon ztěžují. Ošetrovatelství a především práce sester má nezastupitelné postavení v péči o zdraví, a to ve všech oblastech zdravotnictví, kde sestry pracují mnohem samostatněji, než tomu bylo v minulosti. Rovněž musíme vzít na vědomí, že práce ošetrovatelského personálu, zejména sestry, je mnohem obtížnější z hlediska neustálého vývoje léčebných postupů, technického vybavení a zvyšování nároků na kvalitu poskytované péče. To klade vysoké požadavky na vzdělávání sester, které musí být v souladu s rozvojem ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech i s nejnovějšími vědeckými poznatky. Proto je důležité, aby oblast kvalifikačního vzdělávání souzněla s těmito požadavky, ale rovněž s příslušnými směrnici Evropské unie.

V současné době se zdravotnictví potýká s nedostatkem ošetrovatelského personálu. Domnívám se, že tento stav není způsoben malým počtem sester, ale pověstný pes bude zakopaný rovněž v nedostatečné organizaci ze strany poskytovatelů zdravotní péče, v zastoupení a zaměštnávání jednotlivých ošetrovatelských povolání, o jejich finančním ohodnocení nemluvě. Budeme-li mít na mysli, že ošetrovatelství je zejména týmová práce, měla by být v ošetrovatelském týmu zastoupena všechna ošetrovatelská povolání, s přesnou a jasnou specifikací činností. A pokud bude sestra opravdu vykonávat náročné ošetrovatelské činnosti, za které bude patřičně ohodnocena, a to nemyslím jen finanční stránku věci, bude si své práce vážit, bude mít zájem se neustále vzdělávat a být ve své profesi úspěšná.

Povolání všeobecné sestry je jedním z nejprestižnějších. Podle loňského průzkumu si Češi nejvíce váží lékařů, vědců, učitelů a právě sester. A pokud tomu tak má být i v budoucnu, je nezbytné sestry podpořit, motivovat a důsledně oceňovat jejich potřebnou práci.

Soutěž Sestra roku se významným způsobem podílí na zvýšení společenské prestiže tohoto povolání a jako taková by si zasloužila nejen větší mediální podporu, ale rovněž subvenci ze strany poskytovatelů zdravotních služeb a ze strany ministerstev, která v podstatě svými rozhodnutími určují, zda povolání sestry bude i nadále požívat stejné společenské vážnosti. A budoucím sestram bych přála, aby tato prestiž byla ještě vyšší.“



Kateřina Palinčáková,

ARO, hlavní konzultantka týmu chronických ran Nemocnice Valašské Meziříčí, držitelka titulu Sestra roku 2015 v kategorii Přímá ošetrovatelská péče a Sestra mého srdce 2015:

„Získání titulu Sestra roku můj život zajisté výrazně ovlivnilo. Má kariéra ve zdravotnictví měla plynulý vzestup, který souvisí i s jistým profesním zráním. Ovšem smršť, která se strhla po zveřejnění výsledků soutěže Sestra roku, měla výraznou amplitudu. Samozřejmě událost měla pozitivní i negativní následky. Pozitivně bych vzdvihla bezprostřední reakce ve svém okolí, jak v zaměstnání, tak v místě bydliště. Stala jsem se na chvíli svým způsobem celebritou. V zaměstnání to bylo zpočátku absolutně fantastické. Nemocnice Valašské Meziříčí se nachází kousek od slovenských hranic, a tak mé vítězství bylo bráno jako výhra srovnatelná s olympijskou medailí.

Poděkování z řad nejúžšího vedení nemocnice jsem vnímala jako překvapivě milé a štedré. Velice mě také překvapilo pozvání předsedy dozorců rady inženýra Tomáše Chreňka a jeho manželky na slavnostní oběd na zámeček Koloděje, kde mi



Jak Praha získala gama nůž

Článek připomíná události, které souvisely s pořízením Leksellova gama nože v Nemocnici Na Homolce v Praze, a stručně nastiňuje možnosti využití tohoto přístroje.

Již čtyřicet let Leksellův gama nůž (LGN) v pražské Nemocnici Na Homolce pomáhá pacientům. Připomeňme si okolnosti, které předcházely získání tohoto unikátního přístroje. Velký podíl na celém projektu má jaderný fyzik, publicista, autor a spoluautor desítek knih profesor František Janouch. Je jedním ze zakladatelů Nadace Charty 77 a předsedou její správní rady. Po roce 1975, kdy byl zbaven československého státního občanství, vědecky pracoval ve Švédsku a řadě dalších západních zemí.

Šetná neinvazivní léčba

Gama nůž se používá v radioterapii pro ozařování lézí v mozku. Umožňuje dosáhnout vysoké přesnosti zaměření ošetřované léze. Principem metody je záření gama z kobaltových zářičů, a odtud tedy název „gama nůž“. Druhý název – Leksellův – je odvozen od jména švédského chirurga Larse Leksella, který se zásadním způsobem podílel na vývoji nože. Na celém světě je dnes zhruba 300 těchto přístrojů, které se dále modernizují.

Název „nůž“ vyvolává představu malého operačního nástroje. Ve skutečnosti se jedná o 20 tun těžký přístroj, který se používá k radiační léčbě nitrolebních nádorů, cévních abnormalit a k ovlivnění některých funkčních onemocnění centrální nervové soustavy. Představuje šetrnou, neinvazivní metodu léčby, jejíž princip spočívá v jednorázovém cíleném ozařování postiženého místa. Pro nemocného znamená obrovskou úlevu od komplikací, jakými jsou např. krvácení či infekce, které mohou provázet obvyklý chirurgický zásah. Výhodou je, že výkon vyžaduje minimální délku hospitalizace a pooperační rekonvalescence. Samotná operace není bolestivá.



Gama nůž slouží v Nemocnici Na Homolce již 24 let

Ilustrační foto: archiv

Homolka dostala číslo 37

Otázkou stereotaxe a využití gama nože k terapeutickým účelům se zabýval švédský neurochirurg Lars Leksell již v 50. letech minulého století. První LGN se 179 zdrojů záření byl instalován pro experimentální účely ve Stockholmu v 60. letech. V roce 1969 byl úspěšně použit k inaktivaci nádoru sluchového nervu, o rok později byl vyléčen první pacient s cévní malformací. Roku 1974 byl instalován druhý LGN, také ve Stockholmu, s 201 zdroji záření. V druhé polovině 70. let se díky gama noži objevila nová možnost léčby nádoru mozkových plen. V roce 1985 byl nový typ LGN zakoupen nemocnicemi v Sheffieldu ve Velké Británii a Buenos Aires v Argentině. V dalších letech byl LGN instalován v Pittsburgu a Londýně. V říjnu roku 1992 byl LGN uveden do provozu na pracovišti stereotaktické a radiační neurochirurgie Nemocnice Na Homolce v Praze. Měl výrobní číslo 37 a byl osmý v Evropě. Pořízení mohl být díky celonárodní sbírce organizované Chartou 77 a kontu Míša. Bylo to jediné takové zařízení v zemích bývalého socialistického bloku.

Jak se zrodilo konto Míša

V červnu 1990 dostal profesor Janouch dopis od švédského velvyslance v Praze, mimo jiné i s korespondencí manželů B., kteří prosili o pomoc pro svého 11letého syna Míšu s vážnou arteriovenózní malformací. Jeho ošetřující lékařka MUDr. Vladárová zjistila, že by mu mohl pomoci zákrok na LGN ve Stockholmu. Lékaři v Karolinska Institutet

byli ochotni Míšu operovat. Výkon stál 84 280 švédských korun, což představovalo skoro patnáctiletý příjem celé rodiny. Velvyslanec Nilsson se obrátil s prosbou o pomoc na Nadaci Charty 77 ve Stockholmu. Nadace se rozhodla získat na tuto operaci peníze sbírkou, mimo nadační fondy. Největší švédské noviny *Expressen* zdarma uveřejnily celostránkový inzerát s fotografií Míši, příznivcům Charty byly rozeslány dopisy s prosbou o příspěvek. Obratem zareagovala světově známá spisovatelka Astrid Lindgrenová, která poslala 4280 švédských korun s poznámkou, že nyní snad bude snazší nasbírat zbývajících osmdesát tisíc. Během července se podařilo shromáždit více peněz, než bylo na operaci potřeba. Míša byl 28. srpna 1990 ve Stockholmu operován. Událost vyvolala široký ohlas ve sdělovacích prostředcích. Zanedlouho dostala Nadace Charty 77 žádost o financování dalších dvou operací. Nadace se v očích veřejnosti stávala poslední nadějí na získání peněz na operace stovek našich spoluobčanů, kterým naše zdravotnictví zatím nemohlo pomoci a pro které stát neměl prostředky na pomoc v zahraničí. Bylo těžké vysvětlit, že podobná akce se může Nadaci podařit jednou, možná dvakrát.

Obrovská sbírka, která svým rozsahem a dynamikou předčila i proslulou sbírku na obnovu zničeného Národního divadla v 19. století, proběhla také u nás. Na konto Míša přišlo obrovské množství lidí. Zato Československý stát do sbírky fakticky nepřídal nic.

Laboratoř ministerstva vnitra

Bylo zapotřebí obecnější, systémové řešení. S takovou představou a méně než 4000 dolary zbylými ze sbírky navštívili členové Nadace výrobce LGN, švédskou firmu Elekta. Dozvěděli se, že přístroj stojí přes 3 miliony dolarů. Firma však s ideou Nadace sympatizovala a slíbila poskytnutí podstatné slevy. Myšlenka opatřit přístroj pro Československo s pomocí sbírky naši veřejnost velmi oslovila. Těsně před sametovou revolucí byla v Praze dostavěna moderní Nemocnice Na Homolce, jejíž součástí byla i nevelká dvoupatrová budova, která měla sloužit jako zvláštní laboratoř ministerstva vnitra. Pro umístění 20tunového LGN byla ideální. Víze opatřit LGN získávala všeobecnou podporu. Chyběly „pouze“ prostředky. Jak je získat?

Charta 77 začala hledat spojence a nabídla spolupráci na projektu Olze Havlové, která byla předsedkyní nově zřízeného Výboru dobré vůle. První velký příspěvek, který na sbírku z Nadace přišel, byla Sonningova cena, půl milionu dánských korun, kterou na jaře 1991 dostal v Kodani Václav Havel. Na zakoupení LGN přispěla i řada velkých českých firem a několik firem zahraničních. Sběrka probíhala zcela spontánně. Lidé měli radost z politických změn a nabyté svobody, nechyběla jim chuť angažovat se, něco dobrého udělat. A záračný nůž, který dokáže operovat mozek, aniž je nutné otevřít lebku, zaujal a získal podporu nejen prostých občanů. Značně pomohl krátký dokumentární film s názvem *Neobyčejný nůž*, který vyrobil Originální videojournal. Dramatická „krvává“ operace mozku a v kontrastu s tím výkon pomocí LGN pomohly přesvědčit miliony našich občanů. Zahájení provozu pražského LGN 5. listopadu 1992 za přítomnosti prezidenta Havla se stalo významnou událostí. 6. listopadu byl den otevřených dveří pro školáky, resp. zástupce škol, které byly ve sbírce nejúspěšnější. Nakonec 7. listopadu byl LGN zpřístupněn pro veřejnost.

LGN v současnosti

Nelze zapomenout, že Leksellův gama nůž v Praze byl pořízen díky solidaritě milionů lidí dobré vůle. Provedl již více než 10 tisíc výkonů (první přístroj) a spektrum léčebných diagnóz se časem významně rozšířilo. Původně nejčastější diagnózou byla arteriovenózní malformace, pak přišly na řadu nejrůznější benigní a maligní nádory. V poslední době se LGN často používá i k operaci metastáz v mozku, které jsou relativně jednoduše „odstranitelné“ s pomocí krátkého a v podstatě ambulantního zákroku fokusovanými gama paprsky. Dnes se pražský LGN řadí mezi přední na světě nejen podle počtu provedených výkonů – zhruba přes 1000 za rok, v roce 2015 jej využilo 1044 klientů, pro srovnání v roce 1993 to bylo kolem 200 klientů (světový průměr je zhruba 260 operací ročně) –, ale i co se týče šíře diagnostického záběru a úspěšnosti léčby. V některých oblastech provádí pražský LGN dokonce pionýrský výzkum nových léčebných postupů. Zasluhu na tom má zkušený a obětavý tým lékařů a radiologů, který přístroj obsluhuje. V dnešní době je původní LGN nahrazen nejmodernějším existujícím přístrojem, který má název Perfexion (v Praze od roku 2010). Obdobné moderní zařízení, tzv. kybernetický nůž (CyberKnife), mají ve FN Ostrava. Na rozdíl od gama nože, který jako svůj zdroj využívá přirozený radioizotop, ostravský využívá umělé záření.

PhDr. Bára Kvapilová,
ZZS ZK, výjezdové stanoviště Rožnov pod Radhoštěm, ybaray@gmail.com



29. BŘEZNA 2017
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

Sestra roku



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

17. ročník soutěže vyhlášené vydavatelským domem Mladá fronta a. s., divizí Medical Services a měsíčníkem Zdravotnictví a medicína

Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat
toto prestižní
ocenění
těm, kteří si
jej opravdu
zaslouží!

Titul Sestra roku je
udělován ve dvou
kategoriích:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
- Sestra v managementu a vzdělávání

Redakce časopisu
Zdravotnictví
a medicína uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek 31. 12. 2016

Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: www.sestraroku.cz

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložení na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2016“ na adresu redakce

časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2016. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2016“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávkování soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2017 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: www.sestraroku.cz

V případě dotazů pište na adresu: sestraroku@mf.cz

Využijte také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra

ZÁŠTITY

GENERÁLNÍ PARTNER



O krok dál
pro zdraví



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



www.sestraroku.cz

MEDICAL SERVICES



Sestra roku



Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2016 v kategorii:

Sestra v přímé ošetrovatelské péči

Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) PSČ
Kontaktní adresa
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
.....
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví
Publikační činnost
Přednášková činnost
Jazykové znalosti
Zahraniční stáže

Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace.

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační

společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?



Discovery AWARD 2015

V pražském Karolinu byly uděleny výroční ceny Discovery AWARD za rok 2015 pro vědecké pracovníky do 40 let.



Oceněný MUDr. Ján Rosa, Ph.D., ve společnosti prof. Romana Prymuly (vlevo) a PharmDr. Zdeňka Blahuty
Foto: archiv společnosti Novartis

Do 5. ročníku soutěže se přihlásilo třináct vědeckých prací z oblasti medicíny a farmacie. Odborníky z hodnotící komise letos zaujala témata transplantace tkání produkujících inzulín a invazivní způsob léčby arteriální hypertenze.

Výroční ceny Discovery AWARD se udělují ve dvou kategoriích. V kategorii Inovativní klinické, diagnostické a preventivní přístupy získal letos cenu MUDr. Ján Rosa, Ph.D., z Centra pro arteriální hypertenzi III. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha, a to za studii Prague-15: katetrizační radiofrekvenční renální denervace jako nový způsob léčby arteriální hypertenze.

Ocenění v oblasti základního výzkumu v biomedicině získal RNDr. Tomáš Koblas, Ph.D., z Institutu klinické a experimentální medicíny – Centra experimentální medicíny

Praha za práci Reprogramming of Pancreatic Exocrine Cells AR42J Into Insulin-producing Cells Using mRNAs for Pdx1, Ngn3 and MafA Transcription Factors.

Výroční ceny Discovery AWARD jsou udělovány společností Novartis vědeckým pracovníkům do 40 let, kteří se zasloužili o výjimečný posun v medicínském či farmaceutickém výzkumu. Společnost tak chce podpořit zejména mladou generaci vědců a motivovat je k další práci v České republice.

Více informací najdete na: www.discoveryaward.eu.

(red)

Cena Technologické agentury ČR

Tým prof. Pokorného z I. ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol vyvinul ultravysokomolekulární polyetylen (UHMWPE) pro kloubní náhrady.

Projekt zvítězil v kategorii Řešení pro kvalitu života. Na slavnostním večeru v Národním muzeu v Praze obdržel i Cenu budoucnosti na základě hlasování přítomných čestných hostů. Jak uvedl prof. MUDr. David Pokorný, CSc., první náhrady kloubů, používané v 70. letech minulého století, vydržely 10 až 15 let. Dnes už se používají materiály s trvanlivostí 30 a více let. „Modifikací molekul polyetylenu dosahujeme mnohem lepších vlastností a hlavně delší životnosti kloubních implantátů tak, aby nebyly nutné reoperace. Náhrady z nově vyvíjeného materiálu – ultravysokomolekulárního polyetylenu (UHMWPE) – by mohly vydržet v těle pacienta 50 a více let.“ Prof. Pokorný dále řekl, že díky jeho týmu a kolektivu doc. RNDr. Miroslava Šloufa, Ph.D., z Ústavu makromolekulární chemie Akademie věd ČR se podařilo v ČR zachytit aktuální trendy výzkumu a dosáhnout objektivních vlastních výsledků, které pomáhají především ortopedickým chirurgům zorientovat se v množství dodávaných implantátů a zavádět pacientům kloubní náhrady v nejvyšší možné kvalitě.

„Výsledek profesora Pokorného a jeho spolupracovníků představuje nejen přínos pro budoucí pacienty, ale zároveň ilustruje i šíři vědecké práce první lékařské fakulty, která pokrývá celé spektrum výzkumu od základního po aplikovaný a inovace napříč medicínskými obory,“ řekl děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc. Tým autorů tohoto vědeckého programu již v roce 2007 patentoval technologii výroby modifikovaného UHMWPE nové generace, která je v posledních osmi letech užívána k výrobě kloubních náhrad českou firmou Beznoska. Českým výrobcům je tak k dispozici vlastní patentovaný polyetylen, který je v některých parametrech lepší než podobné zahraniční materiály. (red)

Grantová agentura ocenila vědce

Cena předsedy Grantové agentury České republiky je každoročně udělována čtyřem mimořádně kvalitním projektům.

Letos cenu získali čtyři řešitelé nejlepších projektů základního výzkumu. Klasička filoložka PhDr. Alena Hadravová, CSc., z Ústavu pro soudobé dějiny AV ČR byla oceněna za interdisciplinární výzkum historického vývoje představ o hvězdné sféře od středověku po raný novověk. Fyzikálka RNDr. Kateřina Kůsová, Ph.D., z Fyzikálního ústavu AV ČR obdržela ocenění za průlomový objev ve výzkumu křemíkových nanokrystalů. Biolog řeckého původu Dr. Michail Kotsyfakis, Ph.D., vedoucí laboratoře genomiky a proteomiky vektorů Parazitologického ústavu Biologického centra AV ČR, byl oceněn za výzkum slin klíšťat a prof. Dr. Ing. Tomáš Vampola z Fakulty strojní ČVUT za základní výzkum individuální hlasivkové náhrady, na kterém spolupracuje s kolegy z dalších pracovišť.

„Hlavními kritérii pro udělení ceny jsou kvalita, originalita, význam a mezinárodní ohlas projektů základního výzkumu,“ řekl předseda Grantové agentury ČR prof. RNDr. Ivan Netuka, DrSc. „Všechny oceněné projekty tato kritéria splnily a cenu získali vědci, kteří dosáhli vskutku excelentních výsledků. Budeme rádi, pokud naše cena přispěje k informovanosti širší veřejnosti o základním výzkumu a jeho významu a bude motivovat mladou generaci k vědecké dráze.“ (red)



Laureáti cen Grantové agentury ČR. V první řadě zleva prof. Dr. Ing. Tomáš Vampola, PhDr. Alena Hadravová, CSc., RNDr. Kateřina Kůsová, Ph.D., a Dr. Michail Kotsyfakis, Ph.D.
Foto: archiv GA ČR



Státní vyznamenání pro dva lékaře

Medailí Za zásluhy I. stupně vyznamenal prezident republiky Miloš Zeman u příležitosti státního svátku 28. října také dva lékaře – ředitele Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí doc. Jaroslava Feyereisla a vojenského lékaře Pavla Budinského.



Doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., se narodil v roce 1954. Působil mj. na Univerzitní ženské klinice ve švýcarském Bernu, ředitelem ÚPMD je od roku 2000. Je členem významných institucí a vědeckých rad, předsedou České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Provedl porod prvních českých paterčat.

Plk. v záloze **MUDr. Pavel Budinský, Ph.D., MBA**, se narodil v roce 1959. Od roku 2007 je předsedou Československé obce legionářské. Nynější provozně-technický náměstek FN

Motol v Praze sloužil na počátku 90. let jako vojenský lékař v operaci Pouštní bouře. Prošel také mírovými misemi na území bývalé Jugoslávie, byl členem operací UNPROFOR, UNTAES, UNCRO či IFOR. Za službu v armádě byl několikrát oceněn, je například držitelem Záslužného kříže ministra obrany.

(red)



Nadace AGEL patronem domu Gloria

Nadace AGEL slavnostně převzala dlouhodobý patronát nad Azylovým domem Gloria, který v Praze na Barrandově pomáhá matkám s dětmi v těžké životní situaci. Nadace spolupracuje s tímto azylovým domem již od počátku roku.

Akce proběhla za účasti kardinála Dominika Duky, ředitele Arcidiecézní charity Praha Jaroslava Němce, předsedkyně dozorčí rady Nadace Dušany Chrenkové a předsedy dozorčí rady akciové společnosti AGEL Ing. Tomáše Chrenka.

„Vážíme si každého daru, ale nabídka dlouhodobého patronátu nás velmi potěšila. Jsme rádi, že můžeme kontinuálně spolupracovat s tak silnou společností,“ řekl během setkání kardinál Duka.

Jak uvedl Tomáš Chrenek, každá pomoc potřebným je důležitá a cenná. Řekl, že čím více Nadace poznávala činnost azylového domu, tím bylo zřejmější, že nejužitečnější bude pomoc dlouhodobá, díky níž se řada investic i aktivit může lépe plánovat a provozovatelé tak získají pro svou zásluhou práci tolik potřebný klid a jistotu. Dušana Chrenková na setkání představila některé aktivity nadace.

„V Nadaci AGEL jsme našli stabilního partnera, který nám pomůže překonat finanční nejistotu plynoucí z jednoletého dotačního systému a z nedostatečné výše provozní dotace,“ ocenil patronát ředitel Arcidiecézní charity Praha Ing. Jaroslav Němec.

Hlavním posláním Azylového domu Gloria je pomáhat matkám v životní krizi, kdy ztrácejí střechu nad hlavou, což bývá spojeno i s odebráním dětí do ústavní péče. Ročně poskytne přechodné ubytování přibližně stovce matek a jejich dětem. Nadace AGEL pomáhá potřebným lidem a organizacím z celé České i Slovenské republiky již od roku 2011.

(red)

APO ocenila projekty patientských organizací

Setkání absolventů vzdělávacího projektu Akademie patientských organizací APO Alumni 2016 se konalo pod záštitou velvyslance Francie v ČR Charlese Malinase v prostorách francouzské ambasády. Na setkání byli vyhlášení laureáti historicky první APO ceny.

Vzdělávací projekt, který zastřešuje Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP), uzavřel svůj čtvrtý ročník. Mezi hosty slavnostního setkání byli zástupci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, Světové zdravotnické organizace (WHO) v České republice a náměstkyně ministra zdravotnictví Lenka Teska Arnoštová, která patientské organizace dlouhodobě podporuje.

V České republice působí více než 230 patientských organizací. Ucelený systém jejich vzdělávání zatím neexistuje, proto v roce 2012 vznikla pod hlavičkou AIFP Akademie patientských organizací. Letošní ročník nabídl semináře z oblasti fundraisingu, sociálních médií a PR nebo managementu. „Naším cílem je pomáhat patientským organizacím, aby mohly fungovat samostatně a nezávisle. Jsou důležitou součástí zdravot-



Na setkání APO zleva Zuzana Komárková z AIFP, Romana Skála-Rosenbaum z Parkinson-Help, Lenka Teska Arnoštová, Jana Drexlerová z Mamma Help a Alena Štefllová z WHO

Foto: archiv AIFP

nického systému a podílejí se na jeho zlepšování,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

V kategorii Nejlepší probíhající projekt zvítězilo sdružení Mamma Help s projektem „Říct to dětem“, který řeší jak sdělit dětem, že jejich matka je nemocná. V kategorii Nejlepší projektový záměr byl oceněn projekt „Rodina s Parkinsonem“ sdružení Parkinson-Help, z. s. Díky APO ceně získávají organizace prostředky na medializaci či realizaci projektu. „Společnost vnímá parkinsoníky, jako kdyby měli chřipku. Říkají nám, ať se přemůžeme, ale nechápou, že to kvůli nemoci nejde. Náš projekt jim ukáže, jakým problémům reálně čelíme a jak nám mohou v běžných každodenních situacích pomáhat,“ vysvětlila Romana Skála-Rosenbaum ze sdružení Parkinson-Help. (red)



NECHCEŠ UDĚLAT CHYBU CHCEŠ TUTTOCAFFÈ



Cafissimo
TUTTOCAFFÈ





Nové knihy

Alena Adamíková a kol.

Kombinovaná anti-diabetická terapie s inzulínem při DM 2. typu



Rozsah: 104 stran
Cena: 320 Kč
ISBN: 978-80-204-4224-6
Vydavatel: Mladá fronta, edice Postgraduální medicíny

Diabetes mellitus 2. typu je progresivní onemocnění charakterizované porušenou inzulínovou senzitivitou, redukcí inzulínové sekrece a postupným selháváním funkce beta-buněk. Doporučení pro léčbu diabetu zdůrazňují dosažení individuálních cílových hodnot kompenzace efektivní a bezpečnou terapií, která může zlepšit perspektivy pacienta. Včasná kombinace anti-diabetik včetně inzulínu podle možností a potřeby pacienta je často nezbytná. Při kombinované anti-diabetické terapii se využívá komplementárního mechanismu účinku léků, které zasahují přímo do patofyziologie onemocnění.

Publikace vychází z praktických zkušeností diabetologů, ať už pracujících v ambulancích, nebo na nemocničních odděleních, kde jsou řešeny akutní i pozdní diabetické komplikace. Je určena diabetologům, internistům a praktickým lékařům pečujícím o diabetiky.

Martin Polák

Urgentní příjem

Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu 2., přepracované a doplněné vydání



Rozsah: 768 stran
Cena: 682 Kč
ISBN: 978-80-204-3939-0
Vydavatel: Mladá fronta, edice Postgraduální medicíny

Autor se věnuje nejčastějším stavům, s kterými se může lékař na oddělení urgentního příjmu setkat, především stavům interní povahy. Součástí publikace jsou seznamy léků pro urgentní použití, kapitoly o třídění pacientů, kteří přicházejí na oddělení urgentního příjmu, o dokumentaci na urgentních příjmech, o zá-

sadách transportu pacientů v rámci nemocnice a kapitola o péči o pacienty v terminálním stadiu onemocnění. První vydání publikace bylo rychle rozzebráno a druhé obsahuje řadu nových a přepracovaných kapitol, včetně vybraných diagnostických a terapeutických algoritmů na urgentním příjmu.

Martina Vašáková, Rađim Bečvář, Milan Lukáš, Martina Šterclova, Hikmet Al-Hiti

Plicní postižení u systémových nemocí pojiva a idiopatických zánětů v gastroenterologii



Rozsah: 208 stran
Cena: 320 Kč
ISBN: 978-80-204-4044-0
Vydavatel: Mladá fronta, edice Postgraduální medicíny

Knihy přináší přehled možných postižení plicní tkáně a cév u systémových nemocí pojiva včetně vaskulitid, u idiopatických střevních zánětů a autoimunitních hepatitid, nechybí ani návod, jak tato postižení diagnostikovat a léčit. Revmatologická část se věnuje definici, epidemiologii a obecné charakteristice dané nemoci s uvedením klinického obrazu, včetně fenotypů, výčtu cílových tkání a orgánů, diagnostického přístupu, principů léčby a prognózy. Plicní část obsahuje výčet typů plicních postižení, specifické diagnostické postupy a léčbu podle jednotlivých fenotypů. Vaskulární plicní část se zabývá arteriální plicní hypertenzí - zda bývá přítomna, jak často, je-li třeba u dané nemoci provádět screening plošně, jak diagnostikovat a léčit.

Kateřina Menšíková, Martin Bareš, Petr Kaňovský a kol.

Atypické parkinsonské syndromy



Rozsah: 277 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-7492-223-7
Vydavatel: Galén

Významný pokrok v poznání biologie neurodegenerativních onemocnění zapříčinil zásad-

ní posun v chápání taxonomie a nosologie onemocnění manifestujících se parkinsonským syndromem. Znalost patologického korelátu příslušného onemocnění zcela změnila způsob klasifikace poruch, nazývaných atypické parkinsonské syndromy. Nemoci z tohoto okruhu jsou v monografiích popsány a komentovány nejen z hlediska současných klinických diagnostických kritérií, ale i posledních taxonomických trendů, založených na ultrastrukturálních histopatologických studiích.

Pavel Kolář, Miloš Máček a kolektiv
Základy klinické rehabilitace



Rozsah: 167 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-7492-219-0
Vydavatel: Galén

Učebnice přináší studentům lékařských fakult soubor základních poznatků z oboru rehabilitace. Text mohou využívat také studenti fyzioterapie v bakalářském programu.

Milan Halenka, Zdeněk Fryštáček

Atlas ultrasonografie štítné žlázy



Rozsah: 256 stran
Cena: 995 Kč
ISBN: 978-80-7345-455-5
Vydavatel: Maxdorf

Atlas obsahuje několik set podrobně popsaných ultrasonografických obrazů štítné žlázy a může sloužit jak pro přípravu na atestaci v endokrinologii a zobrazovacích metodách, tak pro každodenní praxi.

Eva Sedláčková, Viera Bajčiová a kol.

Neuroendokrinní nádory



Rozsah: 373 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-7345-468-5
Vydavatel: Maxdorf

Pojem neuroendokrinní nádory zahrnuje heterogenní skupinu nádorů pocházejících ze sekrečních buněk neuroendokrinního systému. Nejčas-

těji jsou tyto neoplazie lokalizovány v pankreatu, plicích, tenkém střevě či apendixu, mohou však vzniknout ve velkém počtu dalších orgánů. Historicky nejznámějším neuroendokrinním tumorem je karcinoid. Monografie velkého autorského kolektivu seznamuje onkology i lékaře dalších odborností s aktuálním stavem diagnostiky a terapie těchto nádorů, které již dávno nelze považovat za vzácné.

Milan Nakonečný

Obecná psychologie



Rozsah: 664 stran
Cena: 799 Kč
ISBN: 978-80-7387-929-7
Vydavatel: Triton

Publikace zobecňuje vědecko-empirické poznatky základních psychologických věd, které podrobněji zkoumají základní činitele lidské psychiky, aspekty jejího vývoje, její biologické a sociokulturní determinanty a také historický vývoj pojetí psychologie, jejích konceptů, metodologie, teorie psychiky, systematizaci psychologických jevů a oborů a další teoretické otázky. Jádrem knihy tvoří teoretický úvod a tři tematické části: psychické procesy, osobnost a psychologické směry.

Wendy Holden

Narodili se, aby přežili



Rozsah: 312 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-204-3800-3
Vydavatel: Mladá fronta

Mezi milionem obětí holokaustu, které byly v roce 1944 poslány do koncentračního tábora Auschwitz-Birkenau, prošly Priska, Rachel i Anka jeho branami s tajemstvím - všechny tři právě otěhotněly a svému osudu musely čelit samy, bez manžela. S obrovským strachem z budoucnosti, poté, co už ztratily tolik svých blízkých, se tyto mladé ženy upnuly k tomu jedinému, co jim v životě zbylo: zachránit sebe a své nenarozené dítě. Jedna z matek pocházela z Třebechovic pod Orebem, druhá z Bratislavy a třetí z polské Lodže. Kniha mapuje neuvěřitelné příběhy

těchto tří žen - nejdříve z Osvětimi, pak z německého pracovního tábora, kde, polomrtvé hlady a udržené z nelidské práce, se snažily zakrýt svůj stav. A nakonec je čekala pekelná 17denní cesta vlakem stísněnými dalšími vězni přes západní a jižní Čechy do tábora smrti v rakouském Mauthausenu...

Marta Davouze

Loď v Bretani

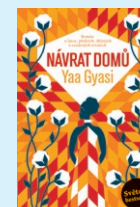


Rozsah: 240 stran
Cena: 279 Kč
ISBN: 978-80-204-4185-0
Vydavatel: Mladá fronta

Po bestselleru „Dům v Bretani“ přichází autorka s dalšími příběhy z jejího bretaňského domova, ze svých cest do Česka a z dovolených po Evropě. Jako obvykle jsou její historiky zábavné, mísí se v nich laskavý humor se sarkastickými postřehy, přičemž nešetří nikoho, ani sebe. Jednu kapitolu pojala formou fiktivního interview pro tisk. Odpovídá v něm na nejčastější dotazy, které jí publikum klade, text však obsahuje i hlubší reflexe o lidském bytí.

Yaa Gyasi

Návrat domů



Rozsah: 288 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-204-3937-6
Vydavatel: Mladá fronta

Dvě sestry, Effia a Esi, dcery různých otců, ale stejné matky, se v Ghaně narodí ve dvou různých vesnicích a jedna o druhé nevědí. Effii provdají za Angličana a ona vede pohodlný život v přeplněných komnatách pevnosti Cape Coast. Její potomci budou jezdit za vzděláním do ciziny a po návratu na Zlaté pobřeží získají úřednická místa ve správě kolonií. Esi, uvězněná hluboko pod Effií v ženské kobce pevnosti a pak poslaná na loď do Ameriky, bude prodána do otroctví.

Román se táhne od ghaneských válek k otrokářství a občanské válce v Americe, od uhelných dolů na americkém jihu k Velké migraci do Harlemu 20. století, prochází příběhy, osudy a zeměmi.

Vzdělání zdravotnického záchranáře

Jsem zaměstnaná u zdravotnické záchrané služby jako zdravotnický záchranář v 11. platové třídě na základě vzdělání na vyšší odborné škole (VOŠ) zdravotnické, obor diplomovaný zdravotnický záchranář. Dále jsem si dodělala vysokoškolské vzdělání (Bc. i Mgr.), ale nikoli se zdravotnickým zaměřením. Personálka mi však vzdělání nepřiznal a stále mi odečítá léta za nesplněnou výši zdravotnického vzdělání. Myslím si, že neprávem, protože odbornost splňuji (VOŠ a další vzdělání). Nebo nemám pravdu?

odpovídá Mgr. Petra Maryšková



Z pohledu zákonných ustanovení, a to konkrétně § 18 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, splňuje tazatelka podle jí poskytnutých informací svým zdravotnickým vzděláním podmínku odborné způsobilosti pro výkon povolání zdravotnického záchranáře, a to z důvodu splnění podmínky nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách.

Zdravotnický záchranář je pak povolání, které je v souladu s katalogem prací ve veřejných službách, stanoveným nařízením vlády č. 222/2010 Sb., zařazováno do 9.-11. platové třídy, přičemž zaměstnanec je zařazen

do takové platové třídy, v níž je podle katalogu zařazena nejnižší práce, jejíž výkon zaměstnavatel po zaměstnanci požaduje. Podmínkou odbornosti a zařazení do 11. platové třídy tedy v případě odpovídající náročnosti práce tazatelka splňuje.

Dále, jak správně uvádí, je pak – podle § 4 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě – zaměstnanec zařazen do platové skupiny v dané platové třídě podle započítatelné praxe. Z této doby započítatelné praxe se však podle ustanovení § 4 odst. 7 uvedeného nařízení v případech, kdy zaměstnanec nedosáhne stupně vzdělání stanoveného pro danou platovou třídu, odečítá definovaná doba praxe, a to v závislosti na konkrétní platové třídě a skutečně dosaženém vzdělání.

V konkrétním případě 11. platové třídy a zaměstnance s vyšším odborným vzděláním pak zaměstnavatel odečítá 3 roky započítatelné praxe. Nicméně pokud zaměstnanec v souladu s ustanovením § 4 odst. 9 uvedeného nařízení dosáhne v průběhu pracovního poměru vyššího vzdělání, než podle kterého mu byla naposledy určena započítatelná praxe, přičte mu zaměstnavatel dobu odpovídající dosaženému vzdělání, kterou mu odečetl. Je nutné zdůraznit, že to platí i v případech, kdy studijní obor nově dosaženého vzdělání nekoresponduje s oborem, v němž je zaměstnanec zaměstnán, neboť odbornou způsobilost pro výkon dané práce v určité platové skupině již zaměstnanec splňuje a zařazení do platové skupiny je pak spíše určitou motivací pro zaměstnance s vyšším vzděláním a delší započítatelnou praxí.

Návrat do práce po rodičovské dovolené

Před mateřskou dovolenou jsem pracovala jako sestra na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Pak jsem odešla na mateřskou s prvním dítětem. Když byly synovi dva roky, narodila se ještě dcera, doma jsem byla celkem 5 let. Půl roku před skončením rodičovské dovolené jsem písemně informovala zaměstnavatele o svém úmyslu vrátit se do práce s tím, že bych se ráda dohodla na termínu návratu. Na personálním oddělení mě odkázali na osobní schůzku po datu předpokládaného termínu nástupu a na ní mi sdělili, že na původní místo už se mnou nepočítají. Nabídl mi místo sestry v léčebně dlouhodobě nemocných, nebo si prý mám hledat práci jinde. Je takový postup správný?

odpovídá JUDr. Pavel Zajíc



V souvislosti s porodem a péčí o narozené dítě přísluší zaměstnankyni mateřská dovolená po dobu 28 týdnů; porodila-li dvě nebo více dětí, přísluší jí mateřská dovolená po dobu 37 týdnů. K prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnankyni nebo zaměstnanci na jejich žádost rodičovskou dovolenou. Rodičovská dovolená přísluší matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte, a to v rozsahu, o jaký požádají, ne však déle než do doby, kdy dítě dosáhne věku tří let. V době čerpání rodičovské dovolené požívá zaměstnankyně či zaměstnanec ochrany před



ilustrační foto: Shutterstock

jednostranným rozvázáním pracovního poměru ze strany zaměstnavatele.

Při návratu zaměstnance z rodičovské dovolené, kterou čerpal v rozsahu doby, po kterou je zaměstnankyně oprávněna čerpat mateřskou dovolenou, je zaměstnavatel

Dovolená při nerovnoměrně rozvržené pracovní době

Pracuji v nepřetržitém provozu s nerovnoměrně rozvrženou pracovní dobou. Zaměstnavatel nám teď přepočítal nárok na dovolenou z 25 dnů na 19 ročně. Má na to právo, když v kolektivní smlouvě je napsáno, že každý zaměstnanec má nárok na 25 dní dovolené? Jsem povinen brát služby nad rámec svého pracovního rozvrhu, což se děje, když si někdo z nás vezme dovolenou (dá se říci, že si dovolenou napracováváme)?

odpovídá JUDr. Ivan David



Obecně platí, že čerpá-li dovolenou zaměstnanec s pracovní dobou nerovnoměrně rozvrženou na jednotlivé týdny nebo na období celého kalendářního roku, přísluší mu tolik pracovních dnů dovolené, kolik jich podle rozvržení pracovní doby připadá na dobu jeho dovolené v celoročním průměru (§ 213 odst. 4 zákoníku práce).

Dále platí, že pokud kvůli určitým překážkám v práci zaměstnanec „nenapravuje“ potřebné penzum práce pro vznik nároku na dovolenou v celém rozsahu, dochází k odpovídajícímu krácení tohoto nároku (podrobná pravidla jsou obsažena v § 223 zákoníku práce). Není mi bohužel znám obsah kolektivní smlouvy tazatele, a tedy nevím, zda smlouva v nějakém ohledu tento obecný zákonný režim modifikovala, nebo nikoli.

Pokud jde o druhý dotaz: je-li „službami nad rámec pracovního rozvrhu“ míněna práce přesčas, tak zde opět obecně podle zákona platí, že zaměstnavatel ji zaměstnanci nařídít může, avšak pouze z vážných provozních důvodů a současně maximálně na 8 hodin týdně, resp. 150 hodin ročně. Ani zde mi bohužel není znám obsah pracovní smlouvy tazatele, potažmo kolektivní smlouvy; z nich by mohla pro zaměstnavatele vyplývat možnost nařizovat práci přesčas ve větším, ale i menším rozsahu.

tel povinen zařadit zaměstnance na jeho původní práci a pracoviště. Není-li to možné, protože původní práce odpadla nebo jeho pracoviště bylo zrušeno, zařadí jej zaměstnavatel podle pracovní smlouvy. Ochrana tohoto zaměstnance je tedy stejná jako v případě zaměstnankyně nastupující do práce po mateřské dovolené.

Odlíšná je však situace v případě, kdy se z rodičovské dovolené vrací zaměstnankyně (zaměstnanec), kteří ji čerpali po dobu delší, než je rozsah doby, po kterou je zaměstnankyně oprávněna čerpat mateřskou dovolenou. V takovém případě je zaměstnavatel povinen „pouze“ přidělovat práci podle pracovní smlouvy, tedy nemusí se jednat o stejné místo, ale musí se jednat o práci v souladu s pracovní smlouvou.

Ke zcela konkrétní odpovědi by bylo potřeba znát důvody, proč zaměstnavatel s tazatelkou „nepočítá“ na původní místo. Pokud její původní práce sestry na ARO odpadla nebo bylo její pracoviště zrušeno, měl by ji zaměstnavatel zařadit podle pracovní smlouvy, tj. popřípadě i jako sestru v léčebně dlouhodobě nemocných. V ostatních případech by měl zaměstnavatel tazatelku zařadit na její původní práci a pracoviště.



Ilustrační foto: Shutterstock

Očkování není jen pediatrický problém. Seniori je podceňují

V souvislosti s ochranou proti infekčním onemocněním preventabilním očkováním se pozornost zaměřuje zejména na vakcinaci dětských pacientů. Méně se již myslí na populaci seniorů a chronicky nemocné, pro něž infekce a jejich komplikace mohou mít závažné, až život ohrožující následky.

Pro posílení povědomí o ochraně seniorské populace vakcinací zařadila Postgraduální akademie divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta do svého vzdělávacího cyklu seminář na téma „Vakcinace – od pediatrie ke geriatrii aneb nejen děti potřebují očkování“. Akce se konala v Praze pod záštitou České vakcinologické společnosti ČLS JEP; garantem odborného programu byl předseda společnosti prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

Příspěvky odborníků se tentokrát zaměřily na význam očkování proti papilomavirovým onemocněním, na očkování proti chřipce, problematiku herpes zoster, vakcíny proti pneumokokovým nákazám, na komplikace klíšťové encefalitidy a v neposlední řadě na problémy spojené se stárnutím imunity a polymorbiditou seniorů ve vztahu k účinnosti očkování. Přednášející z oborů vakcinologie, infektologie, imunologie a gynekologie se společně zamýšleli nad otázkami přínosů a výzev zejména v oblasti očkování seniorů.

HPV vakcinace – ochrana před více karcinomy
Očkování proti lidským papilomavírům (HPV) je v po-

sledních letech spojováno především s ochranou proti karcinomu děložního hrdla. Jak připomenul doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D., dostupné vakcíny (bivalentní, kvadrivalentní a nonavalentní) chrání i před vznikem dalších karcinomů spojených s HPV infekcí (karcinomem hlavy a krku, anu, penisu či vulvy), stejně jako před rozvojem kondylomat (*condylomata accuminata*), přenášených sexuálním stykem. HPV se podle slov přednášejícího považuje za druhý nejsilnější karcinogen po tabáku! Ačkoli u 90 % infikovaných karcinom děložního hrdla nevznikne, jedná se celosvětově o třetí nejčastější karcinom u žen. Jeho prevalence v ČR je vysoká, až pětinásobná ve srovnání s některými evropskými státy; důvodem je především to, že české ženy zanedbávají screening. Výhodou očkování proti HPV je, že představuje primární prevenci karcinomu děložního hrdla (nádor vůbec nevznikne), na rozdíl od screeningu tohoto onemocnění, jehož smyslem je záchyt prekancerózních lézí nebo nádorů v časném a vyléčitelném stadiu. Očkování proti HPV je určeno zejména dívkám, které ještě neměly sexuální styk, jeho význam však byl potvrzen i u žen,

kteří již sexuální styk měly (ochrana proti ostatním typům HPV), a dokonce u žen s prekancerózou po konizaci děložního hrdla (snižuje riziko rekurence). Očkovat s cílem zabránit šíření infekce lze i chlapce.

Klíště nepřenáší jen boreliózu

V souvislosti s možnou nákazou přenášenou klíšťaty se lidé v současnosti obávají zejména boreliózy, jak uvedla v dalším příspěvku MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., naproti tomu povědomí o klíšťové meningoencefalitidě (KME) je mnohem nižší, ačkoli se jedná o onemocnění mnohem závažnější. KME je relativně časté onemocnění, spojené se závažnými komplikacemi, dlouhou rekonvalescencí i doživotní invalidizací. Častými komplikacemi jsou parézy, hluchota, závratě a další poruchy, mnohdy ne plně reparable. Nebezpečná je KME zejména pro starší jedince, naopak u dětí mívá lehčí průběh. Léčba tohoto virového onemocnění je pouze symptomatická, jedinou účinnou ochranou je očkování. Ačkoli jsou k dispozici cenově dostupné a pojišťovnamí částečně hrazené vakcíny, proočkovanosť u nás je velmi nízká a ri-



Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., byl garantem odborného programu

Foto: Jana Schrammová

ziko možné nákazy se podceňuje. V ochraně před infekcí se podle doktorky Roháčkové nelze spoléhat na ochranné prostředky, jako jsou repelenty nebo oděv, které mají zabránit přisátí klíštěte, ani na zdánlivou „imunitu“, pokud měl člověk v minulosti již množství klíšťat. Onemocnět závažnou formou KME totiž může i mladý a zdravý člověk.

Problém chřipky – komplikace

Na nebezpečí nákazy chřipkovým virem u seniorů upozornila doc. MUDr. Vilma Marešová, CSc. Zejména u jedinců s komorbitami chřipka často zhoršuje základní onemocnění (kardiovaskulární, neurologické, hematologické, onkologické...) a je zdrojem závažných komplikací. Mezi ty vzhledem k afinitě chřipky k dýchacím cestám patří především pneumonie, ale časté jsou i komplikace mimoplicní, na něž se ale podle docentky Marešové málo myslí. V případě pandemických chřipek byl mimo jiné prokázán dvojnásobně vyšší výskyt srdečního selhání u nemocných. Průběh chřipky lze zmírnit virostatiky, avšak ta se musejí podat do 48 hodin, mají-li být účinná. Primární účinnou ochranu proti chřipce představuje očkování, které sice zabrání onemocnění jen v 60 % případů, avšak u zbylých očkovaných bývá průběh onemocnění mírnější a bez komplikací. Očkování se doporučuje u seniorů nad 65 let, u pacientů s vybranými chronickými onemocněními a imunosuprimovaných je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Vakcína pro „lepší kvalitu života“

Herpes zoster (HZ, pásový opar) je zatěžující bolestivé onemocnění, jehož původcem je virus *varicella zoster* (VZV), způsobující rovněž plané neštovice. Onemocnění vzniká jako endogenní reaktivace viru, riziko stoupá s vyšším věkem a při imunosupresi. O problematice informoval doc. MUDr. Jan Smetana, Ph.D. V současnosti je k dispozici vakcína proti HZ, která je určena k imunizaci jedinců nad 50 let věku (nikoli k prevenci vzniku onemocnění způsobeného VZV u dětí). Smyslem očkování je zabránění výsevu HZ a jeho komplikacím, jako je postherpetické

ká neuralgie. Limitací dostupné vakcíny je její relativně nízká (50%) účinnost ve věku nad 60 let. Nadějí je kandidátní adjuvovaná vakcína, která ve studiích prokázala až 97% účinnost, a to i ve vyšších věkových skupinách.

Konjugovaná, nebo polysacharidová?

Na současné kontroverze spojené s doporučením pro očkování proti pneumokokovým nálezům u seniorů poukázal prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D. K dispozici jsou dvě vakcíny – starší polysacharidová a nová 13valentní konjugovaná. Přednášející se podrobněji zabýval výsledky studií (zejména studie CAPITA) porovnávajících účinnost těchto vakcín u starších jedinců a upozornil na rozpor mezi evropskými odbornými doporučeními (doporučují upřednostnit konjugovanou vakcínu) a úhradou z prostředků VZP (hradí polysacharidovou vakcínu). U konjugované vakcíny byla přitom ve věkové skupině nad 65 let jednoznačně prokázána vyšší účinnost oproti vakcíně polysacharidové, a to zejména ve vztahu k pneumoniím. Pro pokrytí dalších sérotypů (zejména invazivních typů) je podle profesora Prymuly optimální očkovat oběma typy vakcín, a sice nejprve konjugovanou a poté polysacharidovou.

Když imunita stárne...

Ačkoli nejsou k dispozici biomarkery, které by vyhodnotily stav imunosenescence (stárnutí imunity), ví se, že s narůstajícím věkem dochází ke změnám v imunitním systému, které mají za následek jeho zhoršenou funkci. Jak uvedla MUDr. Eva Daňková, zvýšená morbidita starých osob je spojena právě s imunosenescencí a přetrvávajícím mírným zánětem v organismu, který má za následek rozvoj řady chronických a neurodegenerativních onemocnění. Imunosenescence je důvodem, proč s narůstajícím věkem klesá účinnost aplikovaných vakcín, a současně podtrhuje význam očkování v dětství a mladém věku.

Nejúčinnější prevence

Vakcinace prokazatelně snižuje mortalitu na infekční onemocnění preventabilní očkováním a patří mezi nejučinnější preventivní opatření, shrnul v závěru profesor Prymula. Pohled na očkování dětí i dospělých se neustále vyvíjí ve světle nových poznatků a nových očkovacích látek. S tím souvisí i změny týkající se jednotlivých vakcinačních doporučení. V souvislosti s narůstajícím počtem odmítačů očkování vakcinologové apelují na své kolegy, aby dostatečně komunikovali s pacienty a rodiči dětských pacientů o přínosech očkování, s cílem udržet alespoň stávající proočkovanosť populace.

MUDr. Andrea Skálová

Získat sestry z ciziny je náročné

Za současného nedostatku sester tvrdí stát zdravotnickým zařízením, že je bude podporovat, aby získávala sestry ze zahraničí. Praxe však ukazuje pravý opak.

Státní instituce dělají vše pro to, aby nábor sester ztížily nebo rovnou znemožnily. První problém, který je potřeba vyřešit, je nostrifikace jejich diplomů. Systém vzdělávání sester je v jejich domovských zemích přibližně stejný jako u nás – studují buď střední odbornou školu (s maturitou), nebo vysokou školu v programu Bc. či Mgr. Potíž tkví v tom, že sestry mohou ve své vlasti dodnes vystudovat a vykonávat profesi všeobecné sestry, ale ČR k nostrifikaci zaujala stanovisko, že pokud maturita např. na Ukrajině proběhla před datem poslední možné maturity v ČR (akademický rok 2008/2009, před novelou systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků), pak jejich vzdělání nemůže být nostrifikováno. To je nonsens, protože na Ukrajině se školský systém nezměnil. Jak změny českého systému souvisí s nostrifikací diplomu ukrajinské sestry?!

Vyústěním martyria získávání dokumentace je podání žádosti o zaměstnaneckou kartu na zastupitelském úřadě. Místo ze zákona avizovaných 60 dnů na vyřízení na našem vyslanectví či zastupitelském úřadě tento proces běžně trvá 120 dnů. Po uplynutí této lhůty ministerstvo vnitra (MV) žadatelku upozorní, že sesterská profese patří mezi regulovaná povolání, a dotáže se, zda dotyčná má aprobační zkoušku. Z logiky věci ji nemá – kvůli tomu do ČR přijíždí a již v přijímacích dokumentech je doložen záměr, že nejprve bude pracovat pod dohledem a samostatně teprve tehdy, až aprobační získá. To ale může až ve chvíli, kdy tu pracuje, naučí se česky a vykoná praktickou část (minimálně pět měsíců stáže). Tento rozpor nikdo neřeší.



Ilustrační foto: Shutterstock

V takovém případě – v průběhu vyřizování žádosti na ministerstvu vnitra – žádáme ministerstvo zdravotnictví o výjimku, aby sestra mohla v ČR pracovat, přestože nemá povolení k pobytu. MZ tuto výjimku většinou povolí a na základě toho MV vydá zaměstnaneckou kartu. Bohužel, ani pokud se podaří dojít na cestě získávání sestry ze zahraničí do tohoto stadia, stále není vyhráno. Až 80 % sester totiž nesloží aprobační zkoušky úspěšně.

Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA,
advokátní kancelář Urbáše&Partners



Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: www.medical-services.cz

Postgraduální akademie

Funkční elektrická stimulace

– naděje pro řešení *foot drop* u nemocných s RS

Častým a výrazně omezujícím problémem při roztroušené mozkomíšní skleróze (RS) je porucha chůze, projevující se obvykle syndromem padající špičky (*foot drop*). Alternativou k fyzioterapeutickým nebo ortotickým technikám řešení této obtíže by mohla být funkční elektrická stimulace.

Porucha je způsobena oslabením dorzálních flexorů a spasticitou plantárních flexorů hlezenního kloubu, následkem čehož není nemocný schopen aktivní dorzální flexe a zakopává o špičku nohy. Je tedy nucen využívat kompenzační strategie, jako je sešíkmení pánve nebo abdukce kyčelního kloubu s cirkumdukci, což vede nejen ke zvýšené únavě, nestabilitě, nežádoucím pádům, ale v neposlední řadě i k funkčním ztětžením do celého těla.

Foot drop se dosud celosvětově řešil fyzioterapeutickými nebo ortotickými technikami – nejčastěji peroneální páskou nebo dlahou. Nyní se objevila alternativa, kterou je funkční elektrická stimulace (Dapul, 2015).

Funkční elektrická stimulace

Při funkční elektrické stimulaci (FES) je na periferní nerv transkutánně, perkutánně nebo implantovanými elektrodami aplikován elektrický proud, který vede ke svalové kontrakci. V případě řešení *foot drop* je stimulován *n. peroneus communis*, společný kmen *n. peroneus profundus* a *n. peroneus superficialis*, čímž dojde ke stimulaci dorzální flexe s everzí v hlezenním kloubu. FES můžeme aplikovat v režimu cvičení nebo ji pomocí speciálního softwaru naprogramovat nemocnému na chůzi „na míru“.

Při aplikaci na chůzi vyškolená osoba přístroj připevní do manžety pod kolenní kloub, prostřednictvím ovladače přes Bluetooth propojí neurostimulátor se softwarem v počítači a na základě potřeb nemocného nastaví ve správný okamžik chůzového cyklu průběh impulsu. Intenzita a délka impulsu se dají upravit v programu.

Neurostimulátor je obvykle napájen baterií, obsahuje stimulační jednotku, gyroskop a akcelerometr. Gyroskop změnou úhlu v kolenním kloubu zajistí zapnutí a vypnutí stimulace ve správné fázi krokového cyklu, akcelerometr se postará o správný průběh impul-



Foto: archiv

su při jakékoli rychlosti. K řešení *foot drop* jsou na trhu dostupné tyto neurostimulátory: Walkaide System (Innovative Neurotronics, Inc., Austin, TX, USA), Bioness NESS L300 Foot Drop System (Bioness, Inc., Valencia, CA, USA), Odstock Dropped Foot Stimulator (ODFS, Odstock Medical Limited, Salisbury, UK) a MyGait System (OttoBock, Duderstadt, Německo).

FES u nemocných s RS

Okamžitý účinek elektrické stimulace k vyvolání dorzální flexe během swingové fáze krokového cyklu byl prokázán již před více než padesáti lety u hemiplegických pacientů (Liberson et al., 1961). Aktuálně byl zdokumentován také u populace RS (Sheffler et al., 2009; Scott et al., 2013; Taylor et al., 2014; Miller et al., 2014; van der Linden, 2014; Barrett et al., 2010; Stein et al., 2010; Downing et al., 2014; Paul et al., 2008; Sheffler et al., 2009; Barrett et al., 2009; Taylor et al., 2013). Při okamžitém, tzv. on-off neboli ortotickém účinku je poškozená funkce stimulována pouze při zapnutí přístroje, při vypnutí se efekt ztrácí, resp. přístroj se chová jako ortéza (Dunning et al., 2013).

Zlepšení motorických schopností postižené končetiny po pravidelném dlouhotrvajícím používání – tzv. terapeutický účinek (Roche, Laighin a Coote, 2009) – bylo prokázáno zatím pouze v jedné studii (Stein et al., 2010). Nutno podotknout, že prokazování terapeutického účinku u RS je obtížné kvůli progresivní povaze tohoto onemocnění.

Poslední účinek – kombinovaný, tedy rozdíl mezi hodnotami naměřenými před začátkem terapie bez přístroje a na konci (dlouhodobé) terapie s přístrojem (Everaert et al., 2013), byl zaznamenán u lidí s RS (van der Linden, 2014; Downing, 2014; Taylor, 2013).

Předpokládá se, že FES nepůsobí pouze lokálně, ale ovlivňuje plastické a adaptační procesy v centrálním nervovém systému (Everaert et al., 2010; Khaslavskaja et al., 2002; Stein et al., 2006).

Vlastní zkušenosti

V roce 2015 jsme na naší klinice měli zapůjčeno deset neurostimulátorů, které jsme aplikovali čtyřiceti pacientům s roztroušenou mozkomíšní sklerózou. Data v současné době analyzujeme a připravujeme k publikaci. Zde pouze shrnujeme zkušenosti z této studie, kdy polovina pacientů měla přístroje zapůjčeny na dva měsíce domů a druhá polovina navíc podstoupila dvouměsíční fyzioterapeutický facilitační program, zaměřený na zlepšení posturálních funkcí.

FES zlepšila klinické funkce přibližně u třetiny pacientů. Oproti dosavadním studiím jsme vyšetřovali i vliv FES na rovnováhu. U pacientů došlo ke zlepšení jak statické, tak dynamické rovnováhy. Nejvíce FES pomohla lidem se spasticitou paraparézou. U dvou pacientů na vozíku byla aplikována pouze v režimu cvičení a došlo k významnému snížení spasticity, takže pacienti dočasně vstali z vozíku. Přibližně u další třetiny nebyla FES účinná a u poslední třetiny byla naopak kontraproduktivní. Setkali jsme se s nežádoucími projevy, například



Ilustrační foto: Shutterstock

se zvýšenou citlivostí na stimulaci, s pády při vynechání stimulu nebo při příliš dráždivém stimulu, s rozvojem svalové dysbalance, fantomovými projevy a patologickými reakcemi (při působení na nevhodném místě se zvyšovala spasticita). Efekt terapie po dvouměsíční kontrole u některých pacientů přetrvával. Někteří pacienti se však cítili hůře než před absolvováním programu FES.

Algoritmus doporučení

Je nutné, aby byla stimulace při FES synchronizována s krokovým cyklem, tj. probíhala během swingové fáze a končila ve fázi stojné. To, zda bude stimulována správná funkce, je tedy závislé na naprogramování. S přístrojem tudíž musí pracovat člověk vyškolený na programování FES, který zároveň rozumí řízení motoriky. Špatné naprogramování může pacienta poškodit. Pacienty s FES je třeba průběžně sledovat, tzn. nelze přístroj jednou naprogramovat a půjčit ho domů. Je třeba si pacienty pravidelně zvat na kontroly. Ideální by bylo pomocí fyzioterapie zároveň ovlivňovat celý posturální systém.

FES je drahá záležitost a v současné době není hrazena ze zdravotního pojištění. Pacienti s RS většinou potřebují neurostimulátory dva, přičemž vzhledem k finanční náročnosti by si rodina nemocného mohla za stejnou cenu pořídit osobní automobil. Existuje však možnost požádat o pomoc s úhradou prostřednictvím dotace či daru fyzické osoby, právnické subjekty, nadace či neziskové organizace. Obecně prospěšná společnost Ceros pořádá veřejnou sbírku „Zpátky na nohy“ k zakoupení neurostimulátorů pro Klinikou rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV v Praze, číslo účtu 19-0392095319/0800.

U některých pacientů s RS je FES efektivní. Je nutné vypracovat algoritmus doporučování FES u pacientů s RS, resp. vytipovat pacienty, kteří by mohli z léčby profitovat. Je také potřeba systémová změna, která by umožnila zajistit léčbu pomocí FES pro pacienty, kterým by mohla přinést prospěch.

doc. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D., Mgr. Terezie Prokopišusová,
Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV v Praze



Českých intenzivistů si v zahraničí váží

Na 23. kongresu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP (ČSARIM) v Praze zazněla kromě jiného čísla exaktně vypovídající o stavu anesteziologické a intenzivní péče v České republice.

„Pracovišť ARO je u nás 132 a nabízejí 793 lůžek resuscitační péče. V oboru pracuje 2100 lékařů, čtvrtina se jich připravuje na získání specializované způsobilosti. Ročně uděláme na 850 tisíc anesteziologických výkonů, z nichž se necelých 13 procent odehraje v místním znečistlivění, většina je v celkové anestezii. Oněch 13 procent je poměrně nízké číslo oproti vyspělým zemím a důvod je převážně organizační. Výkony v regionální anestezii vyžadují trochu jiný způsob práce a časového rozvržení,“ uvedl na kongresu předseda ČSARIM prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA.



prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA

Foto: 2x archiv ČSARIM

Jednodenní chirurgie: u nás 11 % výkonů, v Británii 50 %

Dohled na probouzečích pokojích je poskytován přibližně 35 % anestetizovaných, což je podle profesora Cvachovce málo. I když došlo k mírnému nárůstu, stále se nedaří prosadit představu, že každý anestetizovaný pacient má být na probouzečím pokoji, aby byl při zotavování po výkonu pod odborným dohledem.

Výkony u nehospitalizovaných nemocných, tedy v ambulantní anestezii, tvoří jen asi 11 % anesteziologického provozu, což je podle Karla Cvachovce opět velmi málo; někde čísla navíc klesají. Naproti tomu ve Velké Británii připadá od roku 2003 na jednodenní chirurgii 50 % výkonů. „Důvodem rozdílu je, že síť zdravotnických zařízení u nás má maximalistickou podobu. V ní přežívá dodnes, přestože udržení náročného zdravotnického provozu, kvalitního personálu a přístrojového vybavení na špičkové úrovni všude není možné. Když se však podíváte na nějakou nemocnici v menším městě, zjistíte, že je největším zaměstnavatelem, největším odběratelem energií, potravin a nejrůznějších dalších služeb. Kdo by měl zájem toto redukovat? Nejspíš nikdo, a proto je systém udržován ve stávající podobě. Jedním ze současných důležitých ukazatelů funkčnosti nemocnic je právě obsazení lůžek. Ale jednodenní chirurgie lůžka nepotřebuje. A nakonec ani u pacientů není vidět velký zájem, zá-

leží však na sociálním zařazení nemocného, na jeho ambicích. Mnohdy pacienti umístění na lůžko vítají,“ poznamenal Karel Cvachovec.

Pokud podle profesora Cvachovce chceme vysoce kvalifikované, dobře vybavené a kvalitní zdravotnictví, musíme přijmout, že způsob péče bude jiný než před padesáti lety. Rozvoj ambulantních služeb je toho jasným důkazem.

Více úmrtí na pohotovosti

Trvale u nás podle tvrzení Karla Cvachovce narůstá také počet anestezií podaných seniorům starším 65 let. Ty v současné době tvoří asi 23 % všech anestezií a tento vzestup představuje celosvětový trend. „K úmrtí v průběhu operace v anestezii dochází jednou za 5 tisíc výkonů. Musím zdůraznit, že toto číslo nemá žádnou výpovědní hodnotu, neříká nic o příčině úmrtí,“ konstatoval profesor Cvachovec. K úmrtí během ústavních pohotovostních služeb (ÚPS) podle jeho slov naopak dochází s trojnásobně vyšší frekvencí. Ukazuje to na fakt, že pacienti operovaní během ÚPS jsou méně vyšetřeni a mají urgentnější potřebu operačního výkonu. Toto číslo také svědčí o nutnosti kvalitního personálního zabezpečení provozu zdravotnických zařízení mimo běžnou pracovní dobu.

Lůžek následné péče není dost

Na resuscitační lůžka oborových pracovišť je každoročně přijato téměř 35 tisíc kriticky nemocných, protože jedním z kritérií přijetí je, že bez péče na ARO by pacient patrně zemřel. Z tohoto úhlu pohledu považuje profesor Cvachovec za úspěch skutečnost, že více než čtyři pětiny nemocných jsou ve zlepšeném stavu přeloženy k další zdravotní péči. Jako kontroverzní však vidí, že více než tisíc pacientů je každoročně překládáno k následné intenzivní péči a necelá polovina z nich (necelých 5 procent přijatých) k dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči. „Myslím, že to číslo je zkreslené a odráží především kapacitu pracovišť následné péče. Průměrná doba hospitalizace na ARO je u nás 6 až 7 dnů. Na evropských pracovištích jsou to 3 až 4 dny. Naši pacienti však ne-

Pracujeme v nelehkých podmínkách

„Lékaři našeho oboru působí všude, kde jsou pacienti operováni, vyšetřováni nebo těžce stonají. Bez nás by to nešlo. Chci také zdůraznit, že náš obor je činný v konkrétních podmínkách českého zdravotnictví. Ty nejsou úplně jednoduché a jejich dopad na náš obor je poměrně závažný. Můžeme se oprávněně ptát, v čem spočívala reforma zdravotnictví poté, co se zde v roce 1989 změnil politický systém. Musel bych mít hodně velkou lupu, abych tyto změny našel,“ řekl profesor Karel Cvachovec na tiskové konferenci na úvod kongresu ČSARIM.



jsou jiní, neměli by stonat déle nebo hůř. Je to otázka organizační. Značná část našich pacientů kvůli nedostatku lůžek následné péče blokuje lůžka akutní. Není je kam přeložit,“ řekl Karel Cvachovec.

Připomněl pľiroční studii ze Středočeského kraje a Prahy. Byli v ní sledováni pacienti, kteří byli na umělé plicní ventilaci déle než 30 dnů, což je velmi dlouhá doba (jako hraniční se uvádí 14 až 21 dnů). „Zjistili jsme, že z přijatých nemocných je těchto pacientů 5 procent. Ti ale blokovali 63 procent lůžkové kapacity akutní péče. Je to problém špatné organizace. Myslím si také, že nemocnice, do jejíhož rajonu nemocný patří, by měla mít povinnost se o něj postarat a na resuscitačním oddělení udělat opatření, aby mohl být přijat,“ zdůraznil Karel Cvachovec.

Ocenit je třeba i sestry

Naopak dobrou zprávou podle Karla Cvachovce je, že máme 431 anesteziologických ambulancí, tedy průměrně 3 ambulance na ARO. Více než polovina anestetizovaných je také v těchto ambulancích s předstihem prohlédnuta a vyšetřena, což je velký příspěvek k bezpečnosti nemocných. Oborová pracoviště provozují celkem 85 ambulancí léčby bolesti, kde je každoročně provedeno více než 223 tisíc výkonů a ošetření, což je podle Karla Cvachovce obdivuhodné. Přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF OU a FN Ostrava prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., pak doplnil, že bez resuscitace, anesteziologie a intenzivní medicíny by nemohl fungovat transplantační program, protože naprostá většina dárců orgánů prochází pracovišti ARO a je tam diagnostikována.

Profesor Cvachovec také připomněl, že řada českých anesteziologů se dobře osvědčila a etablovala v Německu, Skandinávii, Velké Británii a Irsku. „Mají tam dobré podmínky a jsou to lékaři nejrůznějšího věku – od těch na začátku odborné přípravy až po nejzkušenější. Pokud se vrátí, přinášejí nové zkušenosti a nevyhnutelný konflikt s českou realitou může osvěžit zdejší zavedené postupy. Jejich odchod však pro nás představuje problém, protože intenzivistů odchází do zahraničí z našich lékařů nejvíce. Mají tam dobré podmínky a dostává se jim náležitého respektu. Je to pro nás svým způsobem dobré vysvědčení,“ řekl Karel Cvachovec. Připomněl také roli nelékařských pracovníků na ARO, hlavně sester, kterých není dostatek a jejichž práce není doceněna. Nevyřeší to podle něj ani staronový kratší způsob vzdělávání. „Pokud nebudou sestry dobře zaplacené, nebudou-li mít potřebné pracovní podmínky a prestiž, pak tu práci dělat nebudou. Všechno ostatní jsou nesmysly,“ uzavřel Karel Cvachovec.

(maj)

Pembrolizumab rozšiřuje spektrum léčby NSCLC

V rámci XXIII. jihočeských onkologických dnů v Českém Krumlově se uskutečnilo satelitní sympozium společnosti MSD „Pembrolizumab – další krok v léčbě nemalobuněčného karcinomu plic“. Sympoziu předsedala prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc., přednostka Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy LF MU a FN Brno.

Zavedení cílené léčby znamenalo revoluci v terapii mnoha chronických onemocnění. Nová biologika posouvají hranice léčebných možností, prodlužují život pacientů s onkologickým onemocněním a zlepšují jeho kvalitu. Jedním z nových preparátů je pembrolizumab (Keytruda), který se vedle schválené indikace pro terapii pokročilého melanomu nyní nabízí i pacientům s nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC).

Přednášející se v rámci sympoza věnovali současnému stavu léčby NSCLC (prof. Skříčková), možnostem využití pembrolizumabu v léčbě tohoto zhoubného nádoru (prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D., přednostka Onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc) a významu prediktivních markerů imunoterapie u NSCLC (prof. MUDr. Aleš Ryška, Ph.D., přednostka Fingerlandova ústavu patologie FN Hradec Králové).

Mortalita díky léčbě klesá

Jak v úvodu shrnula profesorka Skříčková, nemalobuněčný karcinom plic je čtvrtým nejčastějším zhoubným nádorem a představuje 65 % všech karcinomů plic. Nádor se vyznačuje agresivním růstem, přežití u pokročilého onemocnění bez léčby se udává v rozmezí měsíců. Pozitivním trendem je, že navzdory zvyšující se incidenci díky moderní léčbě mírně klesá mortalita a zlepšuje se přežití pacientů s NSCLC. V ČR převažuje skvamózní typ karcinomu, narůstá však i počet adenokarcinomů.

Prof. Skříčková upozornila na nedávné změny v klasifikaci NSCLC a poskytl přehled současných léčebných možností. Základem léčby u nízkých stadií (I-II) NSCLC je chirurgické řešení. U stadií IIB a IIIE lze zvažovat neoadjuvantní chemoterapii, u pokro-

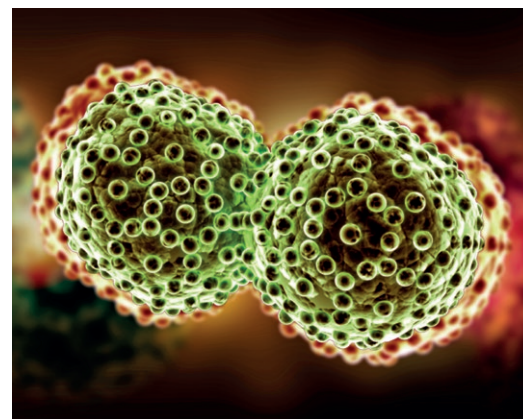
čilějších stadií (IIIB) chemoterapii s radioterapií a u stadií IIIB a IV systémovou léčbu. Novým trendem je také metronomická chemoterapie. V léčbě udržovací/pokračovací se uplatňují bevacizumab a pemetrexed.

Na základě morfologické diagnózy a molekulárně genetického vyšetření lze rozhodnout o podání biologické léčby. Zde se uplatňují erlotinib, gefitinib, afatinib a krizotinib, u nichž bylo prokázáno zlepšení doby dogrese. V případě rezistence na tyto preparáty lze podávat další biologika (osimertinib, ceritinib). Přicházejí i další biologika (nintedanib, necitumumab, ramucirumab apod.), eventuálně imunoterapeutika (nivolumab a pembrolizumab).

Imunoterapie pro pokročilá stadia

Jak v další části sympoza připomněl profesor Melichar, NSCLC je onemocnění se špatnou prognózou a bývá bohužel diagnostikován pozdě. Metastazující NSCLC má infaustní prognózu. Možnosti radikální terapie jsou v tomto případě omezené, limitované je též využití chemoterapie a cílené léčby, navíc se onkologové potýkají s časově omezeným účinkem léčby a účinností jen u omezeného spektra nádorů. Před příchodem imunoterapie byl medián přežití u těchto pacientů 1 rok.

Imunoterapie se vyznačuje nižší mírou léčebné odpovědi, avšak má dlouhotrvající efekt a nižší toxicitu než chemoterapie. Profesor Melichar v souvislosti s imunoterapií uvedl, že odpověď organismu je zde stejně důležitá jako vlastnosti nádoru. Novým cílem pro onkologickou léčbu je interakce mezi PD-1 a PD-L1/PD-L2. Pembrolizumab je humanizovaná monoklonální protilátka blokující receptor PD1 a interakci s jeho



Ilustrační foto: Shutterstock

ligandy PDL1 a PDL2. Navázáním ligandů na receptor a blokováním interakce s ligandy uvolňuje pembrolizumab inhibiční reakce receptoru PD1, včetně protinádorové imunitní reakce. Jak prokázaly studie Keynote 001 a 010, pembrolizumab je lékem, který prodlužuje celkové přežití a rozšiřuje tak možnosti léčby pokročilého NSCLC. Současně je lékem, u něhož byl identifikován biomarker.

Prediktivní markery imunoterapie

Že využití biomarkerů v onkologii, respektive imunoterapii zhoubných nádorů je poněkud kontroverzní problematikou, nastínil ve svém příspěvku profesor Ryška. Upozornil, že pod pojmem nemalobuněčný karcinom plic se vlastně skrývá heterogenní skupina nádorů s různou patogenezi i prognózou. Cílem imunoterapie, která je velmi nákladná, je vyhledat pacienta, který bude z konkrétní léčby opravdu profitovat. K tomu je nezbytné určit expresi biomarkerů ve vzorku tkáně. V případě NSCLC jde o již zmíněný PD-L1. Hodnocení exprese těchto biomarkerů je podle profesora Ryšky proveditelné, ale má své limity. Jedním z nich je využívání různých diagnostických testů pro stanovení biomarkeru. Vyhodnocení komplikuje skutečnost, že v nádorech je přítomno heterogenní zastoupení buněk, z nichž některé biomarker exprimují, zatímco jiné nikoli. Patolog má navíc k dispozici jen malý vzorek, což může ztěžovat jeho diferencially diagnostickou rozvahu. Diagnóza a určení typu nádoru každopádně vyžaduje kvalifikovaného patologa, přičemž vyšetření bude vždy zatíženo určitou mírou subjektivity, upozornil prof. Ryška.

MUDr. Andrea Skálová

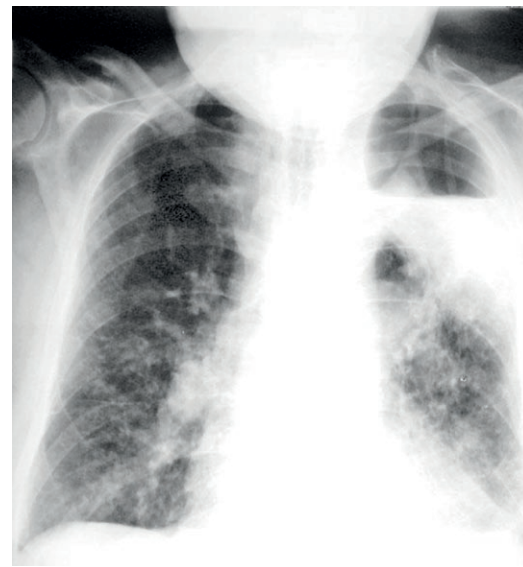
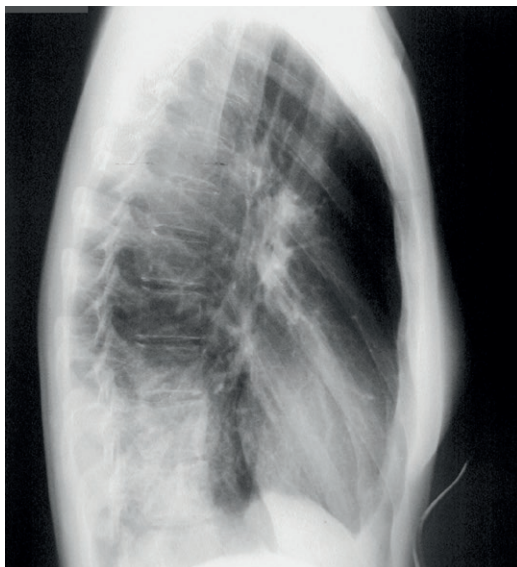
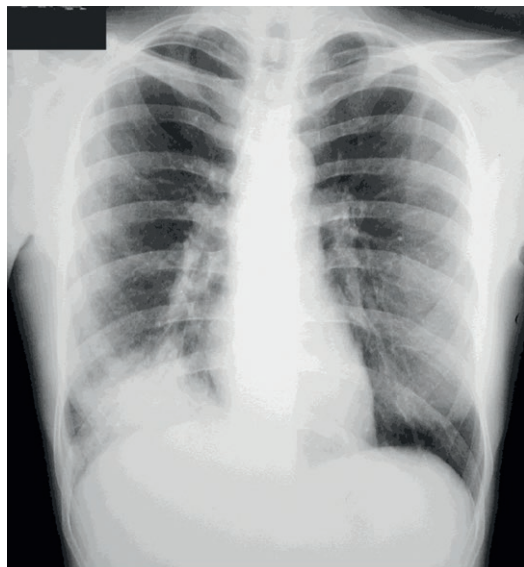


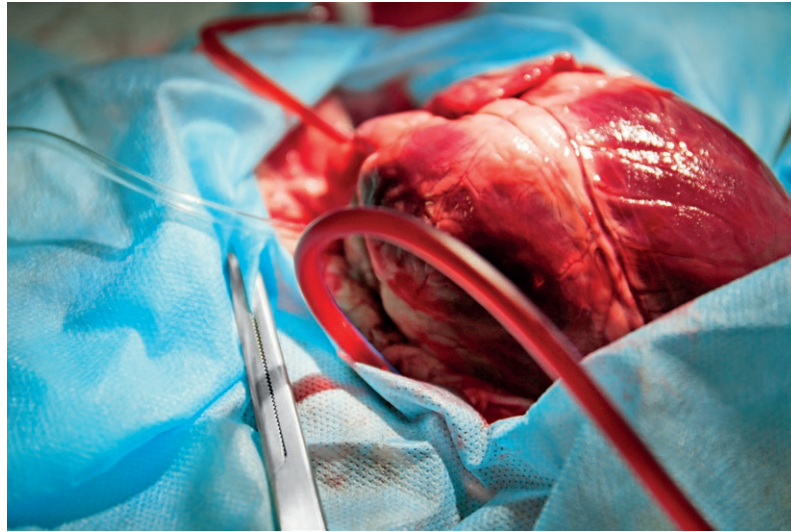
Foto: 3x archiv
Inzerce ▼ M161000509

Fibrilaci síní nepodceňujte

Fibrilace síní je druhou nejčastější příčinou cévní mozkové příhody (CMP) neboli mrtvice. Ta každoročně zasáhne přes 40 tisíc Čechů. Většinu způsobí trvalé následky, čtvrtina lidí zemře.

Zachránit život může běžná preventivní prohlídka, při níž dojde ke včasnému odhalení arytmie. „Fibrilace síní postihuje asi 2 procenta dospělých a vzhledem ke stárnutí populace očekáváme, že její výskyt bude významně narůstat. Již u lidí nad čtyřicet let je riziko fibrilace síní až čtyřnásobné. Odhadujeme, že v ČR máme přibližně půl milionu nemocných, diagnostikováno je však pouze okolo dvou set tisíc,“ vysvětluje doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., předseda České společnosti pro aterosklerózu.

Fibrilace síní se může u každého projevovat jinak. Někdo pocítuje zrychlení tepu, jiný oslabení výkonnosti. Často se stává, že se příznaky nedostaví vůbec, a poruchu lékaři odhalí, až když pacient prodělá cévní mozkovou příhodu. „Přitom by stačilo, aby lidé chodili na pravidelné prohlídky k praktickému lékaři. Ty jsou jednou za dva roky plně hrazené zdravotní pojišťovnou. Lékař při nich zkontroluje tep a natočí EKG, a případný problém tak odhalí i u zdánlivě zdravého člověka včas, dříve než dojde k fatálním následkům,“ upozorňuje předseda sdružení Mladí praktici MUDr. Norbert Král.



Ilustrační foto: Shutterstock

Preferována jsou nová antikoagulantia

„U většiny pacientů s arytmií je nutná doživotní léčba ředící krev, která brání tvorbě sraženin. Tato léčba snižuje riziko vzniku cévní mozkové příhody o dvě třetiny,“ říká doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D., FESC,

z I. interní kliniky – kardiologické LF UP a FN Olomouc. „Dnes máme moderní alternativy warfarinu, léky spadající do skupiny NOAC, tedy ‚nových‘ perorálních antikoagulačních léků. Jejich výhodami oproti warfarinu jsou vyšší účinnost a větší bezpečnost léčby. Podle nových evropských i českých kardiologických doporučení by měly léky ze skupiny NOAC být u většiny pacientů preferovány před warfarinem,“ dodává docent Václavík.

Odborníci se zároveň shodují, že spolupráce mezi praktickými lékaři a specialisty je pro následnou péči o tyto pacienty zásadní. „Moderní antikoagulantia u nás předepisují jen specialisté. Chronicky nemocným a především starším pacientům by však ulehčilo život, kdyby jim recept na doporučení specialisty mohl vystavit praktický lékař, který pacienta následně přebírá do péče,“ říká doktor Král.

Důležitost včasné prevence zdůrazňuje také sdružení Ictus, které pomáhá pacientům po mrtvici vrátit se do života. „Vybízáme lidi k tomu, aby se více zajímali o své zdraví a nezanedbávali prevenci – může jim to zachránit život,“ shrnuje předseda sdružení Jan Dohnálek. (red)

Čeští vědci na cestě k umělým hlasívkám

Pacientům po laryngektomii svítla naděje. Tým prof. Dr. Ing. Tomáše Vampoly z Fakulty strojní ČVUT značně pokročil v dlouhodobém hledání individuální hlasívkové náhrady. Za výsledky výzkumu teď vědci získali Cenu předsedy Grantové agentury ČR.

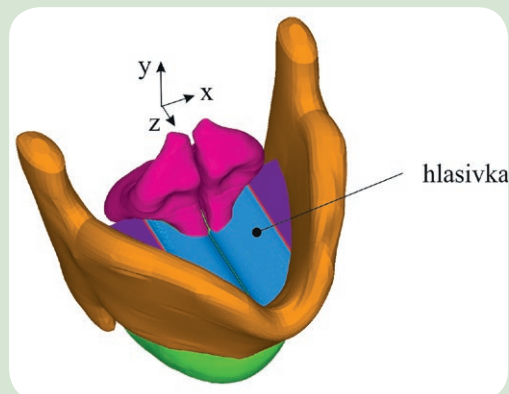
Pacientům, kteří onemocní rakovinou hlasivek nebo hrtanu, musejí lékaři celý hrtan i s hlasívkami odoperovat. Napodobit hlasivky bylo donedávna nad síly moderní vědy. Hlasivky vykonají za den více než milion kmitů a proud vzduchu v nich má sílu hurikánu (asi 180 km/hod.). Najít materiál, který by vydržel tuto extrémní zátěž a vydával zvuk stejných vlastností, jako má lidský hlas, se vědcům dosud nedařilo. Jediným řešením pro pacienty, kteří ztratili hlas, jsou tak hlasivky vnější (např. tzv. slavík). Jejich zvuk je však nepřirozený a strojový.

Náhrada šitá na míru

Oceněný projekt profesora Tomáše Vampoly je unikátní tým, že se zabývá hlasívkovou náhradou, která je individuální a jedinečná pro každého člověka. Počítá s tím, že pacientův hlas by ještě před odstraněním hlasivek podrobil analýze tým odborníků a podle toho naladil individuální náhradu. V ideálním případě by měla původní hlas nositele napodobit tak, aby nikdo nepoznala, že mluví prostřednictvím umělých hlasivek.

Předmět českého i evropského patentu

Ředitelský tým se skládá ze zástupců čtyř nezávis-



Kresba: archiv Grantové agentury ČR

lých institucí, z nichž každá hrála důležitou úlohu. Ústav makromolekulární chemie AV ČR na základě zadání profesora Vampoly navrhl a vyrobil řadu konkrétních variant vhodného materiálu pro hlasívkovou náhradu. Počítačové simulace funkcí a prověření, že se hlasivky chovají, jak mají, zajistil profesor Vampola a jeho tým z Fakulty strojní

ČVUT, kde byly vyrobeny formy pro odlévání umělých hlasivek.

V Ústavu termomechaniky AV ČR na speciálně zkonstruované měřicí trati simulující plíce a vokální trakt člověka ověřovali jejich aerodynamické, akustické a vibrační vlastnosti. Realizovatelnost a voperovatelnost navržených hlasívkových náhrad byla studována na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Výsledky projektu vyústily v český patent, následovat bude evropský.

„Hlasivka funguje podobně jako struna. Když ji napnete, frekvence, a tudíž i hlas jsou vyšší. My jsme navrhli postup, jak hlasivku předeprnout nezávisle na člověku. Ten ji pak bude rozechvívat svým dechem a mluvit,“ uvedl profesor Vampola.

Naděje pro 150 pacientů ročně

V tuto chvíli je hlasívkovou náhradou potřeba otestovat na zvířatech a po odstranění případných nesnází by přišlo na řadu klinické testování na člověku. Teprve pak lze očekávat komerční aplikace a dostupnost této hlasívkové náhrady na trhu. V České republice přijde operačním výkonem o hlasivky až 150 lidí ročně.

(eta)

Komorbiditám u revmatických onemocnění je nutné věnovat pozornost

Na klinické konferenci Revmatologického ústavu Praha v pražském centru City 72 se odborníci zaměřili zejména na komorbidity u zánětlivých revmatických onemocnění. Informace nám poskytl ředitel Revmatologického ústavu **prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.**, který byl jedním z moderátorů akce.

Můžete stručně shrnout význam zmíněných komorbidit – proč je jim potřeba věnovat pozornost? Jak komorbidity komplikují průběh základního onemocnění a jeho léčbu?

Komorbidity jsou definovány jako choroby, které nesusouvisejí se základním chronickým autoimunitním onemocněním, ale vyskytují se při těchto onemocněních častěji než v běžné populaci a/nebo mají závažnější průběh. Jsou příčinou zvýšené morbidity, ale i mortality pacientů. Podle definice EULAR se mezi komorbidity řadí kardiovaskulární onemocnění, onemocnění ledvin, plic, infekce, malignity a osteoporóza. Komorbidity by měly být sledovány především proto, že: a) zvyšují riziko úmrtí, b) často nejsou optimálně léčeny, protože hlavní důraz je kladen na léčbu základního onemocnění, c) ovlivňují výsledky klinických hodnocení.

V průběhu konference jste informovali o iniciativě EULAR pro reportování, screening a prevenci vybraných komorbidit. Co je náplní a cílem této iniciativy?

EULAR vypracovala svoje doporučení podle vlastní dříve publikované metodiky. Zaměřují se na standardizaci reportování komorbidit, jejich screening a možnou prevenci. Dokument je rozdělen do tří nadřazených principů a dále patnácti vlastních doporučení. Jsou uvedeny některé optimální monitorovací strategie. Jako příklad lze uvést doporučení pro screening nádorů: u žen nad 50 let provedení mamografie jednou za dva roky, stěr z děložního čípku jednou za tři roky, u všech pacientů nad 50 let jednou za dva roky vyšetření na okultní krvácení a u pacientů s rizikovými faktory kolonoskopie, v případě výskytu pigmentových névů u pacientů s biologickou léčbou nad 45 let vyšetření dermatologem jednou ročně. Velká epidemiologická studie ve 22 státech u pacientů s ankylozující spondylitidou prokázala, že vhodná screeningová a preventivní opatření byla uplatněna pouze u 40 procent pacientů, přičemž nejlepší výsledky byly u prevence kardiovaskulárních onemocnění, na druhém místě u malignit a nejhůřší u očkování (jen 9 procent pacientů).

Jaké máte zkušenosti s hodnocením a léčbou komorbidit u nás – jsou dostatečné, nebo se chystají změny v doporučeních a podobně? Vyplynuly z konference podstatné závěry týkající se dalšího postupu? Oficiálního výzkumu komorbidit se Česká republika nezúčastnila, takže mohou říci pouze svoje osobní dojmy z dlouholeté praxe klinického revmatologa. Rozhodně nelze reportovaný screening v prevenci komorbidit v Česku považovat za optimální. Česká revmatologická společnost na to bude reagovat vydáním vlastních doporučení. Cílem je především edukace lékařů, a to nejen revmatologů, ale především praktických lékařů.

Jaká je tedy úloha revmatologa v posuzování a léčbě komorbidit?

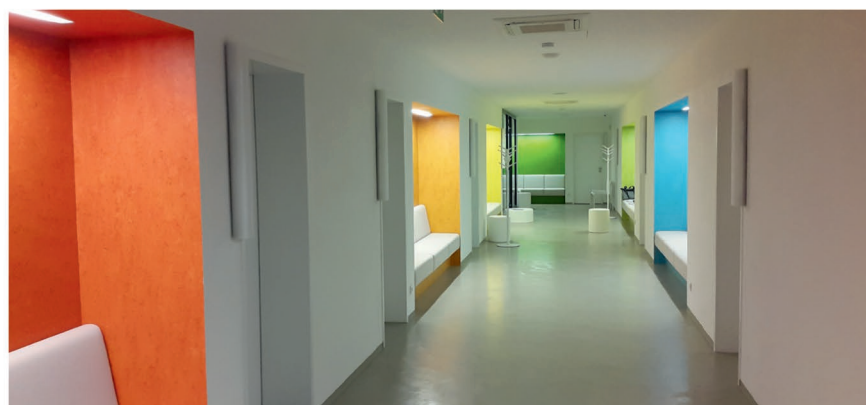
Pravděpodobně není možné, aby klinický revmatolog sám prováděl registraci komorbidit, referoval rizikové faktory a ještě dělal screeningová opatření. Měl by však stát v čele revmatologického týmu, který bude data o komorbiditách, poskytovaná dalšími lékaři, shromažďovat a koordinovat další postup. Spolupráce bude nutná především s praktickými lékaři, ale samozřejmě i s dalšími odborníky, jako jsou kardiologové, nefrologové, pneumologové, onkologové, infektologové a psychiatři. (asa)

Inzerce M161000789

NABÍZÍME PRONÁJEM

lékařských ordinací v nově vybudovaném třípodlažním středisku zdravotnických služeb MEDICENTRUM v Hustopečích u Brna. V přízemí je umístěna lékárna a optika. Budova se nachází na hlavní ulici s možností parkování. Prostory k pronájmu jsou moderní, světlé, klimatizované s bezbariérovým přístupem. Některé ordinace je možné provozovat jako zákrokové sály vhodné např. pro gastroenterologii, urologii aj.

Více informací rádi poskytneme na telefonním čísle 774 666 082 nebo e-mailu petr@hytych.cz.





Nepodléhejme mýtům o lymeské borelióze

Borelióza je dobře léčitelná, mnohdy spontánně odeznívající, avšak mytizované onemocnění. Společnost infekčního lékařství ČLS JEP upozorňuje, že poslední dobou několik článků ve sdělovacích prostředcích neoprávněně poukázalo na nedostatečnou léčbu boreliózy v ČR.

Pro diagnostiku a léčbu lymeské boreliózy byl skupinou odborníků vypracován doporučený postup, který je dostupný na webové stránce Společnosti infekčního lékařství (www.infekce.cz). Poznatky o tomto onemocnění jsou velmi bohaté. Zdravotníci by měli své pacienty přesvědčit o reálné situaci i o tom, že při správné léčbě nemusejí mít z této nemoci neodůvodněné obavy.

Klíště nemusí přenést nákazu

Lymeská borelióza (LB) je onemocnění vyvolané bakterií rodu *Borrelia burgdorferi*. Jde o zoonózu, to znamená, že se jedná o onemocnění, které primárně postihuje zvířata. Člověk je pouze náhodnou obětí infekce a nákaza se od něj dále nepřenáší. Nákazu přenášejí pouze klíšťata. Dřívější představy, že nákazu přenáší i hmyz, nebyly potvrzeny.

Doba přísátí klíštěte hraje u LB důležitou roli. Klíště musí být přísáto alespoň 24 hodin, aby se infekce mohla přenést. K přenosu infekce na člověka dochází jen u 5 % lidí. Zbytek zvládně imunitní systém jedince. V ojedinělých případech byl popsán přenos na plod v době těhotenství. Nikdy se však nepotvrdilo, že by tato infekce vedla k poškození nenarozeného dítěte.

Klinický obraz je pestrý

Klinické projevy mohou být poměrně pestré. Typický je obraz skvrny na kůži – migrující erytém. Ten se však objeví s několikanásobným odstupem po přísátí klíštěte (někdy až 4–5 týdnů). Další formy, jako je postižení nervového systému, kloubů, jiné kožní projevy, vzácně postižení oka nebo srdce, se mohou objevit v odstavu měsíců až let. Nicméně obávané chronické formy jsou velmi vzácné a po řádné léčbě by k nim nemělo vůbec dojít.

Diagnóza se stanovuje podle klinického nálezu a laboratorních vyšetření. Pozitivita protilátkového testu však nemusí znamenat a často ani neznamená nemoc. Její příčinou může být i tzv. paměťová protilátková odpověď, což znamená, že se člověk setkal s infekcí již dříve a imunitní systém nákazu zlikvidoval. Přítomnost protilátek může být také projevem tzv. nespecifické reakce organismu na jiné onemocnění, jehož příčiny mohou být různé. Přítomnost protilátek není nemoc! Protilátky po léčbě nemizí, nicméně jejich přítomnost nechrání před další infekcí.

Léčba a sledování

LB je dobře léčitelná antibiotiky, která se podávají po dobu dvou až čtyř týdnů v závislosti na klinické formě onemocnění. Velké klinické studie neprokázaly žádný přínos opakovaného nebo dlouhodobého podávání antibiotik u osob, které i po řádné léčbě měly potíže. Tyto potíže jsou někdy označovány jako postboreliový syndrom. Může se jednat o bolesti kloubů, hlavy, únavnost, pocit snížené výkonnosti a další potíže. Obtíže mohou být navozeny prodělanou (a již neaktivní) infekcí, jež vyvolala změny, které se postupně hojí, nebo psychogenními příčinami označovanými jako somatizace. Rozhodně je nelze ovlivnit antibiotiky. Osoby po prodělané LB zůstávají obvykle po určité době (2 roky) pod dohledem lékařů.

Obrátit se na odborníky

Pokud lidé chtějí získat informace o této infekci, infektologové důrazně doporučují obrátit se na kvalifikované odborníky. Rozhodně není vhodné řídit se informacemi z neověřených zdrojů, které mohou být zavádějící a vést k psychické traumatizaci pacienta.

Některé laboratoře provádějí vyšetřování klíšťat na přítomnost borelií a virů vyvolávajících klíšťový zánět mozku. Obecně toto není odborníky doporučováno, protože jen na základě zjištění, že je klíště nakažené, nelze usuzovat, že infekce byla přenesena na člověka, a tudíž to neznamená automatickou nutnost antibiotické léčby jako u prokázané lymeské boreliózy. U klíšťového zánětu mozku se ani žádná preventivní opatření dělat nedají, na tuto virovou infekci neexistuje specifický lék. Zde je naopak na místě předcházet nemoci bezpečným a účinným očkováním. (red)

Chřipka: 400× větší ohrožení pro rizikové

Chřipkou ročně onemocní 10–15 % světové populace. V době pandemie to může být až 50 %. Na její následky každý rok zemře v České republice 1500–2000 osob, což je 2–3× více, než kolik jich zemře při dopravních nehodách.

Nejohroženější skupinou jsou chronicky nemocní a senioři. Právě u nich hrozí závažný průběh onemocnění a vážné komplikace. Proto je jim doporučováno očkování, které riziko nákazy chřipkou významně snižuje. Bohužel jejich proočkovanost je v ČR pouze 25%. Do rizikové skupiny přitom patří kolem 2,5 milionu lidí. Řadí se do ní občané nad 65 let a všichni lidé s chronickým onemocněním srdce a cév, dýchacích cest, ledvin, jater, diabetici a osoby s vrozenou nebo získanou poruchou imunitního systému.

Astmatici

V případě onemocnění chřipkou se u astmatiků mohou projevit záněty horních cest dýchacích, které vyvolávají exacerbace astmatu. Astmatici mají oproti běžné populaci až 120× větší riziko úmrtí na chřipku, a provází-li astma ještě kardiovaskulární onemocnění, je toto riziko vyšší dokonce až 435%. Obecně je u astmatiků s chřipkou pozorován vzestup hospitalizací, preskripce léků a počtu návštěv u lékaře. Jako nejčastější komplikace jsou uváděny záněty středouší u dětí, pneumonie a zmíněné exacerbace astmatu. Riziko komplikací je vyšší u dětí než u dospělých. Očkování proti chřipce u astmatických dětí snižuje výskyt akutních exacerbací až o 41 %.

Diabetici

Lidé s diabetem jsou k chřipkové nákaze mnohem náchylnější. Během chřipkové sezony mají až 6× větší pravděpodobnost, že onemocní. Pro jejich organismus je jednak obtížnější se s infekcí vypořádat, jednak hrozí zhoršení jejich diabetu. Jsou častěji hospitalizováni, často se u nich rozvíjí přidružený zápal plic. Až s 3× vyšší pravděpodobností ve srovnání se zdravými osobami mohou na následky chřipky a jejích komplikací zemřít. Očkování dokáže snížit výskyt chřipkového onemocnění a až v 70 % případů zabránit případné hospitalizaci.

Kardiaci

Léčba chřipky u kardiaků je obtížnější než u ostatních, protože více tekutiny v plicích ztěžuje odstraňování chřipkového viru. Ve srovnání se zdravým člověkem je kardiak chřipkou ohrožen na životě více než 52%. Kardiakovi navíc hrozí dvojnásobně větší riziko infarktu ještě několik týdnů poté, co chřipkou onemocní. Očkování může snížit výskyt mozkových příhod o 55 % a infarktů myokardu až o 67 %.

Pacienti s CHOPN

Pacientům s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN) se též doporučuje každoroční očkování proti chřipce, neboť infekce jsou častou příčinou exacerbací této nemoci. Je prokázáno, že účinnost vakcinace u těžké formy CHOPN je až 75%.

Pacienti s poruchami ledvin

U pacientů s onemocněním ledvin pravidelná vakcinace proti chřipce snižuje výskyt hospitalizací a mortalitu. Ve srovnání s neočkovanými se u očkových dialyzovaných osob v menší míře objevuje onemocnění chřipkou (o 13 %), méně (o 16 %) se potýkají s pneumonií a hospitalizací a rovněž se u nich snižuje míra úmrtnosti (o 30 %).

Senioři

Do ohrožené skupiny se kromě pacientů s rizikovými faktory obecně řadí i lidé starší 65 let. Proočkovanost seniorské populace v ČR se odhaduje mezi 20 a 30 %, přičemž podle doporučení Světové zdravotnické organizace by měla být minimálně 75%. Očkování proti chřipce u seniorů zmiřuje její průběh. Snižuje potřebu hospitalizace z důvodu pneumonie a chřipky až o 30–70 % a riziko úmrtí až o 80 %. V domovech důchodců je pak očkování u seniorů efektivní v prevenci chřipkové infekce v 41,9 %, v prevenci hospitalizací v 74,8 % a v prevenci úmrtí v 87,7 %.

Více na: stop-chripce.cz

(red)

Plicní postižení

u systémových nemocí pojiva, vaskulitid a idiopatických zánětů v gastroenterologii

Monografie zaplňující prázdné místo v české literatuře – tak shrnul význam knižní novinky z edice Postgraduální medicíny vydavatelství Mladá fronta její recenzent prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

„Kniha ‚Plicní postižení u systémových nemocí pojiva, vaskulitid a idiopatických zánětů v gastroenterologii‘ představuje náročný projekt propojující problematiku více interních oborů, jejichž společným prvkem jsou imunologické abnormality s pestrými klinickými projevy. Publikace demonstruje, jak významnou pozici má pneumologie ve vnitřním lékařství a jak často se objevuje plicní symptomatologie u interních onemocnění. Některé projevy jsou jen nespecifickými průvodními symptomy, jiné jsou důležité pro diferenciální diagnostiku, ale další zásadně ovlivňují prognózu nemocí. K těm vážným patří difúzní alveolární hemoragie, plicní vaskulitida, výpotek, pneumonitida, fibrotizující změny nebo stenóza trachey,“ uvedl recenzent.

„Zajímavý je i rozbor jiných příčin postižení plic vznikajících u systémových nemocí nebo idiopatických střevních zánětů. Je to především polékové postižení, které může mít podobné projevy jako nemoc



sama a jehož diagnostika vyžaduje velkou klinickou zkušenost. Je třeba si uvědomit, že postižení plic se může vyskytnout prakticky u každé systémové nemoci, a to v různých fázích jejího průběhu. Jako iniciální příznak může působit značné diferenciální diagnostické potíže.

Knižka je psána velmi systematicky a komplexně. Každá jednotka je popsána z pohledu odborníka v daném oboru podle konkrétních příznaků (revmatologické, gastroenterologické, ale i dermatologické nebo imunologické) a poté je vždy vyzdvižena pneumologická problematika. Pestrost nemocí je podpořena bohatou obrazovou dokumentací, což činí knihu čtivou a dobře použitelnou pro klinickou praxi. Mezioborový přístup v diferenciální diagnostice i léčbě má dvojí smysl: 1. aby pneumolog znal dílčí projevy nemocí a mohl poskytnout maximum informací, 2. aby revmatolog, gastroenterolog nebo všeobecný internista očekával plicní komplikace a věděl, kdy se na pneumologa obrátit. Zdrojem infor-

mací v posuzování pneumopatií jsou funkční vyšetření plic, zobrazovací vyšetření hrudníku (hlavně HRCT) a bronchoskopie s eventuální bronchoalveolární laváží a kryobiopsií nebo klasickou transbronchiální biopsií plic.

Kniha je neobyčejně zdařilá tím, že názorně popisuje i velmi vzácné nemoci, při jejichž diagnostice a léčbě může zásadně pomoci lékařům mnoha specializací. Kolektiv autorů pod vedením pneumology napsal monografii, která zaplnila prázdné místo v české lékařské literatuře,“ uzavřel prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Základní informace

Knihu o rozsahu 208 stran napsal pod vedením Marty Vašákové autorský tým ve složení Radim Bečvář, Milan Lukáš, Martina Štercllová a Hikmet Al-Hiti. Názorná a poutavá publikace je určena všeobecným internistům, pneumologům, gastroenterologům, revmatologům, alergologům a klinickým imunologům i praktickým lékařům. Přináší přehled možných postižení plicní tkáně a cév u systémových nemocí pojiva včetně vaskulitid, u idiopatických střevních zánětů a autoimunitních hepatitid. Nechybí ani návod, jak tato postižení diagnostikovat a léčit. (akt)

uLékaře.cz přináší telemedicínu pro všechny

Zdravotní on-line poradna uLékaře.cz spouští nový projekt v oblasti telemedicíny. Nový koncept do českého zdravotnictví přináší tým lékařů vedený MUDr. Tomášem Šebkem.

Strategickým partnerem se stala investiční skupina Rockaway Jakuba Havranta.

Internetová poradna uLékaře.cz vznikla v roce 2011. Pacientům na dotazy přes webové rozhraní či mobilní aplikaci odpovídá téměř 200 praktických lékařů a specialistů. Nově mohou lékaři nejen konzultovat s uživatelem

jeho zdravotní stav, ale rovnou jej objednat do spolupracujícího zdravotnického zařízení.

„Máme nejlepší předpoklady být první volbou pro pacienty v rámci lékařských konzultací na dálku. V případě složitějších diagnóz pak můžeme zajistit efektivní řešení v partnerském zdravotnickém zařízení,“ říká MUDr. Tomáš Šebek.



Telemedicína reaguje na rozvoj informačních a telekomunikačních technologií s cílem poskytovat zdravotní péči a zajistit výměnu zdravotnických informací na dálku. Podle Tomáše Šebka telemedicína v současnosti dobře funguje například v USA nebo ve skandinávských zemích a začíná pronikat i do českého zdravotnictví. (red)

Inzerce M161000245

ČESKÉ VĚDCE V OBLASTI MEDICÍNY A FARMACIE PODPORUJÍ CENY DISCOVERY



Věda a výzkum v oblasti medicíny a farmacie dosahuje v Česku špičkové úrovně. Ceny Discovery vznikly proto, aby podpořily tyto odvážné počiny, které jsou pro kvalitu života pacientů značným přínosem. Rovněž chtějí poukázat na inovativní potenciál českého zdravotnictví a farmacie. Výroční cena Discovery je udělována společností Novartis výzkumníkům do 40 let, kteří se zasloužili o výjimečný posun na poli výzkumu v medicíně a farmacii. Soutěž je vyhlášena pro obor Biomedicína s důrazem na následující oblasti: Inovativní, diagnostické a preven-

tivní přístupy a v kategorii Základní výzkum v oblasti biomedicíny. Hlavními kritérii při hodnocení jsou originalita, aplikovatelnost, společenský přínos a pozitivní ekonomický dopad. Hodnotící komise má dvanáct členů a je složena z renomovaných odborníků, kteří působí dlouhodobě ve zdravotnictví. Letos se uskutečnil již 5. ročník předávání těchto cen. Jedním z oceněných se stal RNDr. Tomáš Koblas, Ph.D. z Institutu klinické a experimentální medicíny – Centrum experimentální medicíny, za práci Reprogramming of Pancreatic Exocrine Cells AR42J Into Insulin-producing

Cells Using mRNAs for Pdx1, Ngn3, and MafA Transcription Factors. Tato práce zahrnující přeprogramování exokrinních buněk pankreatu k produkci inzulinu by potenciálně mohla mít význam v léčbě diabetu. „Ceny Discovery jsou unikátní tým, že se může přihlásit každý, kdo má skutečně nápad, být v raných fázích zkoumání,“ řekl RNDr. Tomáš Koblas, Ph.D.

Více o podmínkách přihlášení vaší práce a o tom, jak probíhaly minulý ročníky Discovery Award, najdete na www.discoveryaward.eu

SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM[®] XTRA

Kombinace dvou revolučních novinek
v jednom unikátním splachovatelném sáčku.

Vnitřní vložka sáčku a podložka jsou
splachovatelné v jakémkoliv systému,
kde je možné splachovat toaletní papír
včetně septiků, extrakčních systémů např.
v letadlech, mobilních toaletách.



Biologicky
rozložitelná
vnitřní vložka sáčku
a podložka dělají
sáček Aurum[®] Xtra
ekologickým.



zelená linka: 800 100 644

J+A zdravotnické potřeby, spol. s r.o. - výhradní distributor a
bezplatná zásilková služba, www.ja-zdravotnickepotreby.cz



Hysteroskopie, nebo kyretáž?

Hysteroskopie je endoskopická metoda pro diagnostiku a léčbu patologií v dutině děložní. Ačkoli se provádí v nemocnicích i ambulancích, plošnému rozšíření brání technické i personální překážky.

Workshop hysteroskopie, který se konal v rámci XXV. konference sekce gynekologické endoskopie České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP v Olomouci, měl za cíl seznámit zájemce s metodou a poskytnout jim základní dovednosti. Bližší informace nám sdělil jeden ze školitelů **prof. MUDr. David Kužel, CSc.**, z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Proč jste zvolili jako téma workshopu právě hysteroskopii?

Hlavně proto, že hysteroskopie není využívána tak často, jak bychom si přáli. Z údajů zdravotních pojišťoven vyplývá, že operačních a diagnostických hysteroskopií je celkově vykazováno méně, než by si metoda zasloužila. Asi v pětině nemocnic se neprovádí vůbec a je nahrazována kyretáží.

Jaké jsou nejčastější indikace hysteroskopie?

Především je to nepravidelné děložní krvácení, dále pak suspektní ultrazvukový nálezn, sterilita a infertilita.

Proč se hysteroskopie neprovádí všude?

Výkon vyžaduje určitou technickou zdatnost a zkuš-

nost, navíc náklady na technické vybavení jsou poměrně vysoké. Překážky širšího prosazení této metody však nejsou úplně zřejmé. Diskutoval jsem o tom s renomovanými kolegy ze zahraničí a situace je všude stejná.

Jaký je hlavní rozdíl mezi hysteroskopií a kyretáží? Není v současnosti kyretáž již obsoletním výkonem?

Především kyretáž je výkon, který se provádí naslepo. Naproti tomu hysteroskopie se dělá cíleně, pod optickou kontrolou. Kyretáž by měla být indikována jen v případech život ohrožujícího krvácení, zatímco při jakékoli jiné diagnóze by se měla preferovat hysteroskopie.

Je hysteroskopie pro pacientky bezpečnější?

Ne zcela. Největší nebezpečí obou výkonů spočívá v možnosti perforace dělohy. K té nejčastěji dochází při dilataci hrdla děložního, která se provádí jak před kyretáží, tak před zavedením hysteroskopu. Při ambulantní hysteroskopii tenkou optikou však toto nebezpečí nehrozí.

Pro koho je vhodná ambulantní hysteroskopie? Záleží na preferenci pacientky?

Preference výkonu pacientkou je nutná, ale ambulantní výkon není vhodný pro každou ženu. Záleží na rozsahu a závažnosti nálezu. Před samotnou hysteroskopií je nezbytné ultrazvukové vyšetření. Pokud se dělá v rámci doporučené prevence, patologie se většinou zachytí v časném stadiu. To znamená, že nálezn je malý a lze jej řešit ambulantně. V nemocnici i gynekologické ambulanci je možné provést tzv. see and treat hysteroskopický výkon. Znamená to, že optická diagnostika a operační léčba malých patologií jsou zahrnuty do jednoho ambulantního výkonu. U větších náleznů je však třeba provést širší resekci a tomu předchází zmíněná dilatace hrdla děložního. Chtěl bych ještě zmínit, že ambulantní hysteroskopie v nemocnici není „ambulantní“ v pravém slova smyslu. K dispozici je totiž anesteziolog a výkon lze kdykoli převést do nemocničního režimu.

Lze diagnostickou hysteroskopií uskutečnit bez analgezie? A kdy podat anestezii celkovou?

Vycházíme z přání pacientky. Některé ženy zvládnou výkon bez jakékoli medikace, jiné požadují podání anxiolytik nebo analgetik. Pokud si to žena přeje, pak lze výkon udělat v celkové anestezii. **MUDr. Andrea Skálová**

Inzerce M161000833

Biografie v managementu dlouhodobé péče

Kvalita začíná od personálního klíče

Erwin Böhm institut pořádá ve spolupráci s Mladou frontou odborné sympozium v pátek

9. 12. 2016 od 10.00 hodin, Magistrát hl. města Prahy

ODBORNÝ GARANT PROGRAMU: PhDr. Eva Procházková, Ph.D., Erwin Böhm institut

INFORMACE A PŘIHLÁŠKY K ÚČASTI

Informace a přihlášky on-line na internetových stránkách www.kongres-medical.cz

adresa:

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

kontakt:

Bc. Jakub Tichý
+420 776 316 666
tichy@mf.cz

REGISTRAČNÍ POPLATEK:
880 Kč / 35 EUR

Zvýhodněné vstupné pro studenty:
(po předložení studentského průkazu)
200 Kč/8 EUR



Hamánek®

péče v každé lžičce



NA DĚTECH NÁM ZÁLEŽÍ

Výživa dětí v prvních měsících ovlivňuje zdraví dítěte po celý další život.

Nejnovější světové i domácí studie dokazují, že nejenom správný výběr stravy, ale především správné načasování jejího zavedení hraje velmi důležitou roli. **V období tzv. okna imunologické tolerance, které spadá do období od ukončeného 16. týdne až do 26. týdne biologického věku dítěte, by měly být zaváděny všechny základní potraviny** včetně obilovin s lepkem, ryb, vajíček či mléčných bílkovin. Současně je však třeba respektovat případnou citlivost či skutečnou potravinovou alergii.



Proto jsme ve spolupráci s vámi, pediatry a odborníky na výživu, připravili výrobky Hamánek tak, aby plně odpovídaly novým výživovým doporučením. Můžete si být tak spolu s rodiči malých dětí jistí, že jim nabízíte s maximální péčí to nejlepší pro jejich správný růst a vývoj. **Hamánek příkrmy můžete s čistým svědomím doporučovat.**

www.hamaneck.cz

Léčba inzulinem

by měla být včasná a individualizovaná

Inzulinová léčba diabetu byla námětem dvou přednášek podporovaných společností Eli Lilly, které zazněly na kongresu ambulantní diabetologie. Kongres se konal v Poděbradech 3.–5. listopadu.

První příspěvek s názvem Klasika v zahájení inzulinoterapie přednesl MUDr. Jiří Jón z diabetologické ambulance interního oddělení Nemocnice Na Homolce v Praze. Zamyslel se v něm nad otázkou optimálního načasování pro zahájení inzulinoterapie, překážkami ze strany lékaře a pacienta, benefity včasného zahájení léčby inzulinem a potřebou individualizace léčby diabetu mellitu.

Neoddalovat zahájení inzulinoterapie

Inzulinoterapie (IT) prodělala obrovský vývoj. V současnosti je k dispozici několik typů inzulinu v různých koncentracích, na trhu se objevily biosimilární inzuliny. Zahájit IT není podle MUDr. Jóna zcela jednoduché, lékaři ji mnohdy oddalují a pacienti z ní mají obavy – často v důsledku různých dezinformací a mýtů. Mezi hlavní příčiny oddalování IT patří obavy pacienta z hypoglykemických příhod, hmotnostního přírůstku a nutnosti selfmonitoringu, strach z injekční aplikace, časové náročnosti léčby či snížení kvality života.

Léčba bazálním inzulinem se přitom doporučuje již od časných stadií diabetu, neboť odpovídá fyziologické povaze onemocnění a zpomaluje proces vyčerpávání beta buněk. Časná efektivní IT zlepšuje prognózu pacienta a snižuje riziko rozvoje diabetických komplikací. Nejčastější indikací k terapii inzulinem je nespokojivá kompenzace diabetu při stávající léčbě neinzulinovými antidiabetiky.

Inzulin glargin 100 vs. 300

V souvislosti s větším portfoliem inzulinů přednášející vyzdvihl potřebu individualizace léčby diabetu s při-

hlédnutím ke kompenzaci diabetu, výskytu hypoglykemií, postprandiální glykémii, hmotnosti pacienta apod. „Inzulin je třeba volit podle potřeb konkrétních pacientů. Hlavně se musíme ptát, co chceme pomocí bazálního inzulinu ovlivnit,“ uvedl MUDr. Jón. Dále se zaměřil na srovnání účinků jednotlivých koncentrací inzulinu glarginu (100 IU/ml vs. 300 IU/ml) z pohledu ovlivnění noční glukoneogeneze, glykémie nalačno a výskytu hypoglykemií. „Na porovnání účinků těchto dvou inzulinů se zaměřovaly studie EDITION 1, 2, 3. Z výsledků vyplynulo, že účinnost obou koncentrací je srovnatelná, stejně jako výskyt nočních hypoglykemií. Je ovšem třeba si uvědomit, že uvedené dvě koncentrace nejsou bioekvivalentní,“ upozornil Jiří Jón.

Kde perorální antidiabetika nestačí

Efekt nasazení bazálního inzulinu u jednoho ze svých pacientů demonstroval přednášející na kazuistice. Pacient léčený kombinací metforminu a gliklazidu se dostavil do ambulance s hodnotami glykémie nalačno 10–12 mmol/l a Hb_{A1c} 65 mmol/l. Zvýšení dávky metforminu a další modifikaci perorálních antidiabetik netoleroval, laboratorní parametry se ještě zhoršily. Po nasazení Abasaglaru (inzulin glargin 100 IU/ml) se hodnoty glykémie a glykovaného hemoglobinu vrátily do normálu. „V každodenní ambulantní praxi vidíme, že bazální inzulin je efektivní volbou a úspěšně sníží glykémii i glykovaný hemoglobin. Mnohdy však zahájíme léčbu pozdě. Pacienta je vhodné informovat o možné léčbě inzulinem včas, samotnou inzulinoterapii je pak potřeba individualizovat, včetně titrace vhodné dávky. Nepostradatelným předpokladem lé-



čebného úspěchu je spolupracující pacient provádějící selfmonitoring,“ uzavřel MUDr. Jón.

Bazální inzulin: méně hypoglykemií, nižší dávky

Ve druhém příspěvku – Strategická rozhodnutí o inzulinové léčbě: ranní ptáče, váhavý střelec a borec na konec – se společně s publikem zamýšlel nad otázkami zahájení inzulinoterapie u diabetu mellitu 2. typu doc. MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D., z diabetologické ambulance 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Přednášející konstatoval, že lékaři zahajují inzulinoterapii podle svého uvážení a zkušeností v různých fázích rozvoje diabetu – někteří brzy s pomocí bazálního inzulinu (ranní ptáčka), jiní s léčbou inzulinem vyčkávají (váhavý střelec), další ji indikují až jako intenzifikovaný režim (borec na konec). Na otázku, zda zahajovat inzulinoterapii v co nejčasnějším stadiu onemocnění, odpověděl přednášející, že v souladu s dosavadními výsledky studií včasná léčba inzulinem neprodlouží život, ale zlepší jeho kvalitu. Ve prospěch časnější, agresivní léčby svědčí narůstající riziko komplikací diabetu, na druhé straně při agresivní léčbě vzrůstá riziko hypoglykemií, včetně závažných. Jak dále uvedl docent Prázný, z porovnání režimů inzulinoterapie vyplynulo, že bazální inzulin je sice méně efektivní než inzulin podávaný dvakrát denně, ale jeho aplikace je spojena s menším výskytem hypoglykemií, včetně těch závažných. Totéž platí pro srovnání bazálního inzulinu s intenzifikovaným režimem. Metaanalýza studií dále ukázala, že u pacientů, kteří přešli na bazální inzulin, stačila podstatně nižší dávka. Otázka zůstává, nakolik je možné bazální inzulin titrovat při zachování stejné účinnosti.

MUDr. Andrea Skálová



www.europredplatne.cz

Nestarejte se o dárky,
už jsme je pro vás sehnali...

euro:



**Výběrové řízení****Epidemiolog/epidemioložka**

Nemocnice Havlíčkův Brod, p. o., vypisuje výběrové řízení na pozici:

- **nemocniční epidemiolog – odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví**

Náplň činnosti:

Zabezpečení kontroly opatření k prevenci nemocničních nákaz ve zdravotnickém zařízení, včetně kontroly sterilizace, účast na řízení a kontrole veškerých dezinfekčních zásahů a zabezpečení kontroly jejich účinnosti, kontrola plnění uložených opatření.

Požadujeme:

VŠ vzdělání v magisterském akreditovaném zdravotnickém studijním oboru pro přípravu odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví nebo v akreditovaném magisterském studijním oboru přírodovědného, sociálního, pedagogického nebo matematicko-fyzikálního zaměření a akreditovaném kvalifikačním kurzu v ochraně veřejného zdraví podle zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění, praxi na obdobné pozici, dobrou uživatelskou znalost práce na PC, schopnost koncepční a systematické práce, odpovědný přístup k právním úkonům, samostatné řešení problémů, dobré komunikační a organizační schopnosti.

Nabízíme:

Zaměstnanecké a sociální výhody, možnost profesního a kariérního růstu, stabilní zázemí organizace.

Písemné přihlášky se stručným profesním životopisem, písemným souhlasem s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení, výpisem z rejstříku trestů ne starším 90 dnů zasílejte do 30. 11. 2016 na adresu Nemocnice Havlíčkův Brod, p. o., Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod, personální oddělení.

M16100790

Strategický partner

Hledá se:

- **strategický partner pro modernizaci a rozvoj komerčního zdravotnického střediska v Africe**

Středisko se nachází v centru přímořského Dar es Salaam, Tanzanie (7 mil. obyv.). Lokalita má velkou spádovou oblast, cca 300 m od magistrály. Velký pohyb automobilů a osob. Klinika licencovaná ministerstvem zdravotnictví Tanzanie má uzavřené smlouvy s největšími pojišťovnami. Středisko disponuje ordinacemi, vyšetřovny, gynekologií, zákrokovým sálkem, laboratoří a lékárnou.

Možnost rychlého získání statusu nemocnice, s programem např. kardiologie, oftalmologie, plastické chirurgie, porodnice či IVF. Středisko je v provozu již 3. rok. Celková hodnota investice je 500 000 USD.

Kontakt:

e-mail: viktor@korcek.cz

M161000828

Volná místa**Toxikolog/toxikoložka**

Nemocnice Pardubického kraje, a. s., (Pardubická nemocnice) přijme:

- **toxikologa na oddělení soudního lékařství**

Požadujeme:

VŠ vzdělání v oboru farmacie, chemie, biochemie; ukončené specializační studium v oboru soudní toxikologie nebo vyšetřovací metody v instrumentální chemii a toxikologii; znalosti z analytické a instrumentální techniky (GC, GC/MS, LC, LC/MS, spektr. metody), průkaz a stanovení nox v biologickém materiálu (vč. materiálu nekroptického); praktické znalosti z oborů toxikologie, farmacie, chemie, biochemie; soudní znalec v oboru zdra-

votnictví, odvětví toxikologie (nebo předpoklad jmenování znalcem) výhodou.

Více informací na:

www.nempek.cz/sites/default/files/nemocnice-pardubice/obsah/stranky/zdravotnicka-povolani/soubory/toxikologprosoudnikarstviweb.pdf

M161000798

Pneumolog/pneumoložka

Odborný léčebný ústav Jevíčko přijme:

- **lékaře/-ku na oddělení pneumologie, včetně léčby TBC**

Požadujeme:

Atestace výhodou, zájem o pneumologii podmínkou.

Nabízíme:

Nadstandardní platové podmínky (podle praxe 55-75 tisíc Kč, včetně tří služeb v měsíci), zaměstnanecké benefity, ubytování nebo byt, krásné prostředí. Nástup podle dohody.

Kontakt:

e-mail: lenka.smekalova@seznam.cz
tel.: 461 550 712, 777 142 209

M161000771

Lékař/lékařka

Fakultní nemocnice v Praze-Motole hledá:

- **lékaře/-ku pro Centrum vysoce specializované péče pro transplantace plic**

Požadujeme:

Specializovanou způsobilost z pneumologie, interny nebo imunologie a zájem o transplantaci medicínu.

Nabízíme:

Možnost profesního růstu, účast na unikátním programu transplantací plic, uplatnění ve vědecké práci, nadstandardní finanční ohodnoce-

ní a zaměstnanecké benefity. Plný úvazek, nástup dohodou.

Kontakt:

Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail:

miloslav.marel@fnmotol.cz

M161000831

Sestra

- **přijmu sestru**

na částečný úvazek (3 dny v týdnu) do alergologické ordinace v Praze 7

Kontakt:

e-mail: ivana.kopova@post.cz

M161000811

**ROZŠIŘUJEME NÁŠ TÝM!**

- Všeobecná sestra - JIP
- Všeobecná sestra - Lůžkové oddělení
- Všeobecná sestra - Operační sály
- Zdravotnický záchranář
- Zdravotnický asistent

www.kariera.ikem.cz



Ordinace praktického dětského lékaře
Dětské lékařské centrum s.r.o.

PEDIATR OLMOUC

NZZ Dětské lékařské centrum s. r. o. v Olomouci hledá atestovaného praktického lékaře pro děti a dorost. Nástup možný ihned.

Plat 55 000 Kč, náborový příspěvek 50 000 Kč. Možnost navýšení po osobním pohovoru v závislosti např. na počtu atestací, praxi apod.

Kontakt: Mgr. Bc. Tomáš Hégr, tel. 603 851 231

Od 1. 1. 2017 nabízíme volnou pozici **gynekologa/gynekoložky.**

Hledáme atestovaného lékaře či lékařku gynekologie na trvalý plný/částečný pracovní poměr.

V případě zájmu nám prosím zašlete životopis na e-mail: jana.bielkova@eyecentrum.cz Pro více informací volejte na tel. 296 186 139



Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína je přijímána na e-mailu: personalni_inzerce@mf.cz nebo telefonicky na tel.: 225 276 380

**AquaKlim, s.r.o.**

vyhlašuje výběrové řízení na pozici:



Primář/primárka

léčebně-rehabilitačního úseku Sanatorií Klimkovic
(v blízkosti Ostravy) **pro práci na dětské léčebně****Požadujeme:**

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru
- specializovanou způsobilost v oborech **neurologie** nebo **RFM (FBLR)**
- odbornou způsobilost dle zák. č. 95/2004
- velmi dobré organizační a řídicí schopnosti
- komunikační schopnost
- schopnost koordinace týmové práce, aktivního, samostatného jednání
- vstřícné chování a vystupování, pracovitost, spolehlivost a odpovědnost

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti
- jednosměnný provoz
- zaměstnanecké benefity (automobil, telefon, 5 týdnů dovolené,...)
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu
- nadstandardní finanční ohodnocení
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady
- nástup možný ihned nebo podle dohody

Strukturované životopisy zasílejte:
na email: kariera@sanklim.cz, telefon: 556 422 122.

Inzerce M161000814

AquaKlim, s.r.o. vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

Lékař/lékařka

léčebně-rehabilitačního úseku Sanatorií Klimkovic (v blízkosti Ostravy)**Požadujeme:**

- vysokoškolské vzděl. lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v oborech **neurologie** nebo **RFM (FBLR)**,
- způsobilost dle zák. č. 95/2004,
- schopnost aktivního, samostatného jednání
- pracovitost, spolehlivost a odpovědnost
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti
- jednosměnný provoz
- příspěvek na penzijní připojištění
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce
- mzdu 65 000 – 85 000 Kč
- další zaměstnanecké benefity
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady
- nástup možný ihned nebo podle dohody

Strukturované životopisy zasílejte:
na email: kariera@sanklim.cz,
telefon: 556 422 122.

Inzerce M161000815

AquaKlim, s.r.o. vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

Fyzioterapeut, fyzioterapeutky Ergoterapeut, ergoterapeutky

do Sanatorií Klimkovic (v blízkosti Ostravy)**Požadujeme:**

- středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání obor fyzioterapeut/ergoterapeut
- dobrou nebo částečnou znalost angl. jazyka
- odborná způsobilost podle zákona č.96/2004 Sb. v platném znění
- morální a občanská bezúhonnost
- samostatnost, spolehlivost a aktivní přístup
- schopnost týmové spolupráce

Nabízíme:

- zázemí velké a stabilní společnosti
- možnost ubytování nebo přidělení služebního bytu v blízkosti místa výkonu práce
- podporu odborného růstu a dalšího vzdělávání
- možnost uplatňovat a rozvíjet vlastní nápady
- další zaměstnanecké benefity
- možnost získání náborového příspěvku
- nástupní mzda od 20 250 Kč
- mzda registrovaného fyzioterapeuta 25 000 – 35 000 Kč dle kariérního řádu
- nástup možný ihned nebo podle dohody

Strukturované životopisy zasílejte:
na email: kariera@sanklim.cz,
telefon: 556 422 122.

Inzerce M161000816

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě přijme do pracovního poměru**LÉKAŘE S ATESTACÍ V OBORU PSYCHIATRIE, LÉKAŘE JINÉHO OBORU, LÉKAŘE BEZ ATESTACE, ABSOLVENTA LÉKAŘSKÉ FAKULTY.****Plat dle vzdělání a délky praxe:**

39 000 až 68 000 Kč s možností dalšího finančního růstu.

Možnost ubytování, případně nabízíme pomoc při hledání bytu. Pracovněprávní vztah navážeme i na kratší časové období.

Písemné nabídky zasílejte na e-mailovou adresu: micakova@olu.cz, telefon 588 517 505.

Inzerce M161000810

**Nemocnice Kadaň s.r.o.**

vyhlašuje výběrové řízení na místo

PRIMÁŘE CHIRURGICKÉHO ODDĚLENÍ

Požadujeme:

- ▶ Specializovanou způsobilost v oboru chirurgie
- ▶ Licenci ČLK pro výkon funkce primáře
- ▶ Organizační, odborné a komunikační schopnosti, samostatnost, aktivní přístup

Nabízíme:

- ▶ Výhodné platové ohodnocení, smluvní plat
- ▶ Přednostní přidělení bytu města k datu nástupu
- ▶ Náborové a zaměstnanecké benefity

Požadované doklady k přihlášce:

1. Strukturovaný profesní životopis, dosavadní praxe
2. Fotokopie dokladu o nejvyšším vzdělání
3. Výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíce
4. Souhlas se zpracováním osobních údajů pro účely výběrového řízení dle zákona č.101/2000 Sb.

Písemné přihlášky zasílejte řediteli nemocnice do 30.11.2016 na adresu:

MUDr. Josef Mašek, ředitel Nemocnice Kadaň s.r.o.
Golovinova 1559, 432 01 Kadaň

Případné informace na e-mailové adrese:

masek@nemkadan.cz nebo telefonicky 474 944 239.

Inzerce M161000799

Správní rada **Městské nemocnice v Litoměřicích** přijme do pracovního poměru

LÉKAŘE / LÉKAŘKU

NA POZICI ZÁSTUPCE PRIMÁŘE NA GYNEKOLOGICKO PORODNICKÉ ODDĚLENÍ SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ V OBORU.**Požadujeme:**

způsobilost k výkonu povolání lékaře dle zák. 95/ 2004 Sb., členství v ČLK

Písemné žádosti zasílejte na adresu:

Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát Správní rady, paní Petra Lisá, Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice.

Bližší informace:

MUDr. Jiří Štverák, MBA, Tel.: 416 723 702.

Inzerce M161000754

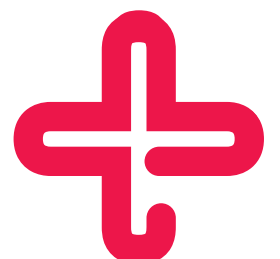
**ZDRAVOTNICTVÍ
MEDICÍNA**

Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M161000792

LÉKAŘ/-KA do soukromé ordinace v BAVORSKU!

30 km od hranic (z Folmavy – Lískové – Železné – Rozvadova)

Předpoklady: atestace INTERNA, resp. VŠEOB. LÉKAŘSTVÍ + AKTIVNÍ ZNALOST NJ.**Info:**
777 335 363



MEDICAL SERVICES



MLADÁ FRONTA

Zajišťujeme kvalitní komplexní služby na míru:

- Vydáváme **zdravotnické tituly**
- Organizujeme **vzdělávací akce**
- Připravujeme **odborné knihy**
- Provozujeme odborné webové stránky **zdravotnictviamedicina.cz**

www.medical-services.cz