



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



12/2016

vyšlo: 19. 12. 2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Inventuře resortu se nebráním (str. 6)

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

Výměna ministra.

Nad lékaři a sestrami visí otazníky

Svatopluk Němeček byl během svého vládního angažmá výrazně konfrontován se dvěma problémy, jež mu velkoryse zanechali jeho předchůdci. Jedním byl akutní nedostatek zdravotních sester, který se promítá do zavírání řady oddělení po celé republice. Druhou komplikací byl nedostatek lékařů, počínající problém v některých oblastech akutní medicíny a v řadě regionů ČR už skoro napříč všemi segmenty zdravotní péče.

V případě zdravotních sester volají odborníci již dlouho po vytvoření podmínek pro správné sestavení a nastavení ošetrovatelských týmů, ve kterých má každá z nelékařských profesí svoje kompetence odpovídající kvalifikaci a zkušenostem. Volání však nebylo vyslyšeno. Ministr se rozhodl jít cestou zákonných úprav spočívajících v rozšíření kompetencí maturantek, včetně razantního zkrácení jejich navazujícího terciárního vzdělávání. To je krok nejen kontroverzní, ale také pouhé nekoncepční krizové řešení, které nemá ambici vyřešit skutečné příčiny nedostatku personálu. Podobné východisko zvolil i u lékařů.

Novela zákona jako všelék

Nefungující systém vzdělávání lékařů nebyl pro ministra Němečka evidentně žádnou prioritou, protože tušil, že získat plusové body v této disciplíně není jednoduché a dosud se to nikomu z jeho předchůdců příliš nepovedlo. Nicméně práce na další novele předmětného zákona č. 95/2004 Sb. se pro ministra postupně stala jakýmsi štítem, kterým odrážel všechny požadavky nespokojených lékařů i všechny dotazy novinářů ohledně odchodu lékařů do zahraničí. Diskuze kolem kontroverzního zákona také poměrně dobře zakryla pasivitu ministerstva v této palčivé oblasti.

Deficit chybějící vize, jak by mělo vzdělávání lékařů v budoucnu lépe fungovat, nahradila strategie, aby se

při přípravě zákona vyhovělo představám všech zainteresovaných stran. Snaha zavděčit se všem však přinesla přesně opačný efekt a novelu ve znění předloženém ke schválení poslanecké sněmovně kritizovaly nakonec skoro všechny strany v čele se samotnými mladými lékaři. I jim bylo jasné, že zákon poslepaný ze vzájemně protichůdných opatření přinese do systému jediné novou dimenzi destabilizace.

Nekonečné diskuze a boje o konečnou podobu zákona byly nakonec pro všechny strany vyčerpávající. Přitom pokud si zákon projde finální zimní cestou senátem, začne teprve práce na navazující legislativě ve formě klíčových vyhlášek. Až ty rozhodnou o tom, zda prostředí v nemocnicích bude bezpečné jak pro pacienty, tak pro jejich lékaře. Zásadní budou vyhlášky, jež budou stanovovat kompetence lékařů po složení zkoušky na konci základního kmene, tedy po 2,5 letech praxe, dále pak vzdělávací programy, které stanovují požadované délky stáží, počty výkonů a také třeba parametry pro akreditovanou pracoviště. Velký boj se dá také očekávat ohledně vyhlášky stanovující nástavbové obory a funkční kurzy. To už však bude úkolem nového ministra.

Řídit lékaře jako... firmu!

Velkou nejistotu vyvolává, jak si ekonom a nelékař Miloslav Ludvík poradí s těmito vysoce odbornými předpisy a zda jim dá i patřičnou prioritu. Obzvláště v situaci, kdy bylo na ministerstvu místo odborného náměstka pro tuto agendu dlouhou dobu neobsazeno a případný nový náměstek bude potřebovat určitou dobu hájení. Zkušenosti Ludvíka s provozem největší nemocnice v republice mohou být dokonce velkým handicapem, protože požadavky na kompetence mladých lékařů v metropolitní fakultní nemocnici s velkým poměrem zkušených zaměstnanců jsou přirozeně dramaticky odlišné od poža-

davků ředitelů regionálních nemocnic, zpravidla výrazně personálně poddimenzovaných. Ti, ve snaze minimalizovat personální výdaje, půjdou bezpochyby z hlediska kompetencí na hranu či dokonce za hranu možného.

Spasí nás cizinci?

Rozpracované legislativní předpisy jsou bohužel v této oblasti asi tím jediným, co po Němečkovi zůstane. Novela zákona rozhodně nikterak neupravuje kontrolu kvality a financování systému vzdělávání lékařů, přitom bez adekvátní výše investic a kontinuální evaluace nemůže systém začít správně fungovat. V bodě financování samozřejmě sehrál svoji negativní úlohu ministr financí Andrej Babiš. Od něj ovšem nemůžeme čekat, že do resortu spravovaného vládním konkurentem bude nyní sypat peníze, aniž by mu mohly přinést rychlé body.

Bezútešný stav ve vzdělávání mladých lékařů tak zůstane společně s jejich nedostatečným finančním ohodnocením jedním z hlavních důvodů odchodu do zahraničí. Jak jinak tedy do budoucna zajistíme dostatečné množství českých atestovaných lékařů v nemocnicích? Bez chybějící koncepce a bez adekvátních finančních vkladů je už jenom otázkou času, kdy některý z budoucích ministrů přijde s nápadem nahradit masově odcházející české lékaře cizinci ze zemí za východní hranicí EU. Na jaké vzdělanostní úrovni budou, to už je jiná otázka...

MUDr. Jiří Šedo, Ph.D.

(autor je odborníkem na oblast financování zdravotní péče a předsedou spolku Mladí lékaři)

Změna, která nebude

Na smutném orloji českých ministrů zdravotnictví přibyla 19. figura. Nový ministr Miloslav Ludvík je po dlouhých 18 letech prvním nelékařem, který usedá do křesla ministerstva zdravotnictví. Nepočítáme-li několikátý denní přechodné anabáze, během nichž šéfovali zdravotnictví Vladimír Špidla nebo Zdeněk Škromach. Mohl by to být příslib zajímavých změn a nového pohledu na český systém, který by obojí potřeboval jako sůl. Nebýt dvou zásadních vad na kráse.

Tou první je fakt, že ekonom Ludvík přichází na Palackého náměstí na jedenáct měsíců, které zbývají do parlamentních voleb. To je období, během něhož nelze prosadit zhola nic, i kdyby se chtělo. Lze jen udržovat. Dobře to bylo vidět na posledním zasedání vlády, na něž Ludvík sice přinesl návrh zákona o neziskových nemocnicích, ale vzápětí jej z programu zase stáhl. Žádná škoda, nicméně pro ilustraci Ludvíkova manévrovacího prostoru to poslouží dobře.

Druhým důvodem, proč nelze od ministra čekat žádný novátorský přístup, je samotná osoba Miloslava Ludvíka. Jako dlouholetý úspěšný ředitel Motola a současně aktivní komunální politik je do systému vrost-

lý jako málokdo, a ačkoli jej nevěncí titul MUDr., je v českém zdravotnictví insiderem až na půdu.

Navíc vzhledem k tomu, že ani necítil potřebu resignovat na funkci ředitele největšího špitálu v zemi, není těžké uhadnout, že to se svým působením v čele resortu nemyslí nijak zvlášť vážně. Posloužil prostě jako kompetentní a ochotný stranický kádr v situaci, kdy premiér Sobotka potřeboval náhradu za Svatopluka Němečka, kterého se rozhodl vyhodit. Jediný bonus, který mu z funkce ministra plyne, než se zase vrátí do motolské kanceláře, bude právo sepsat úhradovou vyhlášku na rok 2018 a dá se směle předpokládat, že nemocniční segment v čele s velkými zařízeními, zvláště pak fakultními, nebude škodný. Ostatně jako za Ludvíkova předchůdce v Rusnokově prezidentské vládě Martina Holcáta – motolského náměstka, který „koeficientem specializace“ v úhradové vyhlášce na rok 2014 vylepšil Motolu už tak solidní hospodaření.

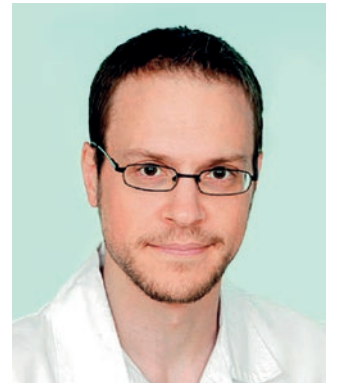
Znovu se bude mluvit o střetu zájmů, v němž se ocitají ministři, jestliže z pozice zřizovatelů jednoho specifického segmentu zdravotnictví (přímo řízených zařízení) rozhodují o rozdělení peněz v celém systému.

A o kolik je tento střet zájmů markantnější, jestliže se jedná o bývalé (Němeček, Heger), či v Ludvíkově případě dokonce současně ředitele fakultních nemocnic. Nezmění se ale nic. Opět se bude mluvit o potřebě spravedlivějších úhrad a o systému DRG a opět se to celé odloží. Zase budou znít velká slova o tom, jak zásadní prioritou je pro vládu zdravotnictví, a znovu se nenajde odvaha se současným neudržitelným systémem hnout.

A opět se povedou války mezi ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem financí. Jen Andreji Babišovi bude čelit nová tvář. Na tu bude vládcem financí moci tahtat příběhy z pražské ČSSD a historiky o „kuliších“, takže konflikt zřejmě dostane novou rétorickou dynamiku. To bude jediná změna, která s Ludvíkem přijde.

Martin Čaban

(autor je komentátorem deníku E15)



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 12/2016

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**Editor a korektor**

Mgr. Denis Drahoš, e-mail: drahos@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakceMartin Čaban, Irena Soukupová, Vladimíra Bošková,
Martin Ježek, Marcela Svěráková**Crařka 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. Radkín 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 Vojtišková

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


mladá fronta
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.skSmluvní 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 15. 12. 2016

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2016
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Dětská paliativní péče je v ČR obtížně dostupná

Dětská paliativní péče je podle odborníků na většině míst České republiky nedostupná a není systémově financována. Potřebovaly by ji asi dva tisíce dětských pacientů. Problém bude řešit Pracovní skupina dětské paliativní péče České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP.

Pod dětskou paliativní péčí spadá komplexní péče o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného potomka včetně poskytování podpory rodině. Je určena rodinám, jejichž dítěti bylo diagnostikováno život ohrožující nebo život limitující onemocnění. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno kurativně se zaměřením na diagnostikované onemocnění. Péče může být poskytována v pobytových či zdravotnických zařízeních nebo v domácím prostředí. Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multiprofesní přístup, zahrnující rodinu a komunitní zdroje.

Dětská péče se liší od dospělé

Rozdíl v paliativní péči pro děti a dospělé spočívá zejména ve spektru a rozložení diagnóz vyžadujících paliativní péči. V dětské populaci je větší různorodost stavů vyžadujících paliativní péči a podstatně vyšší podíl nenádorových diagnóz. V širším kontextu vyžadují tuto péči dvě skupiny dětí. Ty, které mají život limitující onemocnění, tedy stav, kdy je předčasný úmrtí obvyklé (svalové dystrofie, spinální muskulární atrofie, degenerativní onemocnění CNS, dědičné poruchy metabolismu), dále ty, které mají život ohrožující onemocnění, kdy je vysoká pravděpodobnost předčasného úmrtí v důsledku těžké nemoci (onkologická onemocnění, intenzivní péče po vážném úrazu CNS...).

„Rozdíl mezi dětskou a dospělou paliativní péčí je opravdu velký. U dospělých trvá v řádu dnů nebo týdnů, u dětí může jít o měsíce i léta. Zatímco u umírajících dospělých pacientů jsou většinou důvodem onkologická onemocnění, u osmdesáti procent dětí jsou to nenádorové diagnózy, kde je obtížné predikovat délku života,“ říká předsedkyně Pracovní skupiny dětské paliativní péče a primářka dětského oddělení Nemocnice Hořovice MUDr. Mahulena Mojžíšová. Odhadem je nyní v ČR asi 300 rodin, které by potřebovaly tuto péči v závěru života.

Paliativní péče v Evropě

Během posledních let proběhlo v Evropě několik národních průzkumů k identifikaci potřeb dětské paliativní péče. Průzkumy identifikovaly konkrétní potřeby dětí a rodin, pečovateli a poskytovatelů této péče. Výsledky provedených zkoumání byly překvapivě shodné, že děti preferují pobyt doma a rodiny chtějí mít děti v průběhu onemocnění a umírání obvykle v domácím prostředí.

Pracovní skupina EAPC (Evropská asociace pro paliativní péči) dále oslovila poskytovatele z 53 evropských zemí. Z obdržených reakcí plyne, že dětská paliativní péče je v Evropě poskytována ve 42 zemích, úroveň těchto služeb je však velmi rozdílná. Evropské země byly rozděleny do šesti skupin na základě stavu rozvoje dětské paliativní péče.





Stav dětské paliativní péče v ČR

Dostupnost paliativní péče v domácím prostředí je ve většině krajů ČR pro potřebné děti téměř nulová. Pomoc umírajícím nezletilým a jejich rodinám v domácím prostředí momentálně nabízejí jen čtyři organizace a péče není hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Domácí paliativní péči zajišťuje v Praze mobilní hospic Cesta domů, v Ostravě a v části Moravskoslezského kraje hospic Ondrášek, v Jihomoravském kraji paliativní tým MUDr. Petra Lokaje při Klinice dětské onkologie FN Brno a nově také olomoucký hospic Nejste sami.

„Rodiny s nemocnými dětmi se často dostávají do sociální izolace a potýkají se i s finančními problémy, protože jeden z rodičů většinou musí opustit zaměstnání a zůstat doma s dítětem,“ vysvětluje MUDr. Lucie Hrdličková z Kliniky dětské onkologie a hematologie 2. LF UK a FN Motol. Mnohdy tak děti umírají v nemocnicích jen proto, že nemají potřebnou domácí péči. Hlavní překážkou rozvoje dětské paliativní péče vidí onkoložka v nedostatku povědomí o této možnosti a limitovaném vzdělávání – což ve svém důsledku vede k obavám pečujících se o vážně nemocné děti starat a doprovázet je.

Českou paliativní péči pro děti charakterizují tyto nedostatky:

- chybí dostatek empirických dat o počtu potřebných dětí a dostupnosti dětské paliativní péče,
- neexistují nemocniční paliativní týmy, které by pacienty a jejich rodiny připravily na předání do domácí péče,
- odborné vzdělání zdravotníků v paliativní péči je minimální, komunikační schopnosti personálu jsou limitovány vlastní nejistotou z důvodu nedostatečné připravenosti,
- komunikace mezi profesionály, kteří poskytují péči dětem, je nevyhovující,
- nezbytné odlehčující pobytové služby jsou stále neuspokojivé,
- chybí terénní pracovníci, praktičtí pediatři nejsou v oblasti paliativní medicíny školeni,
- nemoc i smrt dětí je ve společnosti tabuizována, rodiny se často dostávají do sociální izolace.

Bludný kruh bariér

Paliativní péče pro děti v ČR patří mezi témata, která byla donedávna na okraji zájmu odborné veřejnosti.

Svědčí o tom i fakt, že první odborná konference věnovaná dětské paliativní problematice proběhla teprve v roce 2014. Na jaře proto zorganizovala Pracovní skupina dětské paliativní péče setkání v Jihlavě, jehož cílem bylo diskutovat o možnostech efektivní spolupráce mezi odborníky a zlepšit dostupnost této péče. Účastníci jihlavské konference identifikovali hlavní bariéry rozvoje dětské paliativní péče, mezi které patří nedostatek informací, absence vzdělávání, strach a obavy pečujících, finanční náročnost pro rodinu a omezená dostupnost péče. Tyto bariéry tvoří bludný kruh. Úkolem druhé konference dětské paliativní péče, která proběhla 30. 11.–1. 12. 2016 v Praze, bylo mimo jiné navržením konkrétních kroků k jejich prolomení.

Mezi hlavní kroky potřebné pro rozvoj dětské paliativní péče patří:

- zajištění odborné diskuze,
- získání dat o stavu dětské paliativní péče v ČR,
- identifikace potřeb na základě získaných dat,
- vytvoření standardů dětské paliativní péče,
- vzdělávání odborníků,
- prezentace problematiky veřejnosti,
- zajištění podmínek pro vznik paliativních týmů v nemocnicích,
- vytvoření systému financování.

Zakotvit péči v systému úhrady

Ministerstvo zdravotnictví ČR podle náměstkyně JUDr. Lenky Tesky Arnoštové, Ph.D., oblast dětské paliativní péče podporuje. Pro příští rok připravilo dva dotační programy na podporu této aktivity. Systémovému řešení by podle náměstkyně měl pomoci pilotní projekt mobilní hospicové péče, který funguje už několik měsíců a do kterého se zapojilo již několik subjektů. Na základě jeho výsledků by mohlo být od roku 2018 oficiálně zakotveno financování. Náměstkyně dále uvedla, že pokud je dítě v nemocničním zařízení, paliativní péče je plně hrazena. Jestliže se rodiny o dítě starají doma, mohou v současnosti žádat o příspěvek na péči. V budoucnosti podle náměstkyně musí dojít k propojení nemocniční, domácí a mobilní paliativní péče. „Naším cílem je zakotvení dětské paliativní péče v systému úhrady,“ uzavřela Lenka Teska Arnoštová.

Více informací: detsky-hospic.cz;
paliativnimedicina.cz

MUDr. Andrea Skálová

Vážení a milí čtenáři,

přemýšlím, kde vás letošní poslední číslo Zdravotnictví a medicíny asi dostihlo. Vzhledem k rozmanité škále našich čtenářů (jak jsme se dozvěděli z nedávného průzkumu čtenosti našeho časopisu) si představuji všechny ty pracovníky, vyšetřovny, lékařské pokoje, sesterny, ordinace, kanceláře a pracovníky, tisíce výhledů z jejich oken, kde ulevujete očím, když už je čtení nebo práce moc. A hodně práce bývá často - tisíce pacientů, stovky operací, převazů, injekcí, vizit, vyšetření, náročných (obchodních) porad a jednání, (ne)vyplněných formulářů, nedorozumění problémů, restů, přednášek a prezentací. Za celou redakci časopisu Zdravotnictví a medicína vám přejí, aby vám vaše náročná, někdy únavně stejná, jindy úplně nová, zodpovědná a smysluplná práce dělala v příštím roce radost.

Ráda bych poděkovala členům naší redakční rady a všem dalším spoluautorům z řad odborné veřejnosti, kteří se celý rok pilně podíleli na textech, které v časopise vyšly. Děkuji také všem našim partnerům, bez jejichž neutuchající podpory se jako tištěné médium neobejdeme. A velký dík patří členům redakce, kteří pro vás celý rok s pečlivostí psali, redigovali a graficky upravovali články a spolu s vámi se každý měsíc radovali z dalšího čísla Zdravotnictví a medicína.

Milí čtenáři, přejí vám krásné Vánoce a ať na svých cestách v příštím roce naberete nové cenné zkušenosti, ať se těšíte z bezpečí trvalých vztahů i jiskrou těch nových, hřeje v srdci lásku a jste zdraví.

Vaše Petra Klusáková



Obsah

• Výměna ministra. Nad lékaři a sestrami visí otazníky	3
• Změna, která nebude 3	
• Dětská paliativní péče je v ČR obtížně dostupná 4	
• Miloslav Ludvík: Na povinném optimismu trvám	6
• Ministr pohledem odborné veřejnosti	7
• Změny plateb zdravotního pojištění od Nového roku	7
• Kam kráčíš Česká stomatologie?	8
• Zohlednit názor sester	8
• Zákony ve výstavbě. V jaké kondici jsou zděděné paragrafy?	10
• Slovenští lékaři chtějí změny a další zprávy ze zahraničí	12
• Účinek dabigatranu sleduje studie RE-COVERY DVT/PE	13

Servis

• Nové knihy	14
--------------	----

Vánoční speciál

• Nesem vám noviny	15
• Vánoční anketa	16

Sestra

• Sestry v centru pozornosti	19
• Překážky v týmu beru jako výzvy	22
• Poslanci nebudou do ledna jednat o vzdělávání sester	22
• Linet představil nové lůžko Eleganza 5	23
• Vážím si sestru, které ve zdravotnictví zůstávají	24
• Horská služba v integrovaném záchranném systému	26
• Ohlédnutí za Sestrou roku 2015	29
• Sestřičky v podobě krystalicky pevné i rozpouštěné	30
• Ze společnosti	32

Medicína

• První fixní kombinace bazálního inzulínu a GLP-1 analoga vstupuje na trh	35
• Roztroušená skleróza: jak oddálit progresivní průběh choroby	38
• Harm reduction je celostní přístup	40
• Co můžeme udělat pro pacienty s celiakií?	42
• Psychoterapie pacientů s roztroušenou sklerózou	44
• Hematoonkologickým pacientům se nedostává moderních léků	46
• Nové možnosti léčby IBD. Zvětšuje se rozdíl mezi Východem a Západem	47

Personální inzerce

	48
--	----



Miloslav Ludvík: Na povinném optimismu trvám

Bývalý ředitel Fakultní nemocnice v Motole **Miloslav Ludvík** byl 1. prosince 2016 jmenován do funkce ministra zdravotnictví. V rozhovoru pro ZaM naznačil směr, kterým chce v příštích měsících resort řídit.

Jedním z vašich zásadních úkolů, který jste si vytkl, bylo přesvědčit ministra financí o tom, že české zdravotnictví je efektivní. Jaké nástroje k tomu chcete použít?

Rozhodně se nebráním provedení inventury v resortu, abychom zjistili, kde máme volné finanční zdroje. To je legitimní požadavek ze strany ministerstva financí, kterému se v žádném případě nebráním.

Pravdou ale je, že pokud porovnáme výdaje na poskytnutou péči v okolních vyspělých státech a u nás, je efektivita potvrzena již v míře české novorozenecké úmrtnosti, průměrné délce dožití nebo schopnosti léčit onkologická onemocnění. Myslím si, že české zdravotnictví je efektivní.

Vyjádřil jste přesvědčení, že stát se musí ještě více než nyní podílet na financování zdravotnictví. Myslíte tím platbu za státní pojištění? Nebo se to týká i jiných oblastí?

Ano, mám na mysli valorizaci za státní pojištění, což je klíčová oblast. Podle vývoje ekonomiky jde ze zdravot-

ního pojištění určitý objem prostředků – jednou více, jednou méně, podle toho, jestli ekonomika roste, nebo klesá. Je to jasná cyklická závislost. Ministerstvo financí chce valorizaci plateb za státní pojištění uplatňovat proticyklicky. Pokud ekonomika klesá, platby zvýší, když ekonomika poroste, platby za pojištění poklesnou. Jenže valorizace má být stabilizátorem, který má dodávat neustále stejný objem prostředků. V dobrých dobách se využíjí na rozvoj a v dobách krize udrží zdravotnictví na dosažené úrovni. Nemůžeme si dovolit propad zdravotnictví do situace, kdy nám začnou více umírat novorozenci nebo se zkrátí doba léčby onkologických pacientů. Z mého pohledu musí být zajištěn standardní valorizační vývoj plateb státu za pojištění, kterých je notabene ještě většina, a to šedesát procent z desetiapůlmilionové populace.

Očekává se od vás, že dodržíte slib zvýšení platů v nemocnicích, který lékařům dala vláda. Mohou s tím zdravotníci počítat?

To už je rozhodnuto. Každý rok obdrží deset procent navíc v tarifní složce platů. Mým úkolem bude připravit na další rok úhradovou vyhlášku tak, aby přivedla do nemocnic dostatečné zdroje. To bude asi jeden z klíčových úkolů.

Když zmiňujete úhradovou vyhlášku, jak přesvědčíte kritiky, kteří tvrdí, že úhradový mechanismus nahřává velkým fakultním nemocnicím?

Tohle je přesně oblast, pro kterou je v České republice zapotřebí instituce, jež bude poskytovat nezávislá data. Malé pojišťovny (VZP pravděpodobně ne) budou křičet, že úhradová vyhláška dává příliš prostředků nemocnicím. Také nemocnice budou křičet, že se zbytečně mnoho rozděluje ambulantním specialistům. V takové chvíli neexistuje arbit, který by v těchto sporech rozhodl na základě relevantních dat. Představuji si jakousi obdobu Českého statistického úřadu, o jehož datech také nikdo nepochybuje. Podle mě by rozhodčím měl být Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Ten je ale součástí ministerstva zdravotnictví...

Já do jisté míry chápu, že tomu někdo nevěří. Ale obrovský kus práce, který tam nyní odvedl pan doc. Dušek, je neodiskutovatelný.

Uvedl jste, že se zasadíte o to, aby se finanční zdraví nemocnic stanovovalo objektivními ekonomickými ukazateli. Jak tedy nemocnice hodnotit lépe?

Efektivita by se měla měřit čistě finančně. Hospodářský výsledek je spíše účetní kategorií a dnes lze v rámci účetnictví dělat různé věci. Na západě tomu říkají kreativní účetnictví. Nejde o nic nezákonného, ale takové výsledky nejsou porovnatelné. Pojdme na to úplně stejně, jako když banka oceňuje žadatele o úvěr. Má na to standardní nástroje – posoudí jeho kredibilitu, schopnost splácet a na základě těchto dat se rozhodne. Když danými ukazateli poměříme jednotlivé nemocnice, dostaneme se k jejich skutečnému zdraví. Až v další fázi hodnotíme další parametry, jakými jsou rozsah investic, míru odpisů,



Foto: archiv

stáří nemocničních budov či úspěšnost léčby. Pokud se zaměříme na finanční efektivitu, můžeme rozdělit nemocnice do tří skupin – dobré, průměrné a podprůměrné, u nichž se musíme zabývat důvody špatného hospodaření a řešit, proč na tom nejsou dobře. Zda je tam moc personálu, málo pacientů... Dobrým příkladem takové finanční nápravy je například Nemocnice Na Bulovce pod vedením paní ředitelky Vrbovské.

Co z rozdělení podle skutečného finančního stavu pak vyplývá? Redukce sítě?

To v žádném případě ne. Spíš by mělo jít o zásahy do managementu, anebo je nutné najít, z čeho plyne chybné řízení. Zdroje pro nemocnice jsou pro všechny téměř shodné – 95 procent příjmů přichází ze zdravotního pojištění. Ve výsledku hospodaření by pak neměly být tak veliké rozdíly.

Proč jste odložil projednávání návrhu novely zákona o vzdělávání sester? Co vám na něm vadilo a o čem chcete v lednu začít poslance přesvědčovat?

V tuto chvíli (v době rozhovoru byl ministr Ludvík ve funkci pět pracovních dní – pozn. red.) prochází legislativou v různém stadiu řada klíčových norem z pera ministerstva zdravotnictví. Návrh zákona o vzdělávání sester potřebuji řádně vstříbat, a proto jsem z časových důvodů požádal o přeložení.

Můžete ale přece jen přiblížit svůj postoj k současnému znění novely?

Jakýkoliv návrh, který přivede sestry do nemocnic, je dobrý. Ať už jde o finanční, či nefinanční pobídku. Vítám každé zvýšení platů sestrám, zlepšení jejich vzdělávání i usnadnění byrokracie. Dnes je ošetrovatelská dokumentace ve svém objemu vyplňovaných formulářů pro sestry neštěstím.

V našem loňském rozhovoru jste při hodnocení aktivit ministra Němečka uvedl, že ministr má v popisu práce být povinně optimistický. Jak se na to díváte dnes?

Na těchto slovech trvám.

Připravila Petra Klusáková

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA

Narozen: 5. 9. 1963

Rodinný stav: ženatý, 3 dcery

Vzdělání:

1983-87 Vysoká škola ekonomická – obor zahraniční obchod, dosažený titul – Ing.

1989-95 Právnická fakulta UK

2002 obhajoba rigorózní práce na PF UK – dosažený titul – JUDr.

2004 Prague International Business School – dosažený titul – MBA

Dosavadní zaměstnání:

2000-16 Fakultní nemocnice v Motole – ředitel

1998-99 ČS Factoring a. s. – výkonný ředitel

1994-98 Apotex (ČR) spol. s r. o. – generální ředitel pobočka Apotex Inc. Toronto

1991-94 Wellcome East Europe Ltd. – od r. 1992 obchodně-ekonomický ředitel

1988-91 Chemapol Group – od r. 1990 zástupce vedoucího obchodního referátu

1987-88 SPOFA – absolventská pozice

Oblast veřejného života:

člen Zastupitelstva Magistrátu hlavního města Prahy, kde pracoval v různých výborech, v současné době je předsedou Finančního výboru a místopředsedou Výboru pro zdravotnictví a bydlení.

Oblast stranického života:

člen ČSSD

Zájmy: sportovní létání, historie

Ministr pohledem odborné veřejnosti

Na nového ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka a očekávané úkoly jsme se zeptali zástupců odborné veřejnosti.

1. Byl výběr nového ministra zdravotnictví šťastným řešením personální krize vlády?
2. Co od Miloslava Ludvíka v roli ministra očekáváte?



MUDr. Zorjan Jojko

1. Z profesního hlediska pana ministra prakticky neznám. Setkal jsem se s ním v televizním pořadu paní Jílkové. Z hlediska posouzení práce lékařů mluvil rozumně a i to, co říkal těsně před uvedením do funkce, mělo hlavu a patu. Nemám vůči němu žádné negativní konotace.

2. Ministr má v plánu pozvat 22 organizací na schůzku, aby s nimi probral perspektivy a budoucnost. Víím, že mezi pozvanými jsou komory a Sdružení praktických lékařů ČR. Myslím si, že až po schůzce budu vědět, co od něj můžu čekat. Vycházím z faktu, že jsme před volbami, a proto nebude chtít jít do žádného konfliktu. Navíc ani nemá možnost otevřít cokoli, co už neleží v parlamentu, proto očekávám, že zákon o neziskových zdravotnických zařízeních nebude chtít řešit. Odhaduji, že bude mít přímý vliv na další podobu seznamu výkonů na rok 2017 a určitě pak pro rok 2018. Bude rovněž dělat úhradovou vyhlášku, což je jediný nervozující faktor, neboť řekl, že je výborná. S takovým názorem se nemohu ztotožnit, protože ji považuji vůči ambulancím za diskriminační. Budeme si to muset s ministrem vyjasnit. Chápu, že velkou nemocnici zná zřejmě dobře, ale možná netuší, jak to funguje u nás.

PharmDr. Lubomír Chudoba



1. Na jedné straně mi vadí, že ministrem má být ředitel státní fakultní nemocnice, což poněkud předurčuje jeho směřování, zvláště pokud se chce do své pozice vrátit. Na druhou stranu to po dlouhé době není lékař, a myslím si, že za léta praxe český systém zná a že se pragmaticky rozhoduje. Ačkoli se funkční období zdá krátké, doufám, že snad bude schopen do voleb vést sort rozumným způsobem. Ministr Ludvík má ambici i pro příští volební období. Věřím, že se nebude věnovat pouze velkým nemocnicím.

2. Nečekávám žádný extra zákon, ale věřím, že svoji dennodenní práci přispěje k tomu, že se budou věci vyvíjet vyváženě a že si bude uvědomovat důležitost prevence, kvalitní sítě ambulantních zařízení a veřejných lékáren. Chtěli bychom změnit systém odměňování v lékárnách, abychom byli skutečně schopni přijmout rozumná kritéria pro stanovení sítě lékáren a aby nevznikala nová zařízení v blízkosti již stávajících. Chtěli bychom, aby se začal zabývat také systémem spoluúčasti, započítatelnými a nezapočítatelnými doplatky. Lidé dnes nevědí, kolik budou doplácet a jestli jim to vše bude započítáváno do ochranného limitu. Je potřeba

udělat systém předvídatelnější. Pokud se ministr osvědčí, má před sebou budoucnost.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL. M.



2. Nový pan ministr se bude muset vypořádat s úhradovou vyhláškou, jež je protiústavní. Je možné, že pokud ji někdo ze senátorů podá k ústavnímu soudu, tak budeme bez ní. V takovém případě bude čekat na pana Ludvíka podobný úkol, jaký před čtyřmi lety řešil Martin Holcát.

Z důvodů časových už žádná legislativa vypracována být nemůže. Bez ohledu na kvality nového ministra bude jeho stopa, pokud nedojde k poslaneckým přílepkům, legislativně velmi mělká. K zákonu o léčivech může ministr říci své stanovisko, ale protože je zákon již v senátu, nebude jeho znění již na něm. Zákon o neziskových nemocnicích vrátila legislativní rada vlády, dle mého názoru správně, protože byl ústavně nonkonformní. Podoba protikuřáckého zákona záleží na dohodě. Tam už ministerstvo svůj vklad dalo. Zákon o úhradách zdravotnických prostředků by byl výborný, ale patrně se nestihne a nyní není ani rozpracován.

Role ministra bude na úrovni exekutivní, případně v rámci úpravy vyhlášek, což v personální oblasti může být vyhláška o činnostech lékařských povolání. Pokud jde o elektronizaci, jistě by šlo upravit zákon o zdravotnické dokumentaci, významný krok může ministr udělat na úrovni seznamu výkonů, který je podstatně novelizován, a velkou roli bude mít patrně též v řízení projektu DRG.

MUDr. Milan Cabrnach, MBA



1. V aktivní politice už dva roky nepůsobím, tak ani neznám přesné důvody, proč se premiér rozhodl vyměnit právě ministra zdravotnictví. Politicky to vnímám tak, že po neúspěchu ČSSD v krajských volbách chtěl premiér Bohuslav Sobotka udělat nějaké změny. Osobně pana ministra Ludvíka znám a považuji ho za velmi schopného manažera. Možná budeme časem litovat, že nedostal více času, aby ve vládě předložil nějaké zajímavé změny. Současná koalice nemá dost jednoty a ani shody na tom, co je ve zdravotnictví potřeba změnit. Ludvík bude svázán linií ČSSD a téhle vlády.

2. Myslím si, že by měl být dobrým správcem systému. Byl bych rád, kdyby neprováděl žádné zásahy, které by systém vyvedly z rovnováhy. Přestože to pro něj nebude lehké, tak bych si považoval, pokud by byl spravedlivější v přístupu k rozdělování veřejných prostředků a ze zdravotního pojištění, aby nebyli upřednostňováni lékaři zaměstnanci před lékaři soukromými. Nevím, ale jak je mé přání realistické. (klu, dd)

Změny plateb zdravotního pojištění od Nového roku

Změny výše vyměřovacích základů a plateb zdravotního pojištění se od 1. 1. 2017 týkají všech skupin plátců pojistného, tedy osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), osob bez zdanitelných příjmů (OBZP), zaměstnavatelů i státu.

Změny shrnuje Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v souvislosti s převodem účtů pod Českou národní banku. „Upozorňujeme zároveň všechny plátce pojistného na zdravotní pojištění, že VZP v souladu se zákonem o rozpočtových pravidlech převádí své účty k České národní bance. Dosaďovací účty budou zrušeny. To pro plátce znamená nutnost změnit číslo účtu příjemce při svých platbách. Nová čísla účtů VZP už jsou zveřejněna na www.vzp.cz/cisla-uctu,” uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Změna vyměřovacího základu

Mluvčí dále vypočetl, že navýšení průměrné mzdy znamená zvýšení minimálního pojistného OSVČ, a to z 1 823 Kč na 1 906 Kč. Změna minimální mzdy přináší navýšení pojistného OBZP a minimálního pojistného zaměstnanců z 1 337 Kč na 1 485 Kč. A zvyšuje se i vyměřovací základ pro platby pojistného státem z 870 Kč na 920 Kč měsíčně.

Platby ve výši nového minima musí být odvedeny poprvé už za měsíc leden 2017. OSVČ a OBZP mají datum splatnosti vždy osmého následujícího měsíce. Pojistné za zaměstnance se platí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. A pozor, za den platby pojistného se ve všech případech považuje den, kdy došlo k připsání částky na účet zdravotní pojišťovny.

Zvýšení i u minima

Podnikatelé musí po celý rok 2017 na zálohách odvádět částku 1 906 Kč, jsou-li povinni dodržet minimální vyměřovací základ. Zvýšení se týká jak těch, kdo platí podle svého loňského přehledu OSVČ částku minimálních záloh ve výši 1 823 Kč, tak i těch, kdo platí svoji vypočtenou zálohu nižší než 1 906 Kč. Pro OSVČ je totiž vyměřovacím základem 50 procent příjmu ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů v daném roce, ale minimálním vyměřovacím základem je dvanáctinásobek poloviny průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Je-li průměrná mzda pro rok 2017 stanovena na 28 232 Kč, je měsíčním vyměřovacím základem částka ve výši 14 116 Kč (= 50 %) a pro všechny měsíce roku 2017 je minimální záloha na pojistné 1 906 Kč (= 13,5 % z vyměřovacího základu).

(red)



Kam kráčíš Česká stomatologie?

Málokteré odvětví české medicíny učinilo tak obrovský pokrok od roku 1989 jako česká stomatologie. Úroveň péče řady zařízení i v malých vískách odpovídá špičkovým zahraničním pracovištím. Počet zubních kazů dramaticky klesl.

Máme k dispozici metody, které jsou na úplně jiné úrovni, než tomu bylo před sametovou revolucí, a zároveň se zlepšilo i povědomí a spolupráce pacientů. Lékaři jsou enormně motivováni poskytovat nejlepší možnou péči i za cenu časově a finančně nákladných školení. Pacienti jsou nároční a vyžadují nejenom vysokou odbornost, ale i odpovídající komunikaci. To platí ovšem pro péči, kde si pacient léčbu sám hradí, popřípadě tam, kde se podílí na financování péče. Jakmile je péče zcela hrazena zdravotními pojišťovnami, pak většina postupů naopak odpovídá zhruba úrovni roku 1989.



Foto: Asklepiion

Obor je tak trochu laboratoř, ve které můžeme oba filosofické přístupy k organizaci zdravotnictví porovnat. Osobně se mi zdá, že finanční zainteresovanost pacienta přináší jasné výhody v podobě kvalitnější péče i úspor v systému zdravotního pojištění. Je zároveň nutné zajistit péči na odpovídající úrovni i pacientům, kteří si přispívají z různých důvodů nemohou. Nelze donekonečna šetřit na prostředcích pro stomatologii, jak jsme toho rok od roku byli svědky. Musíme hledat zdroje v podobě příspěvků od státu a samospráv, jak to vidíme třeba při zajištění péče v ostatních lékařských oborech.

Co je tedy potřeba zlepšit?

1. Bezpečnost péče

To je primární úloha komor! Ačkoli je počet zubních lékařů rekordně vysoký, otevřela Česká republika dokořán dveře přílivu cizinců. Náš systém umožňuje po formálním posouzení vzdělání a složení testu, kde se některé zkoušky, bohužel, netají tím, že řešení dopředu znají

(v dnešní „mobilní“ civilizaci je utajení textů vzniklých za asistence mnoha lidí v řadě jazykových mutacích extrémně náročné až nemožné), prakticky neomezenou práci na našem území. Stačí formální garance lékaře, který nemusí být fakticky ani fyzicky přítomen na pracovišti. Teoreticky by měl dotyčný za pět měsíců absolvovat aprobační zkoušku, ale pokud ji nesloží (klidně opakovaně) nebo se k ní ani nedostaví, nic se neděje. Nakolik je tato zkouška důležitá, o tom mluví statistika – drtivá většina žadatelů ji není schopna složit. Krátce řečeno. Zatímco naši studenti musejí skládat

řadu obtížných zkoušek během studia, včetně náročného rigoróza, pro zájemce ze zahraničí toto fakticky neplatí. Logicky pak budou naši absolventi vytlačováni směrem do velkých měst a do zahraničí, kde ocení jejich vyšší dovednosti a schopnosti. Mnozí pacienti budou léčení ošetřujícími, kteří nemají ani základní dovednosti.

Jde-li o to, získat velké množství „bílých pláštů“ za každou cenu, mohli bychom s trochou ironie změnit studium medicíny třeba na pomaturitní nástavbu bez závěrečných zkoušek... Řešení si vyžádá spolupráci několika ministerstev a obou lékařských komor. V této chvíli se problém týká 10 procent zubních lékařů, a podíváme-li se na počty těch, kteří se z ciziny hlásí, mohla by to brzy být i čtvrtina až třetina! Komory by měly mít plnou kontrolu nad celým systémem, počínaje formálními náležitostmi a konče jejich fyzickou kontrolou. K nim by se měly přesunout nejenom pravomoci, ale i prostředky od státu a samospráv, které nemají dostatek „lidí z praxe“ pro systematickou kontrolu v terénu.

2. Standardy péče

Musíme se rozloučit s nedozovaným zubním amalgámem z důvodu bezpečnosti práce a ekologie. Je to příležitost si říci, jaký přesný má být nepodkročitelný standard hrazený plně zdravotním pojištěním. Odpovídá zubní výplň, která je sice levná, ale má faktickou garanci kvality jeden rok, tomu, co deklaruje jako kvalitní péči?

3. Financování

Ze standardů vyplývá úroveň péče a politickým rozhodnutím musí být místní dostupnost i tam, kde je z mnoha důvodů provozování praxe nerentabilní. Jak má být síť hustá? Je primární kvalita péče, nebo fyzická dostupnost? Je stát ochoten se spolu se samosprávami podílet na financování takové sítě?

4. Vzdělávání

Musíme se zaměřit na intenzivní postgraduální výuku, kde chybí dřívější atestace prvního stupně. Komora je schopna zajistit ji bez participace státu. Nutné je ale také přehodnotit i na úrovni zdravotních pojišťoven původní ideu, že univerzity opouštějí plně teoreticky i prakticky připravení absolventi. To prostě po pěti letech nemůže zajistit žádná škola a my musíme mít systém, který pozitivně motivuje k celoživotnímu vzdělávání. Nevzdáváme se „lovu bodů za akce“, ale přidejme možnosti získat akreditované dovednosti a i tituly, které odlišují aktivní lékaře od těch druhých, jak to známe ze zahraničí...

Jsou to mé osobní názory. Prezidentem České stomatologické komory se stanu až v září 2017 a naše organizace navíc rozhoduje svými volenými orgány, nikoli názorem jedince.

Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.

Zohlednit názor sester

Po zakladateli Zbyňku Frolíkovi převzal letos na podzim vedení Linet Group Tomáš Kolář. Pro ZaM porovnal nákupní postupy českých a amerických nemocnic a popsal, jakou roli v něm hrají sestry.



Foto: Linet

Už pět let exekutivně řídíte Linet Group. Kam jej v dalších pěti letech chcete posunout?

Mojí vizí je další růst společnosti. Během pěti let můžeme zdvojnásobit obrát. Celosvětově nyní činí šest až šest a půl miliardy korun a udělat z nich 13 miliard čili 500 milionů eur, to je pro nás výzva. Co se našich produktů týče, tak portfolio máme skvělé, ale budeme jej stále více rozvíjet technologicky. Očekávám investice do technologií např. v systému internet věcí (propojení vestavěných zařízení s internetem – pozn. red.), kde využijeme současné trendy v senzorce, computingu a konektivité.

Měl jste na starost vstup Linetu na americký trh. Můžete porovnat nákupní politiku amerických a českých nemocnic?

Je to skutečně „black and white přístup“. Americký nákupní proces je ryze pragmatický. Nemocnice nakupují jako firmy – koupí si, co potřebují, ale také to, na co mají

prostředky. Podstatné pro ně však je, aby koupily zařízení, které bude zdravotníkům i pacientům perfektně sloužit. Nejdůležitějším procesem při nakupování je clinical trial, kdy odborný názor sester tvoří až 80 procent úspěchu obchodování. Poté nastupují inženýři, kteří kontrolují kvalitu a servis nabízeného vybavení. Až pak přistupuje nemocnice ke zvážení ceny. Odborná stanoviska zde mají podstatně vyšší důležitost.

V Čechách je ovšem cena nejdůležitějším parametrem. Teď nemluvíme o našich produktech. Českým nemocnicím nesejde na tom, že nakoupí nekvalitní zboží, hlavně že je levné. Nákupní proces (i mimo oblast zdravotnictví) v Čechách svou krátkozrakostí a trivialitou nemá ve světě snad konkurenci.

Americké sestry jsou lakmusovým papírkem nákupní nemocnic. Bere se při obchodování v českých nemocnicích v potaz také názor sester?

Ano, stále více. V devadesátých letech o všem rozhodoval ředitel, pak se zodpovědnost přenesla na primáře oddělení, přestože ti nepřijdou s lůžkem pacienta téměř do kontaktu. Dnes se rozhodování přesouvá na sestry. V tom lze poznat vyspělost nákupního procesu, protože hodnocení sestry vychází ze znalosti věci. Kvalitní postel je jejím nástrojem pro dobře odvedenou práci, protože se může efektivně a kvalitně věnovat ošetrovatelské péči a nevyvíjí se přesouváním osmdesáti kil živé hmoty. Má kvalitní postel, díky níž pacienta postaví, polohuje ho, ošetří mu proleženiny, lůžko, které zastane pasivní mobilizaci. S nesprávnou postelí to musí někdo „odřít“. Anebo to odnese pacient, jemuž se nedostane adekvátní péče, protože sestry na oddělení je málo. Vedoucí pracovníci nemocnice by měli tento fakt zohledňovat, a to především ve chvíli, kdy je sestry dlouhodobý nedostatek.

(klu)



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.

Inkontinenční pomůcky: jak je správně předepsat a co se mění v úhradách

Absorpční pomůcky pro inkontinentní pacienty jsou nejnákladnější skupinou zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz. Jen za rok 2015 činily náklady VZP na poukazové zdravotnické prostředky 4,4 miliardy Kč a z této částky bylo 1,5 miliardy čerpáno právě na inkontinenční prostředky. V posledních týdnech se změnil systém úhrad těchto pomůcek ze strany VZP. Navíc zdravotníci i pacienti mají v této oblasti řadu nejasností. Proto bychom rádi ozřejmili nejčastější dotazy a zároveň informovali o aktuálních změnách.

Absorpční pomůcky, které lze čerpat z prostředků veřejného zdravotního pojištění, uvádí platná legislativa. Podle ní je hrazeno pacientům následující:

- **vložky pro lehkou inkontinenci** - max. 150 kusů/max. 450 Kč za 150 kusů měsíčně,
- **vložné pleny pro střední inkontinenci** - max. 150 kusů/max. 900 Kč za 150 kusů měsíčně,
- **fixační kalhotky pro střední inkontinenci** - max. 24 kusů/max. 190 Kč za 24 kusů ročně,
- **plenkové kalhotky pro těžkou inkontinenci** - max. 150 kusů/max. 1 700 Kč za 150 kusů měsíčně.

Při úhradě platí ten limit, kterého pojištěnec dosáhne jako prvního. Předpis na tzv. **Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku** je možno vystavit v množství maximálně na dobu 3 měsíců. Pojištěncům při poskytování lůžkové zdravotní péče nelze tyto pomůcky předepsat.

Podložky pro inkontinentní

Podložky lze předepsat pouze pacientům s těžkou inkontinencí, a to maximálně 30 kusů měsíčně. VZP uhradí za inkontinenční podložku max. 7,08 Kč/kus, zbytek tvoří doplatek pacienta. Každý má tedy možnost eliminovat výši doplatku výběrem levnější pomůcky. Kusový i finanční limit podložek se **nezapočítává** do celkového limitu pro těžkou inkontinenci. V žádném případě nelze tolerovat situaci, kdy je pacientům za možnost „odpuštění doplatku“ nabízeno méně pomůcek a snižuje se tak jejich hygienický komfort.

O množství rozhoduje lékař

Lékař indikuje a předepisuje inkontinenční pomůcky na základě zhodnocení zdravotního stavu pacienta a na základě anamnézy. Rozhodnutí o množství je tedy plně v kompetenci lékaře (vždy do legislativou udávaných limitů).



Ing. Zuzana Ticháčková,
vedoucí oddělení zdravotnických prostředků

VZP vydává nejméně čtvrtletně **Úhradový katalog VZP - ZP**, kde lze získat informace o úhradách pomůcek. Je na www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky. Veškeré zdravotnické prostředky jsou zařazovány mj. na základě dokumentace, která zaručuje bezpečnost pomůcky. V souvislosti s katalogem je vydávána i **Metodika**, která podává informace např. k možným kombinacím při předpisu různých typů pomůcek.

V případě, že jsou dodávány inkontinenční pomůcky více klientům najednou (např. v zařízení sociálních služeb), musí být přebírající osoba písemně pověřena každým z dotčených klientů. Výdejce pak vystaví

dodací list se jmenným rozpisem pojištěnců s přiřazením jednotlivých kódů vydaných pomůcek, jejich množstvím a cenou pro konečného spotřebitele. Výdejce vystaví pověřené osobě účetní doklad na doplatky pojištěnců (např. fakturu), a to na všechny dodané pomůcky s doplatkem. Na účetním dokladu bude uveden jmenný rozpis pojištěnců s přiřazením jednotlivých kódů z Úhradového katalogu VZP - ZP vydaných pomůcek, jejich množstvím a výší doplatků vybraných od pojištěnců u každé z těchto pomůcek.

Podzim 2016 - období změn

VZP již delší dobu evidovala připomínky, že kvůli vysoké ceně pacienti neměli možnost čerpat dostatečné množství inkontinenčních prostředků. Naráželi totiž na finanční limit. K 1. listopadu 2016 proto pojišťovna nastavila maximální výši úhrad u vložek a vložných plen, od 1. prosince 2016 pak u absorpčních kalhotek. Veškeré inkontinenční prostředky jsou na základě parametru savosti u vložek a vložných plen a parametru typu pomůcky, velikosti a savosti u absorpčních kalhotek rozděleny do terapeuticky zaměřitelných kategorií. V každé z kategorií je minimálně třetina sortimentu plně hrazená. Předepisující lékař tak má možnost vybrat pacientovi buď pomůcku, kterou kompletně uhradí pojišťovna, nebo po dohodě s pacientem pomůcku s doplatkem.

VZP v této souvislosti připravila pro orientaci v bezdoplatkovém/doplatkovém sortimentu na svém webu www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky přehlednou tabulku. Červenou barvou je označen sortiment s doplatkem a zelenou pak sortiment bezdoplatkový.

Věříme, že uvedená změna zcela transparentně poukáže na finančně méně nákladné zdravotnické prostředky v této oblasti a dovolí tak mnoha klientům čerpat vyšší, legislativou stanovené kusové limity těchto zdravotnických prostředků.

Zákony ve výstavbě.

V jaké kondici jsou zděděné paragrafy?

Náměstek ministerstva zdravotnictví pro legislativu a právo Radek Polícar na konferenci Zdravotnictví 2017 zhodnotil, jak daleko je ministerská legislativa nakročena k ideálnímu bodu – vyhlášení ve Sbírce zákonů.

Novela zákona o léčivech, která prošla třetím čtením v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR (PSP), má dva základní motivy. Jednak reaguje na evropské nařízení, které od roku 2014 zavádí jednotný evropský přístup ke klinickému hodnocení humánních léčivých přípravků a zároveň nastoluje nová opatření v oblasti reexportu léčiv při akutním nedostatku potřebných a nenahraditelných přípravků.

Třetím čtením prošla v listopadu 2016 také novela zákona o vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. Polícar připomněl, že zpětná vazba poslanců neocnila všechny body návrhu, které byly následně upraveny. Nedošlo tak například k zamýšlenému výraznému snížení specializačních oborů. Podle něj převládly záměry jednotlivých odborností, aby z výčtu základních oborů nebyly vyloučeny. Přesto by i tak mělo dojít ke zjednodušení systému specializačního vzdělávání, prostupnosti a vyšší právní jistotě školitelů a mladých lékařů v odborné přípravě nebo po absolvování lékařské fakulty. Právní rizika vidí MZ ve všech těchto oblastech.

Po třetím čtení v PSP je nový zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který mimo jiné navrhuje zákaz kouření v restauracích. Reguluje také prodej tabákových výrobků či alkoholu. Podle náměstkovských slov s ním MZ opravdu hodně narazilo. Radek Polícar řekl, že návrh naopak „trochu rozšířil počet míst pro příležitostný prodej alkoholu“. Na druhou stranu obsahuje řadu kritizovaných opatření za přílišnou přísnost MZ vůči organizacím a uvalení sankcí za porušování uvedeného zákona.

Novela zákona o specifických zdravotních službách zahrnuje legislativu regulující řadu zdravotních služeb – asistovanou reprodukci, kastraci, sterilizaci, posudkovou péči, pracovní lékařství nebo ochranné léčení. Dílčí změny

se týkají usnadnění v oblasti pracovnělékařských služeb ve vztahu k zaměstnavatelům. Opatření v oblasti ochranného léčení reagují na tragické incidenty posledních let. Novela putuje do druhého čtení v PSP.

Jednotné evropské úpravy se dočká také novela zákona o tkáních a buňkách. Zavádí se jí pravidla pro nakládání s buňkami a tkáněmi ze třetích států. I tento návrh jde do druhého čtení.

Novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních upravuje vzdělávání všeobecných sester či znovuzavedení dětské sestry jako základního regulovaného oboru. Ministerstvo totiž vnímá významný pokles počtu dětských sester. Důvodem je fakt, že se z oboru stala v systému vzdělávání téměř „specializace“ a již nejde o základní vzdělávací obor. Po prvním čtení v PSP doporučil Výbor pro zdravotnictví novelu ke schválení, ale ministr Ludvík ji přesunul na lednové jednání.

Ministerstvo také připravilo dvě novely zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. První z nich řeší zakotvení „farmaceuticko-nákladové skupiny“ (Pharmacy-based Cost Groups, PCG), tedy parametru, kdy pojištěnec trpí závažnou nemocí, při níž jsou zvýšené náklady na léčivé přípravky. Vedle pohlaví a věku bude dalším faktorem pro přerozdělení peněz mezi zdravotními pojišťovnami. Druhá novela zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, která je zatím v projednávání vlády, by měla zamezit tradičnímu dohadování mezi ministerstvem zdravotnictví a financí o zvýšení platby pojistného za tzv. státní pojištěnce. Umožnila by totiž zavést automatickou valorizaci platby.

V pracovních komisích Legislativní rady vlády ČR je nyní projednáván zákon o veřejné neziskové zdravotnické

organizaci. Náměstek uvedl, že nová právní forma by měla umožnit

provázování neziskových nemocnic. Vznik legislativy je reakcí na velký dluh od roku 2000, kdy se stát u přijetí nového zákona o majetku a rozpočtových pravidlech zavázal přijmout obecnou právní úpravu pro neziskové organizace. K tomu ale nikdy nedošlo, a proto MZ připravilo zákon pro oblast zdravotnictví.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění je ve fázi ukončení meziresortního připomínkového řízení. Jejím cílem je úprava stropů doplatků za léky u pacientů do 18 let a nad 65 let. Náměstek zde očekává velkou politickou diskuzi.

Polícar rovněž řekl, že mezi zákony, které budou připraveny do konce volebního období, by měla být například další novela zákona o léčivech. Ta bude reagovat na podněty z Evropské unie – opatření spojená s protipadělkovou směrnicí. Novelizace se dočká také zákon o ochraně veřejného zdraví, který reaguje na změnu právní úpravy EU v oblasti ochrany pitných vod.

Záměrem ministerstva bude také zákon o Národním informačním systému (NZIS). Úřadu pro ochranu osobních údajů ministerstvo slíbilo, že k NZIS vznikne zcela nový zákon v souladu s evropským nařízením. V návaznosti na Národní strategii elektronického zdravotnictví, kterou nyní schvaluje vláda, připravuje MZ zákon umožňující větší elektronizaci systému zdravotnictví. Příprava zákona o duševním zdraví je na MZ „dlouhodobým záměrem“.

(klu)



Ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M161000423

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek knihu **MANUÁL AMBULANTNÍHO SPECIALISTY – KARDIOLOGA** v hodnotě 605 Kč

Hana Skalická, Miloš Táborský

Předložená publikace si neklade za cíl kopírovat učebnice kardiologie ani odborné články. Záměrem je usnadnit organizaci specializované ambulanti praxe, podložené odbornými znalostmi a dovednostmi, se zohledněním těžkých začátků i dlouhodobého vedení ordinace. Pokud je lékař v procesu vzdělávání navazujícím na studium medicíny, je pro něj samozřejmostí sledování nových trendů, výsledků nových klinických studií, nových doporučení, nových preparátů. Publikace by měla vést ambulantiho specialistu, jak sledovat vývoj v odborném světě, jak včas najít a jak rychle akceptovat ověřené postupy.

knihka.cz

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 22. 1. 2017.

Předplatné na rok pouze za 399 Kč.



Předplaťte 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 1216**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



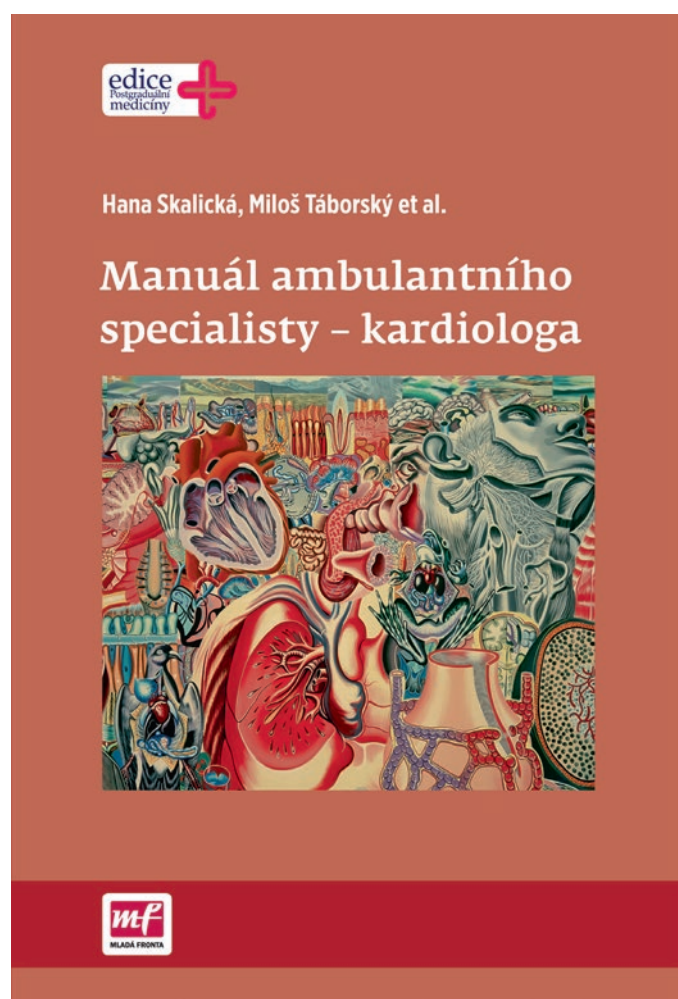
Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1216**. 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 netrpí po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Představujeme publikaci

Manuál ambulantního specialisty – kardiologa



Předložená publikace si neklade za cíl kopírovat učebnice kardiologie ani odborné články. Záměrem je usnadnit organizaci specializované ambulantní praxe, podložené odbornými znalostmi a dovednostmi, se zohledněním těžkých začátků i dlouhodobého vedení ordinace. Pokud je lékař v procesu vzdělávání navazujícím na studium medicíny, je pro něj samozřejmostí sledování nových trendů, výsledků nových klinických studií, nových doporučení, nových preparátů. V úrovni ambulantní praxe musí tato složka nejen pokračovat, ale být intenzivnější. Kardiologickou ordinaci je nutné vidět jako organický celek, který není nikdy statický – je to neustálý proces proměn, na nichž se nepodílejí jen lékaři se sestrami a pacienti, připojuje se řada dalších vlivů. Publikace by měla vést ambulantního specialistu, jak sledovat vývoj v odborném světě, jak včas najít a jak rychle akceptovat ověřené postupy.

Autoři: Hana Skalická, Miloš Táborský et al.
Doporučená cena 610 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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





Léky: Německo před Evropským soudem

Políček německé legislativě uštedřil Evropský soudní dvůr. Rozporoval totiž závěry Zemského soudu v Düsseldorfu a řekl, že německé předpisy regulující prodej a cenu léčiv brání volnému trhu.

Až před Soudním dvorem EU v Lucemburku se ocitl spor mezi německým sdružením hájícím zájmy osob trpících Parkinsonovou nemocí a německou asociací pro potírání nekalé soutěže. Sdružení pro své pacienty získalo od nizozemské zásilkové lékárny DocMorris bonusy, pokud budou přípravky určené na léčbu Parkinsonovy choroby nakupovat právě u ní. V Německu na rozdíl od jiných zemí již není zásilkový prodej léčiv na předpis zakázán. Asociace se však v Německu obrátila na soudní instanci s tím, že tento bonusový systém porušuje německou právní úpravu, která stanovuje jednotné ceny léčiv vydávané lékárnami na základě lékařské preskripcce. Zemský soud v Düsseldorfu zakázal, aby sdružení hájící pacienty dále využívalo zmíněný bonusový systém. Sdružení se odvolalo k vrchnímu zemskému soudu, který se ovšem obrátil až na Evropský soudní dvůr s dotazem, zda jsou jednotné ceny léků na předpis slučitelné s volným pohybem zboží.



Ilustrační foto: Shutterstock

Evropský soudní dvůr odpověděl, že německé předpisy v této oblasti podporující jednotné ceny v lékárnách představují neodůvodněnou překážku volného pohybu zboží. Soudci se domnívají, že toto opatření (fungující v SRN) negativně postihuje lékárny v zahraničí. Podle jejich názoru je někdy zásilkový prodej jedinou možností, jak vstoupit na německý trh. Cenová soutěž představuje pro zásilkové lékárny důležitější parametr hospodářské soutěže než pro ty tradiční. I když

se soudci na evropské úrovni domnívají, že omezení volného pohybu zboží v rámci EU lze někdy odůvodnit ochranou zdraví a života občanů, dotčené německé předpisy „se nejeví jako způsobilé k dosažení těchto cílů“, uvádí se v tiskové zprávě soudního dvora.

Zatímco německé zdravotní pojišťovny jednotné ceny určitých léčiv podporují, evropští soudci naopak spatřují výhody „intenzivnější“ cenové soutěže mezi lékárnami s tím, že v oblastech s nízkým počtem lékáren by se jejich síť mohla rozšiřovat, protože vlastníci by si zde mohli účtovat vyšší ceny (a mít větší zisk i přes menší počet obyvatelstva).

Ačkoli soudci v Lucemburku vyslovili názor, že „tradiční“ lékárny se nemusejí konkurence obávat, protože pacienti jsou zvyklí u nich požadovat také poradenské služby, a silnější soutěž by je mohla motivovat k rozvoji činnosti ve veřejném zájmu, německá lékařská komora i svaz německých lékařů zaujaly k jejich rozsudku ostře kritické stanovisko. Podle prezidenta komory Franka Ulricha Montgomeryho by evropské instance neměly takto zásadně zasahovat do národních systémů zdravotnictví (do jejich vlastního způsobu regulace kvality i nákladů). „Je to špatná zpráva pro 155 tisíc zaměstnanců (německých – pozn. red.) lékáren,“ shodl se Montgomery s představitelům svazu lékařů Fritzem Beckerem.

Z rozhodnutí mohou podle nich profitovat zahraniční dodavatelé léčiv, ale německé zdravotnictví postihnou negativní důsledky (cenovou soutěž v oblasti léků na recept označili za destruktivní). K záporným dopadům přiřadili také riziko snížení počtu zaměstnanců v (tradičních) lékárnách i samotných lékařů a tím i snížení kvality péče o pacienty. Jak komora, tak lékárny nyní spoléhají na zákonodárce, že se s tímto problémem vypořádají k prospěchu německého zdravotnictví. Diskutuje se rovněž o možnosti zakázat zásilkový prodej přípravků na recept. Komora uvádí, že ve třech čtvrtinách zemí EU tento zákaz platí. (vla)

Slovenští lékaři chtějí změny

Asociace soukromých lékařů SR uspořádala tiskovou konferenci k aktuálním problémům ve zdravotnictví. Doktorů řešili rozpočet na příští rok, poplatky pacientů i novou lékařskou službu první pomoci.

Ambulantní sektor podle vedení asociace zvládne rok 2017 i se sníženým rozpočtem. Rizika ale vidí v restrukturalizačních opatřeních formou limitů na léky a laboratorní i diagnostická vyšetření. Hrozbami jsou zejména závazky nemocnic po lhůtě splatnosti ve výši 100 milionů eur a fakt, že stát bude za „své“ pojištěnce platit opět méně. Ohrožením provozu je i zavedení DRG úhrad, neboť lze očekávat, že se nemocnice začnou chovat podstatně jinak než dosud.

Pokud jde o limity na léky, laboratoře a diagnostiku, poukázala asociace na příklad České republiky, kde se limity zaváděly postupně a zároveň se vytvářely diagnostické a léčebné standardy, které na Slovensku chybějí. V současné době jsou i slovenští lékaři v této oblasti omezováni, ale namísto sankčních limitů jde o regulaci motivační (pokud se lékař drží limitů, získá vyšší úhradu). Zatím šlo o úpravu dohodnutou se zdravotními pojišťovnami. Asociace přiznává, že Slovensko má vyšší náklady na léky než ČR, avšak jejich zvyšování se týká spíše drahé nemocniční léčby, nikoli běžné péče u ambulantních lékařů.

Slovenští lékaři podporují zavedení vícezdrojového financování. Navrhují proto vytvořit nový seznam ambulantních výkonů tak, aby z něj bylo jasné, co je obsahem těchto výkonů, co budou hradit pojišťovny a na čem se budou případně podílet i pacienti. V minulosti podle asociace vznikl chaos kvůli předpisům o rozsahu péče; bylo obtížné určit, na co má pacient v rámci veřejného zdravotního pojištění nárok.

Kromě nově koncipovaných úhrad a poplatků za ambulantní péči prosazuje asociace i nové uspořádání Lékařské služby první pomoci (LSPP). Ta by měla končit v deset hodin večer a měly by se na ní podílet i některé další odbornosti. Zároveň je třeba dobudovat kvalitní centrální příjem akutních případů v okresních nemocnicích. K nově pojaté pohotovosti vytvořilo ministerstvo zdravotnictví pracovní skupinu, lékaři ale požadují, aby její závěry byly též připomínkovány odborníky. (vla)

Inzerce M161000569

PF2017

Zdraví, štěstí, lásku a pohodu
po celý rok 2017 Vám přeje





AbbVie je nejlepším zaměstnavatelem v ČR

Biofarmaceutická společnost AbbVie se podle studie Aon Best Employers 2016 stala nejlepším zaměstnavatelem v České republice v kategorii malých a středních společností.

Hlavním kritériem pro udělení titulu je hodnocení personální politiky společnosti jejími vlastními zaměstnanci. Klíčem úspěchu je především pozitivní pracovní prostředí a nadstandardní míra motivovanosti zaměstnanců. Do hodnocení se letos zapojilo 71 firem a na celkových výsledcích se podílelo téměř 23 tisíc zaměstnanců z celé republiky. Výsledky ankety byly vyhlášeny již potřinácté.

Společnost AbbVie byla vyhlášena společně s dalšími čtyřmi firmami nejlepším zaměstnavatelem v České republice v kategorii malých a středních podniků (od 50 do 249 zaměstnanců). V kategorii velkých společností se mezi oceněné probojovalo celkem sedm firem. „Ocenění Best Employer je pro nás jasným signálem, že se ve vytváření naší firemní kultury ubíráme správným smě-

rem. Děkuji všem zaměstnancům, kteří se průzkumu účastnili a přispěli tak k tomuto skvělému výsledku. Úspěchu jsme dosáhli především díky týmové spolupráci, zodpovědnosti a vysoké motivovanosti,“ řekl generální ředitel AbbVie Česká republika a Slovensko MUDr. Branislav Trutz.

Studie Best Employers analyzuje personální politiku v mnoha společnostech v ČR i v dalších zemích Evropy. Popisuje charakteristiky, které vytvářejí dobré místo pro práci, a sestavuje žebříček nejlepších zaměstnavatelů. Anketa o nejlepšího zaměstnavatele je realizována formou dotazníků a přihlásit se může každá firma, která má minimálně 50 stálých zaměstnanců a působí na trhu přes tři roky. (klu)

Účinek dabigatranu sleduje studie RE-COVERY DVT/PE

Globální prospektivní studie RE-COVERY DVT/PE, která byla zahájena v březnu 2016, přinese data o snížení rizika hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie (PE) přípravkem dabigatran-etexilát (Pradaxa).

Rozsáhlé registrační randomizované klinické studie umožnily revoluci v léčebných strategiích, jak zvládat HŽT a snižovat riziko jejího vzniku stejně jako v případě PE. Zůstává však neisté, jakým způsobem výsledky těchto studií ovlivňují každodenní klinickou praxi. Studie RE-COVERY DVT/PE zařadí až 14 tisíc pacientů s HŽT/PE a poskytne pohled na to, jak jsou tyto pacienti léčeni v reálné klinické praxi. Přispěje tak k dosavadním zkušenostem o bezpečnosti a účinnosti dabigatranu ve srovnání s warfarinem.

Léčba pacientů s HŽT/PE spočívá v podávání antikoagulační léčby, jako jsou nová perorální antikoagulační (NOAC), nízkomolekulární hepariny

nebo antagonisté vitamínu K, jako je warfarin. Dabigatran byl schválen k léčbě akutní HŽT a PE u pacientů, kteří byli iniciálně léčeni parenterálními antikoagulačními po dobu pěti až deseti dnů, a ke snížení rizika rekurence HŽT a PE u pacientů, kteří již byli léčeni předtím.

Celkový výzkumný program pro dabigatran-etexilát bude zahrnovat více než 120 tisíc pacientů napříč

kardiovaskulárními terapeutickými oblastmi včetně snížení rizika cévní mozkové příhody u fibrilace síní. Cílem je prohloubit vědecké poznatky v oblasti prevence tromboembolických příhod a poskytnout podporu v managementu léčby pacientů.

Zdroj: Boehringer Ingelheim (red)

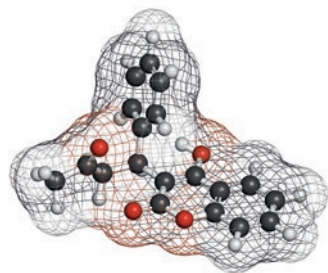
Výsledky srovnání dabigatranu s rivaroxabanem

Nová analýza dat z reálné klinické praxe informuje o nižším riziku závažného krvácení při užívání dabigatran-etexilátu ve srovnání s rivaroxabanem v prevenci cévní mozkové příhody.

Rozsáhlá observační studie Amerického úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) zjistila, že dabigatran (150 mg 2x denně) vykazoval nižší míru rizika intrakraniálního a závažného extrakraniálního krvácení, včetně gastrointestinálního krvácení, ve srovnání s rivaroxabanem (20 mg 1x denně) u pacientů s fibrilací síní (FS). U dalších dvou primárních zkoumaných cílů studie, tromboembolické cévní mozkové příhody (CMP) a mortality, nebyly mezi přípravky zjištěny statisticky významné rozdíly. Pokud jde o sekundární cíle studie, byly oba přípravky srovnatelné nebo byl lepší dabigatran 150 mg.

Údaje k analýze byly získány od více než 118 tisíc pacientů s FS. Na základě dat zveřejněných v časopise JAMA Internal Medicine doporučuje doprovodný komentář k článku, aby „lékaři u pacientů s FS dávali při předepisování přednost dabigatran-etexilátu před rivaroxabanem“. Analýza dokládá dobrý bezpečnostní profil dabigatranu a výhody, které poskytuje širokému spektru pacientů s FS v běžné klinické praxi.

Zdroj: Boehringer Ingelheim (red)



Inzerce M161000585



Nové knihy

MUDr. Luboš Kotík, CSc.

Předoperační vyšetření dospělých



Rozsah: 136 stran
Cena: 250 Kč
ISBN 978-80-204-4248-2
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Přichází druhé, přepracované a rozšířené vydání praktické příručky shrnující na jednom místě všechny aspekty předoperačního vyšetření takovým způsobem, aby v textu bylo možno rychle najít podklady pro posouzení konkrétního pacienta – tzn. najít konkrétní řešení v dané situaci, oddělit stěžejní informaci od informace podrobné a zároveň případným zájemcům podat dostatečné zdůvodnění, proč je takový postup doporučován. Jedná se o příručku pro klinickou praxi, a nikoli o dílo snažící se vyčerpávajícím způsobem shrnout všechny názorové aspekty a patofyziologické rozborů týkající se dané problematiky. Dalším důvodem vzniku této knížky je fakt, že související mezinárodní doporučení jsou nezářadka velmi rozsáhlá a orientace v nich je zdoluhavá a obtížná. Některé postupy se navíc pro naši medicínu nehodí, neboť například nemáme rutinně k dispozici určité metody.

MUDr. Petr Vachata, Ph.D., a prof. MUDr. Martin Sameš, CSc.

Lícni nerv – anatomie, patologie, léčba



Rozsah: 384 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-204-3252-0
Vydavatel: Mladá fronta, edice Postgraduální medicíny

Monografie Lícni nerv sestavená odborníky s největšími zkušenostmi v této problematice je určena všem medicínským oborům setkávajícím se ve své praxi s patologiemi lícního nervu od neurologů a neurochirurgů, přes otorinolaryngology, stomatochirurgy, plastické chirurgy, oční a rehabilitační lékaře, fyzioterapeuty, radiology až po praktické lékaře. Obecná část obsahuje vedle historických poznámek, anatomie a topogra-

fické anatomie chirurgických přístupů i komplexní přehled vyšetřovacích technik. Nechybí ani přehled všech skórovacích systémů používaných pro hodnocení poruchy funkce lícního nervu a jeho regenerace. V části věnované léčbě je vedle současného pohledu na regeneraci a rekonstrukční techniky periferních nervů, podán komplexní přehled chirurgických rekonstrukčních technik reinervačních a reanimacních, včetně svalových transpozic a okuloplastických procedur.

MUDr. Marta Olejárová, CSc., a kolektiv

Revmatologie v obrazech

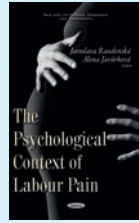


Rozsah: 280 stran
Cena 450 Kč
ISBN 978-80-204-4249-9
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Publikace Revmatologie v obrazech vznikla s cílem zaplnit na českém trhu prázdné místo mezi specializovanou revmatologickou literaturou a rovněž vyjít vstříc potřebě mladých lékařů v postgraduální přípravě v oborech revmatologie, ortopedie, interní medicíny, všeobecného praktického lékařství a dalších specializacích. Autoři si dali za cíl pomoci klinickým rozpoznat různé formy artritid, difúzních onemocnění pojiva a dalších vybraných revmatických chorob, jejich možné klinické projevy a jednotlivá stadia vývoje či průběhu nemoci. Obrazová dokumentace byla pečlivě vybrána pěti zkušenými revmatology se zkušeností s výukou pregraduálních i postgraduálních studentů. Snímky jsou maximálně ilustrativní, popisné a informativní. Každý snímek je doprovázen krátkým kazuistickým popisem případu a pacientových obtížích, díky čemuž čtenář získá ucelenou představu o konkrétní klinické manifestaci dané choroby u konkrétního nemocného.

Jaroslava Raudenská a Alena Javůrková (Eds.)

The Psychological Context of Labour Pain



Rozsah: 94 stran
ISBN 978-1-63483-825-2
Vydavatel: New York: Nova Science Publishers

Dvě české psycholožky spojily úsilí, sestavily mezinárodní tým a výsledkem je publikace sice rozsahem útlá (94 číslovaných stran), ale obsahem pozoruhodná. Významná je zejména vědeckost přístupu a pak odkaz na mimořádnou lidskost tématu – bolesti, která je spojena s přinášením nového života, s rozením. Autořky v několika kapitolách procházejí sociokulturní kontext vnímání porodní bolesti a pokračují tématy psychologických aspektů porodní bolesti, vyrovnávání se s nimi, obavami z nich i ze samotného porodu. Samostatnou kapitolu si zasloužilo téma císařského řezu, který si matka vyžádá. Autořky nabízejí výsledky řady mezinárodních studií, jež se zaměřují na rozdíly prožitku bolesti a které porovnávají kulturní a národnostní rozdíly mezi rodičkami.

Doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., Petra Hátlíková

Nevěřte ani mně aneb Spinavé triky i neuvěřitelné možnosti estetické medicíny



Rozsah: 384 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-204-3123-3
Vydavatel: Mladá fronta

Kniha je nejenom průvodcem po novém a fascinujícím světě estetické medicíny, ale unikátně radí čtenáři, kde všude jsou na něj kladeny pasti, které mohou vyjít draho nejenom jeho kapsu, ale i zdraví. Tak jako se nelze vydat na cesty po světě bez seriózního a obsažného průvodce, ani tato kniha nemůže chybět komukoli, kdo zvažuje podstoupit některý ze zákroků.

Ve třech kapitolách přináší informace nejen o nejčastějších problémech estetické medicíny a možnostech jejich řešení, nýbrž též o tricích, úskocích a všemožných rizicích, které se v tomto neustále se vyvíjejícím oboru vyskytují. Vybrané stavy jsou doplněny kazuistikami.

Jan Vachek, Vladimír Tesař, Oskar Zakajyanov, Kateřina Maxová

Farmakoterapie v těhotenství a při kojení, 2. vydání



Rozsah: 371 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-7345-497-5
Vydavatel: Maxdorf 2016, Edice Jessenius

Po úspěchu prvního vydání mimořádně aktuální a přehledné monografie připravil autorský kolektiv vedený dr. Vachkem druhou, rozšířenou a aktualizovanou edici. Autoři zpracovávají citlivé téma – zvažují možné následky léků pro plod či kojení, na druhou stranu jsou si vědomi rizika neléčeného onemocnění matky. Kromě řady dalších aktualizací publikace obsahuje soupis všech přípravků, které přišly na trh v období od jejího prvního uvedení. U každého léčiva je uvedeno hodnocení jeho bezpečnosti v těhotenství i při kojení včetně komentáře. Závěrečná část obsahuje stručný přehled doporučených léčiv u některých častých onemocnění a stavů, s nimiž se setkáváme v každodenní praxi u těhotných a kojících žen. Uveden je i souhrn uznávaných on-line i tištěných literárních zdrojů.

Eva Rychlíková

Manuální medicína, 5. rozšířené vydání

Průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch



Rozsah: 504 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-7345-474-6
Vydavatel: Maxdorf 2016, Edice Jessenius

Od prvního vydání publikace uplynulo již neuvěřitelných 29 let. Kniha je jedním z nejoblíbenějších praktických průvodců a návodů pro všechny lékaře, kteří se ve své praxi setkávají s pacienty trpícími vertebrogenními poruchami. Dílo se komplexně věnuje léčbě poruch, významné místo má vždy farmakoterapie. Doc. MUDr. Eva Rychlíková, CSc., je vůdčí a průkopnickou osobností oboru v mezinárodním měřítku. Je také považována za zakladatelku oboru v řadě zemí střední a východní Evropy,

celý život školila lékaře nejen u nás, ale rovněž v Německu, Rakousku, Švýcarsku, Holandsku, Belgii či Velké Británii.

Eliška Hašková Coolidge

Pět amerických prezidentů, česká babička a já



Rozsah: 256 stran + 40 stran přílohy
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-204-3968-0
Vydavatel: Mladá fronta

Nové doplněné a rozšířené vydání vzpomínek Elišky Haškové Coolidge, významné Češky, která se dokázala prosadit jak ve vrcholném politickém prostředí v USA, tak po revoluci i v bývalé vlasti. Rodačka z Prahy začala kariéru v Bílém domě, kde pracovala coby zvláštní asistentka pěti amerických prezidentů, ve vysokých pozicích na Ministerstvu zahraničních věcí USA. V současnosti napomáhá společenským i podnikatelským kontaktům mezi Českou republikou a USA. Intenzivně se věnuje umění a managementu společenského chování, diplomatického a byznysového protokolu, vede v češtině i angličtině kurzy etikety pro veřejnost, firmy a státní správu. Etiketu učí dokonce i děti a teenagery.

Blanka Milfaitová

Příběh psaný do vody



Rozsah: 320 stran
Cena: 549 Kč
ISBN: 978-80-204-3946-8
Vydavatel: Mladá fronta

Blanka Milfaitová byla obyčejná holka: chodila do práce, jež ji nebavila, žila ve vztazích, které ji nenaplňovaly. Pochybovala o tom, jestli tohle je ten skutečný život. Jednoho dne dala vale práci, nefunkčnímu vztahu i velkému městu a odstěhovala se na Šumavu, kde začala vařit marmelády světové chuti a začala konečně žít podle sebe. I o této změně pojednává Blanka veleúspěšná kniha Příběh opravdové vášně. Její druhá kniha představuje ohlédnutí za rokem, který strávila na cestách po ostrovech skutečných i těch, které si neseme jako Robinsoni sami v sobě. Je to příběh, který není psán do vody...



Nesem vám noviny...

Adventní doba přináší řadu tradičních kulturních, charitativních a jiných bohublých počinů. Mnoho z nich se odehrává také ve zdravotnických zařízeních. Neseme vám noviny alespoň o některých z nich.

Fakultní nemocnice Plzeň

Již čtvrtým rokem se v předvánočním čase u fakultního Vánočního stromu splněných přání setkávají zdravotníci s dárci – přináší společně do nemocničních pokojů radost a veselí. Letos nemocnice představila příběhy a přání dvanácti bojovníků dětské-

ho hematologicko-onkologického oddělení. Lidé mohou také zakoupit dárek pro pracoviště, kde se léčí děti s úrazy či jinými závažnými chorobami. V nemocnici nezapomínají ani na oddělení, kde tráví čas senioři, kteří jsou v nemocnici delší čas a nemohou být se svými nejbližšími.



Vrchní sestra Dětské kliniky Mgr. Romana Sedláčková, staniční sestra dětského hematologicko-onkologického oddělení Mgr. Jana Srbová, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Ing. Bc. Andrea Mašínová, MBA, a herní specialista Martina Tytlová, DiS., přivážejí dárky pro dětskou kliniku.

Foto: archiv FN Pzeň

Nemocnice Strakonice

V pondělí 28. listopadu zahájili zdravotníci a pacienti rozsvícením vánočního stromu v Nemocnici Strakonice advent. Zúčastnil se také předseda představenstva MUDr. Tomáše Fiala. Koledy přítomným zazpívaly děti z Dětského centra jihočeského Kraje.



Foto: archiv Nemocnice Strakonice

Adventní koncert ve Vsetínské nemocnici

V kapli sv. Růženy v areálu Vsetínské nemocnice se již počtvrté rozezněl koncert, jehož program připravují vyučující a studenti Základní umělecké školy Vsetín. Výtěžek ze vstupného bude věnován na jeden z benefičních programů Vsetínské nemocnice. V letošním roce pomohou peníze uhradit náklady na klubové aktivity v rámci Léčebny dlouhodobě nemocných Vsetínské nemocnice a další vybavení společných prostor LDN.

Základní umělecká škola Vsetín je při organizování benefičních akcí velkým pomocníkem Vsetínské nemocnice. Již sedm let sama pořádá série benefičních koncertů Děti dětem, jejichž výtěžek je předáván dětskému oddělení nemocnice.

Slavnostního předání výtěžku letošní série benefičních koncertů projektu Děti dětem. Na snímku vrchní sestra dětského oddělení Vsetínské nemocnice Bc. Eva Kovářová a ředitel ZUŠ Vsetín Roman Konůpka.

Foto: archiv Vsetínská nemocnice





Jak se letos dařilo společností, které se podílí na fungování českého zdravotnictví? Jak hodnotí svou letošní úspěšnost a na co se připravují v roce příštím? Bilancují ředitelé a další zástupci vedení firem.

Fabio Giacobbi
generální ředitel českého zastoupení Camozzi, s. r. o.



Foto: Camozzi

1. Na čem právě pracujete?

Společnost Camozzi, se svou divizí C fluids, navrhuje, vyvíjí a uvádí do praxe řešení pro kontrolu kapalin a plynů zahrnující mechanické, pneumatické a elektronické komponenty. Našimi hlavními výrobky určenými pro zdravotnictví jsou především On/Of solenoidové ventily či proporcionální ventily určené k regulaci toku kapalin. Společnost Camozzi je nabízí v několika různých velikostech.

2. Co se nám letos nejmíc podařilo?

Ve zdravotnictví se v praxi uplatňují především proporcionální ventily, které se užívají pro ovládání průtoku kyslíku v plicních ventilátorech,

ventily pro kontrolu tlaku v dialyzačních přístrojích a proporcionální ventily ovlivňující průtok při plynové nebo kapalinové chromatografii. Dalšími produkty jsou membránové ventily používané v klinických a diagnostických přístrojích či On/Off a proporcionální ventily pro regulaci průtoku vzduchu a kapaliny ve stomatologických přístrojích.

Kvalita a spolehlivost výrobků Camozzi je garantována tím, že splňuje hlavní mezinárodní předpisy, stejně jako Směrnici o zdravotnických prostředcích ve stupni „Intermediate Manufacturer“.

středních ve stupni „Intermediate Manufacturer“.

3. Jaké výzvy nás čekají v příštím roce?

V roce 2017 bychom chtěli podpořit Original Equipment Manufacturer (OEM) ve zdravotnické divizi, abychom mohli vyvíjet ještě výkonnější zařízení.

a pomáhat tak lékařům a dalším zdravotníkům i vědcům po celém světě v hledání způsobů, jak onemocnění předvídat, diagnostikovat, léčit a jak o něm informovat, aby jejich pacienti mohli žít naplno.

4. Co popřejete čtenářům časopisu Zdravotnictví a medicína, zdravotníkům a celému českému zdravotnictví?

Společnosti Camozzi přeji, aby rozšířila svůj podíl na českém a slovenském trhu, nadále jednala v souladu se zákony a předpisy i s respektem k zákazníkům a dodavatelům. Také bych rád poděkoval České republice za to, že nás přijala v této krásné zemi plné historie i nových příležitostí.

Všem vašim čtenářům pak přeji, aby se pro ně nový rok stal rokem neobyčejným a aby každý den prožili naplno, ve zdraví, hojnosti a spokojenosti. Den bez smíchu je dnem promarněným. Také bych si přál, aby se zdravotní péče stala ve všech částech světa plně dostupnou a aby se všem lidem splnil jejich sen.



V Chotejně 700/7
102 00 Praha 15
www.camozzi.cz

Inzerce M161000889

Mgr. Vratislav Urbásek,
Mgr. Zuzana Kolbasová, MBA
Urbásek & Partners, advokátní kancelář

1. V současné době pomáháme našim klientům s mnoha zajímavými a důležitými projekty. Kromě každodenního právního poradenství stojí určitě za zmínku mezinárodní spolupráce zdravotnických zařízení, zastupování zdravotnických institucí v soudních i mimosoudních sporech s pacienty či zaměstnanci nebo projekty z oblasti fúzí a akvizic.

2. Znatelně jsme rozšířili portfolio klientely ze sektoru zdravotnictví. Kromě běžných právních služeb jsme letos v létě začali poskytovat i poradenské služby v oblasti managementu zdravotnických

zařízení. Zároveň jsme v rámci odvětví zastupovali klienty v projektech z oblasti fúzí a akvizic v celkovém objemu stovek milionů korun.

3. Jednou z velkých výzev je vybudování nového zdravotnického zařízení tzv. „na zelené louce“. Jedná se o komplexní projekt, který vyžaduje poradenství z mnoha právních oborů. Další velký projekt, který nás v příštím roce čeká, se věnuje získávání kvalifikovaných zahraničních zaměstnanců pro česká zdravotnická zařízení. V neposlední řadě nás čekají pacientské soudní spory, ve kterých budeme zastupovat zdravotnická zařízení.



Foto: Urbásek & Partners

4. Pevné nervy a hodně sil při kličkování ve volatílním prostředí českého zdravotnictví.



Národní 973/41
110 00 Praha 1
www.urbasekpartners.cz



JUDr. David Štros
Advokátní a patentová kancelář Štros a Kusák

1. Zaměstnává nás spousta patentových sporů.

2. Největším úspěchem bylo zdárné dotažení sporu z roku 2011 do konce.

3. Chystáme se na spuštění nového informačního systému naší advokátní kanceláře.

4. Všem přeji především hodně zdraví a poklidné noční služby :-).



Foto: Štros & Kusák



Národní 32
110 00 Praha 1
www.stroskusak.cz

PharmDr. Michal Krejsta, MBA
generální ředitel, OMEGA PHARMA A. S.

1. Pro letošní rok jsme si stanovili čtyři cílové strategie. Prohlubovat partnerství s našimi klíčovými zákazníky, posilovat profitabilní výkon, rozvíjet talenty prostřednictvím individuálních rozvojových plánů a kvalitních tréninků a podílet se na kultivaci vnějšího oborového prostředí. Strategie se nám daří naplňovat nad naše očekávání. Mohu rozhodně říci, že rok 2016 je pro nás mimořádně úspěšný. Těší mě, že tak navazujeme na naše vynikající výsledky z loňska a potvrzujeme tím správně nastavenou cestu a společný cíl.

Kromě plnění strategických cílů nás letos potkalo také stěhování. Naše společnost se v poslední době rozrostla a původní kanceláře začaly být nevyhovující. Chtěli jsme zajistit našim lidem příznivější pracovní podmínky, více místa i lepší dostupnost a zároveň nabídnout obchodním partnerům pohodlnější a profesionálnější jednací prostory. V novém office máme i moderní konferenční sál, který můžeme využít například pro školení lékárníků či jiných zdravotnických profesionálů.

2. Je toho mnoho, z čeho mohu vybírat, ale vyzdvihnout bych chtěl, že se nám podařilo zvolit vhodný a efektivní obchodní model. Úspěšně jsme imple-

mentovali marketingové kampaně, díky nimž jsme zvyšovali tržní podíly našich klíčových produktů – Lactacyd, Physio-mer nebo Paranit. Zároveň se nám daří naplňovat obchodní cíle s těmi nově akvizovanými – Coldrex, Niquitin či Vectavir. V aktuálních číslech to vypadá tak, že v letošním roce opět dosahujeme vysokého dvojčíferného růstu jako minulý rok a plníme jak plán tržeb, tak i plán zisku. Významně jsme rovněž posílili naši korporátní identitu, etiku a firemní kulturu či motivaci. Všechny naše úspěchy a výsledky jsou odrazem schopností, profesionality a loajality našich zaměstnanců.

3. Výjev je celá řada, ale zmínil bych pouze pár klíčových. V oblasti obchodní a marketingové jsou to úspěšné launche nových produktů, které by měly vhodně doplnit naše portfolio. Ty však z pochopitelných důvodů v tuto chvíli nechci ještě jmenovat. Zároveň budeme rozšiřovat stávající produktové řady o nové inovace. K efektivnější orientaci na zákazníka a pro jeho plnou spokojenost budeme v příštím roce implementovat nejmodernější dostupný model targetingu a segmentace na základě



Foto: Omega Pharma

přesných tržních dat a produktových priorit. Co se týká našich zaměstnanců, plánujeme implementaci globálního systému jejich hodnocení, revizi individuálních rozvojových plánů a další identifikaci talentů pro jejich kariérní růst. Budeme řadou projektů posilovat compliance naší společnosti a plánujeme moderní tréninky pro naše zaměstnance.

Cíle máme opět ambiciózní, dotýkající se každého oddělení a každého jednotlivce ve firmě a já věřím, že je budeme úspěšně naplňovat tak jako doposud.

4. Dovolte mi vám všem v předstihu co nejserdečněji popřát krásné svátky vánoční, zasloužený odpočinek a velkou radost v kruhu rodinném i blízkých přátel. Zároveň přeji úžasnou cestu rokem 2017 vydlážděnou unikátním mixem revoluční inspirace, silné vnitřní motivace a vášně vítězit. A k tomu všemu vám rozhodně pomůže pevně zdraví s naší OMEGA Pharmou!



Drážní 253/7
627 00 Brno-Slatina
www.omega-pharma.cz

MUDr. Miroslav Lomíček
šéfredaktor zdravotnické
redakce GRADA

1. Nakladatelství GRADA letos oslavilo 25 let na českém knižním trhu a ve zdravotnické redakci vyšla jubilejní tisící knižní novinka. Rovněž jsme vydali několik mimořádných knih, které u nás dlouho chyběly.

2. Těší nás, že je mezi čtenáři o naše odborné publikace stále velký zájem. O kvalitě našich knih vypovídá i to, že jsme letos získali další Cenu Josefa Hlávky za vědeckou literaturu, tentokrát za knihu Chorobné znaky a příznaky – Diferenciální diagnostika (editorů primáře Karla Lukáše a profesora Aleše Žáka).



Bohužel nás letos zasáhla také velká ztráta. Zemřel významný představitel pražské anatomické školy a nestor oboru, profesor Radomír Čihák, se kterým jsme ještě v březnu pokřtili třetí třísvazkové vydání třetího dílu jeho slavné Anatomie.

3. Těšíme se na druhý díl Atlasu anatomie člověka, na němž pracuje skvělý tým profesora Miloše Grima, docenta Ondřeje Naňky a akademického malíře Jiřího Helekala. Intenzivně chystáme Farmakologii profesora Jana Švihovce. Novinku z oboru kineziologie připravuje profesor Ivan Dylevský, z gastroenterologie primář Karel Lukáš s profesorem Jiřím Hochem a z porodnictví profesor

Aleš Roztočil. Další významné publikace chystáme ve spolupráci s profesory J. Špičákem, J. Mazánkem, J. Vítovcem, Z. Zadákem a dalšími autory. Zmínil jsem jen několik jmen hlavních editorů, za kterými však stojí tým dalších spolupracovníků.

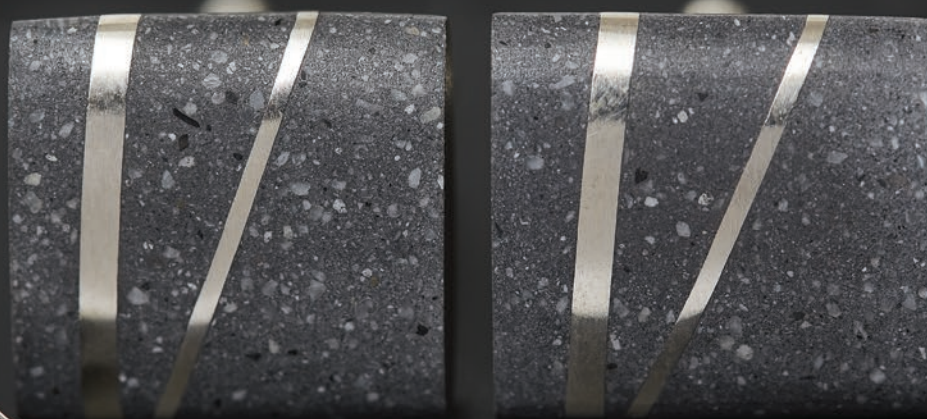
4. I nadále bychom si přáli vydávat kvalitní tituly psané našimi předními odborníky a samozřejmě si přeji také spokojené čtenáře. I když to zní jako fráze, přeji všem čtenářům i zdravotníkům především hodně zdraví, dostatek času pro jejich rodiny i zájmy, ale také na čtení našich knih. Českému zdravotnictví bych přál, aby poskytl zdravotníkům nejlepší podmínky pro práci a kvalitní péči pro pacienty na světové úrovni.



U Průhonu 22,
170 00 Praha 7
www.grada.cz

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

Sestry v centru pozornosti

„Sestra, nepostradatelná součást českého zdravotnictví“ – téma IV. mezinárodního kongresu Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků (POUZP), který v říjnu proběhl v Ostravě.

Předseda unie Bc. Tomáš Válek, DiS., se ve své prezentaci věnoval především vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Připomněl vzdělávání v minulosti a dnes, zároveň analyzoval současnou situaci s důrazem na nutnost řešení kompetencí sestry. Hovořil o tom, jakým způsobem veřejnost sesterské povolání vnímá. Uvedl, že povolání sestry je společností chápáno jako poslání či služba veřejnosti a že pacienti často vidí sestru jako osobu, která pouze vykonává příkazy lékaře.

Podle jeho názoru se prestiž povolání odvíjí od náročnosti profese, vzdělání a platového ohodnocení. Podotkl také, že vždy bude za prestižnější považována funkce ředitele než náměstka, přestože oba mohou být inženýři. „Činnost lékaře bude vždycky oceňovanější než práce sestry, protože lékař má vyšší vzdělání. Medicína je daleko náročnější a lékař má zároveň vyšší zodpovědnost,“ řekl Válek. „Ale v okamžiku, kdy řekneme, že sestra vysokoškolské vzdělání nepotřebuje, že jí stačí střední škola, označujeme tím také, že její práce je jednodušší než práce porodní asistentky či učitele? Stačí sestře odborné předměty a praxe, ale už se nepotřebuje umět dobře vyjadřovat, pěkně psát, mít dostatečné penzum všeobecných znalostí a disponovat argumentační zdatností?“ Válek si tedy položil otázku, zda chystaná podoba vzdělávání sester je správnou cestou k tomu, aby na sesterské povolání bylo pohlíženo jako na prestižní.

Zdůraznil také potřebu změny, což znamená, že je především nutné stanovit definici kompetencí pro všeobecnou sestru, porodní asistentku a také pro zdravotnického asistenta. Mluvil i o nutnosti zahrnutí ošetrovatelské péče do úhradové vyhlášky, zvýšení finančního ohodnocení výkonu povolání a o potřebě přepracovat současnou nepřehlednou vyhlášku o minimálním personálním vybavení. Velký důraz kladl Válek na změnu podoby celoživotního vzdělávání nelékařských pracovníků, neboť je přesvědčen, že jen tak můžeme sesterskému povolání vrátit tolik zmiňovanou důstojnost.

Imobilizační syndrom v traumatologii

O souboru poškození, která jsou způsobena dlouhodobým pobytem na lůžku, pohovořila vrchní sestra Oddělení úrazové chirurgie Nemocnice Pardubice Karolína Kopecká. Na kongresu uvedla, že rizikovou skupinou ohroženou imobilizačním syndromem (IS) jsou senioři a dlouhodobě nemocní. Karolína Kopecká konstatovala, že při pouhých 36 hodinách úplného klidu na lůžku se začínají projevovat změny v pohybovém a oběhovém systému a během sedmi až deseti dní se vyvinou zcela zřetelné patologické změny.

Přednášející také vysvětlila, jak se IS projevuje na jednotlivých orgánových soustavách a že v rámci kardiovaskulárního systému dochází k ortostatické hypotenzi. Na podkladě snížení vazomotorických reflexů při náhlé změně polohy dojde k poklesu krevního tlaku, což může vyvolat mžítka před očima, motání hlavy, slabost, nauzeu, tachykardii a někdy může dojít až k vazomotorické synkopě.

Dále může vzniknout tromboflebitida, tromboembolie či tuková embolie. V důsledku nehybnosti chybí zapojení svalové pumpy dolních končetin, čímž dochází k insuficienci žilních chlopní a vážné průtok krve v dolních končetinách. Vzniká tak riziko žilního městnání, vzniku otoků, zánětů, možnost trombózy a následné embolie do plic. Může také dojít k poklesu kontrakční síly myokardu nebo k hydrostatickému edému.

Úbytek svalové hmoty

Imobilizační syndrom rovněž ohrožuje muskuloskeletální systém. „Ohrožuje ho osteoporóza z inaktivity. Není-li kost zatěžována, dochází k její demineralizaci, kosti řídnou a vzniká riziko patologických zlomenin,“ uvedla Kopecká. „Dochází také ke změnám na kloubech a svalech a snížení kloubní pohyblivosti přináší riziko ztuhnutí

kloubů. Objevuje se ubývání kloubní tekutiny, zkrácení šlach a svalů nejčastěji na končetinách, vzniká riziko kontraktur a dochází k různým deformitám. Svalová hmota atrofuje, což znamená, že během týdne ubude až třetina svalové síly,“ upozornila vrchní sestra. Vysvětlila dále, že imobilita ovlivňuje i respirační systém. Omezené pohyby hrudníku vleže totiž snižují velikost ventilované plicní tkáně a zhoršuje se tak vykašlávání hlenu. Dýchání je povrchové, vzniká riziko kolapsu plicních sklípků, kde se hromadí sekret a může dojít k rozvoji infekce.

Problémy s vylučováním

Rovněž na správnou funkci gastrointestinálního traktu má IS významný vliv. „Klesá motilita zažívacího traktu, může dojít k zácpě, jejíž příčinou jsou ochabnutí břišních svalů, nepřírozená poloha při defekaci, ale i nedostatek soukromí. Z důvodů dietní chyby se může naopak objevit průjem. V první fázi imobility dochází ke zvýšené diurézi, zvýšené natriurii a později množství moči klesá. Absence vlivu gravitace vede ke stagnaci moči ve vylučovacích cestách. V důsledku stázy alkalické moči a zvýšeného množství kalcia a fosforu v moči se mohou objevit ledvinové kameny,“ řekla Kopecká a dodala, že jako důsledek slabého svalového napětí se může projevit i inkontinence. Vlivem nedostatečné hygieny a špatného pitného režimu se objevují infekce a ascendentní infekce. Jako následek nevhodně umístěného sběrného systému se moč vrací z měchyře do ledvinové pánvičky a může vzniknout močový reflux. Vlivem sníženého svalového tonu a nefyziologické polohy při vyprazdňování (poloha vleže) může dojít ke stáze moči.

Imobilita a psychické změny

V další části svého vystoupení se přednášející věnovala kožním projevům u imobilizovaných pacientů. Mnohdy u nich dochází k atrofii kůže, snížení kožního turgoru a ztrátě elasticity pokožky. V souvislosti s tlakem či třením, poruchou prokrvení kůže, vlivem nečistoty, pocení či nevhodně zvoleného obvazového materiálu hrozí vznik dekubitů a opruzenin. Imobilita podle ní ovlivňuje rovněž metabolismus a výživu a uvedla, že převažují katabolické procesy neboli rozkladné procesy svalové hmoty. Vynucené změny stravovacích návyků mohou vést k anorexii, snížení chuti k jídlu a mohou vyústit až v malnutrici. V důsledku snížení onkotického tlaku mohou také vznikat edémy. Imobilita pacientů má vliv na centrální nervovou soustavu, což se může odrazit i v jejich psychice. Následkem absence psychických, smyslových a pohybových podnětů se u nemocných projevují změny nálad, ospalost, nepokoj, zmatenost až agrese, nedostatečná orientace místem, časem, prostorem, dále spánková inverze, neschopnost koncentrace, rozhodování a zvládnání problémů, až retardace či projevy regrese.

Specifika v traumatologii

Karolína Kopecká upozornila, že u traumatologických pacientů nejčastěji dochází k úbytku aktivní svalové hmoty, vedoucí ke svalové atrofii a deformitám končetin i páteře, čímž vzniká riziko osteoporózy a ankylóza kloubů. Komplikace přináší sádrové obvazy, následkem poruchy prokrvení se mohou objevovat edémy, parestezie, cyanóza, chlad až anestezie. U špatně vypodložené sádry může tlak způsobit kožní nekrózu. Je proto třeba dbát na aseptické převazy ran, vést aktivní i pasivní rehabilitaci, pravidelně kontrolovat rány a invazivní vstupy a je nutno počítat s možností vzniku compartment a crush syndromu. Všechny uvedené komplikace přináší riziko prodloužení pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení, což může mít za následek zhoršení spolupráce rodiny a personálu, zpomalení hojení rány a ve výsledku také zvýšené náklady na léčbu.

Závěrem se Kopecká věnovala prevenci imobilizačního syndromu v praxi. Zmínila, že v rámci prevence je nutné dbát na polohování pacienta v časových intervalech (dle typu úrazu). Je potřeba důsledně kontrolovat pulzaci končetiny, barvu kůže, inervaci, hydrataci, výživu a provádět kontrolu operační rány. Rovněž je vhodné ponechat dostatek času a prostoru pro vyjádření pacientových potřeb a věnovat péči vyprazdňování a rozmanité stravě. Důležitou součástí prevence vzniku IS je důsledná rehabilitace.

Kontrola zabránění chybám na operačním sále

Koordinátorka Transplantačního centra FN Ostrava PhDr. Dana Streitová se zabývala tématem bezpečnosti na operačním sále. V úvodu vysvětlila, že předoperační bezpečnostní proces je systém několikastupňové kontroly informací před provedením operačního výkonu, jehož cílem je prevence pochybení. Celý proces vyžaduje aktivní zapojení všech složek zdravotnického týmu a jeho úspěšnost závisí na dodržování jednotlivých kroků, které jsou popsány ve směrnících a jednotlivých protokolech. Jedním z bezpečnostních cílů, které vyhlásilo MZ ČR v rámci Akčního plánu kvality a bezpečí zdravotní péče, je prevence záměny pacienta, výkonu a lokalizace provedení při chirurgických výkonech.

Rizika a pochybení

Jak Dana Streitová dále uvedla, v prevenci záměny pacienta musí být stanoven jednotný postup zajišťující provádění správného výkonu, na správném klientovi a na správné straně těla, což se týká také výkonů mimo operační oddělení. Místo musí být označeno a na této činnosti by se měl klient podílet. „Národní agenturou pro bezpečnost



pacientů ve Velké Británii bylo odhaleno, že během jednoho roku dochází až k 35 tisícům lékařských chyb, které mají za následek poškození pacienta. Zahraniční studie, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že přibližně u 10 procent hospitalizovaných nemocných dochází k jejich poškození. Třetí místo mezi nejčastějšími typy pochybení zaujímají výkony na nesprávném orgánu či v nesprávném místě těla. Zákrok na zdravém orgánu se nejčastěji vyskytuje v chirurgii, 16 procent respondentů zažije situaci, při které záměna byla rozpoznána před incizí, a 21 procent lékařů během své profesní kariéry provedlo chybnou operaci. Největší chybou je, že spolu týmy nemluví. Význam těch několika desítek minut před operací je z hlediska předcházení poškození pacienta nepochybnitelný,“ konstatovala přednášející a dále zmínila, že svoje role mají v předoperačním bezpečnostním procesu anesteziologická sestra, perioperační sestra, anesteziolog i operatér. Proces by měl mít jasný a zažitý postup, neboť se kontroluje označení místa výkonu, přístroje, nástroje nebo identifikace pacienta. Revize by měla probíhat ve 3 fázích: před podáním anestezie, před kožní incizí a před předáním klienta z operačního sálu.

Perioperační bezpečnostní proces ve FN Ostrava

V další části přednášky Streitová hovořila o praxi na jejich pracovišti. „První fáze perioperačního procesu probíhá po příjezdu pacienta do vstupního filtru operačního traktu. Pacienta přiváží z oddělení sanitář v doprovodu všeobecné sestry. Následně dochází k předání pacienta anesteziologické sestře a sálovému sanitáři. V této fázi je pacient dotazován na jméno, příjmení, ročník narození, typ výkonu, operovanou stranu a alergii. Současně dochází ke kontrole zdravotnické dokumentace. Ta musí mimo jiné obsahovat souhlasy s výkonem a anestézií podepsané pacientem,“ popsala proces autorka sdělení.

Druhá fáze perioperačního procesu nastává před kožní incizí. Operační tým si navzájem potvrdí jméno a příjmení pacienta, typ výkonu, operovanou stranu, podání indikovaných antibiotik, připravenost krevních derivátů či funkčnost zdravotnické techniky. Operatér odhadne předpokládanou délku operace a upozorní na možné nerutinní postupy.

Třetí fáze procesu proběhne, než pacient opustí operační sál. Před uzavřením operační rány spočítá instrumentářka a sálová sestra mulový materiál, nástroje, zkontroluje jejich celistvost a nahlásí vše operatérovi. Dotazem na sanitáře kontroluje uložení a označení histologického materiálu a kultivace. Součástí této fáze je i označení strany operace, kdy lékař z důvodu potvrzení správnosti strany výkonu popíše fixem tu část těla, na které bude pacient operován nebo vyšetřován. Nejedná se o zakreslení chirurgického řezu, ale označení operované části těla tak, aby byla možná opětovná kontrola před začátkem výkonu.

Potenciální rizika a pochybení

V závěru přednášky poukázala Dana Streitová na fakt, že k poškození pacienta na operačním sále může dojít nejen v důsledku technických problémů, ale i nedodržováním preventivních opatření a předpisů, či záměnou operované strany, pádem z operačního stolu, ischemií, otlakem, parézou, alergickou reakcí, infekcí na operačním sále, zapomenutým nástrojem, rouškou, longetou či poškozením přístrojovým vybavením. Zdůraznila a zopakovala, že je nezbytné, aby členové týmu opakovaně ověřovali jméno a příjmení a ročník narození pacienta, typ a stranu výkonu, dotazovali se na alergii a kontrolovali dokumentaci, podání antibiotik a připravenost krevních derivátů. Před uzavřením operační rány se musí přezkontrolovat počet a celistvost nástrojů i mulového materiálu. Ověřit se musí také funkčnost zdravotnické techniky (anesteziologický přístroj, elektrokoagulace, operační stůl, osvětlení operačního pole atd.). Členové týmu provádějí kontrolu laparoskopické nebo torakoskopické soustavy, mimotělního oběhu na kardiokirurgických sálech, na traumatologii úplnost a upevnění extenzního zařízení a ověřují uložení a správné značení histologického materiálu určeného k dalšímu vyšetření. (eta)

ŠETRNÉ A ÚČINNÉ

Kompletní sortiment utěrek pro zdravotnictví

Známe výzvy, se kterými se každý den potýkáte, a proto jsme schopni vám nabídnout nejvhodnější produkty a řešení.

Nové technologie do zdravotnictví pronikají pomalu, a proto vám přinášíme inovace v netkaných textilích a lepší alternativu oproti současně používaným utěrkám.

Naše utěrky mohou být použity například jako hygienické podložky pod pacienty, pomohou při osobní hygieně pacientů a ušetří čas při čištění nemocničních ploch.

Výhody použití

- snižují množství odpadu
- opakovaně použitelné
- umožňují rychlé čištění
- velmi savé a pevné i v mokřem stavu
- snižují finanční náklady
- odolávají většině rozpouštědel

Utěrky nabízíme v několika velikostech útržků a široké škále gramáží (48 g/m², 58 g/m², 76 g/m² a 82 g/m²). Díky tomu mohou být utěrky použité pro více účelů.

Produkty prodáváme ve třech typech balení: kartonové boxy, folie, role.



Produkt	Produktové číslo	Rozměr v cm	Obsah balení v kartonu
KIMTECH* Savé utěrky - bílá	7505	38 x 32	20 balení x 50 utěrek
KIMTECH* Savé utěrky - Z sklad / bílá	7506	48 x 38	16 balení x 50 utěrek
WYPALL* X50 Utěrky - POP - UP krabice / bílá	8355	31,7 x 23,1	10 balení x 176 utěrek
WYPALL* X60 Utěrky - velká role / bílá	6036	42 x 33,5	1 role = 750 ks
WYPALL* X70 Utěrky - velká role / bílá	8384	38 x 42	1 role = 500 ks
WYPALL* X70 Utěrky - velká role / modrá	8389	34 x 31,5	1 role = 870 ks

Pro vzorky a konzultace našich profesionálů zavolejte na **+420 266 214 111** nebo napište na **kcpmarketing@kcc.com**



Překážky v týmu beru jako výzvy

Vítězka titulů „Sestra roku v přímé ošetrovatelské péči“ a „Sestra mého srdce“ šestnáctého ročníku soutěže Sestra roku **Kateřina Palinčáková** se dvacet let věnuje intenzivní medicíně. V Nemocnici Valašské Meziříčí, která patří do skupiny Agel, působí jako hlavní konzultantka týmu chronických ran.

Proč jste se rozhodla věnovat léčbě nehojících se ran?

V přímé péči u lůžka se často setkáváme s problémy, které plošně postihují pacienty bez ohledu na to, s jakým základním onemocněním jsou hospitalizováni, a nezáleží přitom ani na odbornosti a často ani na vybavenosti daného zdravotnického zařízení. Otázkou jsou především dekubity, jejichž vznik je u sester často povědomě spojen s jistým profesionálním selháním. Přesto je nelze vždy připisovat nedostatečné péči o pacienta. Na odděleních ARO se často setkávám s těžkými poúrazovými či pooperačními stavy, kde hojení ran neprobíhalo standardně. Zde jsou i prapočátky mého zájmu o hojení chronických ran. Proto jsem iniciovala založení týmu pro hojení ran v Nemocnici Valašské Meziříčí, který zde již od ledna 2013 úspěšně funguje.



Foto: archiv Kateřiny Palinčákové

Co je náplní činnosti vašeho týmu?

Jeho úkolem je záchyt dekubitů, které vznikly za hospitalizace či byly převzaty při přijetí pacienta. Jde především o komplexní ošetřování nehojících se ran, mezi které patří: bérková ulcerace na podkladě cévní insuficience, syndrom diabetické nohy, pooperační dehiscence nebo i traumatické rány, kde pro lokální infekci nebylo možné zhojení per primam. Nedílnou součástí mé práce v týmu je statistická evidence nežádoucí události, do které spadá vznik dekubitu a navrhování nápravných opatření, jež vedou ke zhojení těchto chronických ran. Letos se mi podařilo zavést monitoring rány pomocí fotodokumentace, která je přístupná v celém nemocničním informačním systému. Osobně se snažím být aktivní také na odborném poli, kde se věnuji léčení nehojících se ran. Přednášení na odborných konferencích mě velmi baví a vždy je pro mě velmi inspirativní.

Kdo všechno do týmu patří a jak spolu jeho členové kooperují?

Zastřešuje nás lékař chirurg, já jsem vedoucí týmu nehojících se ran a dál jsou v týmu tři kolegyně, z nichž každá zajišťuje svou odbornost (interna, chirurgie, následná péče, intenzivní péče). Jedna z kolegyní spolu s lékařem vede i ambulanci chronických ran, v níž se věnujeme navazující specializované péči po propuštění pacienta s nehojící se ránou z nemocničního zařízení. Regionálně koordinujeme i léčbu klientů, kteří tuto odbornou pomoc sami vyhledali nebo je odeslali na konzultaci obvodnímu lékaři.

Spolupráce je zde doslova multidisciplinární. Fungující ošetrovatelský personál jak v řadách sester, tak z řad ošetrovatelek a sanitářek je prioritní. Aktivace skupiny pro nehojící se rány přichází hlavně na žádost sester, které jsou na daném oddělení v přímé péči u lůžka. Součinnost bych v současné době označila za téměř dokonalou. Jsem moc ráda, že jsme našli společnou řeč i s lékaři, kteří se zpočátku tvářili k fungování týmu velmi nedůvěřivě, časem se totiž ukázal přínos takového přístupu a nyní je naše kooperace vynikající.

Jsou obdobné týmy v nemocničních provozech běžné? Usilujete o jejich rozšíření po ČR?

Myslím si, že pracovní skupiny (zaměřující se na péči o nehojící se rány) celorepublikově teprve vznikají. Podle mého názoru jsou na tom lépe menší nemocniční zařízení. Koordinace a audit jsou zde jednodušší. Nicméně znám velké fakultní nemocnice, kterým se perfektně daří zvládnout i tuto problematiku a díky dobrému vedoucímu týmu je jejich fungování téměř bezproblémové.

V týmech bývá zastoupena personálně téměř každá klinika, a proto je spolupráce samozřejmě složitější. Je zde vždy nutné vybrat v rámci personálu člověka, který je pro problematiku nehojících se ran nadšen, protože pro mnohé není atraktivním odvětvím ošetrovatelství. Takový adept musí být obrněn nesmírnou trpělivostí a často i pevnými nervy.

Jaké máte výsledky v léčbě chronických ran na vašem pracovišti?

Výrazné výsledky máme v prevenci vzniku dekubitů v pooperačním období a v rámci intenzivní péče. Tato pracoviště jsou pokládána za nejvíce riziková pro vznik dekubitů. Díky nastavení preventivních opatření a jejich pečlivého dodržování, ale hlavně díky nadšení sester, jsme dokázali, a to nejen statisticky, významně snížit vznik dekubitů. U léčby ostatních nehojících se ran v rámci hospitalizace musíme zvládnout včasné infekce rány a zde je nutná spolupráce týmu a lékařů.

Navazující ošetřování probíhá buď ambulantně za časté pomoci agentur „home care“, nebo v rámci lůžek následné péče. Většinou se jedná o geriatrické pacienty či vážně nemocné. V regionu je i jedno z největších onkologických center v ČR, odkud do naší ambulance začínají přicházet vážně nemocní pacienti s onkologickými lézemi, kteří potřebují zcela nestandardní postupy léčby.

U nehojících se ran je často zmiňován také nápor na emoční složku pečujících. Vnímáte to tak i vy?

Léčba nehojících se ran je nejen velmi finančně náročná, ale i zdoluhavá, takže vyžaduje jistý entuziasmus. Při práci v týmu se setkávám u pacientů s velkým strachem z bolesti. Ze zkušenosti vím, že většina nehojících se ran v akutní fázi je skutečně velmi bolestivá a vedle multidisciplinárního přístupu je zde nutná vhodně nastavená terapie proti bolesti. Pro nás zdravotníky je míra bolesti ukazatelem fáze hojení samotné rány, ale pro pacienty je bolest nesmírně stresující. Zároveň jde o pocit velmi subjektivní a lidský přístup je pro tlášení bolesti zcela zásadní. Přiznám se, že se spoustou pacientů jsem si vybudovala osobní vazby a občasné neúspěchy v léčbě jejich nehojících se ran nesu velmi nelibě. Ne vždy se vše daří podle mých představ, ale překážky v rozsahu týmu přijímám jako výzvy.

Připravila Petra Klusáková

Poslanci nebudou do ledna jednat o vzdělávání sester

Sněmovna počátkem prosince vyřadila projednávání změn v zákoně o vzdělávání sester. Nový ministr zdravotnictví si vyžádal čas na posouzení. Novela zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, měla jít ve sněmovně do druhého čtení.

„Návrh zákona o vzdělávání sester potřebuji řádně vstříbat. Požádal jsem proto o přeložení z časových důvodů,“ řekl pro Zdravotnictví a medicínu ministr zdravotnictví Miloslav Ludvík a dodal, že se zasadí o to, aby přivedl do nemocnic více sester. Novela přináší model, podle něhož by sestry nepotřebovaly vysokoškolské vzdělání, ale stala by jim střední zdravotnická škola doplněná o rok vyšší odborné školy. Změna ve vzdělávání měla podle návrhu nastat od září příštího roku. Týkala by se nejen zájemců o profesii, kteří studium teprve zahájí, ale i těch, kteří už studují.

Model nazývaný „4+1“ měl nahradit dosavadní systém, ve kterém musí sestra po střední škole projít ještě třiletým bakalářským studiem. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová uvedla, že ministr chtěl novelu přesunout na lednovou schůzi, aby o ní mohl diskutovat s poslanci. Jeho předchůdce Svatopluk Němeček si od změn sliboval stabilizaci a zkvalitnění systému kvalifikačního vzdělávání zejména ošetrovatelských profesí všeobecné, dětské a praktické sestry. K cílům novely patří i snazší návrat pracovníků, kteří byli dlouhodoběji mimo obor, zpět do zdravotnictví. (klu)



Linet představil nové lůžko Eleganza 5

Novinka pro intenzivní péči zásadně snižuje fyzickou náročnost práce sester a zároveň efektivně a komfortně pomáhá pečovat o pacienta. Umí se naklánět do stran, monitorovat stav postele, vysílat potřebná data, má dokonalý bezpečnostní systém nebo motorizované kolečko.

„Práce sestry ve zdravotnictví je fyzicky velmi náročná a může být i nebezpečná, dokonce více než práce ve stavebnictví. Během jedné směny zvedne sestra až 1,8 tuny! Ročně dosahují náklady spojené s léčením nemocí zad u zdravotních sester jen v USA sedmi miliard dolarů. To chce Eleganza 5 změnit,“ vysvětlil zaměření nového lůžka produktový manager Linet Pavel Pospíšil, který se podílel na jeho vývoji.

Společnost vyvinula lůžko, které je vybaveno laterálním náklonem (do stran), což dovoluje polohovat pacienta či převlékat lůžko s mnohem menší námahou a ergonomicky správně. Motorizované kolečko i-Drive Power umožňuje jízdu s lůžkem bez sebemenšího vynaložení síly personálu. Novinka umí pacienta zvážit a poskytuje podmínky pro rentgenování bez manipulace s ošetřovaným. Ovládá se z jednoho místa na intuitivním panelu iBoard.

Výhody přináší také pro rekonvalescenci pacienta. Pomocí tří unikátních nástrojů (Mobi-Lift madla, ergonomicky tvarované postranice a laterálnímu ná-



Foto: Linet

klonu) snižuje z lůžka o 50 procentě nastavení do maximální komfortu pacienta.

„Třešničkou na dortu je pak elektrické prodloužení, díky němuž se lůžko způsobí i většímu pacientovi, nebo USB slot, sloužící například pro nabíjení mobilů,“ doplnil Pospíšil.

Linet u nového lůžka vsadil na inteligentní komunikační technologie. Novou nadstavbou je BedMonitor, systém zabudovaný v lůžku, který snímá hlavní bezpečnostní parametry a informuje o nich na počítači, tabletu nebo telefonu. Sestra tak má nepřetržitý přehled o všech pacientech. Integrovaný modul zase dokáže sbírat a vyhodnocovat různá data, která mohou sloužit k lepšímu vytížení lůžka nebo on-line servisu a rovněž k sledování technických parametrů.

(red)

Inzerce M161000876

KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI a.s.

IX. BILATERÁLNÍ ČESKO - SLOVENSKÉ OFTALMOLOGICKÉ SYMPOZIUM

23. - 25. 3. 2017

Academia centrum UTB Zlín

Informace a přihláška

www.csoftalmologie.cz

10. 2. 2017

Uzávěrka

- aktivní účasti
- zaslání abstraktu
- zvýhodněné registrace

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK a dle Vyhlášky MZ ČR č. 4/2010 Sb. a bude ohodnocena kredity pro lékaře, pro nelékařské zdravotnické pracovníky a pro vysokoškolsky vzdělané odborné pracovníky ve zdravotnictví.

Vážím si sester, které ve zdravotnictví zůstávají

„Nechci, aby to vyznělo jako klišé, ale moje povolání je to nejlepší, co mě zatím v životě potkalo,“ říká hlavní sestra pražské Nemocnice Na Františku **Mgr. Rudolf Matĥa**.

Proč jste si zvolil zdravotnické povolání?

Zřejmě mě inspirovala moje o mnoho let starší sestra, za kterou jsem chodíval do nemocnice. Vždycky se mi sestřské povolání moc líbilo. Za minulého režimu bylo téměř nemožné dostat se na střední zdravotnickou školu a bez doporučení to nešlo vůbec. I když jsem se učil velmi dobře, mužům se prostě doporučení na zdřavku nedávalo. Bez něj vůbec nemělo ucházet a jít k přijímacímu pohovoru. A tak jsem šel na gymnázium, které jsem vystudoval. Poté jsem četl inzerát, že zdravotnická škola v Praze přijme muže i dívky k dennímu pomaturitnímu studiu na obor všeobecná sestra. Přihlásil jsem se. Po studiu jsem si udělal specializaci pro intenzivní péči a odešel do praxe. Mé rozhodnutí, že se stanu sestrou, určitě upevnila i vojna, kde jsem zastával funkci zdravotníka.

Nelitoval jste toho někdy?

Ne, nikdy. Moje práce mě už od začátku opravdu velmi baví, dělá mi dobře a naplňuje mě. Kdysi jsem jeden čas pracoval v jiném oboru, dokonce za mnohem lepší peníze, ale nikdy mě to nenaplňovalo tak, jako práce ve zdravotnictví.

Vzpomínáte si na své začátky?

Na standardní oddělení IV. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze jsem nastoupil 16. července 1995 a setrval jsem tam 17 let. Pak jsem pracoval na angiologické jednotce a na metabolické jednotce intenzivní péče. V roce 2000 jsem vyhrál konkurz na staniční sestru koronární jednotky, kde jsem působil do roku 2012.

Jak jste se dostal do Nemocnice Na Františku?

Zvítězil jsem ve výběrovém řízení na funkci hlavní sestry nemocnice. Myslím, že mi změna velmi prospěla.

Co je náplní práce hlavní sestry?

Obsah práce se v různých nemocnicích liší. Pracovní náplň náměstka pro ošetrovatelskou péči ve fakultní nemocnici je odlišná od náplně hlavní sestry malé nemocnice, jako je například ta naše. Mým hlavním úkolem je zajišťovat personál, vést metodiku kvality ošetrovatelské péče a dohlížet na její dodržování, působím i jako epidemiologická sestra. A samozřejmě dohlížím na uplatňování ekonomických pravidel, především při objednávání spotřebního materiálu.

Co máte na své práci nejraději a proč?

Nejraději mám takové situace, kdy moje kroky a rozhodnutí vedou ke spokojenosti pacienta. Každý pochvalný dopis týkající se kvality péče sester je pro mě odměnou a vždycky si říkám, že i ta opatření, která nebyla přijata s povděkem či pochopením, přináší kýžené výsledky. Samozřejmě, že občas napíše i nespokojený pacient, ale můžu říct, že spokojených dopisů je čím dál víc, což mi dělá radost.

Ve zdravotnictví se hovoří o kritickém nedostatku sester. Jak by se podle vás dal vyřešit?

O odpovědi na tuto otázku přemýšlím každý den. Hledám cestu, jak to řešit, a zajímám se o to, co sestřám chybí, co by potřebovaly. Na prvním místě jsou peníze. Ať si každý říká, co chce, opravdu jde především o peníze. Ale co sestřám nabídneme dál? Obávám se, že povolání sestry není v dnešní době celoživotním posláním, protože práce je opravdu náročná. Dnes je snazší vydělat peníze tím, že něco prodám, než když dám kus ze sebe.

V centru pozornosti jsou pacienti s jejich vlastnostmi i náladami. Přijdou do nemocnice se zdravotním problémem, je jim špatně, bolí je to. Ošetrovatelskou péči berou zcela automaticky a očekávají, že jim sestra pomůže. Samozřejmě, ale fakt, že se bolest vrátí, nemůže sestra ovlivnit. Stále častěji mám pocit, že to pacienti nechápou. Nebo nechtějí pochopit? Dnes jsme svědky toho, jak se v naší společnosti rozmáhá ošklivé až agresivní chování a sestry u lůžka tomu bývají často vystaveny. Co udělá pacient? Zavolá si sestru a sdělí jí mnohdy nepěkně, že má bolesti. Sestry ale musí být přívětivé a vstřícné. Děvčata, ale i chlapi musejí zvládnout strašně moc, je toho na nich naloženo opravdu hodně. K tomu mají mraky administrativy, protože každý krok musí být řádně zdokumentován. Sestry chápou, že je to důležité především

z forenzních důvodů.

Ve zdravotnických zařízeních je ale tolik vedlejší administrativy, kterou by sestra dělat nemusela. Zapisovat různé teploty prostředí lednic, uskladnění, kontrolovat, jestli jsou regály správně popsány. To všechno musí dělat sestry, protože zde není jiný personál, který by tyto činnosti vykonával. Takže si jednoho krásného dne sestra řekne, že už toho má dost, že už nemůže a že musí pryč. Už nebude stačit jen změnit oddělení či nemocnici, aby se člověk udržel profesionálně čilý, nepropadl čistě rutině a nepodlehli vyhoření. Nakonec bude muset ze zdravotnictví odejít. A já se obávám, že ta doba už tady je.

Potýkáte se také s problémem nedostatku sester?

Rád bych řekl, že nepotýkám. Je pravdou, že naše nemocnice za poslední čtyři roky prošla restrukturalizací. Vždycky, když jsme zavírali oddělení, jako třeba ARO, neurologické nebo část interního oddělení, nebylo to z důvodu nedostatku sester, ale z pohnutek ekonomických. Nemůžeme vyloučit, že taková situace v budoucnosti nenastane, ale nikdy nebylo sester tak málo, aby to ohrozilo chod naší nemocnice. Neříkám, že bych sester nechtěl víc, ale zatím jich máme tolik, aby fungování nemocnice bylo personálně zajištěno. V současné době to ale nemohu říci o jednom oddělení, kde mi naráz odchází několik sester. Nastal čas, kdy vlivem nedostatku sester mohou společně odejít celé kolektivy. Jednotlivec vám nyní strhne celý kolektiv a máte ohrožený chod oddělení. Může to být fenoménem doby, protože dalším důvodem, proč sestry rády zůstanou na oddělení, je dobrý kolektiv.

Stává se vám tady také, že sestry vyhoří?

Stává se to čím dál častěji. My bohužel o zdraví sester pečujeme jen na bázi teoretické. Prakticky na to není prostor a nikdo si nemyslí, že by se v rámci prevence vyhoření měla pravidelně provádět cvičení a podobně. Absolvoval jsem určité kurzy, kde jsme se naučili techniky předcházení syndromu vyhoření. Přednášku si vyslechnete, ale do praxe ji už neaplikujete. Víím, že ve světě jsou nemocnice, kde jsou aspoň jednou ročně takové kurzy pro sestry povinné. Sestry pak v rámci své práce musejí opravdu cvičit a absolvovat psychologické pohovory s terapeutem, což jim při práci hodně pomáhá. A to mi u nás chybí.

Říkal jste, že v době vašich studií byl problém se na střední zdravotnickou školu dostat. Dnes se na ni hlásí i žáci se čtyřkami. Myslíte, že je to tak správně?

Není to správně a odráží se to pak v úrovni znalostí a vědomostí absolventů. Ještě i v době, kdy jsem dělal přijímací pohovory na pomaturitní studium na SZŠ, to byla výběrová škola, i když zájem o ni už klesal. Bylo nás sedmnáct, kteří jsme tam nastoupili. Jenom pět z nás školu ukončilo maturitou. Tady vidíte, že zájem o studium na zdravotnické škole šel už počátkem 90. let dolů. Dnes se na ni dostanou zájemci s jakýmkoliv vysvědčením. Já bych kupříkladu ani tolik neřešil známky, ale zájem lidí dělat tuto práci. Protože mít zájem o práci znamená chtít se celoživotně vzdělávat, což by ve zdravotnictví napříč všemi profesemi mělo platit dvojnásob.

V současné době je zájem o ošetrovatelskou práci mizivý. Řekl bych téměř nulový. Samozřejmě se vyskytnou výjimky, které mi dělají radost. O malinko lépe na tom jsou vyšší školy. Účastním se teď absolutorií vyšší odborné školy, a tam je znát,





kdo se do třetího ročníku vůbec dostat neměl. Zřejmě absolutorium dodělá, ale byt by to tak nemělo. Na druhé straně jsou studenti, kteří jsou nadaní a šikovni a dušují se, že mají zájem pracovat ve zdravotnictví. Nicméně si podle počtu nastupujících absolventů do nemocnic pokládám otázku: Kde jsou? Všichni studenti to nemyslí vážně. Další část nastupujících absolventů si není jistá, zda ve zdravotnictví chce zůstat. Jednoho dne je práce profesně vyčerpá a oni se rozhodnou změnit obor. Podle mě jsou naši lidé na trhu práce ceněni i v jiných profesích. Uplatní se v administrativě i bankovníctví, protože mají vzdělání a naučili se komunikovat.

Myslíte, že sestry mají dostatečnou motivaci, aby ve zdravotnictví chtěly zůstat? Čím by se tato profese dala zatraktivnit?

Vezměte si třeba mediální obraz sestry. Medializace sestry v pozitivním smyslu slova je dnes nulová. Podle některých filmů či reklam jsou sestry hloupoučká stvoření nápomocná lékařům, byť jsou třeba milá a vtipná. Z akčních seriálů máte pocit, že záchranáři skáčou z vrtulníku a lezou po mrakodrapech. Tak to ale není. Z něčeho takového si člověk nemůže udělat obrázek, co sestra vlastně dělá a co při své práci prožívá. Že jde také o adrenalin, třeba na jednotce intenzivní péče, který člověka nabíjí. Když se pracovnímu týmu podaří zachránit člověka, zdravotníci si to mezi sebou nemusejí říkat. Jen na sebe mrknou a všichni vědí, že se to povedlo. Je to nádherný pocit. Každý pacient má za sebou příběh, jehož součástí jsme i my. Je úžasné, když má příběh dobrý konec.

Jsou ale i jiné prožitky. Situace, kdy pacient sestru napadne z důvodu duševní poruchy, je zážitek sice negativní a velmi stresující, ale i z něj může mít nakonec sestra dobrý pocit. Jestliže se podaří situaci zvládnout na maximálně možné profesionální úrovni, pak jde o velkou zkušenost. I takové zážitky sestru nabíjejí.

Jinou stránkou je rutinní péče, která je náročná, těžká a s trochou nadsázky i špinavá. Ta už tolik adrenalinových zážitků nepřináší. Často je sestra na noční směně sama a musí všechnu péči o nemocné zvládnout. Ráno pak přijde pacient a postěžuje si, že mu večer „nenatřepala polštář“. Takovou větu jí vezme radost z toho, co všechno se za noční službu podařilo, protože jí je také líto, že na nějakou drobnost zapomněla. Ale to jen kvůli tomu, že v noci pomáhala zachraňovat jiný život.

Jsem přesvědčen, že kromě lepšího finančního ohodnocení sester by mladé lidi motivoval i pravdivý mediální obraz zdravotnictví. Možná by pomohlo chodit mezi mladé lidi, ukázat jim, co je čeká, aby neměli očekávání, která se neaplní. Pokusit se jim vysvětlit podstatu této profese. Věřím, že mnoho z nich by v sobě našlo stejnou motivaci jako kdysi v osmé třídě já.

Jaký je váš názor na chystanou změnu systému vzdělávání sester?

Tato část zákona je podle mě profesionální prohrou všech sester. Vůbec jsem netušil, že by to mohlo dojít tak daleko, že budeme bít na poplach. Staneme se jediným státem, který bude mít tři stupně vzdělávání pro sestry. Snažíme se zvýšit kvalitu zdravotní péče a zároveň se dělají kroky, které kvalitu snižují. Nemyslím si, že to může změnit počet sester, jak si slibují předkladatelé návrhu. Pokud vím, k diskusi o novele zákona bylo přizváno minimum zástupců sesterské profese. Rozhodně nevěřím argumentům, že si kvalitu pracovního výkonu sestry pohlídají sami lékaři. Lékaři mají své práce už tolik, že nemohou hlídat ještě sestru. A sami už ani úplně přesně nevědí, co všechno mají sestry v kompetencích a co všechno dělají. Vratíme se tak hodně do minulosti a zabijeme něco z toho, co se tady vyvíjelo. Zajistit odbornou přípravu sestry je nutné a bez praxe to nejde.

Zdravotnické školy nejsou tím, čím bývaly. Jediné vzdělání, které za něco stálo, bylo na vyšších odborných školách, které se zredukovaly. Bakalářská a magisterská studia se eliminují na minimum. Dobrá, s tím bych i souhlasil. Ovšem myslet si, že zdravotnický asistent vystuduje rok „něčeho“ a bude z něho sestra, snad nikdo

nemůže myslet vážně. Když už dopustíme, že dojde ke snížení kvality ošetrovatelské péče, tak v tom nevidím jedno jediné pozitivum pro medicínu. Moc mě mrzí, že jsme nedokázali přesvědčit lékaře, že potřebují vzdělané sestry. Dnes lékař nemusí sestře říkat, co má dělat, neboť ta jako odbornice ví, co je potřeba. Podá pacientovi určený lék, mezitím si jej zhadnotí: vidí-li, že má sucho v ústech, vytře mu dutinu ústní, dohlédne, aby se napil, ošetří mu zalepené oči i „naklepe polštář“. To jsou úkony, které lékař vlastně neordinuje.

Absolvent střední zdravotnické školy, který se čtyři roky věnoval maturitním předmětům víc než odborným, se to za jeden rok nenaučí. A to nemluvíme o klinické propedeutice. Vidím většinu mladých zdravotnických asistentů v praxi. Naučí se rutinu, ale nejsou schopni zvládnout profesionálně komplexní péči o pacienta. Asistent půjde pacientovi dát lék, ale položí mu ho na stolek a odejde, protože splní jen nařízení lékaře. Práci sestry se musí naučit až v praxi. V tom vidím problém.

Který rodič dá studovat své dítě na školu, po jejímž absolvování nemá potomek cenu na světovém trhu práce? Kdo nechá vystudovat dítě, aby pak pracovalo za velmi nízkou mzdu a ještě nemělo šanci profesního růstu nebo si jít přivydělat do zahraničí? Možná rodič dítěte, které se moc dobře neučí, řekne: „Podívej, na té zdravce si uděláš státní maturitu a uvidíš, třeba si vzdělání na sestru jednou doplníš.“ Nemyslím si, že tento krok houfně přivede sestry do zdravotnictví. A to nemluvíme o jejich kvalitě. Lékaři vždycky byli zvyklí, že zdravotnická škola byla výběrová, její absolventi měli určitou úroveň a také že se dále v oboru vzdělávali. Nyní se zruší registrace a nikdo nebude mít povinnost se dále vzdělávat. A co tedy nastane? Budeme mít lepší pomocný personál, který bude mít částečně širší kompetence. Ale zodpovědnost stejně ponese nějaká sestra (minimálně úseková nebo staniční), která časem rezignuje, protože nebude pracovat za někoho dalšího.

Situace povede jen k další administrativě a rozsáhlejším standardům, protože jak jinak se můžete prokazatelným způsobem krýt, že jste sestru seznámili s postupem a naučili ji to. Prostě vypracujete velice podrobný standard, protože si nejste jisti, co všechno sestra ze střední zdravotnické školy umí. Sestra ho bude muset přečíst a podepsat. Jak jinak ale zajistit, abyste měli jistotu, že kvalita péče byla dodržena. A budeme doufat, že ví, co, jak a proč se vlastně něco dělá. Jsem zastáncem dvoustupňového vzdělávání sester, a to na vyšších odborných školách, popřípadě výběrově na vysokých školách. Myslím, že studium na vyšší odborné škole a vysokoškolské studium na určité úrovni přineslo sestře znalosti a přehled. Taková sestra pak v praxi ví, co má dělat, a nemusíte ji učit, co je to ošetrovatelský proces. Ale zdravotnické asistenty a „rychlou sestru“, jak já je nazývám, budeme muset naučit všechno.

Vzdělávání zdravotnického personálu by mělo být v gesci ministerstva zdravotnictví, a ne školství. Kdo jiný umí odhadnout, jaké jsou potřeby středního zdravotnického personálu, jaké jsou potřeby na trhu práce. Nikdo nemá nic proti všeobecnému vzdělání, ale copak sestry vystudované v minulých letech bez maturity z matematiky byly méně vzdělané?

Co byste sestřím nejvíce přál?

Sestřím bych přál, aby měly rády samy sebe. Jedině tak budou spokojené ve svém osobním i profesním životě a práce je bude bavit. Nic lepšího jim přát nemůžu. Když je jejich práce bude bavit, pak ve zdravotnictví zůstanou. Práce sestry přináší nejen hezké chvíle, ale i nepřijemné, konfliktní situace, které vyčerpávají. Jen silná osobnost, která si váží sama sebe, se s tím umí poprat. Takový člověk se chce vzdělávat a nepotřebuje k tomu směrnici, která mu to nařídí. Chce sám, protože ho to zajímá a touží být ve své profesi opravdu dobrý. Ne kvůli nadřazeným, ale kvůli sobě a pacientům, a to je podle mě základ. Vážím si všech sester, které ve zdravotnictví zůstávají, ale i těch, které ve zdravotnictví stále pracují, přestože cítí, že už by dávno měly odpocívat.

Markéta Mikšová, foto: autorka

Inzerce M151000865



Institut vzdělávání APSS ČR vám i v roce 2017 nabízí bohatý výběr vzdělávacích programů

Otevřené vzdělávací kurzy

- ✔ 80 otevřených seminářů (Praha, Brno, Ostrava, Tábor, České Budějovice).
- ✔ Aktuální nabídku otevřených kurzů najdete na www.institutvzdelavani.cz
- ✔ Kredity pro zdravotnické pracovníky!

Kurzy „na klíč“ pro organizace

- ✔ Jakékoli téma z naší nabídky uspořádáme ve vaší organizaci!
- ✔ **Výhody:** finanční a časová úspora, přesnější zasazení vzdělávání do prostředí organizace, vyšší efektivita vzdělávání díky individuálnímu přístupu, možnost naplánování kurzu s ohledem na časové a personální možnosti organizace.

Podrobné informace o kurzech a další informace získáte na www.institutvzdelavani.cz, e-mail: institut@apsscr.cz, tel.: +420 724 940 126



Horská služba v integrovaném záchranném systému

Horská služba nebo horská záchranná služba jsou záchranné organizace, které působí v některých našich pohořích. Najdeme mezi nimi jak dobrovolníky, tak i profesionální či smíšené týmy.

Historie horské služby

První organizovaná horská záchranná akce se odehrála v zimě roku 1900 v Krkonoších. Prozatím však bez oficiálního označení horské záchranné služby. Další zásadní událost se odehrála při zachraňování Bohumila Hanče a Václava Vrbaty 24. března 1913 při 50km běhu na lyžích opět v Krkonoších. Vrbata poskytl Hančovi během sněhové bouře svůj oděv, přestože tušil, že riskuje vlastní život. Byl to základní počín pomoci, a proto se také tento den slaví jako Den horské služby v ČR.

Po první světové válce u nás dochází k velkému rozvoji lyžařství. Zvyšuje se počet návštěvníků zimních hor, což přináší více tragických nehod a úrazů. Lékaři proto po mnoho let učili místní hasiče poskytovat v horských podmínkách první pomoc. Postupně se však při záchranných akcích k hasičům přidávali také členové místních spolků zimních sportů a dobrovolníci. Tito lidé se díky vlastním zkušenostem (nikoliv jen teoretickým znalostem) velice dobře vyznali v horském prostředí. Určitá nevýhoda tkvěla nejen v rozdílné teoretické přípravě, ale i v nejednotném vedení, konfuzní organizaci, rozdílných kompetencích i jejich označení.

Až koncem roku 1934 se v Krkonoších zrodil první samostatný záchranný sbor. Po dalším zimním zásahu vznikla 12. května 1935 jednotná organizace Horské služby v Krkonoších. Nedostatek materiálního vybavení členů byl po řadu let kompenzován nesmírnou skromností a obětavostí. Po druhé světové válce se postupně zakládají záchrannářské spolky i v jiných oblastech. Ke spojení dvou největších záchranných organizací – Horské záchranné služby a Tatranské horské služby – došlo 1. prosince 1954, kdy byla ustavena Horská služba s celostátním působením.

Horská služba České republiky (HS ČR) se po roce 1990 stala speciální záchrannářskou organizací. Existovalo Sdružení horských služeb ČR, kdy jednotlivé oblasti Šumava, Krušné hory, Jizerské hory, Krkonoše, Orlické hory, Jeseníky a Beskydy měly svoji právní subjektivitu. Teprve v roce 2001 vznikl zastřešující právní subjekt – občanské sdružení Horská služba České republiky. Financováno bylo převážně z rozpočtu ministerstva zdravotnictví. Během roku 2004 dochází k dohodě jednotlivých ministerstev, pro která HS vykonávala činnost, že bude nadále zajišťována ministerstvem pro místní rozvoj, jako podpora cestovního ruchu. Na podkladě rozhodnutí vlády dochází k vytvoření obecně prospěšné společnosti Horská služba ČR, o.p.s., která od 1. 1. 2005 přebírá odpovědnost za činnost v České republice. Horská služba ČR je tedy rozdělena na obecně prospěšnou společnost – Horskou službu ČR, o.p.s., a občanské sdružení Horská služba České republiky.

Organizace horské služby

Horská služba České republiky je založena zákonem č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Jejím cílem je vytvářet celoroční podmínky pro bezpečnou rekreaci návštěvníků hor. Organizuje a vykonává preventivní a záchrannářskou činnost, poskytuje první pomoc (PP) a provádí práce vyplývající ze svého poslání (zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému) a z členství v Mezinárodní federaci záchranných služeb IKAR. Členové se sdružují v okrscích HS, které jsou nejnižším organizačním článkem a které tvoří oblasti HS. Členem se může stát zletilá osoba splňující podmínky fyzické zdatnosti, adekvátních morálních a charakterových vlastností, které jsou zárukou řádného plnění povinností člena. Žadatel musí mít také znalost terénu, ovládat lyžařské i horolezecké techniky a disponovat potvrzením lékaře o způsobilosti k výkonu práce. V den podání přihlášky nesmí být starší 35 let. Písemná žádost o přijetí musí být doložena doporučením dvou ručitelů, aktivních členů HS, kteří jsou členy nejméně čtyři roky. Ti jsou povinni se podílet na přípravě čekatele, aby úspěšně absolvoval školu HS. Čekatel, který splnil podmínky a složil závěrečnou zkoušku, se poté stává dobrovolným členem.

Nejsou jasné kompetence

Kromě preventivních opatření poskytuje HS také první pomoc zraněným, zajišťuje transport zraněného do místa předání zdravotnickým složkám IZS, organizuje a provádí pátrací záchranné práce. Pracovníci HS se musejí účastnit školení a přezkoušení v poskytování PP.



Pro úspěšnost záchranných prací jsou důležité jak správná organizace a vedení akce, tak také fyzická zdatnost, neboť se akce totiž od sebe značně liší. Je vždy třeba každou posuzovat jiným způsobem a dbát na povětrnostní i terénní podmínky. Od těchto informací se dále odvíjí postup i způsob transportu zraněných osob.

Konkrétní zákonný dokument jasně předepisující kompetence záchrannáře horské služby ovšem není stanoven. Horská služba ČR je výběrovou záchrannářskou organizací, nikde však není stanoveno, že jde o zdravotnickou organizaci. Vystudovaní diplomovaní zdravotníci záchrannáři s titulem diplomovaný specialista (Dis.) nebo s titulem bakalář (Bc.) nemohou podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnost zdravotnických pracovníků, uplatňovat kompetence nelékařského zdravotnického pracovníka. Dá se tedy říci, že pracovníci jsou odborně školení laici, kteří se soustřeďují na poskytnutí PP a transport pacienta k dalšímu ošetření.

V posledních letech jsou také proškolení v používání automatického externího defibrilátoru a přístroje pro nepřímou srdeční masáž (LUCAS) při neodkladné resuscitaci. Díky

jeho použití mají pacienti při náhlé zástavě oběhu vyšší šanci na přežití, než se dostaví výjezdová skupina v rámci IZS, což právě v podmínkách hor trvá mnohem déle než ve městě. Pracovníci tudíž postupují při příjezdu na místo zranění obdobně jako odborná záchranná pomoc. Nejprve zajistí bezpečnost, zhodnotí stav ošetřovaného a podle situace kontaktují ZZS.

Nejdůležitější je rozpoznat stavy, které ohrožují život, a ty ošetřovat primárně. Jedná se o zajištění dýchacích cest, srdeční zástavu, zástavu krvácení a stabilizaci krevního oběhu, poranění krční páteře a šok. Pak se provádí sekundární vyšetření, které spočívá v důkladném celkovém vyšetření. Ošetřený a zajištěný pacient se transportuje do rukou ZZS (na místo sjízdě pro sanitku) nebo na stanici HS

k definitivnímu ošetření. Nejčtenější jsou úrazy způsobené mechanickými vlivy – fraktury, luxace, distorze, kontuze či vulnus.

Vybavení horské služby

K výkonu práce se používají transportní a svozná prostředky (slouží k bezpečnému a šetrnému převozu zraněných) a zdravotnický materiál k poskytnutí PP. Mezi prostředky určené k transportu patří nejen rakouský vozík pro záchranu ve skalnatém terénu nebo na stěně, ale také evakuační sedačka. Ta slouží k přesunu osob zavěšených pod vrtulníkem. Sked je něco mezi nosítky a saněmi – dá se tudíž použít na sněhu i na trávě. Kanadské saně jsou nevyužívanějším prostředkem pro transport v zimních podmínkách. Člun AKIA je možné použít na sněhu nebo s koly v létě. Neodmyslitelnými pomocníky jsou sněžné skútry a vozidla terénního typu s náhonem 4x4 vybavená navigáčkem. Členové jsou cvičeni i k využívání improvizovaných pomůcek – nosítka spletená v létě z větví, v zimě z lyží a osobní výstroje (lan či karabin).

Použití služebních psů

Služební psi jsou nepostradatelní. Organizovaný výcvik byl zahájen v roce 1968 jako reakce na obrovské neštěstí s 19 mrtvými na polské straně Krkonoš a dále na Kubínské hoři, kde bylo zavaleno 54 turistů, z nichž šest zemřelo. Dnes se psi využívají především při lavinách a po zemětřesení. Nejčastěji jsou cvičena plemena německého ovčáka, border kolie a labradora.

Ze zdravotnického materiálu se používají především dlaha na fixaci končetin – americká dlaha (dva kusy překližky spojené tkaninou), extenční dlaha (nastavitelný rám s popruhy) i již historická Kramerova dlaha. Moderní vakuová dlaha je dražší než drátěná, ale pro pacienta je komfortnější, protože se přizpůsobí tvaru těla, tepelně izoluje, netlačí, je bezpečnější, lehčí, má větší trvanlivost i možnosti použití. Nedílnými součástmi vybavení jsou obvazový materiál, dezinfekční prostředky a základní léky určené k první pomoci. K dalším prostředkům horské služby patří horolezecké, lyžařské či skialpinistické vybavení, osvětlovací a signalizační prostředky.

PhDr. Martina Muknsnáblová,
odborná učitelka SZŠ Ruská, Praha 10, m.muknsnablova@tiscali.cz



Foto: HS ČR



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 navrhují 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 uzávěrky 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



www.sestraroku.cz



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 poskytnuté údaje 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?



Ohlédnutí za Sestrou roku 2015

Se staniční sestrou Rehabilitačního ústavu Kladruba a finalistkou loňského ročníku soutěže Sestra roku **Marií Křížovou** jsme zavzpomínali na průběh soutěže a na slavnostní předávání cen v rámci galavečera v Hudebním divadle Karlín.

Ovlivnila účast v soutěži nějak váš život?

Nemám pocit, že by samotná soutěž můj život změnila. Je pravda, že po ní jsem dostávala spoustu gratulací i od lidí, s nimiž se jen tak mívám. Práci v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech jsem si zamilovala. Těší mě, když mohu lidem pomáhat. Mám pocit, že mi dává smysl. Je to velmi náročná práce po stránce psychické, ale i fyzické. Setkáváme se s tolika různými osudy pacientů, kteří se samozřejmě potřebují se svými bolestmi, ale i radostmi někomu světit. Kdybych se znovu rozhodovala, jakou si vybrat školu, vím, že bych šla opět studovat zdravotnickou školu. Toto povolání je tak trochu mojí srdeční záležitostí. V pozici staniční sestry se snažím na své podřízené působit pozitivně. Je velmi příjemné si vyslechnout spokojené pacienty i rodinné příslušníky a vidět, jak se jejich zdravotní stav zlepšuje. Bohužel se ale také setkáváme s nespokojenými pacienty, troufám si říci, že až arogantními.

Co vašemu umístění ve finále říkali vaši kolegové v práci?

Když mi vedení našeho rehabilitačního ústavu sdělilo, že mě přihlásí do soutěže Sestra roku, byla jsem popravdě zaskočena a zároveň mile překvapena. Nakonec jsem si řekla, že je to určitá výzva, tak proč to nezkusit. Ale stejně mi hlavou běželo, že třeba vybrána nebudu. Od samotné nominace jsem pociťovala velkou podporu svých kolegyně i kolegů v zaměstnání, a tak jim touto cestou ještě jednou moc děkuji. Když jsem pak zjistila, že jsem byla nominována do finále soutěže, úplně se mi srdíčko zatetelilo. Střídaly se ve mně pocity radosti, úzkosti, ale také zodpovědnosti – zvládnu to? Určitě zažiju něco krásného a nezapomenutelného.



Co se vám na soutěži a na slavnostním předávání nejvíce líbilo?

Samotný galavečer byl pro mě jedinečným zážitkem, který mi zůstane už napořád. Na slavnostní vyhlášení cen mě do Hudebního divadla Karlín přijely podpořit milé kolegyně z práce v čele s vedením ústavu a také moje drahá rodina i s vnoučaty. I to pro mě byla velká pocta. Být oceněna v prestižní soutěži Sestra roku je velkým vyznamenáním a vůbec nezáleží, zda jste první, druhá nebo třetí. Večer jsme si všichni užili.

Překvapilo vás něco?

Na soutěži jsem se setkala s báječnými kolegyněmi a také s jedním kolegou. Ujistila jsem se, že my zdravotníci jsme si tak trochu podobní a že touha pomáhat je v nás. Ačkoli jsme se viděli poprvé, společná příprava na galavečer probíhala v příjemné atmosféře bez jakékoliv rivality. Velký dík také patří jednomu z organizátorů soutěže, časopisu Zdravotnictví a medicína a hlavně tehdejší šéfredaktorce Markétě Mikšové, která se o nás po celou dobu velice dobře starala.

Co byste vzkázala sestřám – potenciálním uchazečkám o titul Sestra roku?

Ničeho se nemusíte obávat. Ocítete se v prostředí, kde o vás bude velice dobře pečováno. Ovšem bez trémy se to neobejde, s tím počítejte. Ale i tak je to velký zážitek.

Přejete něco našemu zdravotnictví?

Co přát našemu zdravotnictví? Aby se ubíralo vždy tou správnou cestou. Aby ze zdravotnických škol vycházely vzdělané, kvalitní a kompetentní sestry, pro které bude práce životním posláním.

(eta)

Foto: archiv Marie Křížové

Inzerce M161000674

Preventivně a od prvních příznaků



- léčba pro celou rodinu
- bez věkového omezení
- výhodné balení 30 dávek



BOIRON®
www.boiron.cz

Oscilloccinum, perorální granule. Volně prodejný homeopatický léčivý přípravek k vnitřnímu užití. SLOŽENÍ: Anas barbariae, hepatis et cordis extractum 200 K. Pomocné látky: sacharóza, monohydrát laktózy. DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB POUŽITÍ: preventivně užívat 1 dózu týdně, od prvních příznaků užití 1 dózu co možná nejdříve a následně užívat 1 dózu 3x denně po dobu 1–3 dnů. Celý obsah jedné dózy nechat rozpustit pod jazykem nebo v malém množství vody. DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. REGISTRAČNÍ ČÍSLO: 93/364/92-C. DATUM REVIZE TEXTU: 3. 9. 2015. Výdej přípravku bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen zdravotními pojišťovnami.

Sestřičky v podobě krystalicky pevné i rozpouštěné

Zdravotnictví je zvíře vlastního druhu. Složitý organismus a zároveň křehký ekosystém, který nespočívá jen na lékařích, ale také na mnohem hojnějším nelékařském personálu.

Jednodenní nepřítomnost přednosta kliniky, primáře či věhlasného odborníka se ani nepozná, absence sestry v ambulanci se zástupem pacientů v čekárně je již značnou komplikací, zatímco výpadek počítačů zcela zhroutí zdravotnický provoz už během pár minut. Jsme na cestě k vrcholům medicíny, ale velmi křehcí v základech, na nichž stabilita věží a věžiček zdravotnictví závisí. Celý systém je závislý na sestřičkách u lůžek a v ambulancích, na zákrovových, operačních a porodních sálech, ale také na laborantech, asistentech, rehabilitačních pracovnících, provozně-technických pracovnících, počítačových odbornících i celých IT týmech.

Holubník zdravotnictví se vyprazdňuje

Ale věnujme se segmentu sesterského personálu, o němž má být toto pojednání především. Nejsm staromilec, vzpomínám na staré časy jen přiměřeně. Řítím se na planetě společně s kolegy stále vpřed. Ale ze školy vím, že tak činíme omezení oběžnou dráhou po elipse, občas dále, občas blíže od středu či spíše od center naší milé eliptické dráhy, jejímž problémům neutečeme, ale musíme se k nim zase hezky vrátit. Ohniska v centrálním prostoru řízení naší ekliptiky jen výjimečně zapáleně hoří, spíše jen doutnají, často zcela vyhasínají. Sám osobně se bojím přiblížit stavu, jemuž pracovně říkám „iniciativní idiot“. Tedy zbytečná, nepromyšlená aktivita v hnutí mysli, vedoucí k opačnému výsledku, než byl zamýšlen. Zpravidla ale k horšímu, protože rizikem každého zlepšení je, že může vést ke zhoršení. A tak se občas bojím nejen sebe, ale zejména sociálních inženýrů a inženýrek, kteří přestavují svět podle svých lichých představ a lámou již tak nepevný led na našem malém rybníku v přesvědčení, že to prospěje zážitku z bruslení. K radostnému aktu nakonec ani nedojde a propadnutím ledem s chladnou koupelí pak i oči zvlhnou. A tak i pevnější krystalická podoba sestřiček, jak jsme ji znávali, byla poněkud rozlámána úderem legislativy a s vřelými slovy o pokroku ve vzdělání rozpuštěna do té míry, že pevnost systému zjevně utrpěla. Prý šlo o myšlenku osvobození sester ze jha posluhování lékařům, jejich rozletu za novými kompetencemi a svobodami, za vzděláním či za kontrolami kvality. Sestřičky se nám rozlétají. Holubník zdravotnictví i jeho bezpečné přistávací plochy se vyprazdňují, jak lze ostatně čekat při každém rozletu ptactva i přeletu stíhaček.

Názory rozpouštěné ve vlažné vodě

Když si dělám předsmrtnou inventuru zážitků, zjišťuji, že jsem ve vztahu ke zdravotnictví prošel už mnohými situacemi. Vlastně mě po prvotním vlivu maminky a babičky plynule převzaly do další péče právě sestřičky na oddělení, na sálech i v ambulanci a dovychovaly od mladého a plachého lékařského eléva, přes sebevědomého specialistu až po méně sebevědomého profesora ve zcela nesebevědomého ředitele špitálu. Nejprve slovem přímým a razantním, co dělám špatně já, pak citlivěji upozorněními, co se dělá špatně a mohlo by se i jinak, a nyní spíše poznám-

kami o špatnostech systému obecně. Jsem jim za to vděčný, pokud se vyjadřovaly a vyjadřují zkušeně ve své krystalické podobě z praxe, a nikoli z pouček ze skript, byť vysokoškolských. Je smutné, když se teď jejich osudy i názory rozpouštějí jako krystalky solí ve vlažném roztoku. Třeba jako $MgSO_4$ ve vodě se známým aplikačním výsledkem, jímž je pak pouze rychlejší vyprazdňování zdravotnictví od pomoci a vlivu sester na chod celého systému. Trošku si to nechaly způsobit svými sociálními inženýrkami i samy, neboť každý toužíme po novém a lepším, ač často nevíme, v čem je ono lepší. Jako bývalý děkan lékařské fakulty a liberál z principu jsem tím posledním, který by někomu bránil ve vzdělání. Postup ze střední školy na školu vysokou je trvale možný. Vnímám nicméně nejen individuální zaměření i jednotu teoretického a praktického, ale také dopady kompetencí pouze úředně přiznaných a skutečných.

Aby se sestry nestávaly sekretářkami

Kdo zažívá každodenní cvrkot ambulancí, lůžkových oddělení, jednotek intenzivní péče, operačních, porodních či endoskopických sálů a diagnostických provozů, vůbec nepochybuje, že všechny stojí na skutečných kompetencích tisíců sester, ať už jsme je novými zákony nebo eurojazykem pojmenovali tak či onak. Pomohlo jim v tom primární vzdělání, ale i cílené doškolení, a zejména zkušenost z praxe a týmové práce. Nevím, zda lze z centra řízení a vědění usnadnit sestřičkám a lékařům jejich práci, snad v to jen doufám, ale jsem si jist, že ji lze z centra komplikovat či nezaplátit. To však není věc jen toho nebo onoho ministra, jak se mylně soudí, ale celé reprezentace společnosti, jak se k oceňování staví. Nelze si hrát na kapitalismus, rovnoprávnost či právní stát a udržovat ostrovy raného socialismu, faktické nerovnosti a deficitu práva apelacemi na závazek výjimečnosti poslání, solidarity, empatie, etiky a lásky k bližnímu. Nebo to lze, ale pak se nedivme, že mnohé mladé motivované slečny se sestřičkami nakonec nestanou a dámy již kvalifikované, ale utahané, raději odcházejí dělat sekretářky či asistentky do administrativy a mimo zdravotní systém.

Atmosféru nemocnice vytvářejí sestry

A pak je zde kromě organizace, kvalifikace a ekonomiky ještě jeden neméně důležitý aspekt – kreativita v tvorbě prostředí. Sestřičky vytvářejí atmosféru oddělení, ambulance, operačních sálů, pohodu a nepohodu pro nemocné i lékaře. Za chod a výsledky pracoviště odpovídá jistě přednosta, primář či vedoucí lékař, ladí ho však každodenně hlavní, vedoucí i řadové sestry. Ty také dlouhodobě určují jeho klima. Občasné zazubení lékaře neznamená pro zdraví tolik jako permanentní účast a úsměvy sestřiček během celého dne. Pacienti se ve svých myslích a hodnoceních nezabývají tolik mechanismem účinku jejich léků, významem křivek na monitorech, obsahem infuzí nebo operační technikou, ale atmosférou a vlastním pocitem ze zdravotnických pracovišť, kde trávili minuty, hodiny, dny nebo i týdny, které pro ně představovaly trvalejší, někdy i celoživotní zážitek. Vskutku nevím, zda právě tuto hodnotu vytváření zdravotnického prostředí podchytí už vzdělání čtyřleté, pětileté nebo sedmileté, případně ještě delší, jestli tomu pomůže titul bakalářský, magisterský či doktorský, anebo žádný, ale vím, že bude vždy záviset na osobnosti, zkušenosti, ocenění a motivaci, s nimiž je třeba zacházet opatrně jako s křehkými květinami, aby nevadly a neopadaly. Jak se právě děje. Je to vše nejen důvodem k zamýšlení, ale zejména ke společné akci. Na trvalost, císařskou osvícenost a všemocnost ministrů nebo sociálních inženýrek a inženýrů jsme už snad v běhu života a zkušeností věřit přestali.

Prof. MUDr. Jan Žaloudek, CSc.,

ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně a senátor Parlamentu České republiky



Foto: archiv MF



Ilustrační foto: Shutterstock

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



Divize Medical Services připravila benefiční koncert

V polovině listopadu se v Sukově síni pražského Rudolfiny konal benefiční koncert na podporu Dětského centra Jihočeského kraje. Akci připravila divize Medical Services společnosti Mladá fronta.

Nestátní zdravotnické zařízení bylo založeno v roce 2005 za účelem poskytování zdravotní a sociální péče dětem vyžadujícím okamžitou pomoc a matkám v tíživé sociální situaci. Centrum sídlí v jednom z pavilonů Nemocnice Strakonice a pečuje o děti odložené, nechtěné nebo odebrané z nefunkčních rodin. Hlavní náplní jeho činnosti je komplexní péče o děti předškolního věku, zejména kojence a batolata. Mimo zdravotní péči poskytuje také rehabilitace či výchovné, psychologické a sociální poradenství. Pokud se děti nemohou vrátit do své rodiny, daří se je umísťovat do náhradní rodinné péče, ať už jde o adopci, nebo pěstounství. Hosté koncertu svojí účastí vyjádřili centru podporu a pomohli tak ulehčit start do života právě těm nejpotřebnějším dětem. (eta)



Obchodní ředitelka Medical Services Kristína Kupcová, ředitel divize Medical Services Karel Novotný, přednostka Dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce prof. Jana Hercogová a ředitel Dětského centra Mgr. Martin Karas
Foto: Jana Schrammová

Předána cena České transplantační nadace

Letošní výroční ceny České transplantační nadace Karla Pavlůka byly předány v pražském Karolinu. Prestižní uznání získávají čeští i zahraniční vědci, kteří mimořádným způsobem přispěli k rozvoji transplantologie.

Ocenění za zahájení a realizaci programu transplantací plic a jeho úspěšný rozvoj obdrželi z rukou předsedy České transplantační nadace MUDr. Štefana Vítka dva významní muži: emeritní přednosta III. chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Motole prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., a přednosta prof. MUDr. Robert Lischke, Ph.D. Multidisciplinární plicní transplantační pro-

gram byl v ČR zahájen již v roce 1997. Spodílem 3,5 transplantace plic na milion obyvatel se ČR může srovnávat s nejspělejšími státy západní Evropy i s USA. K řešení nedostatku dárců přispěje letošní zavedení úhrady tohoto výkonu od zdravotních pojišťoven pro spolupracující dárcovské nemocnice. Do konce roku 2016 bude u nás provedeno více než 40 transplantací plic. (eta)



Ocenění Pavel Pafko a Robert Lischke se skleněnou plastikou výtvarníka Jaromíra Rybáka

Foto: archiv České transplantační nadace

Soutěž o nejlepšího nelékařského zdravotníka MV ČR

Vyhodnocení VI. ročníku soutěže Nejlepší nelékařský zdravotnický pracovník Zdravotnického zařízení Ministerstva vnitra roku 2016 se uskutečnilo v aule Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.



Drahošlav Ryba, Eva Hlušičková, Jan Louška, Monika Boušková (zastupovala maminku Danu Henzelínovou), Monika Pálková, Dana Stejskalová a Miroslav Petrák
Foto: Petr Šedivý

Nejlepším nelékařským zdravotnickým pracovníkem resortní soutěže se stala zdravotní sestra z Karlových Varů Jana Moltašová. V rámci slavnostního odpoledne byl poprvé v historii udělen čestný titul Anděl v modrém a speciální pamětní odznak. Ocenění získaly tři zdravotní sestry ZZ MV: Dana Henzelínová, Eva Hlušičková a Dana Stejskalová, které poskytly první pomoc pacientům přímo ve svých ordinacích v Praze a v Ústí nad Labem. Bez jejich efektivního a bleskového zásahu by pacienti zemřeli. Ocenění za rok 2016 byla nejlepšímu pracovníkům předána za přítomnosti náměstkyně ministra vnitra a patronky soutěže Mgr. Moniky Pálkové, MPA, generálního ředitele Hasičského záchranného sboru ČR genmjr. Ing. Drahošlava Ryby, ředitele Zdravotnického zařízení MV Mgr. Jana Loušky, ředitele odboru strategie Zdravotní pojišťovny MV JUDr. Miroslava Petráka, náměstkyně ministra vnitra Mgr. Jiřího Zmatlíka a dalších osobností. (eta)



Perspektivy celoživotního vzdělávání lékařů

Cenu prezidenta České lékařské komory za přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů získala letos profesorka Helena Haškovcová.

Ocenění první dáme lékařské etiky v ČR prof. PhDr. et RNDr. Heleně Haškovcové, CSc., slavnostně předal Milan Kubek, který o ní řekl: „Profesorka Haškovcová je českou bioložkou, filosofkou a první profesorkou lékařské etiky v ČR. Hlavními tématy jejího odborného zájmu jsou práva pacienta, například problematika informovaného souhlasu, ale také oblast práv osob, které jsou znevýhodněny. Rovněž se dlouhodobě věnuje tématům stáří, umírání a smrti. Je nejvýznamnější osobností lékařské etiky. Celý svůj profesní život se aktivně podílí na vzdělávání lékařů a ostatních zdravotníků z pohledu etického aspektu práce. Paní profesorka je nesmírně ceněnou spolupracovnicí ČLK. Díky ní se nám daří rozvíjet lékařskou etiku v systému celoživotního vzdělávání na nejvyšší odborné a lidské úrovni.“

„Děkuji za cenu, kterou přijímám s radostí i s úžasem,“ řekla oceněná. „Cenu přijímám i jako symbol, že je zase o něco více zasypán příkop mezi lékaři a nelékaři.“ Uvedla také, že do pracovního procesu a do světa lékařů vstoupila zhruba před půl stoletím, a zavzpomínala na lékaře, s nimiž se za svou kariéru potkala. Za osudového muže své kariéry označila prof. Milana Haška. Její dík patřil také doc. Jiřímu Strejčkovi, prof. Vladimíru Pacovskému, prof. Cyrilu Höschlovi, prof. Janu Petráškoví a děkance Fakulty humanitních Mgr. Marii Pětové. Poděkovala všem lékařům, kteří se o ni a její rodinu starají v době nemoci, a vyzdvihla zejména prof. Terezu Fučíkovou a prof. Pavla Pařka.

Prezident komory také představil svoji vizi Domu lékařů, který by byl nejen sídlem lékařské komory, ale také vzdělávacím a školicím centrem. (eta)



Milan Kubek, Helena Haškovcová a Radek Ptáček z ČLK

Foto: archiv České lékařské komory

Pomáháme Dětskému centru Jihočeského kraje

Počátkem listopadu proběhla konference Zdravotnictví 2017, kterou každoročně pořádají Unie zaměstnavatelských svazů ČR (UZS) a divize Medical Services Mladé fronty.

V rámci slavnostního galavečera věnovaly UZS ČR a Medical Services za podpory nadace AGEL a společností Astellas Pharma a Takeda Pharmaceuticals Czech Republic šek Dětskému centru Jihočeského kraje, o. p. s. Patronkami projektu se staly přednostka Dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce Jana Hercogová a herečka Daniela Šinkorová. (eta)



Jana Hercogová, ředitel Medical Services Karel Novotný, ředitel Dětského centra Jihočeského kraje, o. p. s. Martin Karas, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR Jiří Horecký, Commercial Lead Czech Republic Hideshi Yamamoto, který předal šek za společnost Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o., marketingový ředitel PROMA REHA, s. r. o., Jan Michálek a Daniela Šinkorová. Foto: Jana Schrammová

Cena Arnošta z Pardubic

Ocenění za vynikající počín ve vzdělávací činnosti na Univerzitě Karlově obdržel tým Centra lékařských simulací 1. LF UK za zavedení kurikula aktivní simulační výuky na fakultě.

Cenu z rukou rektora UK prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., převzal 17. listopadu kolektiv ve složení prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., prof. MUDr. Otomar Kittnar, CSc., MUDr. Mikuláš Mlček, Ph.D., a MUDr. Pavla Mlčková, Ph.D.

Centrum nabízí atraktivní a moderní vzdělávání, které přirozeně zaujme studenty již během teoretických ročníků. Prostředí věrně napodobující klinické situace umožňuje významně propojit teoretickou a klinickou výuku. Centrum se nachází v budově

Fyziologického ústavu 1. LF UK na Albertově. Roli pacientů zde plní herci, ale také figuríny řízené počítačem, které imitují dech, pulz, srdeční aktivitu a další funkce lidského těla. Lze k nim připojit přístroje i provádět léčebné výkony, na něž simulátory reagují. Centrum je vybaveno lékařskou technikou, jako jsou patientské monitory, infuzní technika, ventilátory, defibrilátory, ultrazvuk, polohovatelná nemocniční lůžka a řada zdravotnických pomůcek. (eta)

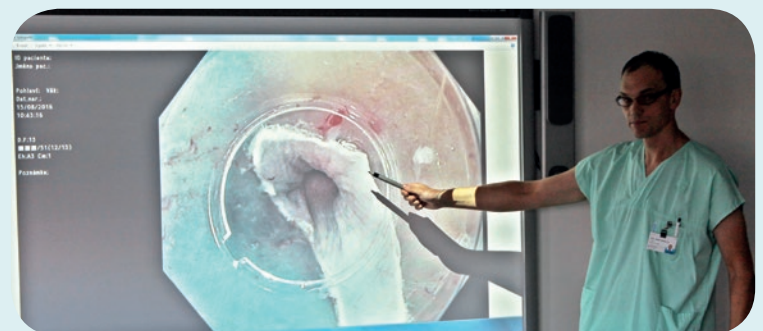


Foto: archiv 1. LF UK

Nechci, aby to
bylo snadné.
Chci, aby to
stálo za to.

VERONIKA

2010 - 2016 všeobecná sestra
Dětské centrum Jihočeského kraje
2009 - 2010 všeobecná sestra
zubní ordinace
2006 - 2007 všeobecná sestra
kardio-chirurgické pooperační oddělení
2002 - 2006 Střední zdravotnická škola



PROČ NE
ZDRÁVKA?

Další příběhy, informace o školách i zaměstnání na

www.studujzdravku.cz

**ZVÝŠENÍ POČTU ZÁJEMCŮ O STUDIUM
NA STŘEDNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOLÁCH
FORMOU SOCIÁLNÍHO DIALOGU VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Aktivita projektu:

kulaté stoly – sociální dialog
atraktivní spoty v kině
motivační filmy
rozhovory se zdravotnickým personálem
soubor informačních a propagačních materiálů
tištěná i elektronická brožura dobré praxe
webová platforma
aktivní přítomnost v médiích a na sociálních sítích

Realizátor projektu:



UNIE ZAMĚSTNÁVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Partneři:



Unie zaměstnavatelských svazů ČR je jediným svazem zaměstnavatelů, který sdružuje zjednodušeně zaměstnavatele v sektoru zdravotnictví, sociálních služeb a neziskového sektoru. Celkem sdružuje a zastupuje 45 zaměstnavatelských asociací a svazů s téměř 10 000 organizacemi a 750 000 zaměstnanci, a je významným sociálním partnerem vlády, parlamentu a veřejné správy.

Akce je hrazena z prostředků na úhradu nákladů vzniklých dle § 320a zákoníku práce na sociální dialog v roce 2016.

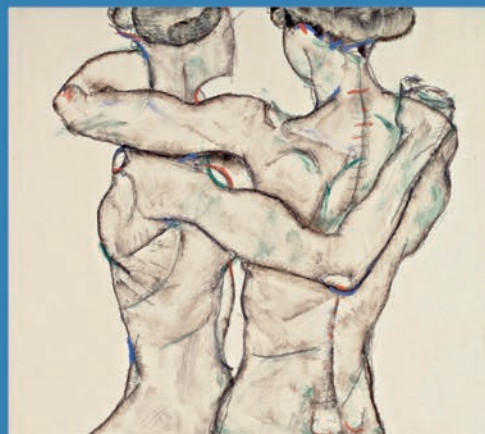
Představujeme publikaci

Revmatologie pro praxi

edice
Průkopní medicíny

Petr Němec et al.

Revmatologie pro praxi



mf
MLADÁ FRONTA

Přehledná odborná publikace, která umožňuje snadno a rychle najít požadované informace z oboru revmatologie. Nemá sloužit jako kompendium revmatologie, ale spíše jako návod pro lékaře, jak přistupovat k pacientům s revmatickým onemocněním. V první části knihy je uvedena klasifikace revmatických onemocnění, diferenciálnědiagnostický přístup k pacientovi s monoartritidou, oligoartritidou, polyartritidou, bolestmi zad a s průkazem autoprotilátek, základy klinického vyšetření, přehled laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod, přístupy k punkci kloubů, burz a šlach, vyšetření synoviální tekutiny a přehled farmakoterapie revmatických onemocnění. Ve druhé části knihy jsou přehlednou formou uvedena jednotlivá revmatická onemocnění dospělých i dětí. Kniha je určena pro pregraduální i postgraduální studenty lékařských fakult, praktické lékaře, internisty, lékaře jiných oborů s přesahem do problematiky revmatologie, ale i pro samotné revmatology.

Autor: Petr Němec et al.

Doporučená cena 680 Kč

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

MEDICAL
SERVICES

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

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, www.medical-services.cz





Ilustrační foto: 2x Shutterstock

První fixní kombinace bazálního inzulínu a GLP-1 analoga vstupuje na trh

Od listopadu letošního roku se pro české pacienty rozšiřuje spektrum léčby diabetu mellitu 2. typu o významnou novinku: fixní injekční kombinaci dlouhodobě působícího inzulínu degludek s agonistou GLP-1 liraglutidem – IDegLira (Xultophy). Dosavadní studie ukazují, že tato kombinace je účinnější než její jednotlivé složky při srovnatelné aplikaci 1x denně.

Fixní kombinace inzulínového analoga a inkretinového analoga vede ke snížení hmotnosti a je spojena s nižším výskytem hypoglykemií než samotná léčba inzulínem. Lék stimuluje postprandiální sekreci inzulínu a současně potlačuje noční tvorbu glukózy. Nedávná studie LEADER potvrdila, že přítomnost liraglutidu má navíc protektivní účinek na kardiovaskulární morbiditu a mortalitu. Komplementární účinek kombinace umožní efektivnější léčbu diabetu při minimalizaci nežádoucích účinků a oddálení nutnosti intenzifikace inzulínové léčby přidáváním krátkodobě působícího inzulínu.

Diabetes – zvýšené riziko morbidity a mortality

Rostoucí prevalence diabetu mellitu 2. typu (DM2) představuje celosvětový problém. Onemocnění je charakterizované porušenou inzulínovou senzitivitou, redukcí inzulínové sekrece a postupným selháním funkce beta buněk pankreatu. Také je spojeno s dalšími onemocněními (dyslipidemie, hypertenze, obezita a jinými poruchami) zahrnutými pod pojem metabolický syndrom či syndrom inzulínové rezistence. Progrese diabetu a jeho

nedostatečná kompenzace jsou příčinou rozvoje mikro- a makrovaskulárních komplikací. U pacientů s cukrovkou je několikanásobně zvýšené riziko kardiovaskulární morbidity i mortality.

Cílem léčby DM2 je prodloužení a zkvalitnění života nemocných, snížení celkové mortality a morbidity, související zejména s kardiovaskulárními obtížemi, udržení optimální metabolické kompenzace, zpomalení rozvoje chronických mikrovaskulárních komplikací a minimalizování rizika akutních problémů (hypo- a hyperglykemie).

Terapeutické cíle by měly být vždy stanoveny individuálně. „Rozmach farmakoterapie diabetu mellitu vede k tomu, že individualizace léčby už není jen předmětem akademických diskusí, ale dostává se do každodenní péče o pacienty. Znamená to, že v praxi si stanovujeme různé cílové hodnoty kompenzace, ke kterým se snažíme dospět. Vedle hodnot glykemie nalačno, postprandiální glykemie a glykovaného hemoglobinu nás zajímá zejména bezpečnost terapie a spokojenost pacienta s léčbou,“ říká MUDr. Milan Flekač z 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Obavy z inzulínoterapie

Přes významný pokrok v léčbě DM2 a široké portfolio antidiabetik nedosahuje úspěšnost při dosahování léčebných cílů ani 50 procent. Žádný z léků nedokáže zatím pokrýt veškeré patofyziologické poruchy spojené s onemocněním (inzulínovou rezistencí, dysfunkcí beta buněk, nedostatečnou sekrecí inzulínu apod.). Progressivní charakter nemoci vyžaduje postupnou intenzifikaci léčby včetně nutnosti inzulínoterapie. To však s sebou nese jednak vyšší výskyt nežádoucích účinků (hypoglykemie, nárůst hmotnosti), ale také častější problémy s adherencí, neboť pro pacienta znamená používání inzulínu nutnost injekčních aplikací, provádění selfmonitoringu, úpravu dávek a další „obávané“ nezbytnosti. Obavy z intenzifikace léčby jsou jedním z důvodů častého oddalování inzulínoterapie.

„Přistoupit k intenzifikaci inzulínové léčby je třeba asi u třetiny pacientů užívajících perorální antidiabetika a bazální inzulín, a to tam, kde nedosáhneme cílových hodnot glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}). Intervence je ale často nedostatečná a opožděná. Uka-



zuje se, že až 60 procent diabetiků, kteří by potřebovali intenzifikaci terapie, je nadále léčeno beze změny,“ upozorňuje Flekač.

Možnosti intenzifikace léčby

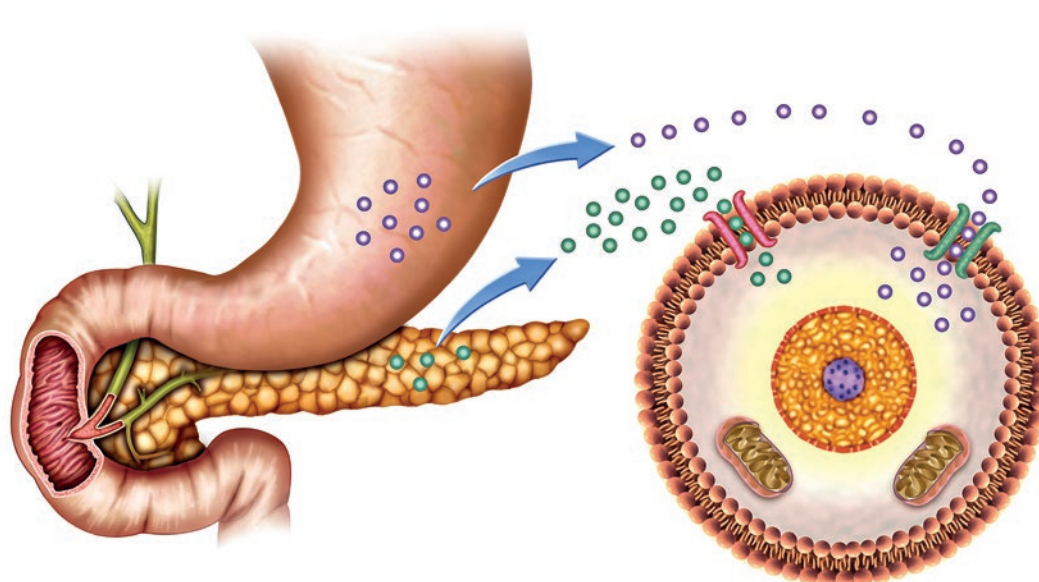
Současný algoritmus léčby cukrovky druhého typu je založen na postupné intenzifikaci léčby přidáváním jednotlivých antidiabetik. Léčba je většinou zahajována metforminem v kombinaci s dietními a režimovými opatřeními. Není-li dosaženo uspokojivé kompenzace nemoci, přidávají se léky dalších skupin – deriváty sulfonylurey/glinidy, glitazony, gliptiny, glifloziny, agonisté GLP-1 či inzulin. Při výběru vhodných léčiv a dávek je zdůrazňována individualizace léčby včetně různých cílových hodnot.

Inzulinoterapie se zahajuje podáváním bazálního inzulinu. Ani to však nemusí vést k potřebné kompenzaci. „Donedávna byl výběr léků při nedosažení cílových hodnot glykovaného hemoglobinu poměrně malý a většinou to znamenalo přidání dalšího inzulinu. To se změnilo příchodem GLP-1 agonistů, které se v účinku s bazálním inzulinem doplňují,“ představuje inovace v léčbě Flekač.

V nejnovějším společném doporučení Americké diabetické asociace a Evropské asociace pro výzkum diabetu je zmíněno nasazení bazálního inzulinu jako optimální formy zahájení inzulinoterapie, současně se rovněž doporučuje využití kombinace agonistů GLP-1 s inzulinem.

Kombinovaná léčba je účinnější

Kombinace antidiabetik včetně inzulinu za účelem dosažení kompenzace DM2 je pro řadu pacientů s diabetem nezbytná. Využívá totiž komplementárního mechanismu účinku jednotlivých léků. Umožňuje proto dřívější



dosažení terapeutických cílů a díky podávání nižších dávek snižuje rizika jejich nežádoucích účinků. Z klinické praxe víme, že přidáním agonisty GLP-1 nebo bazálního inzulinu lze dospět k dobré kompenzaci diabetu. Kombinované podávání těchto léků pak úspěšnost při dosažení kompenzace významně zvýší. Výhodou je současné využití dvou rozdílných mechanismů účinku: snížení glykémie nalačno při léčbě bazálním inzulinem a kombinované působení na glykémii (nalačno i postprandiálně) při působení agonisty GLP-1 s delším poločasem.

Klinické studie DUAL

Fixní kombinace inzulinu degludek/liraglutid byla testována v rámci programu DUAL. DUAL I a II byly studie fáze IIIa, studie fáze IIIb zahrnují DUAL III-IX. Výsledky studie DUAL I ukázaly, že fixní kombinace inzulinu degludek/liraglutid:

- ve srovnání s degludekem signifikantně více snižuje glykovaný hemoglobin a postprandiální glykémii, signifikantně snižuje riziko hypoglykémie a nezpůsobuje žádný přírůstek hmotnosti,
- ve srovnání s liraglutidem prokázala IDegLira signifikantně větší redukci glykovaného hemoglobinu i glykémie nalačno a méně gastrointestinálních nežádoucích účinků.

Ve studii DUAL II byla porovnáována léčba degludekem oproti IDegLira u neuspokojivě kompenzovaných pacientů při léčbě kombinující bazální inzulin a perorální antidiabetika. Fixní kombinace vedla k významnějšímu snížení HbA_{1c} než léčba samotným degludekem (1,9 % vs. 0,9 %). U fixní kombinace došlo také ke snížení hmotnosti o 2,7 kg, zatímco léčba degludekem hmotnost neovlivnila.

Studie DUAL IV prokázala u pacientů neuspokojivě kompenzovaných kombinací metforminu a deriváty sulfonylurey signifikantně účinnější snížení HbA_{1c} při léčbě fixní kombinací oproti placebo (pokles o 1,45 % vs. 0,46 %).

Studie DUAL V porovnávala fixní kombinaci oproti glarginu u pacientů neuspokojivě kompenzovaných kombinací glarginu a perorálních antidiabetik. U pacientů s IDegLira byl zaznamenán signifikantně vyšší pokles HbA_{1c} oproti glarginu (1,6 vs. 1,1 %) a pokles hmotnosti, zatímco u glarginu vedla léčba k nárůstu hmotnosti (-1,4 kg vs. +1,7 kg).

„Z dosavadních studií vyplynulo, že fixní kombinace inzulinu degludek + liraglutid odpovídá požadavkům na moderní antidiabetikum. Redukuje totiž riziko komplikací diabetu a mortality, snižuje glykovaný hemo-

globin a glykémii před jídlem i po jídle, snižuje krevní tlak, redukuje hmotnost pacienta, vykazuje nízké riziko hypoglykémii a příznivě ovlivňuje dyslipidémii,“ vysvětluje MUDr. Jan Šoupal z 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

IDegLira

Nová fixní kombinace IDegLira obsahující inzulin degludek 100 j./ml + liraglutid 3,6 mg/ml je určena pro nedostatečně kompenzované pacienty s diabetem 2. typu léčené perorálními diabetiky nebo kombinací perorálního antidiabetika a bazálního inzulinu. Kombinace je dostupná v jednom peru a aplikuje se jedenkrát denně. Při zahájení léčby se doporučuje dávka 10 jednotek, jako maximální denní dávka se udává 50 jednotek. Lék mohou předepisovat diabetologové, endokrinologové a internisté.

Podle MUDr. Šoupala bude typickým pacientem indikovaným pro fixní kombinaci IDegLira 60letý obézní pacient s diabetem trvajícím 10 let, s arteriální hypertenzí, dyslipidemií, neuspokojivou kompenzací (HbA_{1c} nad 65 mmol/l) se zachovalou sekrecí inzulinu (C-peptid 1100 mmol/l), léčený perorálními antidiabetiky v kombinaci s bazálním inzulinem.

Závěr

Nová fixní kombinace patří k zásadním novinkám v léčbě diabetu a může být dalším krokem v terapii DM2 po selhání léčby bazálním inzulinem v kombinaci s perorálními antidiabetiky. Výsledky klinických studií ukazují, že agonisté GLP-1 a bazální inzulin představují z pohledu bezpečnosti a účinnosti to nejlepší, co současná léčba diabetu nabízí. Komplementární účinky inzulinu degludeku a liraglutidu přinášejí účinnější léčbu, méně nežádoucích účinků (hypoglykémie a nárůst hmotnosti), jednoduchou aplikaci a oddálení nutnosti intenzifikace inzulinové léčby pomocí krátkodobě působícího inzulinu. Z hlediska kardiovaskulární bezpečnosti pak nelze opominout významný ochranný vliv liraglutidu na kardiovaskulární systém.

Zdroje:

1. Kulatý stůl: Nový přípravek Xultophy kombinuje inzulin a agonistu GLP-1. Přinese revoluci v léčbě pacientů, kterým již nestačí konvenční léčba? Praha, Klub MAT, 23. 11. 2016
2. Haluzík M. Fixní kombinace dlouhodobě působícího inzulinu s analogem GLP-1 jako možnost intenzifikace léčby diabetiků 2. typu. Farmakoterapie 2016. 4: 546-553

MUDr. Andrea Skálová

Xultophy: A co na to čeští diabetologové?

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D., III. interní gerontometabolická klinika FN Hradec Králové

S novou fixní kombinací máme dobré zkušenosti, představuje významný posun k lepšímu. Lék se vyznačuje snadnou aplikací a možností titrace pro pacienty. Výhodou je i jednodenní aplikace.

MUDr. Michaela Pelikánová, diabetologická ambulance, Medicon, Praha

S lékem jsem velmi spokojena a hodnotíme jej pozitivně. Pacienti udávají velkou tolerabilitu fixní kombinace. Začínáme s dávkou 16 jednotek a postupně navyšujeme až na 40 či 50 jednotek. Předpokládáme, že v praxi bude průměrná denní dávka kolem 33 jednotek.

prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., Endokrinologický ústav, Praha

Přípravek je účinný, bezpečný a snadno se aplikuje. Věřím, že díky tomu snadněji přesvědčíme pacienty, aby začali s inzulinem. Přináší nový způsob intenzifikace terapie diabetu. Obrovskou výhodou je zejména jednodenní aplikace, kterou pacienti hodnotí velmi pozitivně.

MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D., II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Fixní kombinace nám umožní dříve přidávat bazální inzulin k metforminu. To považuji za důležité, protože léčba inzulinem se obecně zahajuje pozdě.



NEHCETE UDĚLAT CHYBU CHCETE TUTTOCAFFÈ



Cafissimo
TUTTOCAFFÈ



Roztroušená skleróza: jak oddálit progresivní průběh choroby

V rámci 30. českého a slovenského neurologického sjezdu, který se konal 23. – 26. listopadu v Praze, proběhlo satelitní sympozium společnosti Roche s.r.o. „Roztroušená skleróza ve světle nových poznatků: neuroimunologie, význam časně léčby a nové možnosti monitorování účinnosti léčby“.

Roztroušená skleróza (RS) je chronické zánětlivé demyelinizační onemocnění centrálního nervového systému s obtížně předvídatelným průběhem a významným dopadem na kvalitu života pacientů. Výzkumy prokázaly, že v patofyziologii RS hrají důležitou roli B buňky včetně jejich interakce s T buňkami. Podkladem patogeneze RS jsou zánětlivé neurodegenerativní mechanismy, které začínají v časně fázi nemoci, pokračují nezávisle na přítomnosti relapsů a přispívají k progresi onemocnění. Identifikace neviditelné aktivity RS a udržení aktivity onemocnění pod kontrolou může pomoci oddálit progresivní průběh nemoci, který je rozhodujícím faktorem dlouhodobého postižení u pacientů s RS.

Sympozium bylo věnováno významu imunologických a genetických faktorů, které jsou základem patogeneze roztroušené sklerózy (RS), a strategiím ovlivňujícím průběh nemoci a prevenci její aktivity. Prezentovány byly také nové možnosti monitorování účinnosti léčby. Sympozium předsedala prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., z Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze.

Léčba cílená na adaptivní imunitní odpověď

Smyslem genetických a imunologických mechanismů v patogenezi roztroušené sklerózy se ve svém příspěvku zabýval prof. Bernhard Hemmer, MD, z neurologického oddělení Technické univerzity v Mnichově. Prezentoval současné poznatky o genetickém podkladu RS, jež vycházejí z genomových asociačních studií, epidemiologických a rodinných výzkumů. „Genomové studie poukazují na důležitou roli adaptivního imunitního systému – T a B buněk u roztroušené sklerózy. Odhalily imunologické cesty, které nám pomáhají lépe porozumět molekulárním mechanismům vzniku onemocnění,“ konstatoval přednášející a dodal, že existuje asi 200 variant genů asociovaných s RS.

Uvedl také, že v současnosti je k dispozici terapie RS zacílená na adaptivní imunitní odpověď. Léčebné možnosti imunomodulační terapie zahrnují: natalizumab, fingolimod, alemtuzumab, rituximab/ocrelizumab/ofatumumab a plazmaferézu/imunoabsorpci. „T a B buňky a určité makrofágy se s vysokou prevalencí vyskytují v akutních demyelinizačních lézích. Metody zaměřené na tyto buňky mají efekt na snížení zánětlivé aktivity a zlepšení průběhu onemocnění u roztroušené sklerózy,“ uzavřel Hemmer.

Oddálit progresi a invaliditu

Profesorka Eva Havrdová zúčastněně informovala o perspektivách v léčbě RS a o možném zastavení aktivity choroby. V úvodu zdůraznila, že naše současné poznatky o RS se podstatně liší od toho, co jsme o onemocnění věděli před 30 lety. Současná léčba, zejména pokud je nasazena v časně fázi onemocnění, dokáže zmírnit průběh onemocnění, oddálit jeho progresi a tím i invaliditu pacientů.

„Významným předělem v léčbě bylo zavedení biologické léčby. Inteferon beta, který se objevil na trhu



Ilustrační foto: Shutterstock

v roce 1996, prokázal schopnost snížit počet relapsů a oddálit invaliditu. Jeho efekt však nebyl ideální a nebyl k dispozici ani dostatek dat. První údaje z reálné praxe nicméně ukázaly, že efekt léčby je závislý na včasném zahájení. Dnes víme, že je potřeba začít včas, kdy má mozek ještě nějaké rezervy, a ne až v době, kdy jsou tyto rezervy vyčerpány,“ uvedla Havrdová.

Používání interferonu jako léku první volby mělo své rezervy. Velká část pacientů během dvou let relabovala, u části docházelo ke zhoršení EDSS (Expanded Disability Status Scale) a objevovala se progresse nálezu na magnetické rezonanci. Nedostatečná byla i adherence pacienta k injekční léčbě. Další generace léků, zahájená natalizumabem, umožnila vytvořit koncept „disease free“, tedy dlouhodobé remise, jakou znají revmatologové či onkologové. Novým cílem léčby se tak stalo dosažení tzv. NEDA – „no evidence of disease activity“. Dále bylo zjištěno, že míra atrofie mozku koreluje s nárůstem invalidity pacientů s RS, což umožňuje odhadovat progresi onemocnění na podkladě zjištěných atrofických změn.

Nový cíl léčby: absence aktivity choroby (NEDA)

Posléze studie CARE-MS I a CARE-MS II přinesly pozitivní zjištění, že část pacientů léčených v první linii

injekčními léky dosahuje léčebného cíle NEDA 3, tj. stavu bez klinických relapsů, bez progresse disability a bez aktivity onemocnění na magnetické rezonanci. Prokázán byl zejména dlouhodobý efekt alemtuzumabu či fingolimodu a jejich pozitivní vliv na atrofii mozku. Současně bylo zjištěno, že u pacientů, kteří byli léčeni těmito léky až v druhé linii, častěji docházelo k selhání léčebné odpovědi.

Nové léky umožnily nejen dosažení stability nemoci, ale dokonce její zlepšení, jak bylo prokázáno u alemtuzumabu či natalizumabu. Tato léčba přináší zlepšení i pacientům s neurologickým postižením. Vysoce efektivní terapie zlepšuje nejen motorické, ale i kognitivní funkce. „Lze říci, že jsme se posunuli do doby, která je velmi nadějná. Pro řadu nově diagnostikovaných pacientů je roztroušená skleróza léčitelná. Je však důležité ji diagnostikovat a léčit v pravou chvíli, včas rozpoznat efekt léčby a případně ji eskalovat na účinnější. Nedílnou součástí úspěchu je adherence pacienta k léčbě a jeho ochota změnit životní styl,“ uzavřela profesorka Havrdová.

Monitorování účinnosti léčby

Jaké jsou současné možnosti monitorování účinnosti léčby RS, ukázal MUDr. Tomáš Uher, Ph.D., z Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze. Neefektivní léčba vede k vyšší aktivitě onemocnění, progresi disability a vyčerpání mozkových rezerv. Cílem monitorace účinnosti léčby je tedy včasné odhalení non-respondérů a možnost změny terapie za účinnější. „Současné nástroje monitorace efektu léčby jsou nedokonalé. Tradiční klinické markery jsou nesenzitivní, u nových pak často chybí konsenzus týkající se toho, co měřit či kde jsou hranice patologie,“ vysvětlil Uher. Tradiční klinické markery měřící relaps nebo progresi disability (EDSS) nedokáží s přesností určit relaps onemocnění či detekovat subklinickou aktivitu RS. To je podle Uhra velký problém, neboť až 90 procent lézí nemá klinický korelát a následky onemocnění (např. atrofie mozku) vznikají až s odstupem.

„Naopak na magnetické rezonanci je možné detekovat i subklinické projevy nemoci. Rezonanční markery jsou proto v současnosti akceptovány jako základní pro monitoraci onemocnění s tím, že rezonanční vyšetření by mělo být prováděno jedenkrát ročně,“ řekl Uher. Magnetická rezonance se stala integrální součástí péče o pacienty s RS při potvrzování diagnózy, posuzování závažnosti nemoci, volbě léčby a získávání odpovědi na otázku, zda terapie vede k potlačení aktivity onemocnění. K dalším markerům patří monitorace kognitivních funkcí, monitorace chůze a atrofie mozku.

„I když současné nástroje nejsou ideální, komplexní monitorace má potenciál včas odhalit non-respondéry léčby, změnit terapii na účinnější, snížit aktivitu nemoci a redukovat rozvoj disability,“ shrnul výhody přístupu Tomáš Uher.

MUDr. Andrea Skálová

Asistovaná reprodukce pro osamělé a homosexuály: Pro a proti

O přístupu osamělých a homosexuálů k asistované reprodukci (ART) se hovořilo na 15. česko-slovenské konferenci Reprodukční gynekologie a 26. sympoziu Asistované reprodukce 16. listopadu v Brně.

Do pomyslného soubroje se postavily specialistka pro reprodukční medicínu a genetiku, ředitelka Sanatoria Repromeda Kateřina Veselá, která byla pro přístup osamělých a homosexuálů k asistované reprodukci, a psychologka Hana Konečná z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, jejíž stanovisko bylo zamítavé.

Na začátku svého bloku Veselá zmínila, že tradiční konzervativní společnost sice podporuje rodinu, ale že podle tohoto tradičního pojetí se daří fungovat čím dál tím méně párům. Klesá totiž počet uzavíraných sňatků a vzrůstá podíl rozvodů. „Rostoucí napětí související s honbou za společenským uplatněním a kariérou nutí ženy i muže oddalovat založení pevného partnerství, společné domácnosti i manželství. Současně ve světě roste sociální napětí mezi tradičními rodinami s dětmi a tzv. ‚DINKS‘ (z angl. Dual Income, No Kids – dva příjmy, žádné děti). Heterosexuální rodiny závidí, že ti druzí nemají žádné povinnosti k dětem a že si vlastně jen užívají života,“ řekla Veselá. Celá tato situace má podle ní vliv na odkládání rodičovství a trend rostoucího věku prvorodiček.

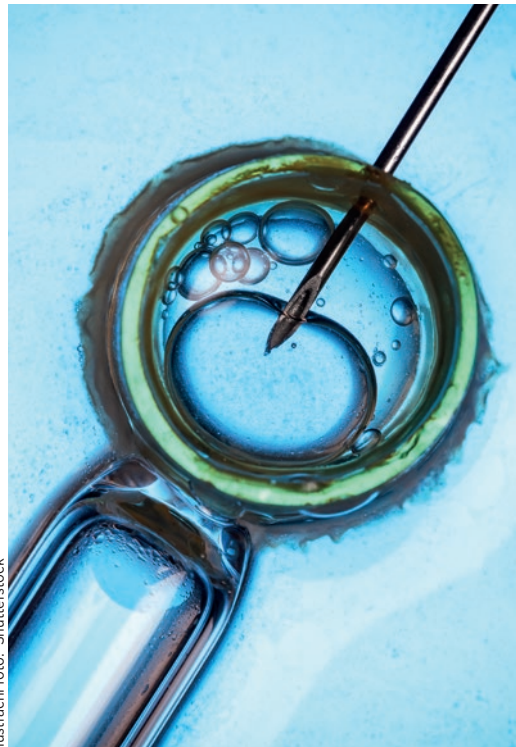
Nezvyšuje se jen množství bezdětných párů, ale také počet žen, které plánují mít dítě, avšak chtějí ho vychovávat bez partnera. A i když stát a společnost děti potřebují, kladou se těmto ženám překážky. „Argument nutnosti sociální podpory ze strany státu není většinou na místě. Řada ‚single‘ žen, které mají zájem o léčbu ART pomocí anonymního dárce, je zajištěna a podporu nepotřebuje,“ upozornila Veselá. Pokud umožníme ženám přístup k ART, ochráníme tím podle ní i muže. Ti se musí podepsat pod prohlášení, že s partnerkou děti chtějí, i když o ně nestojí. Ženy se však časem mohou rozhodnout, že po těchto mužích budou vymáhat výživné. „Víme, co je to správná rodina? Dost často ji posuzujeme podle toho, jak sami žijeme. Měli bychom ji ale vnímat jinak a připustit jako zájemce o léčbu ART nejen pár, ale i ženu samotnou,“ relativizovala konzervativní pojetí Veselá.

Zbytečné obcházení zákona

Pokud žena není vdaná, nemůže pro jejího partnera platit domněnka otcovství. Měla by tedy mít právo požádat o použití spermatu anonymního dárce samostatně, bez ohledu na to, zda je single nebo žije v registrovaném partnerství. „Prakticky každý reprodukční specialista má zkušenost se ženami, které chtějí o léčbu ART požádat samostatně, a víme, že ženy si dokážou poradit se zněním zákona již nyní. Je tam ale zmíněný problém fiktivního partnera, který prohlášení podepisuje, aniž by byl skutečným partnerem. Je to v podstatě věc oněch žen. Je proto zbytečné, aby docházelo k obcházení zákona a aby ženy byly nuceny k nedůstojným praktikám,“ zdůraznila Veselá s tím, že společnost je na ART připravena. Jiná situace bude s umožněním asistované reprodukce homosexuálními mužskými páry. Legislativně je to další krok.

Tradiční model rodiny se zhroutil již před sto lety, lidé si vytváří nové modely společenství. Danému trendu podle Kateřiny Veselé nezabráníme, takže bude lepší nechat žít tradicionalisty tradičně a alternativce al-

ternativně. „Homosexualita je stará jako lidstvo samo. Současná reprodukční medicína může pomoci stejnopohlavním párům k důstojné cestě za rodičovstvím. Podle provedených psychologických studií se vývoj dětí vychovávaných lesbickými páry zásadně neliší od dětí z tradičních rodin. Záleží na způsobu výchovy, nikoliv na tom, kdo vychovává. Myslím si proto, že je třeba co nejdříve povolit reprodukci ženám, které přicházejí k výkonu ‚samostatně‘. Restrikce nedává smysl. Obchází se pak zákon a je to pro pacientky i centra nedůstojné a navíc nebezpečné,“ uzavřela doktorka Kateřina Veselá.



Ilustrační foto: Shutterstock

Reagovat a/nebo regulovat

Nesouhlasí s ní ale psychologka Hana Konečná, předsedkyně spolku Adam, která se problematikou nelimitovaného přístupu k ART dlouhodobě zabývá. „Bezdětnost je u nás nízká, máme ji nejnižší v Evropě. Nárůst počtu bezdětných je ale především u žen s nižším vzděláním. Představa o osamělé bezdětné vysokoškolačce jako hlavní žadatelce o ART, která zachrání klesající porodnost u nás, je tedy lichá. Hlavním důvodem nepříznivého demografického vývoje není bezdětnost, ať už dobrovolná, nebo nedobrovolná, ale zásadní snižování počtu dětí v rodině. Je nutné připustit, že důvodem není neplodnost, ale neochota mít více dětí. Výzkumy ukazují, že ani největší podpora ART nemůže chybějící děti nahradit,“ nastínila důvody demografického trendu Konečná.

„Obecně se ví, že osamělé či homosexuální osoby s sebou pro proceduru ART přivádějí lidi ochotné darovat gametu, případně ženu ochotnou podstoupit těhotenství, považuje se to však za nelegitimní a nežádoucí.

Proč se to však pokládá za špatné, když využití známého dárce je v mnoha zemích běžné?“ položila si otázku Konečná. Vždyť i u nás se často objevují námitky léčených lidí, že mají velké problémy přijmout gamety neznámé osoby. Anonymita dárcovství se navíc bere za protiprávní akt poškozující zájmy dítěte. V mnoha zemích se navíc přechází k identifikovatelnému dárcovství. Podle psychologky se mnohdy argumentuje tím, že ač jde o jednání nežádoucí, lidi to stejně dělají a dělat budou, a že je proto nutné samotné aktéry ochránit před riziky a negativními následky. „Tyto důvody jsou v mnoha případech pochopitelné, protože společenské normy se mění a nezbyvá než na ně reagovat. Je ale možné šmahem všechno nežádoucí jednání nějak regulovat? Pro opilé řidiče taky nebudeme stavět speciální jízdní pruhy, aby neohrožovali životy řidičů ukázněných,“ odpověděla přiměřeně Konečná.

Nahradí stát rodinu?

Nejobvyklejším důvodem proti přístupu osamělých a homosexuálních osob k ART je podle Hany Konečné obava o psychologický vývoj dítěte. „Nevíme o výzkumech u homosexuálních párů, které by spolehlivě dokládaly, že by rodičovství těchto párů bylo cestou k poškození společně vychovávaného dítěte. Rizikové jsou naopak rodiny tvořené pouze dítětem a jedním rodičem. Plánovaná zákonná změna asi předpokládá, že o ART budou žádat vzdělaní, osobnostně zralí a finančně dobře situovaní lidé. Z dostupných statistik vyplývá, že bezdětní jsou hlavně mezi osobami z nižších stupňů socioekonomického žebříčku,“ doplnila Konečná.

Při ART u osamělých a homosexuálních osob není stát pouze zprostředkovatelem chybějící buňky, ale také scházejícího rodiče. „Řeší to opravdu dobře situaci osamělých a homosexuálních osob? Jsem přesvědčena, že ne. Zatímco chybějící buňka není ‚vidět‘ a význam jejího původu pro dítě je problematický, chybějící osoba poznat už je, ale také její význam může být velký a bude s věkem dítěte pravděpodobně narůstat. Je přitažlivé říci ‚všechno zařídil stát‘, ale považuji to z etických, psychosociálních i společenských důvodů za cestu nepřijatelnou. Potomek by měl mít přístup k oběma rodičovským osobám odmalička, a pokud je nemá, měl by mu to dobře vysvětlit zbývající rodič. On nese jak právo, tak i odpovědnost,“ obhajovala tradiční koncept Konečná.

„Jsem proti změně zákona ve smyslu explicitního vyjádření podpory přístupu osamělých a homosexuálů k ART. Přístup k ní totiž u nás není zakázaný. Přeformulování zákona by přineslo jedinou změnu – chybějícího rodiče by zprostředkoval stát, a ten by pak byl odpovědný i za odpírání přístupu dítěte k chybějící rodičovské osobě. To je nepřijatelné. Ulehčení cesty prostřednictvím zákona by pouze zproblematizovalo biologické i psychosociální základy rodiny,“ dodala Konečná. Navíc ART u single a homosexuálních osob je vždy spojena s nutností použít darované gamety a u mužů je potřeba i náhradní matka. Už to samo o sobě je eticky problematické, může to vést k obchodu s částmi těla, ženami a dětmi nebo k odtajňování dárcovství.

Martin Ježek

Harm reduction je celostní přístup

Minimalizace rizik (tzv. harm reduction) je moderní veřejná politika v oblasti zdravotnictví, která snižuje škodlivé následky kouření, užívání drog a alkoholu. Vychází z úvahy, že je užitečnější nabídnout pomoc než usilovat o kriminalizaci. Svůj pohled nastínili dva odborníci na protidrogovou politiku.

Mgr. Jindřich Vobořil, Pg.Dip.,
Národní protidrogový koordinátor ČR

Mohl byste ve zkratce představit koncept metody harm reduction a její použití v boji proti závislostem?

Samotný termín v překladu znamená redukce škod, a podle mne je tím vystižena i filosofie tohoto přístupu. Realita užívání návykových látek nám ukázala, že je třeba z velké části zaměřit politiku, strategie a prostředky na splnitelné cíle. Představa, že by mohla existovat společnost bez závislosti, není skutečně realistická. Proto je třeba hledat strategie, které mohou pomoci jak společnosti celkově, tak i uživatelům návykových látek a jejich blízkým. Harm reduction (HR) se využívá všude tam, kde se jedná o návykové látky či návykové chování, ať už to jsou legální i nelegální drogy, či hazard.

Víme, že nitrozilní uživatelé drog jsou vlivem sdílení stříkaček a jehel vystaveni vyššímu riziku přenosu infekčních onemocnění. HR nabízí celou řadu možností, jak zabránit vzniku epidemií HIV nebo žloutenky typu C, jako se to třeba děje v Rusku či na Ukrajině. Tamní vlády včas nenabídlly – a dokonce odmítají nabízet – programy, které jsou v tomto smyslu doporučovány i Světovou zdravotnickou organizací (WHO).

Je HR v České republice populární mezi odborníky? Existují k ní i kritické výhrady?

Pro mě osobně je HR způsob, jak realisticky přemýšlet nad celou tzv. protidrogovou politikou. Z mého pohledu musí být i zákony stavěny tak, aby byly zaměřené na redukci škod a rizik. A to se týká stejně preventivního i léčebného úsilí. Vždy budou lidé, kteří mají z různých vážných důvodů sklon k návykovému chování. Příčinami mohou být jejich duševní zdraví, zdravotní a sociální faktory. Tento přístup nepředpokládá automaticky abstinenci, i když ta je nejlepší prevencí škod a rizik. Nabízí ale včasnou pomoc, kontakt s profesionály, motivaci k sociální stabilizaci, změny v rizikovém užívání a přenosu různých chorob včetně HIV. Důležitá je také nabídka možnosti substituční terapie včetně spolupráce s dalšími odborníky, bez kterých nelze změnu uskutečnit. Jde tedy v tomto smyslu o tzv. celostní přístup, což je podloženo dobrými výsledky ze všech současných zemí a kontinentů, které jej aplikují.

Obecně je HR všeobecně přijímaný přístup a je podporovaný WHO. Velice zřídka se objeví pochybnosti mezi odborníky, ale většinou jsou záhy rozptýleny, protože se ukazuje, že nejsou založeny na faktech.

Existují statistiky úspěšnosti HR? V čem spatřujete její hlavní výhody?

U drogových uživatelů v ČR se výrazně snížil výskyt žloutenky typu C. Mezi nitrozilními uživateli drog jsme s 60procentní promořeností na 15 procentech. Udržování epidemie HIV je pod jedním procentem. Máme



Foto: archiv MF

70 procent tzv. skryté populace uživatelů drog v kontaktu s pomáhajícími službami, a tak se velký počet lidí dostává do další sítě pomoci. List úspěšnosti HR by mohl být mnohem delší.

Ve sněmovně byl po dlouhém jednání schválen klíčový tzv. protikuřácký zákon, který je však zaměřen i obecně proti závislostem. Obsahuje projednávané legislativní principy HR? Měla by být HR legislativně ukotvena?

Podle mě je HR hlavně způsob přemýšlení, podle kterého je třeba stavět nejen strategii politik, ale i legislativy. To se také projevuje v diskusi na téma, zda se má kriminalizovat samotné užívání nelegálních drog. Veškerá evidence ukazuje, že tvrdá prohibice přináší více negativ, protože naprosto bezdrogová společnost je utopistickým ideálem. Pak lze hledat jen možnosti, včetně těch zákonných, které jsou zaměřeny na redukci škod a rizik. I proto uživatele v ČR nekriminalizujeme. V národní strategii to máme přímo v hlavním titulu.

Existuje segment, kde by mohla být HR užívána a dosud není? Aplikuje se v zahraničí i na jiné případy, než je zvykem v ČR?

Určitě máme co dohánět ve více oblastech. Pokud se týká rozvoje služeb pro uživatele drog, tak doufám, že přeneseme některé strategie do oblasti redukce následků užívání alkoholu, tabáku a gamblingu. Vše ale je a vždy bude o finančních možnostech, o kterých budou rozhodovat příští vlády. Zároveň nám chybí farmaceutická pomoc – substituční preparát pro uživatele pervitinu. Doufám, že přijde v brzké budoucnosti, protože by mohl zásadně změnit drogovou scénu v České republice, která je založena zejména na užívání pervitinu.

Doc. Dr. med. Ernest Groman,
vedoucí Nikotin Institutu ve Vídni

Je harm reduction mezi rakouskými zdravotníky známá a populární? Jaké jsou hlavní argumenty oponentů?

Podle mého názoru by měl každý lékař zkusit různé způsoby, jak zlepšit zdraví svých pacientů. Nedomážu kvantifikovat popularitu harm reduction (HR) mezi svými kolegy, ale je to určitě jedna z možných alternativ v rámci boje proti závislostem na návykových látkách. Často to přirovnávám k léčbě vysokého cholesterolu nebo krevního tlaku. V těchto případech nám také jde především o snížení škodlivých účinků – tedy o určitou redukci rizik, protože samotná onemocnění spolehlivě vyléčit nelze. V případě tzv. psychoaktivních látek se lékař musí osvobodit od zjednodušených „morálních“ hledisek a hledat a nabízet pomoc tam, kde je třeba. V rámci boje proti

závislostem je jednou z možností právě HR. Klasickým protiargumentem je, že pouhé snížení rizik může rozšířit přístup k určité látce. V rámci kouření může být vytýkáno, že HR omezuje motivaci zcela upustit od kouření. Já osobně si myslím, že pokud se lidé snaží zbavit svojí závislosti nebo mají ambici úplně přestat, měli by mít co nejvíce veřejně známých a finančně dostupných možností léčby.

Je HR náležitě zohledněna v rakouské legislativě?

Můžu se vyjádřit pouze ke svojí specializaci, kterou je závislost na nikotinu. V oblasti tabákových výrobků má Rakousko velmi omezenou podporu ze strany legislativního rámce EU, který, dle mého názoru, omezuje přístup k možným alternativám. Nejnebezpečnějším výrobkem na trhu jsou cigarety. Zároveň je však pořád velmi jednoduché se k tomuto primárnímu zdroji nikotinu dostat. Prodej méně nebezpečných alternativ je limitován, nadměrně regulován nebo rovnou zakázán.

Podle mého názoru je hlavním důvodem velmi redukcionistické chápání užívání nikotinu, ale i vzrůstající vliv aktivistických skupin, které buď věří ve vizi světa, kde nikotin již neexistuje, anebo z jeho postupného zakazování nějakým způsobem profitují.

Jaká je podle vás budoucnost HR v Evropě? Jaké trendy vidíte?

V širším slova smyslu vidím budoucnost velmi pozitivně. Subjekty, které jsou schopny přicházet na trh s bezpečnějšími produkty, vytváří zdravé konkurenční prostředí, ze kterého profituje koncový zákazník. Myslí si, že dostatek dobrých, ale hlavně funkčních řešení v rámci HR existuje i v oblasti nelegálních drog. Pokud hovoříme o mé expertize, věřím, že i v tabákovém průmyslu jsme a budeme svědky množství slibných řešení. Osobně doufám, že produkty, které snižují riziko užívání, nebudou blokovány legislativními a jinými regulačními mechanismy.

Prevence je vynikající věc, dokud návyková látka není na trhu. Jakmile na něm však jednou je, tak regulaci možných bezpečnějších alternativ považuji za příslovečné strkání hlavy do písku.

Je obor, kde se HR nepoužívá a kde by mohla přinést užitek? Víte o nových způsobech úspěšných aplikací?

Vzhledem ke své akademické profilaci považuji za velmi zajímavý fenomén tzv. švédskou zkušenost. Podotýkám, že Švédsko je země s nejnižší prevalence smrtelných chorob způsobených kouřením cigaret. Jedním z důvodů je švédská kultura HR produktů. V tomto konkrétním případě se jedná o popularitu typického švédského snusu, což je specifická forma orálního tabáku. Statistiky ukazují, že snus je 50-100krát méně škodlivý než běžné cigarety. Ovšem pozor, podmínkou je dodržení velmi přísných švédských standardů. (red)



Foto: archiv Ernests Groman



Česká onkologie mezi evropskou špičkou

Posilování mezinárodního postavení a navazování dalších evropských aktivit přiblížili na tiskové konferenci zástupci Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) v Brně.

Ústav podle slov náměstka pro vědu, výzkum a výuku Marka Svobody požádal Organizaci evropských onkologických ústavů (OECI) o provedení akreditace poskytovaných služeb. Po roce příprav proběhla koncem letošního listopadu návštěva komise OECI, která konstatovala, že MOÚ splňuje předepsané požadavky a bude mu na dobu pěti let přiznána akreditace, kterou se v současnosti „pyšní“ 24 evropských onkologických pracovišť. „Získání této akreditace dává našim pacientům jistotu, že jsou skutečně léčeni v centru evropské úrovně,“ řekl Svoboda.



Foto: 2x archiv MOÚ

Vzácné solidní nádory a INTENT

Brněnská onkologie se také zapojila do budování prestižní celoevropské referenční sítě onkologických center EURACAN specializovaných na diagnostiku a léčbu dospělých pacientů se vzácnými solidními nádory. Ty jsou definovány jako onemocnění, která se v populaci objeví u pěti či méně osob z 10 tisíc obyvatel. Do kategorie spadá řada histologických jednotek zhoubných nádorů postihujících prakticky všechny orgány. „Byli jsme také vyzváni, abychom se zapojili se do projektu INTENT. Jeho cílem je snížení roztržitosti a zvýšení konkurenceschopnosti středoevropských center v léčbě a péči o onkologického pacienta. Budeme v projektu plnit roli referenčního centra, které poskytuje zdravotní péči na vysoké úrovni a které se bude podílet na tvorbě nástrojů pro srovnávání kvality péče napříč onkologickými ústavami ve střední Evropě,“ vysvětlil náměstek.

Zapojení do výzkumných infrastruktur

Podle vedoucí Oddělení klinických hodnocení docentky Reginy Demlové je MOÚ už šest let zapojen do celoevropské infrastruktury výzkumu Biobanking and biomolecular resources research infrastructure. Ústav jako

národní koordinátor její české části (BBMRI_CZ) založil a spravuje Velkou infrastrukturu – Banku klinických vzorků v České republice. „Současně jsme také zapojeni do klinického modulu sítě CZECRIN. To je národní výzkumná infrastruktura podporující akademická klinická hodnocení, jejímž národním koordinátorem je Masarykova univerzita v Brně. Díky této spolupráci je tak MOÚ zapojen do další významné panevropské sítě infrastruktur klinického výzkumu, ECRIN-ERIC (European Clinical Research Infrastructure Network),“ upřesnila Demlová.

Zadavatel klinických hodnocení

Ústav dlouhodobě podporuje provádění všech klinických studií, které jeho pacientům zajišťují přístup k nejnovější léčbě o mnoho let dříve, než je komerčně dostupná. V České republice v této oblasti zastává vůdčí postavení. Centrum v posledních letech rovněž rozvíjí a podporuje nezávislý výzkum prováděním vlastních klinických hodnocení, ve kterých vystupuje jako zadavatel. „Jsou to akademické klinické studie, protože jejím zadavatelem je nekomerční subjekt. Organizační, finanční a další požadavky kladené na ně se ale neliší od studií komerčních. Obrovský objem práce na zajištění studie, pro který jsou ve velkých farmaceutických firmách vyčleněna celá oddělení, zde zastávají lékaři, zdravotní sestry a výzkumní pracovníci nad rámec poskytování zdravotní péče pacientům. Chci zdůraznit, že akademické klinické studie jsou ve světě klinického vý-



Vedoucí oddělení klinických hodnocení MOÚ docentka Regina Demlová.

Foto: Martin Ježek



zkumu nezastupitelné. Nesledují totiž komerční zájmy firem a nepřinášejí zadavateli finanční zisk. Zaměřují se zcela na přínos pro pacienta, objektivní zhodnocení stávající klinické péče a její zlepšení,“ zdůraznila Demlová. Prostřednictvím těchto studií, jejichž systematická podpora je nezbytná, se MOÚ zapojuje jako klinicko-výzkumná jednotka do infrastruktury CZECRIN, a tedy také do ECRIN-ERIC.

Mezinárodní přesahy

Koordináční centra na čtyřech univerzitách (Masarykova univerzita, Karlova univerzita, Univerzita Palackého v Olomouci a Veterinární a farmaceutická univerzita Brno) propojuje CZECRIN se sedmi klinicko-výzkumnými jednotkami v jednotlivých zdravotnických zařízeních (FN u svaté Anny Brno, Fakultní nemocnice Brno, FN Motol, FN Ostrava, FN Hradec Králové, VFN a MOÚ). Vytváří zde podmínky pro provádění a analýzu národních akademických klinických hodnocení. Napojením na evropskou síť ECRIN-ERIC umožňuje také provádění mezinárodních akademických studií a zapojení do evropských grantových projektů, které jsou financované převážně z programu Horizont 2020. Mělo by se tak co nejvíce využít kapacity jednotlivých pracovišť s cílem zvýšit počet i kvalitu akademicky iniciovaných klinických studií u nás i na celém světě.

Biobanka

S rozvojem aplikací molekulární biologie nabývá v posledních dvaceti letech na významu dostupnost nádorové tkáně odebrané při operacích. Je uchovávána v co nejméně poškozeném stavu a za přesně definovaných podmínek. „Biologický materiál je velice důležitý pro aktuální a budoucí výzkumné projekty analyzující nové prognostické a prediktivní faktory na úrovni genetických změn i bílkovinných markerů. Dlouhodobé uložení biologického materiálu může být přínosem i pro konkrétního pacienta. Stane se tak v případě, že za několik let po operaci bude potřeba provést důležité vyšetření vlastností nádoru, které se v současnosti neprovádí nebo není k dispozici,“ upozornil MUDr. Rudolf Nenuť, CSc., z Oddělení onkologické patologie.

V současnosti je pod gestí Biobanky MOÚ vytvořena síť biobank přidružených k lékařským fakultám, které dlouhodobě uchovávají biologický materiál pacientů za standardizovaných a akreditovaných podmínek. Součástí sítě bude i vytvoření informačního systému biobank, který v budoucnu umožní i komunikaci českého ústředí BBMRI_CZ s dalšími evropskými biobankami. V současné době je k dispozici celkem 72 tisíc vzorků. „V průběhu let 2010 až 2014 archivovalo BBMRI_CZ tisíce vzorků biologického materiálu, například tkáň, sérum, DNA, které slouží jako modelový materiál pro řešení různých výzkumných či grantových projektů. Biologický materiál pacientů se zhoubnými onemocněními je dnes skutečně nepostradatelný pro další projekty na různých úrovních výzkumu. Je také důležitý pro zkoumání předpovědi individuální reakce nemocného na plánovanou onkologickou léčbu,“ uzavřel Nenuť.

Martin Ježek

Co můžeme udělat pro pacienty s celiakií?

V rámci Postgraduální akademie Medical Services proběhlo tentokrát sympozium zaměřené na „Lepek a onemocnění s ním související“. Garantem odborného programu byl prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc., z Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze. Partnerem sympozia se stala společnost AbbVie.

V posledních letech je nemocem spojeným s konzumací lepku věnována zvýšená pozornost. Celiakie je celoživotní gastrointestinální onemocnění způsobené právě intolerancí lepku – bílkovinou přítomnou v obilovinách (pšenici, žito či ječmeni). Lepek je příčinou dvou definovaných klinických jednotek – celiakie a alergie na pšenici. V nedávné době byli identifikováni i pacienti, kteří jsou gluten-senzitivní, ale nemají celiakii ani alergii na pšenici. Léčba autoimunitního onemocnění je kauzální – vyloučení spouštěče z potravy čili bezlepková dieta. Ta se nyní stala módní záležitostí.

Přednášející se zaměřili na témata současnosti a perspektiv celiakie, novinky v dětské celiakii, neceliakální glutenovou senzitivitu, rozdíl mezi alergií na lepek a alergií na pšenici, důvody a podmínky nasazení bezlepkové diety či na novinky v léčbě idiopatických střevních onemocnění u dětí.



Poddiagnostikovaná nemoc

Onemocnění postihuje přibližně jedno procento evropské populace, ale je časté i na ostatních kontinentech. Jeho rozšíření je způsobeno HLA predisponujícím genotypem a konzumací obilovin obsahujících lepek. Genetické faktory samy o sobě nevysvětlují narůstající incidenci onemocnění, roli zde patrně hrají také faktory zevního prostředí a změny životního stylu. Vznik celiakie je tedy spojen s porušením střevní bariéry a zvýšením propustnosti pro antigeny, které následně vyvolávají lokální i systémovou odpověď buněk přirozené i adaptivní imunity. Byla u ní – vedle spouštěče – identifikována také těsná genetická vazba (HLA-DQ2), primární autoantigen (tkáňová transglutamináza – tTG2) a specificky autoimunitní reakce (autoprotiilátky proti tTG2).

Na rozmanitost klinického obrazu celiakie, úskalí diagnostiky, možnosti její léčby, eventuální komplikace a konečně i rizika neléčené nemoci upozornil ve svém příspěvku doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D., z interního oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze. Poukázal mimo jiné na zvyšující se výskyt atypických forem onemocnění či na skutečnost, že v pubertě často dochází ke zlepšení stavu. Přesto je ale většina pacientů

(především dospělých) nedostatečně diagnostikována. Celiakie se často projevuje mimostřevními symptomy, a lékaři na ni proto často ani nemyslí. Diagnostiku stěží i fakt, že projevy celiakie se opětovně prolínají se symptomy dráždivého tračníku. Zlepšit situaci by měl cílený screening rizikových osob, jedinců s podezřelými symptomy a přidruženými autoimunitními onemocněními, který u nás probíhá od roku 2011.

Diagnostika: je nutná biopsie?

Donedávna byla nemoc považována za gluten-senzitivní enteropatii a ke stanovení diagnózy se vždy používala biopsie sliznice tenkého střeva, poukázal v dalším příspěvku prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc., z Pediatrické kliniky 2. LF UK. Zaměřil se na genetiku onemocnění a klinické manifestace celiakie u dětí. Upozornil zejména na různorodost mimostřevních projevů onemocnění, neklasické formy celiakie, stejně jako na existenci latentní a subklinické celiakie. Věnoval se také otázce přidružených chorob a na často nerozpoznanou celiakii u poruch růstu či v přítomnosti depresí.

V současné době je definována jako systémové autoimunitní onemocnění, a než se uskuteční histologické změny, jsou za časnější a více specifickou známku její přítomnosti považovány protilátky proti tkáňové transglutamináze 2. typu (atTG2). Díky tomu, že velmi vysoké hodnoty protilátek korelují s výraznou enteropatií, je u definované skupiny symptomatických dětí možné stanovit diagnózu bez biopsie. Snaha o primární prevenci celiakie u dětí je ovšem podle něj zatím neúspěšná. V budoucnu bude pozornost zaměřena hlavně na zevní faktory ovlivňující vedle lepku rozvoj onemocnění a také na přirozený vývoj a vlivy způsobující vznik enteropatie.

Alergie a neceliakální glutenová senzitivita

Pšeničná alergie byla tématem příspěvku MUDr. Martina Fuchse z Immuno-Flow s.r.o. Uvedl, že lepek je celosvětově řazen mezi osm nejčastějších potravinových alergenů. S věkem ale význam alergie klesá, neboť má tendenci vyhasínat. Alergie na lepek musí mít specifický imunologický podklad, který musí být objektivně prokázán, což není v praxi jednoduché. Problém ztěžuje mimo jiné přítomnost řady imunogenních složek v bílkovinách mouky či skutečnost, že alergie na lepek bývá součástí polyvalentní potravinové alergie. Prokázána alergie bývá v 80 procentech na bílkoviny kravského mléka a téměř v třech čtvrtinách na vejce. Projevy lepkové alergie jsou ovšem pestré. Objevit se mohou vyrážky i ekzémy, dokonce i astma, anafylaxe a malnutricie. Léčba prokázané lepkové alergie je jednoduchá a spočívá v eliminační dietě.

V poslední době se značná pozornost věnuje rovněž neceliakální glutenové senzitivitě (NCGS). O problému informovala MUDr. Iva Hoffmanová, Ph.D., jejímž působíštěm je 2. interní klinika 3. LF UK a FNKV. Zmiňovaný jev je syndromem s gastrointestinální a mimostřevními symptomatologií a vyskytuje se pře-



MUDr. Martin Fuchs

Foto: Jana Schrammová

devším u dospělých pacientů. NCGS není přijímán lékařskou veřejností jednotně. Uvažuje se o možné alergii na lepek, která je řízena non-IgE protilátkami. Někteří autoři poukazují na překryv střevních projevů se syndromem dráždivého tračníku či na placebo efekt. V současnosti neexistuje laboratorní vyšetření pro diagnostiku NCGS. Ta spočívá pouze v průkazu vymizení symptomů po bezlepkové dietě. Syndrom je diagnózou per exclusionem a v rámci diferenciální diagnostiky je třeba vždy vyloučit právě celiakii a alergii na pšenici. Vedle lepku mohou být spouštěčem potíží i neglutenové části zrna či sacharidové složky, které se těžce tráví a způsobují různé komplikace (FODMAP).



Garant sympozia prof. MUDr. Jiří Nevorál, CSc. (uprostřed)

Foto: Jana Schrammová

Poslední příspěvek sympozia se zaměřil na problematiku idiopatických střevních zánětů (IBD) u dětí, zejména na možnosti terapie pomocí biologické léčby. Docent MUDr. Jiří Bronský, Ph.D., z oddělení dětské gastroenterologie Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol informoval o nových indikacích biologik v léčbě IBD, dosavadních zkušenostech s cílenou léčbou, probíhajícím výzkumu a vyzdvihl také význam registrů léčby a mezinárodní spolupráce.

MUDr. Andrea Skálová



Postgraduální akademie

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

System úhrad brzdí inovativní léčbu v ČR

Moderní léčba prokazatelně prodlužuje nemocným životy a zlepšuje jejich kvalitu. Problémem je současný systém úhrad, který zpomaluje dostupnost moderních léků až o 1,5 roku.

Otázky financování inovativní léčby, její příležitosti a limity řešili odborníci na semináři, který proběhl pod záštitou Nadačního fondu pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP). „Moderní léčivé přípravky dokážou cíleně ničit cizí, pozmeněné nebo nezdravé buňky v těle člověka. Zdravé buňky zůstávají nedotčené. Tím dochází k zamezení nebo úplnému vyléčení některých autoimunitních, zánětlivých a nádorových onemocnění. Nemocní se tak rychleji navracejí zpět do plnohodnotného života,“ říká prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D., MHA, přednostka Onkologické kliniky FN Plzeň.

Nevyhovující systém úhrad

„Prolétčenost moderními přípravky je u nás oproti vyspělým evropským zemím až desetkrát nižší. Problémem je špatná dostupnost inovativních léků, které se k pacientům dostávají se zpožděním nebo vůbec. Může za to současný komplikovaný systém úhrad, který brání jejich rychlému rozšíření v praxi,“ uvádí MUDr. Mgr. Jindřich Kotrba z nezávislé konzultační společnosti Pharmeca. Zároveň však narůstá počet nemocných, kterým může moderní léčba pomoci. Příkladem jsou speciální léčebná centra, jimž se počet pacientů mezi léty 2009–2015 zvýšil o 50 procent. „Průměrný finanční náklad vynaložený na jednoho pacienta zdravotní pojišťovnou přitom zůstává stejný; i přesto, že celkové náklady na nové léky rostou. Je to dáno tím, že se možnosti moderní léčby rozšiřují o její nová využití a nové diagnózy,“ upozorňuje MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technology assessment. Narůstající obtiže s úhradou inovativních léků hrozí zejména v onkologii. „Pausální úhrada léčby ohrožuje speciální centra. Ta pak nemohou uspokojit všechny zájemce, což je proti zásadě svobodné volby lékaře a rovné dostupnosti léčby pro všechny občany,“ dodává doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. (red)



Foto: archiv MF

V Praze hrozí epidemie HIV

V souvislosti s aktuálními statistikami výskytu HIV v Praze lze podle odborníků mluvit o začátku epidemie v gay komunitě, kde se výskyt nemoci blíží pěti-procentní hranici prevalence. Infikován je tedy každý její dvacátý až dvacátý pátý člen.

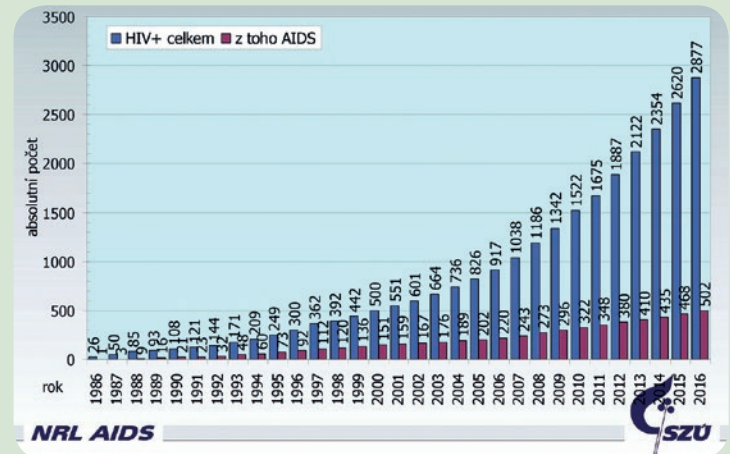
V hlavním městě žije přibližně 45 tisíc gayů, přičemž je zde hlášeno přes 1 500 nálezů HIV. Pokud stávající trend zůstane nezměněn, bude do deseti let virem nakažen každý desátý gay v Praze. Nárůst infekce HIV je výrazný i v Ostravě, Ústí nad Labem a Brně, informoval o tom MUDr. Ivo Procházka, CSc., vedoucí HIV poradny České společnosti AIDS pomoc. Z evropských epidemiologických modelů vyplývá, že až čtvrtina případů není vůbec diagnostikována. Pro nákazu přitom platí stejná pravidla jako pro jakékoli jiné infekční onemocnění – čím více nosičů viru v populaci je, tím snadněji a rychleji se šíří.

Gayové v ohrožení

Podle odborníků není alarmující růst případů HIV nutně zapříčiněn tím, že by se lidé více vydávali zdravotním rizikům a kondom používali méně než v minulosti. Gayové jsou však vystaveni mnohem vyššímu riziku nákazy než zbytek populace. Virus se při homosexuálním styku přenáší snadněji a pravděpodobnost styku s infikovaným, který o své naze neví, je rovněž výrazně vyšší než u heterosexuální populace.

Zlepšit účast státu

„Pravidelné testování alespoň jednou za rok by se mělo stát součástí života každého gaye, a to i v případech, kdy člověk nestírá partnery,“ zdůrazňuje Procházka. Stát by měl proto přehodnotit přístup k prevenci onemocnění HIV. Je potřeba ji začít z-



Nárůst HIV/AIDS v ČR. Zdroj: SZÚ, říjen 2016

jména na gay komunitě ve městech, kde je výskyt nejvyšší. „Pokud bude prevence HIV založena na moralizování, nebo dokonce na kriminalizaci, budou se lidé testování vyhýbat a epidemie se bude dále a rychleji šířit,“ doplňuje Procházka. (akt)

Čeští muži zanedbávají prevenci rakoviny prostaty

Téměř polovina českých mužů starších 45 let nebyla nikdy na preventivní prohlídce prostaty. Prevenci zanedbávají, ačkoli si uvědomují rizika.

Nedávný průzkum agentury STEM/MARK porovnával přístup ke karcinomu prostaty u českých mužů. Data od pěti set respondentů byla sbírána v říjnu. Výsledky ukázaly, že 42 procent mužů starších 45 let nechodí na prohlídky prostaty vůbec a pouze 26 procent z nich navštívilo lékaře jednou.

Význam PSA

Většina mužů nemá o moderních postupech a diagnostice rakoviny potřebné informace. Co je prostatický specifický antigen (PSA), neví tři čtvrtiny respondentů. Právě ten by si měli muži po čtyřicítce nechat pravidelně testovat. „Karcinom prostaty nemá v počátcích znatelné příznaky a odhalit ho můžeme pouze vyšetřením. Díky jednoduchému krevnímu testu, který zjistí hladinu PSA, dovedeme objevit rakovinu v době, kdy ji lze vyléčit,“ vysvětluje MUDr. Jana Katolická, Ph.D. z onkologicko-chirurgického oddělení Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. V současnosti žije v Čes-

ké republice odhadem více než 61 tisíc mužů se zhoubným nádorem prostaty. Onemocnění se netýká jen starších mužů, ale je důležité, aby povědomí o nemoci měly i mladší ročníky.

Léčba pokročilých stadií je možná

Průzkum dále ukázal, že 40 procent mužů se domnívá, že rakovina prostaty je v raných stadiích léčitelná, v pokročilých ale pouze výjimečně. Jak se karcinom prostaty léčí, neví 46 procent dotazovaných. „Moderní léčba dokáže při včasné odhalení onemocnění zajistit pacientovi kvalitní život. Je-li však nádor odhalen v pokročilejším stadiu, vyhlídky nemocných se rapidně zhorší. Pokročili jsme však i zde – nově vyvinutá tabletová léčba prodlužuje život pacientů a má také dobrý bezpečnostní profil, vedlejší účinky jsou omezeny na minimum,“ dodává doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA, přednostka Onkologické kliniky 2. LF UK a FN Motol. (akt)

Psychoterapie pacientů s roztroušenou sklerózou

Psychoterapie nevede u pacienta s roztroušenou sklerózou jen k subjektivně lepšímu pocitu. Snímky ukazují, že nemocným v terapii zároveň klesá počet zánětlivých ložisek.

Snímky z magnetické rezonance ukazují významně nižší počet zánětlivých ložisek u pacientů s roztroušenou sklerózou, kteří se podrobili psychoterapii. Jde o první vědecky relevantní důkaz efektu metod, které jsme považovali jen za podpůrné, málo efektivní a mnozí z nás za nefungující. Pacient s RS je totiž velmi specifický. Onemocnění probíhá v atakách nepředvídatelného rozsahu. V mladém věku je člověk konfrontován s nevyčísitelnou chorobou zánětlivého autoagresivního charakteru, kterou lze včasně nasazenými moderními léky pouze zpomalit. Tato realita často zasáhne jeho rodinnou, pracovní a sociální situaci, ve které mu není nabídnuta zdravotnickým systémem v podstatě žádná pomoc. Jeho představy o budoucím životě se zhroutily. Zoufale potřebuje nové nastavení životních hodnot a o těchto bolestných věcech s ním většinou nikdo nemluví. Kromě onkologie, která ve své koncepci již psychoterapeutickou pomoc má, se jiné obory tomuto problému věnují jen vzácně.

Krise identity

Z medicínského hlediska se jedná o onemocnění nevyčísitelné a tedy provázející pacienta po zbytek jeho života. Diagnóza roztroušené sklerózy představuje pro nemocného nutnost přehodnotit budoucnost. To je nesnadný úkol, který může být spojen s krizí identity (vnímání sebe sama) i ztrátou pocitu významnosti a vlastní role. Následkem bývá uzavření se do sebe, deprese, a v závažných případech dokonce sebevražedné myšlenky či jednání.

Pro pacienta i psychoterapeuta, ale i pro ošetřujícího lékaře je velmi výhodné, pokud má pacient možnost psychoterapie od samého začátku onemocnění. Psychoterapeutická péče je pak součástí léčby a pacient se ji naučí využívat podle svých potřeb. Adherence je klíčovým pojmem současné medicínské péče o pacienty. Tam, kde se setkáváme s dlouhodobým, progresujícím chronickým onemocněním, je schopnost cíleného pozitivního ovlivňování zásadní. Při psychoterapeutické práci s pacienty se setkáváme s pestrými škálami postojů k nemoci a k sobě samému. Je důležité pracovat paralelně na podpoře pacientova sebevědomí a sebehodnoty a zároveň se věnovat jeho doprovázení procesem vyrovnávání se s diagnózou, případně s progresí nemoci. Dobře vedenou psychoterapeutickou péčí je možné stavět na pacientově zkušenosti. Lze tak podpořit rozvoj jeho potenciálu a pomoci mu, aby překonal kritická období atak či zhoršení stavu a aby žil aktivně v rámci svých možností a potřeb.

Lepší výsledky na MR

Psychoterapie může v těchto krocích i v edukaci pacienta významně pomoci. Nastavení důvěry vůči ošetřujícímu personálu, vytvoření pocitu bezpečí a plánu, jak se s chorobou a jejím prožíváním snaže vyrovnat, jsou cíle, které celý ošetřující tým sdílí. Nedílnou součástí práce je poskytování věrohodných zdrojů informací pro pacienta. Přestože jsou pacienti v kontaktu s lékaři a dostávají potřebné informace, v daném momentu nejsou schopni je přijmout, natož si vše zapamatovat. Mají-li však možnost o svých pocitech mluvit s psychologem, tříbí si

Nejčastější zakázky pacientů:

- odžití emocí
- získání informací
- zmapování osobní situace
- nácvik podpůrných dovedností (asertivita, autogenní trénink, Jakobsonova progresivní relaxace, strategie zvládání stresu)
- vyrovnání se s nemocí
- poznání sebe sama
- nastavení nového fungování v zaměstnání, v rodině, ve vztazích
- výuka komunikace
- nevytváření stresu
- nalezení jiného úhlu pohledu
- učení "mít se rád"

myšlenky, ujasňují si, co je nejvíce trápí nebo čemu nerozumí. Navíc některé symptomy se daleko snáze ovlivní fyzioterapií a psychoterapií. Leckdy se pacienti či rodinní příslušníci obávají světit lékaři, protože své starosti považují za příliš intimní. Jindy má klient obavu, že jeho zdoluhavé vyprávění by lékaře okrádalo o vzácný čas.

Psychický stav pacienta má vliv na průběh choroby. Lidé přístupující aktivně ke své nemoci progredují pomaleji. Pokud absolvovali pravidelnou psychoterapii, měli na magnetické rezonanci (MR) méně enhancujících ložisek než kontrolní skupina. Až tak zásadně může psychika ovlivnit chorobu. Psychoterapie nevede tedy jen k tomu, že se pacient se svou závažnou chorobou cítí lépe.

Zakázka: Odžití emocí

Psychoterapie tu není od toho, aby za pacienta „řešila problém“ nebo aby mu dávala rady do života. Spíš má člověku pomoci uvědomit si souvislosti svých potíží a naučit se svůj vlastní potenciál využívat efektivněji. V užším smyslu jde o změny postojů, o sebeuvědomění a rozvinutí aktivního přístupu k léčbě či vytvoření no-

vého zdravějšího životního stylu s respektem k nemoci a k sobě samému. Uslyšet diagnózu RS není radostný zážitek. Nově diagnostikovaní pacienti mnohdy potřebují hlavně prostor ke sdílení emocí, naslouchání a provázení. Mohou si k psychoterapeutovi přijít pro podporu, informace, vyvztek se, vyplakat se, popřemýšlet, hledat odpovědi, srovnat myšlenky, najít motivaci a sílu.

Psychoterapie probíhá jako strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a klientem, v průběhu které dochází k rozšíření a prohloubení sebepoznání a která vede k omezení sebezničujícího chování, k účinnému zvládání problémů, konfliktů i životních úkolů. K jejím prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, práce s emocemi a uvědomováním či vytvoření terapeutického vztahu. Pomáhá pacientům lépe se přizpůsobovat životním situacím, získat náhled (porozumění souvislostem a neuvědomovaným motivům), vytěžit nové informace, učít se chybějícím sociálním dovednostem. Psychoterapie má vést k pocitům sebeuplatnění a seberealizace, k usku-tečňování vlastních možností a naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti a tím i k celkovému zvýšení kvality života.

Průběh terapie

Pro pacienty s RS je vhodná úvodní provázející terapie, která přechází ve střednědobou (asi tříměsíční, hodinová konzultace jednou za týden) individuální psychoterapii, tematicky definovanou pacientovou zakázkou. Na začátku psychoterapie je vždy žádoucí, aby klient za pomoci terapeuta přesně určil svůj aktuální problém – tzv. zakázku nebo kontrakt – čili s čím klient vlastně přichází, co by chtěl změnit, na čem potřebuje pracovat. Formují se tak reálná očekávání, která mohou redukovat klientovy problémy, čímž se také psychoterapie sama stává účinnější.

Později je vhodná skupinová psychoterapie, která využívá skupinovou dynamiku, a tím nabízí prožití širší roviny než terapie individuální. Nejdůležitějšími faktory jsou volná možnost sebeprojevení a zpětná vazba, emoční podpora, projekce, sdílení problémů, naslouchání a čerpání inspirace. Podle potřeby a přání pacienta probíhá i párová či rodinná terapie.

Multidisciplinární přístup

Začít intenzivně spolupracovat na komplexní péči o naše pacienty má veliký smysl. Ve světě je běžnou věcí multidisciplinární tým odborníků (lékař, psycholog, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, zdravotní sestra a v neposlední řadě i pacient a jeho rodina). Ti mezi sebou úzce spolupracují, radí se a diskutují o nevhodnější terapii. V našich krajích jde zatím o komfort. Všichni společně pak otevírají cestu k celostnímu přístupu, ze kterého pramení všechny aktivity směřující k stabilizaci nemoci, nalezení a udržení kvality života. V centrech vysoce specializované péče by sami pacienti měli vyžadovat psychoterapii a fyzioterapii jako součást svého léčebného programu.

Renáta Malinová
psychoterapeutka, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN



Ilustrační foto: Shutterstock



Zdravotnický záchranář už i v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci otevírá příští rok nový studijní obor Zdravotnický záchranář.

Vějíř studijní nabídky Univerzity Palackého v Olomouci (UP) se v novém akademickém roce 2017/2018 rozevřel. Vznikl totiž nový bakalářský obor Zdravotnický záchranář. Zájemcům by měl během tří let umožnit získání praktických dovedností v přednemocničnické, neodkladné a anesteziologicko-resuscitační péči, u akutního příjmu, od interní medicíny a chirurgie až po gynekologii nebo psychiatrii. Obor bude možné studovat na Fakultě zdravotnických věd (FZV), která se stala součástí univerzity v roce 2008.

Bez fyziky to nejde

První dvoukolové přijímací zkoušky se konají v červnu 2017. Písemný test prověří znalosti potenciálních studentů otázkami z biologie člověka a z výběru témat přírodních a společenských věd včetně prověření obecných studijních předpokladů. Ve druhém kole musí uchazeči absolvovat test fyzické zdatnosti, jehož náplní bude běh na 1500 metrů a plavání na 100 metrů volným způsobem v časových limitech. Fakulta vybere 30 úspěšných uchazečů. „Fyzická zdatnost bude při rozhodování o přijetí neméně důležitá. Zájemci tak mohou získat body, které ztratili v prvním kole,“ upozornil děkan fakulty Jaroslav Vomáčka.

Během tří let budoucí studenti získají poznatky z oblasti urgentní medicíny napříč různými obory. Studium bude orientováno zejména na propojení teorie a praxe. „Chceme dát posluchačům reálnou šanci, aby si teoretické znalosti mohli už v průběhu studia vyzkoušet a ověřit při praktických cvičeních,“ poznamenal Pavel Dráč z Ústavu ošetřovatelství FZV, který je také garantem nového oboru. Absolventi se podle něj

uplatní nejen u zdravotní záchranné služby, ale i na odděleních urgentního příjmu, v týmech horské služby nebo jako důlní záchranáři.



Teoretické ústavy Univerzity Palackého Olomouc, ve kterých také sídlí Fakulta zdravotnických věd.

Uplatnění i v nemocnicích

Do studijního plánu oboru se dostalo také řešení krizových situací. „Rozhodli jsme se seznamovat studenty s krizovou intervencí v psychiatrii. Budou se učit řešení náročných podmínek, do kterých se záchranáři dostávají při zvládnání agresivního pacienta, při pomoci oběti znásilnění nebo u člověka, který chce spáchat sebevraždu. Teoreticko-praktický předmět včetně nácví-

ku modelových situací připravil přednosta olomoucké Psychiatrické kliniky Ján Praško,“ doplnila proděkanka FZV Zdeňka Mikšová.

Mezi garanty studia a vyučujícími jsou zastoupeni také další špičkoví odborníci: ředitel Zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje Petr Hubáček, přednosta Ústavu klinické a molekulární patologie Lékařské fakulty Zdeněk Kolář nebo aktivní záchranářka a prezidentka Komory záchranářů České republiky Marinella Danosová.

Důkladná příprava

Děkan Jaroslav Vomáčka na tiskové konferenci řekl, že obhajoba nového oboru na ministerstvu nebyla lehká. „Připravovali jsme se velmi důkladně tři roky. Akreditační spis je opravdu velice kvalitní. Obhájili jsme jej v rekordním čase tří měsíců po odevzdání podkladů,“ řekl Vomáčka. Pochválil také tým, který bude obor vyučovat, a vyjádřil přesvědčení, že z fakulty začnou vycházet vysoce kvalifikovaní odborníci. „I proto budeme moci v budoucnu počítat s rozšířením nabídky o studium v kombinované formě a reálná je i vize navazujícího magisterského studijního programu,“ nastínil svou vizi děkan Vomáčka.

Vedle nově otevíraného oboru se zájemci mohou v příštím akademickém roce ucházet také o bakalářské studijní obory Porodní asistentka, Radiologický asistent, Fyzioterapie a Všeobecná sestra. Posluchárny se rovněž otevrou uchazečům o navazující magisterská studia Fyzioterapie, Intenzivní péče v porodní asistenci a Ošetřovatelství v interních oborech.

Text a foto Martin Ježek

Internet používá devět z deseti seniorů

Životní styl seniorů se za posledních deset let výrazně změnil. Z výzkumu Fenomén šedesátníků vyplývá, že 60 procent seniorů touží cestovat a téměř polovina chce pracovat s novými technologiemi.

Přestože nejvyužívanějším médiem u lidí nad 55 let zůstává televize, nebojí se seniori ani nových médií. Aktivně sledují internet, mají smartphony i čtečky knih. Téměř polovina z nich je pak činná na Facebooku. A tři ze čtyř respondentů se podle výzkumu cítí mladší, než ve skutečnosti jsou. „Dnešní seniori se snaží být aktivní, vyhledávají společenské akce a nebojí se zkoušet nové věci. Lidé starší 50 let jsou nejrychleji rostoucí skupinou uživatelů internetu,“ řekl Tomáš Kunc ze společnosti Senior Safe, která lidem starším 50 let nabízí poradenské služby.

Z aktuálních dat TGI-MML plyne, že 87 procent lidí ve věku 55 až 65 let má připojení na internet a téměř třetina disponuje mobilním telefonem s internetem. V 81 procentech případů pak seniori internet využívají i k e-mailové komunikaci, ale k oblíbeným činnostem rovněž patří sledování počasí, zpravodajství či vyhledávání informací. Seniori přicházejí na chuť i on-line nakupování, využívají ho tři čtvrtiny z nich. Bezma-



Foto: archiv MF

la 70 procent lidí starších 55 let používá také on-line bankovníctví. Seniori jsou stále aktivnější i na sociálních sítích. Používá je 45 procent z nich. Polovina dotázaných rovněž na internetu sleduje videa a přes 30 procent seniorů internet využívá k telefonování. „Facebook a Skype je pro mnohé jedinou možností, jak být v pravidelném kontaktu s vnoučaty,“ uvádí Kunc. Ani investice do nových technologií a elektronických vychytávek není seniorům cizí. Mobilní telefony seniori nevyužívají pouze k volání a psaní zpráv, ale i k fotografování či správě kalendáře.

Telefonická asistenční služba Senior Safe je k dispozici občanům starším padesáti let, kteří jsou často terčem násilí, podvodů a nekalých praktik obchodníků. Cílem je poskytnout bezpečnost, kvalitní služby, pohodlí a dostatek informací. Společnost spolupracuje s osvědčenými dodavateli z různých oborů. Seniorům se snaží zprostředkovat seriózní a slušné jednání řemeslníků i odborné právní nebo finanční poradenství.

Více informací na: SeniorSAFE.cz (red)

Hematoonkologickým pacientům se nedostává moderních léků

Nádorová onemocnění krve a krevetvorných orgánů charakterizuje vysoce nenaplněná medicínská potřeba – ačkoli je moderní účinná léčba k dispozici, nedostává se všem pacientům, pro které je v daném čase žádoucí.

Diskutovat o problému a hledat jeho efektivní řešení přišli zástupci z oblasti onkologie, nemocničního managementu, SÚKL, zdravotních pojišťoven, medicínské práva i patientských organizací. Seminář „Nové léčebné možnosti v hematoonkologii – konflikt medicíny a ekonomiky“ se konal 14. října v pražské Vile Grébovka.

Paragraf 16

Hematoonkologickou péči charakterizuje výrazný nárůst výdajů, vynakládaných zejména na centrovou léčbu. „Na onemocnění z této skupiny jde přibližně 36 procent celkových nákladů určených pro komplexní onkologická centra. Navýšení ovlivňuje nasmlouvání úhrad nových léků, rozšiřování léčebných indikací i nárůst spotřeby léčiva schváleného revizním lékařem,“ uvedl Ing. Robert Czékus, MHA, ekonomický náměstek FN Brno. Pro mnohé pacienty je však indikovaná léčba nedostupná. Překážkou dostupnosti inovativních léčiv, která podstatným způsobem zkvalitňují život nemocných, je nejen vysoká cena, ale i opožděné, až několikaleté čekání na úhradu nově registrovaných léčivých přípravků z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Předepisujícím odborníkům tak nezbyvá než ve vybraných případech využívat § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění – s cílem získat úhradu dosud nehraných přípravků prostřednictvím souhlasu revizního lékaře. Ačkoli by tato zákonná žádost měla být uplatňována spíše v ojedinělých situacích a v případě nejdražší inovativní terapie, musí lékaři z komplexních onkologických center vlivem regulačních omezení žádat o úhradu nejen tam, kde je uvedena léčba jedinou účinnou možností, ale dokonce i tam, kde se podává lék, který je na trhu již několik desetiletí.

Najít senzitivního pacienta

Snahou specialistů, kteří u svých pacientů léčí mnohočetný myelom (MM), je najít účinný lék pro konkrétního, senzitivního nemocného. „Jde o heterogenní onemocnění a možnost výběru z více léků zvyšuje šanci na vyléčení. Důležité je však i načasování terapie. Je rozdíl, zda léčbu zahájíme na začátku nemoci, nebo v době rezistentního relapsu,“ upozornil prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., přednosta Kliniky hematoonkologie LF OU a FN Ostrava. Překážkou dostupnosti některých léků (bortezomib, lenalidomid) a včasné léčby je podle něj evropská regulace a nepochopení ze strany zdravotních pojišťoven. Pro léčbu tohoto onemocnění mají onkologové k dispozici několik účinných preparátů, další kandidátní molekuly jsou ve III. fázi klinických studií.

Léčba MM je ovšem finančně náročná (u nejmolekulárnějších léků šplhají měsíční náklady na pacienta až do výše 300 tisíc korun), nicméně je vysoce účinná. „Máme vlastní data, která prokazují, že nové léky umožňují přežívání kolem 5 let, což je významný pokrok,“ uvedl onkolog a upozornil, že u vybraných léků, bohužel, došlo v poslední době k zásadním restriktivním opatřením ze strany SÚKL, včetně „odsmlouvání“ přípravků (pomalidomid, VFN). To vede k tomu, že pro



Ilustrační foto: Shutterstock

pacienty s MM je v ČR poprvé v historii léčba dostupná nerovnoměrně. „Místo restrikcí by měl SÚKL umožnit pacientům užívání účinných léků za určitých opatření,“ řekl Hájek.

Přehodnotit regulační opatření

Také nemocní s lymfomy a chronickou lymfocytární leukemií (CLL) mají ztížený přístup k moderní léčbě. „Zavedení cílené terapie, zejména rituximabu, vedlo navzdory stoupající incidenci k sestupu mortality na tyto nádory. Další nové cílené léky posilují udávaný trend. Fungují totiž tam, kde nejsou ostatní preparáty účinné,“ vysvětlil prof. MUDr. Marek Trněný, CSc., přednosta I. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Problémy tu jsou opět s úhradou, a to nejen novějších léků (idelalisib, ibrutinib, lenalidomid, nivolumab, venetoclax a dalších), ale i některých starších, levných preparátů, jako je bendamustin či cyklofosamid. „Důsledkem je, že lékař je v mnoha případech nucen žádat o paragraf 16 a poté je zavalen papíry a argumentací zdravotních pojišťoven. Je třeba, abychom si společně sedli se zástupci SÚKL, pojišťoven, lékařů i s ministerstvem zdravotnictví a v zájmu pacientů vymezili své odpovědnosti a také si stanovili realistické cíle. Vzhledem k tomu, že náklady na léčbu rostou, je třeba přistoupit k problematice racionálně – budovat mosty mezi tím, co je možné a co si můžeme dovolit,“ navrhl Trněný. Podle Hájka je pak jedním z možných řešení přidělování financí do nemocnic na konkrétní účely, nikoli v jednom balíku.

Vysoudit si „právo na léčbu“

Do budoucna bude podle Hájka stoupat význam patientských organizací, stejně jako bude přibývat motivovaných právníků zastupujících pacienty tam, kde

vázne úhrada léku. Jak uvedla Jana Pelouchová, předsedkyně patientského sdružení Diagnóza leukemie, hlavním cílem sdružení je zapojení pacientů do úhradových rozhodovacích procesů. „Pacienti věří v udržitelnou inovaci léčby. Ta však nemá smysl tam, kde není dostupná. Sama jsem dvakrát slyšela, že u mě léčba selhala, ale díky novým lékům přežívám se svou nemocí už déle než 15 let,“ konstatovala Pelouchová.

Právo vysoudit si adekvátní péči na podkladě současné legislativy přiznává pacientům také MUDr. Mgr. Jolana Těšinová, Ph.D., předsedkyně Společnosti medicínské práva ČLS JEP. Týká se to i případného finančního odškodnění pozůstalých za újmu způsobenou nedostupností léku. Právní rámec nároku na indikovanou léčbu je podpořen řadou zákonů, počínaje Úmluvou o lidských právech a biomedicíně a Listinou základních práv a svobod. Nověji některé ze zákonných institutů upřesňuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, občanský zákoník a rozhodnutí Ústavního soudu. „Pacient musí být ošetřujícím lékařem poučen o možnostech i rizicích léčebného postupu a na základě toho má právo léčbu požadovat nebo odmítnout,“ upozornila Těšinová. Bezplatná péče na nejvyšší úrovni pro všechny je však navzdory zákonným normám nemožná a konflikt mezi právem pacienta a možnostmi regulované zdravotní péče přetrvává.

Mezi pozvanými osobnostmi rovněž nechyběli MUDr. Juraj Slabý z oddělení hodnocení zdravotnických technologií Státního ústavu pro kontrolu léčiv, PharmDr. Ivana Cimalová, MBA, ředitelka zdravotnického odboru Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR, a MUDr. Emília Bartišková, ředitelka odboru kontroly a revize zdravotní péče Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

MUDr. Andrea Skálová



Nové možnosti léčby IBD.

Zvětšuje se rozdíl mezi Východem a Západem

Významné aspekty z oblasti terapie idiopatických střevních zánětů (IBD) přinesl XV. intenzivní kurz IBD pro lékaře a sestry, který proběhl letos 10. a 11. listopadu v pražském IKEM. Prezentované poznatky shrnul předseda České gastroenterologické společnosti **prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.**

Na které hlavní problémy z oblasti IBD se zaměřoval kurz a proč jsou významné?

Hlavní témata kurzu byla jako vždy zaměřena na aktuální možnosti diagnostiky a léčby nemocných s idiopatickými střevními záněty – s cílem využití nových vyšetřovacích metod, nové léčby a spolupráce s jinými odbornostmi, jako jsou chirurgové a nutričníisté. Velmi oblíbené jsou živé endoskopické přenosy s interaktivní diskuzí a s rozбором jednotlivých případů.

Jaké jsou inovace v terapii IBD?

Novinkou je zavedení léčiva Cortimentu MMX u nemocných s ulcerózní kolitidou, které je vhodné u lehčích forem onemocnění. V segmentu biologické léčby se diskutuje o optimální roli antiintegrinových protilátek



Foto: archiv MF

vedolizumabu a na lepší časy se blýská s čerstvě schválenou terapií ustekinumabem v indikaci Crohnovy nemoci.

Můžete něco říci ke kontroverzím, o kterých se zde mluvilo?

Největším problémem je velmi omezená dostupnost nové inovativní terapie v klinické praxi. Určitá frustrace vychází především ze srovnání možností léčby v západních zemích Evropy a u nás. V SRN se léčí nejnovějšími biologickými preparáty více než pět tisíc nemocných se střevními záněty. Možnost terapie je pro německé pacienty otevřená již dva roky, kdežto u nás je léčeno pouze několik z nich, a to na zvláštní paragraf. Ekonomický potenciál vyspělých zemí se v tomto srovnání projevuje drtivě a naše skromné až mizivé možnosti otevřít léčbu všem potřebným jsou pro lékaře velmi

nepříjemné, zvláště když vědí, jaké řešení by konkrétnímu pacientovi mohlo pomoci.

Jaké změny přináší ECCO guidelines?

Hlavní předností je standardizovaný diagnostický postup v klinické praxi. S novými možnostmi léčby se ale pomyslné nůžky mezi Východem a Západem paradoxně rozevírají. Nicméně vytvoření ECCO guidelines je největším přínosem této organizace i z globálního světového hlediska.

Co by měli lékaři vědět o vztahu malignit a IBD?

Měli by si uvědomovat, že IBD mohou indukovat vznik malignit v tlustém a tenkém střevě. Měli by mít také na mysli, že imunosupresivní i biologická léčba zásahem do imunitních reakcí může u některých nemocných riziko malignit zvyšovat. Proto by do sledování měly být inkorporovány rovněž některé preventivní vyšetření a prohlídky, jež tato rizika minimalizují.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M161000851

PRACOVNÍ DNY KOLOPROKTOLOGICKÉ SEKCE ČCHS ČLS JEP

9. – 10. února 2017

v kongresovém sále Žižkovské věže / Congress Hall of Žižkov Tower
(Mahlerovy sady 1, 130 00 Praha 3)

Miniinvazivita, technika a nová řešení v koloproktologii

Garantem odborného programu je přednosta Chirurgické kliniky
2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze

prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.



MEDIÁLNÍ PARTNER

ORGANIZÁTOR



**Volná místa****Sekundárního lékaře**

Fakultní nemocnice v Motole přijme:

- **sekundárního lékaře/ku se zájmem o infekční obor pro Interní kliniku 2. LF UK a FN Motol**

Nabízíme:

Zaměstnání na plný úvazek, velmi dobré finanční ohodnocení, možnost dalšího profesního růstu, ubytování pro mimopražské, zaměstnanecké benefity.

Nástup možný ihned.

Kontakt:

Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail: interna@fnmotol.cz
Info tel.: 22443 4001.

M161000875

Lékaře/lékařku

Nemocnice Tábor, a.s., přijme:

- **Lékaře/ku pro Gynekologicko-porodnické oddělení**
- **Lékaře/ku pro Psychiatrické oddělení**
- **Lékaře/ku pro Interní oddělení - kardiologie**
- **Lékaře/ku pro Interní oddělení - gastro**

Požadujeme:

Specializovaná způsobilost či zařazení v oboru vítáno. Vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

Zaměstnání na plný pracovní úvazek, pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr, výhodné mzdové ohodnocení, plně hrazená specializační příprava, v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně.

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

M161000864

Kontakt:

MUDr. Jiří Holub, primář GYN-POR,
tel.: 381 605 300,
e-mail: jiri.holub@nemta.cz

MUDr. Libor Macák, primář PSYCH,
tel.: 381 606 700,
e-mail: libor.macak@nemta.cz

MUDr. Rostislav Král, primář INT K,
tel.: 381 606 100,
e-mail: rostislav.kral@nemta.cz

MUDr. Ladislav Douša, primář INT G,
tel.: 381 606 000,
e-mail: ladislav.dousa@nemta.cz

M161000771

Lékař/lékařka

Moderní kožní zařízení v Praze hledá:

- **dermatologa/dermatoložku**

Nabízíme:

Nadstandardní odměňování.

Kontakt:

tel.: 603 222 123

M161000885

Zdravotní sestra

Alergologická ordinace na Praze 7 hledá:

- **zdravotní sestru**

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

Kontakt:

e-mail: ivana.kopova@post.cz

M161000832

Zdravotní sestra

Do ordinace VPL v Poberouň - Lety hledáme:

- **zdravotní sestru**

Kontakt:

tel.: 603 750 514

M161000878

Práce ve Švédsku

Společnost Renova Care hledá :

- **lékaře**
- **zubní lékaře**
- **zdravotní sestry/bratry**

Požadujeme:

Vzdělání v oboru, platné osvědčení k výkonu povolání, bezúhonnost, flexibilitu, řidičský průkaz.

Nabízíme:

Zaměstnání ve špičkových zdravotnických zařízeních. Výborné platové ohodnocení, dobré pracovní podmínky.

Výuku švédského jazyka (výuka začíná v ČR), ubytování blízko místa práce (k dispozici také auto).

Kontakt:

tel.: 792 308 407,

e-mail: info@renovacare.cz,

www.renovacare.cz

M161000892



NEMOCNICE PODLEŠÍ a. s. HLEDÁ lékaře/lékařku na oddělení cévní a miniinvazivní chirurgie prestižního Komplexního kardiovaskulárního centra

POŽADUJEME:

• způsobilost podle zákona č.95/2004 Sb. • minimálně základní chirurgický kmen • spec. způsobilost v oboru cévní chirurgie vítána, není však podmínkou (vítán i mladý chirurg s chutí se rozvíjet zejména v oboru cévní chirurgie, ale nejen v něm) • aktivní znalost cizího jazyka • flexibilitu, samostatnost, spolehlivost a odpovědnost • aktivní přístup k práci • vstřícné chování a vystupování

NABÍZÍME:

smluvní mzdu • práci na plný úvazek • možnost dalšího osobního i odborného rozvoje na nejvyšší úrovni s podporou zaměstnavatele • profesionální zázemí a stabilní zaměstnání • seriózní, vstřícné a korektní interpersonální vztahy • práci na prestižním, akreditovaném, specializovaném pracovišti

PLATOVÉ PODMÍNKY:

• individuální - smluvní (budou dohodnuty při osobním jednání)

BENEFITY:

zaměstnanecké benefity (příspěvek na stravování, příspěvek na životní připojištění, úhrada vakcíny proti chřipce, 5 týdnů dovolené, odměny při životních a pracovních jubilejních, příspěvek na dětskou zimní nebo letní rekreaci v rámci holdingu, úhrada poplatku v ČLK a další).

TERMÍN NÁSTUPU:

na základě dohody

KONTAKT:

Mgr. Simona Szusciková, e-mail: simona.szuscikova@npo.agel.cz
tel. +420 558 304 103

NEMOCNICE SLANÝ PŘIJME DO PRACOVNÍHO POMĚRU PRO PRÁCI VE SMĚNNÉM PRACOVNÍM REŽIMU

všeobecnou sestru, zdravotnického asistenta nebo zdravotnického záchranáře pro tato oddělení:
• chirurgické oddělení - aseptická část • chirurgické oddělení - operační sál • interní oddělení • ARO
• dětské oddělení • gynekologické oddělení
dále přijme:
• radiologického asistenta/ku • fyzioterapeuta/ku
• laboranta/ku pro oddělení klinické biochemie a hematologie

POŽADUJEME:

zdravotní způsobilost a bezúhonnost
minimální úvazek 0,5

NABÍZÍME:

Platové ohodnocení dle platné legislativy v závislosti na délce odborné praxe, zaměstnanecké benefity (příspěvek na stravování, dovolenou, dojíždění, příspěvek na dětské tábory, slevy na léky zakoupené v nemocniční lékárně), možnost ubytování, placení dalšího vzdělávání (kurz, specializační vzdělání, příspěvek na vysokoškolské vzdělání), Louny - doprava zajištěná (svoz)

Nástup možný ihned nebo po dohodě.

**Kontakt: Jiřina Sirová, hlavní sestra, tel. 312 575 314,
nebo sirova.jirina@seznam.cz**

Nemocnice Slaný přijme radiologického asistenta/ku na vedoucí funkci

POŽADUJEME:

- odbornou způsobilost
- schopnost pracovat samostatně i v kolektivu
- spolehlivost, trestní bezúhonnost

NABÍZÍME:

- i nižší pracovní úvazek (minimálně 0,75)
- podporu profesního růstu
- příspěvek na závodní stravování, dojíždění, dovolenou

nástup 1. 12. 2016
nebo podle dohody

**Kontaktní osoba:
primář rtg MUDr.
Martin Votýpka Pecha,
tel. 606 661 510**



**ŘEDITEL INSTITUTU KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ
MEDICÍNY vyhláší výběrové řízení na pozici:
přednosta Kliniky kardiovaskulární chirurgie IKEM**

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru, akademický titul Ph.D. (nebo ekvivalent), dosažený vědecko-pedagogický titul docent nebo profesor
- minimálně 10 let praxe v oboru
- specializační atestace v oboru kardiochirurgie
- excelentní odborná publikační činnost s významným dokumentovatelným mezinárodním ohlasem, prokazatelné aktivní zapojení do mezinárodních vědecko-výzkumných projektů, orgánů a sítí, dlouhodobé a soustavné působení v oblasti transplantologie srdce a moderních metod léčby srdečního selhání
- velmi dobré organizační a řídicí schopnosti
- schopnost koordinace týmové práce

Příhlášky zasílejte do 6. ledna 2017 na adresu:

Institut klinické a experimentální medicíny
Ing. Michal Stiborek, MBA
náměstek ředitele pro ekonomiku a provoz
Václavská 1958/9,
140 21 Praha 4-Krč

K přihlášce je nutno přiložit:

strukturovaný profesní životopis s přehledem publikační činnosti a vědecko-výzkumné práce (projektová činnost), fotokopie dokladů o vzdělání a udělených titulech, osvědčení a čestné prohlášení podle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění, způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců, prohlášení o souhlasu s použitím osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění, pro účely výběrového řízení. Podrobnější informace na tel. čísle: 261 364 014



Inzerce Mf61000603

**PRIMÁŘ/PRIMÁŘKA ODDĚLENÍ PNEUMOLOGIE
A FTIZEOLOGIE**

*Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
vypisuje výběrové řízení na obsazení pozice
primář/primářka oddělení pneumologie
a ftizeologie.*

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- odbornou způsobilost k výkonu povolání podle ust. § 4 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- specializovanou způsobilost v oboru pneumologie a ftizeologie
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře/vedoucího lékaře
- trestní bezúhonnost
- zdravotní způsobilost bez omezení
- řídicí, komunikační a organizační schopnosti
- praxi v oboru minimálně 10 let
- znalost práce na PC

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky odpovídající zařazení dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. + osobní příplatek + příplatek za vedení, příp. po dohodě smluvní plat
- podporu odborného i profesního růstu
- pomoc při zajištění ubytování
- 5 týdnů dovolené, příspěvek na stravování a další
- zaměstnanecké benefity, příjemné pracovní prostředí

Nástup: dle dohody.

Bližší informace na tel. č. 465 677 814, 723 902 541, své přihlášky do výběrového řízení doložené strukturovaným životopisem s přehledem dosavadních zaměstnání a praxe, požadované doklady o dosaženém vzdělání a kvalifikaci (notářsky ověřené kopie), platným výpisem z rejstříku trestů ne starším 3 měsíců, lékařským potvrzením a písemným souhlasem s nakládáním s osobními údaji zašlete nejpozději do 31. ledna 2017 poštou na adresu Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk, Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk, příp. e-mailem na adresu albertinum@albertinum-olu.cz

Inzerce Mf61000855

**Psychiatrická nemocnice
Marianny Oranžské
v Bílé Vodě (státní
příspěvková organizace)**
vyhláší výběrové řízení
na pozici hlavní sestry
(náměstkyně/náměstkyně
ošetřovatelské péče)
(pracovněprávní vztah
od 1. března 2017)

POŽADAVKY:

odborná způsobilost v oboru
všeobecná sestra (zákon
č. 96/2004 Sb. v platném
znění), VŠ, VOŠZ nebo SZŠ
s PSS v oboru ošetr. péče
v psychiatrii (z. 96/2004,
§ 92).

Komunikační, organizační
a manažerské schopnosti,
znalost legislativy
a standardů ošetrivatelské
péče.

**Požadované doklady
s písemnou přihláškou
zasílejte do 15. 1. 2017
na adresu:**

Bc. Ludmila Micáková,
Psychiatrická nemocnice
Marianny Oranžské,
Ves Bílá Voda 1, 790 69
Bílá Voda. Bližší info na:
**www.pnmo.cz/20586/
volna-mista/
Elektronické přihlášky
se nepřijímají.**

Inzerce Mf61000859

Nemocnice Písek, a.s.

přijme lékaře

ANESTEZIOLOGA

- Požadujeme:**
- odbornou způsobilost lékaře
 - ukončený základní kmen výhodou
 - spec. způsobilost v oboru vnitřní
 - aktivní přístup k práci
 - odolnost vůči stresu

- Nabízíme:**
- práce na akreditovaném pracovišti
 - moderní provoz 21. století
 - centrum infuzní terapie
 - lektorů na využívání UZ metod v regionální anestezii
 - motivující finanční ohodnocení
 - přátelský mladý kolektiv
 - možnost dalšího vzdělávání
 - zaměstnanecké benefity
 - možnost ubytování

Kontakt:

**Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589
tel: 382 772 017, e-mail: personalni@nemopisek.cz**

Inzerce Mf61000843



**Bezpečná, moderní a vstřícná nemocnice
v podhůří Šumavy s možností celoročního
sportovního vyžití.**

Vyhlašujeme výběrové řízení na obsazení pozice

PRIMÁŘ chirurgického oddělení

Nabízíme:

- dlouhodobou perspektivu a zajímavou spolupráci
- motivující nadstandardní mzdové ohodnocení
- příjemné pracovní prostředí, profesionální kolektiv
- realizaci v oboru a podporu osobního rozvoje
- vedení a zajištění podmínek k dalšímu vzdělávání, úhradu nákladů na vzdělání
- možnost ubytování v areálu nemocnice / příspěvek na ubytování
- dotované závodní stravování, 5 týdnů dovolené, zaměstnanecké benefity (slevy na kulturní, sportovní, relaxační a jiné akce)

Požadujeme:

- praxi v oboru min. 8 let
- specializaci v oboru
- primářskou licenci
- profesionální přístup k plnění úkolů
- loajalitu k zaměstnavateli
- komunikativnost a vstřícnost
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost

Své životopisy, prosím, zasílejte **do 15. 1. 2017** na adresu personálního oddělení. Další možnosti budou upřesněny při osobním pohovoru. Potenciální zájemci jsou zváni k nezávazné informační návštěvě.

Kontakt:

Ivana Hlinková, personální náměstkyně,
Nemocnice Sušice, Chmelenská 117,
342 01 Sušice

T: +420 735 176 585

E: hlinkova@nemocnice-susice.cz

Jsmo členem skupiny NEMOS GROUP www.nemosgroup.cz

Inzerce Mf61000867

**Firma Chirana
T. Injecta, s. r. o.,**
výrobce chirurgických
šicích materiálů,
hledá ženy na třísměnný
pracovní poměr
do výroby. Podmínkou
je zručnost.

Nabízíme:

- 5 týdnů dovolené
- 13. plat + příspěvek na obědy a dovolenou
- stravenky a další benefity

**Praha 4-Komořany
Tel. 241 097 915**

Inzerce Mf61000838



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





Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí přijme lékaře/lékařku

Nabízíme nadstandardní platové ohodnocení, jednorázovou odměnu po uplynutí zkušební doby až do výše 250 tis. pro lékaře se specializací v oboru RFM, u absolventa do 150 tis., příspěvek na stravování a 25 dnů dovolené.

Požadujeme odbornou způsobilost k výkonu povolání podle zákona, trestní bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Pozice je vhodná i pro absolventy.

Životopisy zasílejte na e-mail: sekretariat@rehabilitacniustav.cz, www.rehabilitacniustav.cz, tel. 465 544 206

Nemocnice Dačice, a. s.
HLEDÁ
GASTROENTEROLOGA
od 1. 1. 2017
i na částečný úvazek.

Plat dohodou, možnost ubytování v areálu, zaměstnanecké benefity.

Volejte na 384 358 211,
Ing. Krechlerová.

LÉKAŘ/LÉKAŘKA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ LŮŽKOVÉ PÉČE (LDN)

*Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
přijme lékaře/lékařku - pro oddělení LDN*

Nástup dle dohody.

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání podle ust. § 4 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- výhodou specializovaná způsobilost v oboru interní lékařství, geriatry
- trestní bezúhonnost
- zdravotní způsobilost bez omezení praxi v oboru minimálně 5 let

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky odpovídající zařazení dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. + osobní příplatek
- podporu odborného i profesního růstu
- pomoc při zajištění ubytování
- 5 týdnů dovolené, příspěvek na stravování a další zaměstnanecké benefity, příjemné pracovní prostředí

Bližší informace na tel. č. 465 677 814, 723 902 541, svou nabídku s kopiemi požadovaných dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zašlete poštou na adresu Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk, Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk, příp. e-mailem na adresu albertinum@albertinum-olu.cz

LÉKAŘ/LÉKAŘKA ODDĚLENÍ PNEUMOLOGIE A FTIZEOLOGIE

*Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
přijme lékaře/lékařku - pneumologa*

Nástup dle dohody.

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání podle ust. § 4 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- výhodou specializovaná způsobilost v oboru pneumologie a ftizeologie
- trestní bezúhonnost
- zdravotní způsobilost bez omezení praxi v oboru minimálně 5 let

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky odpovídající zařazení dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. + osobní příplatek
- podporu odborného i profesního růstu
- pomoc při zajištění ubytování
- 5 týdnů dovolené, příspěvek na stravování a další zaměstnanecké benefity, příjemné pracovní prostředí

Bližší informace na tel. č. 465 677 814, 723 902 541, svou nabídku s kopiemi požadovaných dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zašlete poštou na adresu Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk, Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk, příp. e-mailem na adresu albertinum@albertinum-olu.cz

LÉKAŘ/LÉKAŘKA PSYCHIATRICKÉHO ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ PÉČE

*Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk
přijme lékaře/lékařku - psychiatra, gerontopsychiatra*

Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání podle ust. § 4 zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- výhodou specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie
- trestní bezúhonnost
- zdravotní způsobilost bez omezení praxi v oboru minimálně 5 let

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky odpovídající zařazení dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. + osobní příplatek
- podporu odborného i profesního růstu
- pomoc při zajištění ubytování
- 5 týdnů dovolené, příspěvek na stravování a další zaměstnanecké benefity, příjemné pracovní prostředí

Bližší informace na tel. č. 465 677 814, 723 902 541, svou nabídku s kopiemi požadovaných dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zašlete poštou na adresu Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk, Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk, příp. e-mailem na adresu albertinum@albertinum-olu.cz



MEDICAL SERVICES



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

