

# ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

4  
2018



Obľíbený Ples sester proběhl  
letos opět na Žofíně...

více od str. 34

abbvie

## NÁŠ VÝZKUM VEDOU INOVACE. NAŠI PRÁCI VEDE LIDSKOST.

**Spojili jsme zázemí silné farmaceutické společnosti se špičkovými biotechnologickými poznatky, abychom pomohli pacientům zvládnout výzvy, které denně podstupují.**

Zaměřujeme se na vývoj nových léků, které zlepšují kvalitu života pacientů a mají významné klinické účinky. Náš výzkum je zaměřen na oblasti neurologie, imunologie, onkologie, onemocnění ledvin, léčbu hepatitidy C, gynekologická onemocnění a péči o předčasně narozené děti.

[www.abbvie.cz](http://www.abbvie.cz)



AbbVie s.r.o., Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5, tel.: +420 233 098 121, fax: +420 233 098 120

CZABVI80005

## Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

honosit se titulem „medical journalist“ není žádný med. Jestliže se tvrdí, že lékaři jsou nejhorší pacienti, protože „do všeho vidí a do všeho mluví“, pak odborní redaktoři ve zdravotnických médiích na tom nejsou o moc lépe.

Za prvé neustále čelí propracované marketingové strategii PR agentur, která se snaží do médií protlačit zaručeně životně důležité informace týkající se vybrané diagnózy – rozuměj léku, který potřebuje farmaceutická firma zviditelnit, často pomocí prezentace těžce nemocného pacienta, jenž mohl být zdravý, kdyby: se nechal očkovat vakcínou A/dostal včas lék B/obdržel kombinaci léků C+D/pojišťovna mu proplatila lék E...

Za druhé musí takový redaktor oběhnout během měsíce několik velkých kongresů a vtěsnat nové poznatky z kardiologie, hepatologie, onkologie, diabetologie a revmatologie do čtyř

stran časopisu tak, aby to bylo zajímavé pro čtenáře, přijatelné pro přednášející i atraktivní pro sponzory. Zatímco se potýká s genetickým pozadím biomarkerů v angličtině, při interview s prezidentem kardiologického kongresu se dozví, že flebologií se zabývá jiná odborná společnost, prezident hematologického sjezdu zase odkáže na kolegu hematooonkologa a hepatolog na dotaz týkající se NASH předá kontakt na kolegyni, protože on je specialista na VHC. Mezitím citujete v článku profesora K, a profesor L se urazí, protože profesora K nesnáší, a už s vámi nechce spolupracovat.

Ale jinak je to krásná a ušlechtilá práce. Možná, že až nebudou v nemocnicích lékaři, budeme tam ordinovat my, medicínští žurnalisté. Kontinuálně se totiž vzděláváme v celé šíři medicíny, zvládneme multitasking, jsme mistři empatie a komunikace.



Já osobně mám však jednu slabinu. Bojím se, že až přijdu do ordinace jako pacientka, budu „vědět víc“ než ošetřující lékař. Ne snad v jeho specializaci, ale v celém kontextu medicíny. Kolegové, mějte tedy, prosím, pro moji anticipační úzkost pochopení. Jsem pouhý teoretik ztracený v moři medicínských informací...

*Audna Glučová*

šéfredaktorka

OBSAH

## ZAM

### Zdravotnictví a medicína

■ Naše zdravotnictví nevzkvétá	4	■ Oranžový náramek a dříve vyslovená přání	18	■ Mnohočetný myelom: opomíjené onemocnění	30
■ Problematika úhradové vyhlášky	5	■ Zeiss: prestižní přístroje i vzdělávání	19	■ Protonová terapie v léčbě karcinomu prostaty	32
■ L.P. roku 21. účinnosti dočasného zákona č. 48/98 Sb.	6	■ Implantát XEN – inovace v léčbě glaukomu	20	■ Nové znalosti o mozku	33
■ Reakce na duel lékárníků ve Zdravotnictví a medicína 3	7	■ Aerobní zdatnost zvyšuje toleranci zátěže	21	■ Ples sester opět na Žofíně	34
■ Stakeholdři snídali s ministrem	8	■ Možnosti konzervativní léčby glaukomu	22	■ Práce pedagogů není marná	37
■ V oblasti vývoje umělé inteligence hrozí, že nám ujede vlak	10	■ Komiksy vysvětlují dětem závažná onemocnění	23	■ Více kompetencí a každodenního uznání	39
■ Světoví vizionáři diskutovali o nových technologiích	13	■ Magistrát a sněmovna bojují proti meningokoku	24	■ Bariérový režim u pacientů s multirezistentní infekcí	40
■ Kdo bude učit na medicíně?	14	■ Ministr zdravotnictví bilancuje 100 dnů v úřadě	25	■ Představujeme patientské organizace: Nevypusť duši	43
■ Péče o seniory v Austrálii – můžeme se inspirovat?	16	■ Slibné výsledky v léčbě IBD	26	■ Doktorfest	44
		■ Imunoterapie pokročilého karcinomu prsu	27	■ Canadian Medical nově na Waltrovce	44
				■ Projekt IKEM – Proběhni.se	45
				■ Unikátní mamograf v novojičínském centru	46
				■ Očkování dospělých	48



# Naše zdravotnictví nevzkvétá

*Parafrázovaná slova klasika plně vystihují naši současnou situaci. Sice se ještě často říká, že poskytujeme evropskou medicínu za mizerné peníze, ale to je pravdě stále více vzdálené. Zdravotnictví neohrožuje nižší podíl zdravotnických nákladů na HDP, než má sousední Německo, ale jeho postupný organizační, strukturální a personální rozklad.*



Foto: archiv MF

Nedotažený přechod od státního systému do pluralitního pojišťovenského vytvořil prostředí, které nestimuluje rozvoj kvality a efektivity zdravotnictví. Na špatném nastavení rolí, na obecné neodpovědnosti, gumových pravidlech a perversních motivacích bohatnou ti, kteří v tom umějí chodit, a je jedno, jestli právě nosí dres lékaře, podnikatele, manažera, politika či kohokoli jiného. Proto je uvedené provizorium tak stabilní a úspěšně odolává všem pokusům o své odstranění. Výsledkem je zdravotnictví, se kterým chce spojit svoji životní dráhu stále méně mladých lidí a v němž probíhá strukturální a personální destrukce.

Nemocnice s rozdílnou úspěšností manévrují v kleci rozpočtů, které účinně blokují jak jejich rozvoj, tak transformaci v něco užitečnějšího, a přestávají být atraktivním zaměstnavatelem, také kvalifikovaní lékaři se stěhují do privátů a sestřičky do Lidlů. Personální problémy roztáčejí nejen spirálu růstu osobních nákladů v nemocnicích, ale zvyšují i nerovnost v platech mezi jednotlivými zdravotníky. Ministerstvem nařizovaná plošná procentuální navýšení tomu nasadila korunu.

Navíc máme dost nešikovný systém postgraduálního vzdělávání, který školitelé nastavili spíše ke svému prospěchu a pohodlí než pro blaho vzdělávaných. V zemích, jež jsem



Ilustrační foto: Shutterstock

pracovně poznal, se lékaři v tréninku nestávají kmenovými zaměstnanci první nemocnice, do níž vstoupí, aby pak běhali po různých stážích a kurzech, ale jsou na jednotlivá pracoviště přijímáni právě na tak dlouhou dobu, kterou curriculum jejich oboru předepisuje, jsou součástí týmu, nikoli stážisty.

V rámci správného tažení za centralizaci specializované péče se zcentralizovalo i poskytování běžné péče, takže velké nemocnice nestíhají, zatímco malé nemají pacienty a pojišťovny za to vše utrácí víc, než by bylo nutné. Máme o třetinu více ambulantních specialistů než na západě, zato praktických lékařů se nedostává a jejich role v systému je upozaděna. Do prostředí pak vstupuje pacient, který postrádá jakoukoli motivaci k racionálnímu čerpání péče, stejně jako vliv na podobu péče, jíž se mu dostane. Každý pak reaguje podle svého naturelu – jeden pokorně čeká hodiny na ošetření, druhý se nechá odvézt záchrankou pro nové recepty.

Prostředí bez jasných pravidel generuje nerovnost, korupci, agresivitu a kverulantství. Zásahy politiků, až na čestné výjimky, situaci ještě zhoršují. Zdravotnictví je politikum a zároveň se v něm rozdělují tři stovky miliard. Marodi jsou v naší populaci v menšině, nějaké volby stále na spadnutí, a tak místo úsilí o dlouhodobý rozvoj zdravotnictví byla dáována přednost uplácení voličů rušením regulačních poplatků, prodlužováním lázeňských pobytů a předstíráním boje za sociální spravedlnost.

Úhradová vyhláška na jedné straně brání vzniku chaosu v nedodělaném pojišťovenském systému, ale na druhé straně umožňuje rozdělovat peníze v systému podle vrchnostenských představ a potřeb. Koefficient specializace byl hodně velká kulišárna, ale ještě obratnější bylo vyřazení DRG ze hry

příslibem jeho restartu. Není žádným tajemstvím, že se za státní nebo evropské peníze nenakupovalo právě lacino, a je opravdu legrační, když se bývalý politik hájí tím, že nekradl pro sebe, ale pro stranu.

Za neplechy ve zdravotnictví nemůže primárně špatnost jednotlivých aktérů, ale systémově špatně nastavené nakládání s penězi. Naše zdravotní pojišťovny peníze dobře vybírají a podle nastavených not rozdávají, ale jinak dělají mrtvé brouky. Rozpohybování pojišťoven je klíčem ke změně a stačí k němu tři kroky. Prvním je sjednocení corporate governance zdravotních pojišťoven tak, aby jejich řídicí struktury byly motivovány je řídit ku prospěchu pojištěnců a byly odpovědné za svá rozhodnutí. Druhým je zavedení cenové soutěže mezi pojišťovnami v podobě dvousložkového pojistného. Jeho větší část by stejně jako dnes tvořilo procento z příjmu, jen o něco snížené. Menší složka by byla přímo v korunách a její výši by si každá pojišťovna nastavila podle své očekávané bilance. Pojišťovny by tak dostaly silný stimul ke zvýšení efektivity a posílila by se vazba mezi pojištěncem a jeho pojišťovnou. Třetím krokem je samozřejmě zpřesnění nároku pacienta, protože cenová konkurence má ve veřejném systému logiku jenom tehdy, když je rozsah pojišťovny zajišťované péče stejný.

Nečekám, že tahounem změn budou zdravotní pojišťovny, protože současné nastavení je pro ně velmi pohodlné. Ostatně, byly to právě ony, které v Nizozemí nejvíce lobovaly proti sjednocení nároku pacientů a zavedení cenové konkurence. Neúspěšně. Cílevědomí politici uvedli změny v roce 2006 do života. Najdou se takoví i u nás?

MUDr. Pavel Vepřek,  
Zdravotnictví 2.0

# Problematika úhradové vyhlášky

*Česká republika se momentálně nachází v éře mimořádné ekonomické konjunktury. Ekonomice se daří, nezaměstnanost je rekordně nízká a peněz na zdravotní péči je výrazně více, než jsme byli zvyklí. Ani tak ale nejsme a mnohdy ani nemůžeme být spokojeni s finančním stavem našeho zdravotnictví.*



Foto: archiv Věry Adámkové

Podíváme-li se na letošní úhradovou vyhlášku, tak na první pohled vypadá skvěle, neboť v ní nacházíme o 15 miliard korun více než v předchozím roce. Druhý pohled je trochu horší, neboť si uvědomíme, že vyhláška má 118 (!) stran a zdravotníci budou potřebovat pomoc ekonoma, matematika a informatika, aby se v ní vyznali. A když si poslechneme názory jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, zpozorníme zcela, protože vůbec nikdo vlastně není spokojen.

Nejvýhodnější pro pacienta by bylo, kdyby se poskytovatelé zdravotních služeb (hrazených z veřejného zdravotního pojištění) domluvili s příslušnými pojišťovnami na ocenění jednotlivých úkonů poskytované péče. Zda bude systém dobře fungovat, uvidíme v blízké době, protože MZ ČR preferuje tento systém dohod a vychází z předpokladu, že pojišťovny budou bránit finanční prostředky svých klientů tak, aby nakoupily zdravotní služby kvalitně a nemrhaly při tom finančními prostředky. Zatím se smluvní dohodovací řízení prakticky neobešla bez dat úhradové vyhlášky.

Navíc je realita každý rok úplně stejná. Nejprve se v dohodovacím řízení (skoro) nikdo nedohodne, následně se v debatě s ministerstvem všichni pohádají a některé segmenty (mnohdy se jim nedívím) vyhlásí stávkovou pohotovost. Ty, které to přestane bavit úplně (a mají tu možnost), se čím dál více orientují na samoplátce. Ministerstvu pak nezbyvá než vydat úhradovou vyhlášku direktivně, neboť podle něčeho péči platit prostě musíme. A to i přesto, že úhradová vyhláška je dokument, který je opakovaně bit v Poslanecké sněmovně, v Senátu i na půdě Ústavního soudu, bohužel jsme ale lepší podklad k úhradám zdravotní péče od poloviny devadesátých let nenašli a nevymysleli.

A to prosím nezapomeňme, že vyhláška a zákon č. 48 byly od počátku brány jako provizorium, jež bylo od té doby novelizováno více než šedesátkrát (!), přičemž novelizace mnohdy probíhaly bez jakékoliv rozpravy a odborné debaty. Stejně to je i s „úhradovkou“, kterou pravidelně jako zdravotníci dostáváme přímo pod stromeček, přičemž máme čas do silvestra, abychom si ji přečetli a smířili se s ní. ALE!!! Poskytovatelé zdravotní péče se musí stejně domlouvat s jednotlivými pojišťovnami na hodnotě bodu, takže už nyní nemá pacient/klient stejné podmínky poskytnutí péče.

Hodnocení kvality poskytované zdravotní péče je velmi těžké a již po léta se snaží různé organizace dosáhnout jasného a srozumitelného hodnocení kvality péče, nutno říci, že se jim to nedaří. Nejlepším hodnocením kvality je spokojený pacient, ale ani tento ukazatel není jednoduchý. Jsme prostě lidé různých letor i zaměření, a co jednomu vadí, druhý chválí. Měřítkem tedy mají být objektivní parametry, což ale nemůže být počet minut v čekárně nebo předsáli, protože zdravotní péče je velmi individualizovaná a pacient nemůže být po uběhnutí nějaké doby ponechán svému osudu, jestliže jeho výkon je složitější nebo neprobíhá zcela podle očekávání. Nemocniční zařízení sledují ukazatele jako dobu hospitalizace, počet komplikací, úmrtnost na jednotlivé diagnózy a tam lze potom porovnávat úspěšnost stejných kategorií nemocných (věk, komorbidita a podobně). Úhrady by měly být spravedlivě navýšeny tam, kde se jedná o poskytování péče komplikovaným nemocným (transplantace orgánů, složité operační výkony a podobně).

Nechci být ironická, ale to je prostě stav, v němž žijeme již třetí dekádu. A přitom fungujeme bez reálných cen, bez definované sítě i bez strategie rozvoje.

A tím my, myslím plátce, poskytovatele, úřady, zdravotníky i všechny pacienty.

Otázkou proto je, jakým způsobem je možné se posunout kupředu k alespoň o trochu větší spravedlnosti a předvídatelnosti. Klíč není ukrytý v úhradové vyhlášce, ta je jen lépe či hůře zpracovaný přehled indexovaných cen. Budoucnost leží v debatě mezi námi všemi – jaké zdravotnictví, s jakými pilíři a v jaké kvalitě chceme mít. Nepředjímám její výsledek. Jedno je však jisté. Nemůžeme mít najednou, v jedné malé zemi systém vyzdvihující univerzitní nemocnice, jiný vyzdvihující regionální nemocnice, dále systém ambulantních lékařů a ještě systém primární péče. Na to, aby byli všichni spokojeni, a to ve všech českých a moravských krajích, prostě nemáme peníze a v budoucnu mít nebudeme.

Debatu tak nebude vůbec jednoduchá a mnohdy ani příjemná. Bude v ní muset zaznít, zda a kolik potřebujeme akutních lůžek obecně (a ve velkých městech zvláště). Dále, jak kvalitní služby poskytují pracoviště, která provádějí pouze několik špičkových výkonů/vyšetření za dlouhou dobu (byť mají koupenu drahou techniku). Musíme vést debatu o dostupnosti péče (převedení některých výkonů do ambulantní sféry), tedy zabývat se i rozmístěním ambulantních specialistů.

Považuji za nutné zdůraznit, že klíčovým bodem by měla být otázka odměňování všech zdravotníků. Spokojený, dobře zaplacený zdravotník je nejen vizitkou zdravotního systému a celého státu, ale je také lepším partnerem pro pacienty, o něž musí jít v celém systému vždy nejvíce. O tuto prioritu musíme nyní usilovat. Je nutné si férově říci, že v některých případech prostě musíme za specializovanou péčí dojet, protože každý, i největší odborník, umí jenom to, co skutečně dělá. Jsem ale přesvědčena, že i kdybychom měli

za kvalitní péči cestovat třeba o deset kilometrů dále, tak bude-li tam čekat usměvavý lékař a spokojená zdravotní sestra, bude to mít pozitivní dopad i na celkovou léčbu a její kvalitu. Debatu je přitom nutné vést právě nyní, kdy ekonomika šlape a do systému přitékají miliardy navíc. Jestliže se ale nejsme schopni domluvit v době hojnosti, jak se vyrovnáme s případnou budoucí krizí?

Poskytovaná zdravotní péče v ČR je solidární a to je, podle mého názoru,

velmi dobře. Systém není dokonalý, musí se pracovat na odstranění co největší míry nedokonalosti a nespravedlivosti, ale české zdravotnictví poskytuje velmi dobrou a v mnoha oborech špičkovou zdravotní péči.

Pro úplnost a odstranění nejasností připomínám, že „Úhradovou vyhláškou“ rozumíme Vyhlášku ze dne 19. října 2017 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018, ve které Ministerstvo zdravotnictví ČR stanoví podle § 17 odst. 5 zákona

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 200/2015 Sb., v paragrafovém znění typy poskytovatelů zdravotní péče a ohodnocení poskytovaných služeb.

**prof. MUDr. Věra Adámková, CSc.,**  
přednostka Pracoviště preventivní kardiologie IKEM

# L. P. roku 21. účinnosti dočasného zákona č. 48/97 Sb.

*Příspěvkem na téma dožitých dvacátých narozenin překlenovacího, provizorního zákona o veřejném zdravotním pojištění jsem se minulý rok pokusil rozčeřit hladinu českého zdravotního systému.*

Jak tomu ale v našem komplikovaném a zajímavém sektoru bývá, pár respektovaných kolegů mne sice ocenilo za vtip, někteří tvrdili, že jde o přesnou analýzu dvacetiletého vývoje i popis současného stavu, málokdo se ovšem chtěl bavit o tom, jak ze současného patového stavu nikoliv snad ven (*hic sunt leones*), ale konečně alespoň o trochu dál. Míra skepse přirozeně stoupá i s roky, strávenými v pracovních skupinách, které pracují, ale neřeší, při prezentaci potřebnosti reform, které nikdo nechce uskutečnit, s přípravou změn, jež jsou dalšími změnami přiváděny vniveč. A tak jsem vnímal, že jsem možná pobavil a zaujal, ale těžko přesvědčil, aby se do dalších narozenin v systému něco reálného pohnulo.

## Blesky nad ministerstvem

A ejhle! Uběhlo jen pár měsíců a momentum, které se roky táhlo kupředu zpět, začíná vychylovat kurz a mířit původním směrem. Ti, kteří mají zájem o faktické změny za účelem zvýšení efektivity, bezpečí, informovanosti pacientů a komfortu poskytovatelů, a nikoliv pouze o rozdělování a čerpání fondů za jinak bohulibými účely, bystří smysly. Ukazuje se, že stačí poměrně málo a staré pravdy, procesy i praktiky, mohou náhle začít působit nepatřičně

a překonaně. A stačí tak málo! O mladých lidech se říká, že jsou bezhlaví, nebo svěhlaví. Na druhou stranu však mívají také více energie a víry nejen v sebe, ale i v sílu, jíž mohou věcmi pohnout kupředu. Nejspíše i proto se po změně na postu ministra začalo blýskat.

Zda zůstane u blesků, nebo se nahromaděná energie pohne, teprve uvidíme. Každopádně se opět začaly objevovat návrhy a úvahy, k nimž se většina z předchozích, často velmi zasloužilých ministrů, neodvážila ani přiblížit. Za vše bych zmínil především veřejně deklarovanou vůli nezasahovat státní mocí do dohod mezi poskytovateli a plátcí. Jak prosté. A pokud se podaří v tomto postoji i skutečně setrvat, věřím, že i účinně!

## Otazníky a pomníčky

Kde začít? I kdyby měl náš ústřední orgán osvědčené vedení na další dvě volební období, nepodařilo by se vyřešit vše, co se za léta nahromadilo a začíná zapáchat. Není tudíž důvod podléhat předčasnému optimismu. Dvacet let zavádění, zahazování a znovuoobnovování DRG, dvacet let strategického zavádění národního e-Health, dvacet let přehlížení kvality, dvacet let záhady jménem kultivace seznamu výkonů a definování rozsahu nároků pojištěnce. To vše za námi a stále ještě i před námi. Co s obnovou



Foto: archiv MF

přístrojů a řadou dotovaných agend po ukončení ekonomicky sporných evropských dotací? Co s nahrazením odcházejících lékařů v odlehlejších krajích? Další budoucí potenciální pomníčky se nevyhnutelně přibližují a přidávají k těm starým. Jsme přitom na vrcholu ekonomického cyklu, což způsobuje určitou míru slepoty. Slovy hrdiny kultovního westernu „ještě je to dobrý“. Ano, ještě se stále dá pokračovat způsobem, na jaký jsme byli zvyklí. Přijde ale nepochybně okamžik, kdy křivky (jako již tolikrát dříve) změní směr a neporostou. A pak se jaro zeptá...

## Co jsme dělali v zimě?

Mnoho let jsem říkal, že jednou ze základních překážek systematického vývoje zdravotnictví je nedostatek kontinuity v personálním zajištění a konání ústředního orgánu státní správy. Věřil jsem přitom, že se vše změní schválením zákona o státní službě. Zároveň jsem dodával, že po schválení bude zapotřebí zhruba dalších deset let, než se vše usadí a začne fungovat sofistikovaným způsobem. Zkušenosti prvních let účinnosti zákona o státní službě v podobě, v jaké byl přijat, mne ovšem vyvádějí z omylu. Těch deset let konsolidace ještě pořádně nenastalo. Politická stránka fungování státní správy je pak v demokracii volatelná z podstaty.

Přestože současné vedení působí odhodlaně, nikdo nyní neví, kdo se bude politické veřejnosti zodpovídat za rok, nebo dokonce za měsíc. Mimo jiné i proto jsem přesvědčen, že je nutné přemýšlet o řešeních, jež co největší mírou odpovědnosti a praktického zajištění

podpůrných agend vyvedou mimo státní správu. Souvisí to ostatně se základní filozofickou otázkou, kterou bychom měli již jednou provždy vyřešit: zda za poskytnutí zdravotní služby/zboží, tedy věcné dávky, pojištěnci zodpovídá zdravotní pojišťovna, která je „členem“, nebo je to odpovědnost státu a jeho úřadů. I v souvislosti s výše naznačeným dlouhodobým poměrem cena/výkon státní správy a faktu, že zde přes dvacet let funguje systém veřejného zdravotního pojištění (byť ne ideálně, přesto alespoň kontinuálně), se domnívám, že odpověď je nasnadě.

## Happy birthday!

Dvacáté první narozeniny provizorního zákona o veřejném zdravotním pojištění přicházejí v okamžiku, kdy existuje naděje na změny a řešení. Ministerstvo zdravotnictví ČR má konečně takřikající čistou hlavu. Začalo se diskutovat o řadě témat, z nichž ale pouze menší část může být skutečně dořešena v rámci stávajícího

volebního období. Pokud budeme chtít jednou dokončit a rozvíjet dlouhodobé procesy, podporující fungování systému (e-Health, kvalita, definice nároku a další), měli bychom nejdříve definitivně říci, že vznik zdravotního pojištění nebyla náhoda či z nouze ctnost, ale skutečně systémové rozhodnutí.

Zůstaneme-li u představy, že je za rozvoj systému zodpovědná pouze politická a státní správa, nemůžeme se těšit na efektivní výsledky nikdy, popřípadě budou dosahovány způsobem, jaký sledujeme u desetiletého martyria zavádění eReceptu, třetího restartu DRG a v dalších nekonečných agendách. Přestože mohu mluvit pouze sám za sebe (neboť stanovisko není ani v rámci ZP jednotné), jsem přesvědčen, že by měl ve všech horizontálních procesech a podpůrných agendách hrát výrazně větší a zodpovědnější roli systém veřejného zdravotního pojištění a jeho instituce.

**JUDr. Ladislav Švec,**  
ředitel Kanceláře zdravotního pojištění

# Reakce na duel lékárníků ve Zdravotnictví a medicína 3

*Březnový Duel: „Špičkování“ mezi lékárníky v časopise Zdravotnictví a medicína byl duelem lékárníka a ekonomů.*

České lékárenství volá již delší dobu po reformě, která přinese jeho ztransparentnění a především jasné stanovy pravidla jeho fungování na další desetiletí. Díky otevřenému přístupu nového ministra Adama Vojtěcha se nyní intenzivně pracuje na dorovnání výkonu lékárníka, taxy laborum a případně na zavedení nového systému odměňování odborné dispenzační činnosti lékárníků, které bude nezávislé na vlastní ceně léčiva.

Co nám na posledním duelu opravdu vadilo (a není to jenom v tomto článku, ale v řadě dalších), že se do role znalce lékárnické profese staví nikoliv univerzitně vzdělaný lékárník – farmaceut, ale vystudovaný inženýr ekonomie a marketingu liberecké univerzity. Chtěli bychom připomenout jeden zásadní princip naší lékárnické práce, a to, že jsme vázání přísahou a povinností co nejefektivněji pomoci pacientovi bez ohledu na

vlastní ekonomický profit. Je pro nás tedy prioritní pacient a doporučení co nejvhodnější léčby. Lékárník je neoddelitelnou součástí kvalitně fungujícího systému zdravotní péče. To, že zdravotnictví kumuluje stále více peněz, samozřejmě přitahuje finanční skupiny, které principiálně i v lékárenství vidí business, ať už je pro ně zajímavá obrátová účetní položka nebo chtějí generovat co největší zisk. Díky silnému ekonomickému zájmu vytvářejí vlastní nátlak na státní správu a samosprávu, jsou bohužel i klíčovými hráči při tvorbě systému. Nechceme se pasovat na hlavní kritiky tohoto stavu, nicméně je důležité, aby o lékárenství a jeho fungování měli možnost rozhodovat především samotní lékárníci, kteří své profesi rozumějí a každodenní práci v lékárně řeší nejenom praktické úkony s výdejem léků, dostupností léčiv, ale i ekonomiku a objednávání léků apod. Lékárníci, kteří nyní doplácí na současný stav českého

lékárenství, postavený v neprospěch klasických lékáren.

Je proto na místě, reagovat na pana inženýra Daniela Horáka a požádat ho, aby nepokračoval v dehonestaci České lékárnické komory a respektoval demokratické fungování této nejvyšší organizace lékárníků, která má svůj důležitý mandát a její členové jsou voleni na základě demokratických principů. A to především ve chvíli, kdy jsou na ministerstvu návrhy, jež mají narovnat zdravotní charakter tradičního lékárenství v České republice. Jenom zachování tohoto modelu je ve prospěch pacienta, odstraní klientelistický systém a monopolizaci. Lékárníci jsou připraveni poskytovat erudované poradenství celé státní správě a samosprávě. Stačí se inspirovat u našich rakouských a švýcarských kolegů.

**PharmDr. Kristýna Pilátová**  
Vašilékárnici.cz

# Stakeholderi snídali s ministrem

Zástupci významných stakeholderů ve zdravotnictví posnídali na exkluzivním setkání Business Breakfast nejen s ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem, ale rovněž i s jeho náměstkem Mgr. Filipem Vrubelem. Příjemné setkání se uskutečnilo ve středu 14. března ve 27. patře Erbia Congress Centrum v Praze. Debatu vedl hlavní analytik ekonomického týdeníku Euro i ostrý moderátor Miroslav Zámečník.

A začalo se celkem zostra. Vždyt téma úhradové regulace bylo jednou z priorit nového ministra, nejen protože nález Ústavního soudu z června loňského roku dal zákonodárcům a potažmo Ministerstvu zdravotnictví ČR jasný deadline, do kdy je nutné připravit novou právní úpravu. Pokud bereme v úvahu, jak u nás legislativní proces funguje, pak stihnout vše do konce roku je opravdu heroický výkon. „Nechci teď lacině nadávat na své předchůdce, ale pravda je taková, že když jsme přišli na ministerstvo, tak jsme přišli k prázdnému stolu a čas je skutečně velmi omezený,“ okomentoval šibeniční termín náměstek Filip Vrubelel.

## Je něco shnilého ve státě zdravotnickém

Že s úhradovou regulací zdravotních prostředků něco není v pořádku, snad tušili všichni už několik let. Ostatně i bývalý ministr Svatopluk Němeček připravoval návrh, jenž se nakonec ukázal jako zcela neživotaschopný, protože v zásadě stoprocentně překlápěl úhradovou regulaci léků do zdravotnických prostředků, což naprosto nereflektovalo odlišnosti mezi oběma oblastmi. Návrh tak nikdy nespátřil světlo světa, o připomínkovém řízení nemohla být ani řeč. A poté se opět

nic nedělo. Alibismus tak musel narušit až Ústavní soud, který v plenárním nálezu jasně řekl, že právní úprava je netransparentní, neústavní a neodpovídá článku 31 Listiny základních práv a svobod.

„Od prvního okamžiku, kdy jsem přišel na Ministerstvo zdravotnictví, jsme vytvořili otevřenou platformu, kde jsou zástupci všech segmentů, včetně pacientů, průmyslu i SÚKL. Podařilo se nám připravit paragrafové znění, které je nyní vypořádáváno v rámci vnitřního posudkového řízení a bude odesláno do mezíresortu, aby před létem mohlo být na vládě,“ vypočítával úspěchy svého týmu ministr Adam Vojtěch.

## Pořádek dělá přátele

Aby se předešlo opětovnému otevření problémů ze strany Ústavního soudu, budou podle Vojtěcha v zákoně zakotveny jak nárok pojištěnce, tak i pravidla, zatímco kategorizační strom a úhradové limity naplní jeho přílohu. Celý proces bude mít v kompetenci Státní ústav pro kontrolu léčiv a ministerstvo bude odvolacím orgánem. Výrobci pak budou své produkty zařazovat do jednotlivých skupin. „Pokud by došlo k nějakému excessu, tak nejprve přijde na řadu SÚKL a bude se vést správní řízení, což

Následující snídane s ministrem zdravotnictví se bude konat 6. 6. 2018.

předpokládáme, že by mělo být skutečně v řádu procent,“ věří v napravení trhu ministr.

Velkou kritiku v minulosti slízla úprava zařazování nových zdravotnických prostředků každý půlrok, což navíc nemělo žádná pravidla. „Nyní se bude zařazovat každý měsíc, takže to bude velmi aktuální a pacient by se ke zdravotnickým prostředkům měl dostat rychle a za jasných podmínek,“ dodal Vojtěch.

## Je dokonalost norma nebes?

Novele zákona je ale rovněž vyčítáno, že v ní nejsou zahrnuty tzv. zvlášť účtované materiály v akutní lůžkové péči a že se celá točí pouze okolo zdravotnických prostředků na poukaz. „Důvod je primárně časový, a pokud bychom do toho zahrnuli i je, tak se obávám, že bychom to v daném čase nezvládli. Druhou věcí je, že mají trochu jiný charakter, nejsou totiž hrazeny individuální platbou za každou položku jako zdravotnické prostředky na poukaz, ale na paušálním principu,“ hájil nedostatky nové úpravy před zástupci výrobců zdravotnických prostředků ministr.

Hodně se rovněž přetřásá otázka notifikovaných osob v ČR, protože se existenčně týká mnoha firem. Ministr by si přál, aby u nás minimálně jedna notifikovaná osoba zůstala a dodal: „Zkusíme zabojovat i v rámci Evropské komise, která chce jejich počet zužovat, aby totiž měla pokud jde o náklady poměrně zásadní dopady. Evropská komise by o tom, kde budou sídlit notifikované osoby, dokonce v budoucnu chtěla rozhodovat zcela sama. Problematiku navíc komplikuje současné určování sazeb DPH. Dnes je systém totiž komplikovaný a některé prostředky spadají do vyšší a jiné zase do standardní hladiny. Vrubelel uvedl, že se obávám, že není šance, jak více zabojovat.

Mgr. Denis Drahoš, foto: MF



Zástupci významných stakeholderů posnídali s ministrem zdravotnictví





## 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](http://www.vzp.cz).

# Nový systém měsíčního vyúčtování pro segment stomatologie

Od ledna 2018 zjednodušila VZP systém měsíčního vyúčtování zdravotní péče pro poskytovatele zdravotních služeb v segmentu stomatologie. Zjednodušení spočívá v tom, že k měsíčnímu vyúčtování již není nutné předkládat fakturu, v předávacím období stačí předložit pouze dávky výkonů.

## Jak tento systém funguje?

Poskytovatel zdravotních služeb ze segmentu stomatologie předloží k měsíčnímu vyúčtování pouze dávky s doklady výkonů, obvykle elektronicky formou souboru KDAVKA.111. K vyúčtování již není nutné předkládat fakturu s vyčíslenou výší dokladů výkonů. **Úhrada proběhne ve výši předložených a pojišťovnou uznaných dokladů výkonů, včetně stomatologických výrobků.** Není tedy nutná případná následná korekce vystavené faktury ve vašem účetnictví o hodnotu odmítnutých dokladů.

## Jaká je splatnost u předložených dokladů výkonů?

Splatnost faktury je zakotvena v uzavřené smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb a bývá 30 kalendářních dnů od data doručení do VZP. Pokud předložíte vyúčtování bez faktury, tedy pouze dávku s doklady výkonů, obdržíte úhradu do konce měsíce, ve kterém je dávka dokladů předložena. **Pro korektní splatnost úhrady je nutné dodržet předání dávky výkonů ve smluvně zakotveném předávacím období, zpravidla nejpozději do 10. kalendářního dne v měsíci.**

## Praktické příklady měsíční úhrady

- **K měsíčnímu vyúčtování je předložena pouze dávka výkonů v předávacím období**

Splatnost se nepočítá od data příjmu dávky výkonů, důležité je její předání ve smluvně zakotveném předávacím období (nejpozději však zpravidla do 10. kalendářního dne v měsíci). Poté úhradu obdržíte na bankovní účet do konce měsíce, ve kterém jste dávku výkonů předali do VZP. Např. pokud předložíte pouze dávku výkonů za období



Bc. Jan Švec,  
specialista účetnictví

březen 2018 dne 8. 4. 2018, úhradu obdržíte na bankovní účet do 30. 4. 2018.

- **K měsíčnímu vyúčtování je předložena faktura a dávka výkonů**

Splatnost se počítá od data přijetí faktury do VZP a zpravidla se jedná o 30 kalendářních dnů. Např. pokud předložíte dávku a fakturu za období březen 2018 dne 9. 4. 2018, úhradu obdržíte na bankovní účet se splatností 9. 5. 2018.

- **K měsíčnímu vyúčtování je předložena pouze dávka výkonů po konci předávacího období**

Dávka bude zahrnuta do následujícího období vyúčtování VZP a úhradu obdržíte po uzavření tohoto období. Např. pokud předložíte pouze dávku výkonů za období březen 2018 dne 16. 4. 2018, úhradu obdržíte na bankovní účet do 31. 5. 2018.

## Co slouží jako podklad pro vaše účetnictví?

Informace o úhradě naleznete v sestavě „Přehled zúčtování zdravotních výkonů“ v části „Další výkony v Kč“. Zde naleznete číslo vámi předložené dávky výkonů, její finanční vyčíslení a variabilní symbol, pod kterým úhradu identifikujete na vašem bankovním účtu. Pokud vedete účetnictví, slouží tato sestava jako podklad pro zaúčtování předpisu vaší pohledávky vůči VZP. Pokud vedete daňovou evidenci, vykazujete pouze připsanou úhradu ze strany VZP na základě bankovního výpisu.

## Jak zjistíte, které doklady vám jsou v měsíčním zúčtování odmítnuty a nejsou uhrazeny?


Tuto informaci naleznete v sestavě „Protokol o zpracování dávek“. Odmítnuté doklady je možné opravit a znovu předložit VZP ke zpracování.

## Co se stane, pokud budete chtít nadále předávat vyúčtování s fakturou?

Pokud chcete k měsíčnímu vyúčtování i nadále předkládat fakturu, bude samozřejmě ze strany VZP přijata a její zpracování proběhne jako doposud.

## Mohou systém vyúčtování bez předložené faktury využít i poskytovatelé mimo segment stomatologie?

V současné chvíli je tento systém určen poskytovatelům zdravotních služeb pouze ze segmentu stomatologie. VZP však plánuje postupné zapojení dalších poskytovatelů ze segmentů, kterým je vyúčtovávána zdravotní péče měsíčně a nejsou hrazeni zálohově, formou tzv. předběžné měsíční úhrady s následným ročním vyúčtováním zdravotní péče.

A portrait of Petr Šrámek, a middle-aged man with a shaved head and glasses, wearing a light blue patterned button-down shirt and blue jeans. He is sitting on a concrete ledge outdoors, with a blurred background of greenery and a building. A blue text box is overlaid on the bottom right of the image.

„V oblasti vývoje umělé inteligence hrozí, že nám ujede vlak,“ popisuje v rozhovoru  
Petr Šrámek

**Český podnikatel Petr Šrámek věří, že věda a technologie mohou pomoci lidstvu dosáhnout nové, lepší úrovně existence. Po 27 letech úspěšné podnikatelské kariéry v oblasti informačních technologií založil AI Startup Incubator, jehož cílem je vybrat ty nejlepší nápady a projekty využívající umělé inteligence a připravit je pro globální trh.**

**Můžete se čtenářům blíže představit?**

Ačkoli nemám zdravotnický nebo medicínský background, odjakživa mě zajímal průnik takzvaných exponenciálních technologií čili technologií, které se rozvíjejí se zrychlující tendencí. Konkrétně se pohybuji v oblasti průniku umělé inteligence, neurověd a zdraví – oblastí, které mohou zlepšit a prodloužit délku aktivního života. Díky těmto zájmům se mi podařilo navázat skvělé kontakty. Dostal jsem se do spojení s organizací Singularity University, Peterem Diamandisem a širokým okruhem dalších lidí.

**Singularity University zde v Praze v březnu pořádala historicky první summit. V loňském roce se pak konal v San Diegu summit Exponencial medicine, zaměřený přímo na pokroky v medicíně. Co je smyslem těchto setkání?**

Cílem je propojovat podnikatele a odborníky z celého světa a podporovat startupy nebo rozvoj projektů soukromých firem. Filosofie tohoto počínání vychází ze skutečnosti, že v současném světě je vědecko-technologický pokrok tlačěn především soukromými iniciativami. Příkladem může být SpaceX Elona Muska v kosmonautice, kde se ukazuje, že s menšími soukromými prostředky lze v kratším čase docílit většího pokroku. Podobně to vypadá i v oblasti biomedicíny a longevity. Právě summit Exponencial medicine byl zaměřen na prezentaci exponenciálních technologií v medicíně. Mám-li uvést příklady, jednalo se třeba o technologie založené na EEG biofeedbacku nebo o technologie umožňující virovou a bakteriální analýzu lidského mikrobiomu.

**Připadá mi, že česká lékařská veřejnost do podobných aktivit zatím moc zapojena není...**

Lékařské prostředí u nás je konzervativní. Myslím, že zde panuje přesvědčení, že průlomové věci nelze realizovat prostřednictvím soukromé iniciativy.

Spíše se očekává, že významnější objevy se odehrají s pomocí velkých dotačních programů. Je to velký kontrast ve srovnání s USA, ale i s některými západními státy, zejména Anglií. Peter Diamandis se však snaží motivovat a edukovat podnikatele na celém světě, aby se nebáli přijímat větší výzvy. Říká se tomu „moon shots“ – projekty, které mají za cíl zlepšení ne třeba o deset procent, ale o desetinásobek.

## Superinteligenci je třeba vtisknout etická pravidla.

**V ČR panuje určitý rozštěp odborníků, uznávajících jen tzv. EBM postupy, nebo i alternativní metody. I řada experimentálních metod je vnímána jako alternativa. Jsou aktivity, o nichž hovoříte, vnímány českou akademickou sférou jako důvěryhodné a vědecké?**

Většina aktivit, o nichž se hovoří na summitech, nejsou z oblasti tzv. alternativy. Jsou založené na vědeckém pokroku a podložené seriózními publikacemi. Problém vidím spíš v tom, že mnoho lidí má tendenci setrvávat v jakémsi status quo. To se projevuje nejvíce v oficiálních institucích. Naproti tomu já zde zastupuji podnikatelský inkubátor, který hledá aplikace umělé inteligence v různých oborech, včetně medicíny. Ukazuje se však, že spolupráce s institucemi se nám daří spíše prostřednictvím konkrétních lidí, ať už z odborných ústavů nebo univerzit, kteří vidí, že jejich práci lze posunout dál rychleji s námi než přes oficiální kanály. V oblasti neurověd spolupracujeme například s dr. Filipem Španielem z NÚDZ, komunikujeme také se zástupci 1. LF UK. Větší spolupráce probíhá na mezinárodní úrovni s několika evropskými a americkými institucemi. Mám-li jmenovat příklady projektů, pak vyhodnocujeme například projekty pro počítačovou detekci rakovinných buněk nebo využití neuronových sítí pro diagnostiku vývojových poruch řeči u dětí. Naším cílem je vývoj podobných aplikací a dalších nástrojů, které budou praktické a široce použitelné.

**Konference Abundance slibuje během 15 až 20 let vymoženosti, jako jsou prodloužení věku, zlepšení imunitního systému pomocí nanorobotů či implantáty**

**pro vylepšení kognitivních funkcí. Opravdu můžeme očekávat takový skok?**

Člověk podobné zprávy vnímá optikou populárních časopisů, kde se takové články vyskytují už léta. Pak ale na konferenci poznáte firmu, která podobné technologie již nabízí, jen jsou prozatím příliš drahé a nelze je plošně využívat, případně nejsou ukončené klinické testy. Vezměte si však, jak to bylo s mobilním telefonem. První mobily si mohlo dovolit pár bohatých lidí. Dnes ho vlastní i v poslední africké vesnici, kde nemají ani základní infrastrukturu. Podobný osud čeká většinu exponenciálních technologií. Cena klesá, masová produkce roste. Již dnes má několik lidí neuroimplantáty, které zlepšují krátkodobou paměť a kognitivní funkce. Ale pro řadu lidí je obtížné si představit tu exponenciálu. My máme tendenci v každém okamžiku extrapolovat lineární vývoj. Extrapolovat tu zrychlující se dynamiku, to je schopn málokdo. Když vidíte nějakou novou převratnou technologii, musíte si uvědomit, že její vývoj trval dvacet třicet let, jen to nebylo vidět.

**Zdá se, že tady vznikne nějaká „superinteligentní elita“. Lze nějak zaručit, že se bude angažovat ve prospěch lidstva a nebude hromadit bohatství pro sebe?**

Jak jsem měl možnost poznat lidi kolem Petera Diamandise a celkové dění, mám pocit, že se jim daří skloubit lidský pozitivní přístup s obchodní stránkou. Jak jednou Diamandis prohlásil, největší problémy lidstva jsou zároveň největšími obchodními příležitostmi. Tím není myšleno, že se má na těch problémech v první řadě vydělat, ale že realizovat obchodní příležitost lze jen tak, že se lidem pomůže. Samozřejmě existuje koncentrace moci a bohatství do menšiny vládnoucích elit, ale jedná se o staré kapitály, jako jsou ropa či strojírenství, což jsou oblasti, které se dnes otřásají v základech. Naproti tomu podnikání v nových technologiích má hodně pozitivního náboje.

**Rodí se tedy nová světová filantropní elita?**

Já jsem o tom přesvědčen. Je to o pozitivním přístupu ke světu. Vypadá to, že nebude problém s materiálním zabezpečením lidstva. Nebude problém s vodou. To všechno jsou problémy technologicky řešitelné. Ve správné kombinaci se správnými cíli mohou nové technologie řešit globální problémy lidstva. Ale samozřejmě půjde i o to,

jakým způsobem to budou určité skupiny lidí vnímat a snažit se to využít či zneužít. Současné masové ovlivnění volebních preferencí pomocí internetových médií je jen zlomek toho, co bude možné v budoucnu. Jsou tu nová rizika, která se začnou v brzké době projevovat.

**V materiálech ke konferenci Abundance se uvádí, že máme v brzké době očekávat takový skok, jaký můžeme přirovnat k nástupu Google nebo Facebooku. Je na to ale společnost připravená?**

Máte pravdu, že lidé na to připraveni nejsou. Je velmi těžké udržet krok s tak rychlým vývojem, a to i v případě, že vývoj sledujete. Většina lidí toho nebude schopná, a proto bude docházet ke zvyšujícím se sociálním tlakům. Logicky se vyčlení některé skupiny obyvatel. Tím se dostáváme k jednomu z našich primárních cílů v oblasti vývoje umělé inteligence. Chceme vytvářet technologie, které budou pomáhat. Člověk v proudě změn potřebuje někoho, o koho se může opřít. Takových lidí nebude dostatek. Technologie budou danou funkci zčásti zastávat. Může se to týkat péče o seniory, mentálně handicapované. Uvedu jednoduchý případ. Existují digitální roboti pro autisty. Ukázalo se, že jsou to ideální partneři pro komunikaci – autista

se může zeptat 150x robota na tutéž věc a robot mu v klidu 150x odpoví. Existují také technologie, které pomáhají v oblasti duševních poruch. Příkladem může být woebot – robot, který s vámi komunikuje v rámci mobilní aplikace a je zaměřen především na podporu mladých lidí trpících depresí či pocity méněcennosti. Na podkladě kognitivně behaviorálních metod s vámi dokáže být v každodenní interakci a zdůrazňováním pozitivních stránek vás podporuje. Obecně se však řítíme do hodně obtížného období, a tak jak technologie na jedné straně nůžky rozevívá, musíme ji umět využít tak, aby nám pomohla toto období překlenout.

**V té souvislosti se hovoří o hrozbě spojené s nástupem superinteligence. Můžete vysvětlit rozdíl mezi umělou inteligencí a superinteligencí a proč se jí máme obávat?**

Umělá inteligence je široký pojem. Pod její rámec spadají i třeba dnešní smartphony. Ty jsou výkonnější než člověk, ale jen v úzkém pásmu funkcí. Nazývají se také artificial narrow intelligence. Jinak je definována artificial general intelligence, to je inteligence počítačového algoritmu, který má podobné vlastnosti jako lidský mozek, je schopen se učit a porozumět prakticky čemukoliv. To je něco, co zatím neexistuje, ale v dané oblasti

## Petr Šrámek

- podnikatel, mentor a popularizátor umělé inteligence
- v září 2017 založil AI Startup Incubator, který stojí na propracovaném modelu spolupráce investorů a inovátorů
- je spoluzakladatelem Platformy umělé inteligence při Svazu průmyslu České republiky
- je členem organizace Petera Diamandise Abundance 360 Digital

probíhá intenzivní vývoj k jeho vzniku. Předpokládá se, že v brzké době dojde k překonání Turingova testu. Znamená to prokázání toho, že chování a komunikace daného algoritmu je nerozpoznatelné od chování člověka. V tomto momentě se uplatní exponenciály, o nichž jsem se zmínil. Technologie, které budou mít dané



schopnosti, budou stavět na neustále se zrychlujícím hardwaru. Jestliže se takový algoritmus naučí sám sebe zdokonalovat, dostane se na tu rychlou fázi exponenciály a nikdo nevíme, co se stane. Existují pro to různá přirovnání typu „jestliže jste do této chvíle nevěřili v boha, tímto bůh vznikne“. Na čem se však odborníci shodují, je to, že není jisté, zda člověk dokáže tento moment zaznamenat. Shoda není ani v tom, kdy moment nastane. Výhledy jsou od roku 2030 až někam do příštího století a někteří si myslí, že k tomu nedojde nikdy.

#### Mohla by superinteligence získat i schopnost cítit a rozhodovat se, zda se postavit na stranu dobra?

Pod superinteligencí bychom si neměli představovat nějaký stroj typu Terminátor. Na to, zda bude vůči lidstvu přátelsky nakloněná, či nepřátelská, jsou různé názory. Předpokládáme však, že pokud se podaří budoucí superinteligenci vtisknout základy etických pravidel, je vyšší pravděpodobnost, že vůči nám bude vstřícná. Existují určitá pravidla pro vytváření nových algoritmů, aby to nevedlo v budoucnosti k něčemu negativnímu. Pak je zde větev odborníků z oblasti neurověd, kteří tvrdí, že superinteligenci nesmíme dovolit, aby

vznikla paralelně vedle nás, ale musíme ji využít k vlastnímu zdokonalení tak, abychom jí stačili. Podle nich by mělo dojít k prolnutí člověka a umělé inteligence. Hovoříme o takzvané singularitě.

#### Budeme si moci například zvyšovat IQ?

Takové metody již existují. Využívá se při nich například ovlivnění mozku pomocí magnetického pole, tzv. transkraniální magnetická stimulace. Metoda je sice známá již delší dobu a při ručním provádění je velmi nebezpečná. S využitím umělé inteligence jsme však schopni dosahovat daleko přesnějších výsledků. Zmínil jsem také možnost zvyšování kognitivních procesů pomocí neuroimplantátů. Podobné techniky se navzájem umocňují a doplňují. Určitou překážkou je, že mnoho současných technologií funguje přes naše smysly. Ve chvíli, kdy budou schopny komunikovat s mozkem na podkladě užšího propojení, bude nejspíš obtížné rozlišit, kde končí člověk a začíná technologie. Lidé budou více propojeni s digitálním světem. Ve vzdálené budoucnosti se mluví o tzv. „uploadu“.

#### Jak podle vás vývoj v oblasti umělé inteligence změní medicínu?

Určitě se brzy odehrají zásadní věci v oblasti longevity. Už dnes se daří

pomocí umělé inteligence objasňovat různé procesy v lidském těle a hledat souvislosti, které člověk nemá šanci odhalit. Tím získáváme schopnost opravdu personalizované medicíny. Dochází také ke konvergenci empirických či alternativních a vědeckých metod. Objevují se vysvětlení pro různé tradiční metody, jako třeba akupunktura, kde se například ukazuje, že dochází k ovlivnění kmenových buněk. Předpokládám, že širší využití technologií umělé inteligence a stále lepších zobrazovacích technologií bude mít za následek zdravější populaci. Publikace převratných poznatků se neustále zrychluje.

#### Mohou se na vás obrátit čeští vědci nebo lékaři, pokud budou mít zajímavý nápad?

Samozřejmě. Jsme otevřeni nezávazné diskusi a můžeme pomoci, aby konkrétní podnikatelský nápad vůbec vznikl. Chtěl bych tímto apelovat na všechny, ať se nebojí přijít. Protože jinak nám v České republice ujede vlak. Už dnes jsou na mezinárodních konferencích zastoupeni z více než poloviny Asiaty. V Číně vkládají do vývoje umělé inteligence miliardy dolarů. Takže už to není o tom, kde v tom vlaku pojedeme, ale zda máme vůbec šanci ho chytit.

## Světoví vizionáři diskutovali o nových technologiích

V lednu 2018 proběhla v Los Angeles konference „Abundance 260 Executive Summit“. Konference, které se osobně účastnilo 360 podnikatelů a osobností z celého světa pořádá vizionář a podnikatel Peter Diamandis. Přes internet akci sledovalo dalších 2600 pozvaných účastníků.

O nových technologiích a výzvách diskutovali uznávaní vizionáři, jako jsou Tony Robbins (americký filantrop a kouč), Ray Kurzweil (technologický futurolog a šéf vývoje AI v Google), Ramez Naam (spisovatel a vizionář), Mike Novogratz (miliardář a odborník v oblasti krypto měn), Bryan Johnson (zakladatel Kernel pro propojení mozku s počítačem), Sebastian Thrun (zakladatel UdaCity) nebo Astro Teller (šéf tajných projektů Google).

### Šance pro české inovátory

Z České republiky sledoval konferenci Petr Šrámek, šéf českého AI Startup Incubatoru. Podle něj stojíme v oboru umělé inteligence na prahu zhruba dvouletého „okna“, ve kterém se zrodí noví oboroví leadéři. V delším výhledu

dojde ke stabilizaci vývoje a průnik na tento trh bude podstatně těžší. „Pokud dokážeme pomoci našim inovátorům, může se Česká republika stát v oboru AI významným hráčem,“ tvrdí Šrámek. Situaci v oblasti umělé inteligence přirovnává k internetu a letům 1997 až 2000, kdy odstartovaly zajímavé projekty dnešního internetu, jako například Google a Facebook. Ve výhledu pěti let se podle něj umělá inteligence stane přirozenou součástí našeho denního života, jakou je dnes internet.

### Co je Abundance 360

Abundance 360 je názvem iniciativy, odstartované v roce 2012 Peterem Diamandisem. Má nás provázet na 25leté cestě k tzv. technologické singularitě – tedy k bodu, kdy podle

předpovědi Raye Kurzweila technologie překonají schopnosti člověka a dojde ke vzájemnému splynutí. Zároveň má světu připomínat, že žijeme v období hojnosti, které lidstvo doposud nezažilo, a že se můžeme mít ještě lépe. Iniciativa Abundance 360 se věnuje řadě oblastí: obnovitelným zdrojům energie, zdraví, vzdělávání, novým materiálům, virtuální realitě, robotice, umělé inteligenci, blockchainu, včetně jejich vzájemné konvergence. Kolem iniciativy se postupně sdružuje mezinárodní podnikatelská technologická komunita a pomyslným vrcholem ročních aktivit je právě konference, na níž jsou mimo jiné představováni budoucí technologičtí leadéři – zejména technologické startupy. Více informací: [www.startupincubator.ai](http://www.startupincubator.ai); [www.abundance360.com/summit](http://www.abundance360.com/summit) (asa)

# Kdo bude učit na medicíně?

„Učitelů lékařských fakult je nedostatek – mladí nepřicházejí a současná stárnou.“ U příležitosti konání dvanáctých Medialogů, debatních setkání pořádaných 1. LF UK, konstatoval aktuální neutěšený stav **prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.**, děkan 1. LF a předseda Asociace děkanů lékařských fakult ČR.



Foto: 2x archiv 1. LF UK

Prof. Šedo uvedl téma, o němž přišli s novináři a zástupci odborné veřejnosti diskutovat také prof. MUDr. Martin Bareš, Ph.D., děkan LF MU, místopředseda Asociace děkanů lékařských fakult ČR, prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK a MUDr. Lukáš Lacina, odborný asistent Anatomického ústavu 1. LF UK a Dermatovenerologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Představitelé fakult se shodli na tom, že učit budoucí lékaře stále považují za radostné a prestižní povolání, nicméně je stále větší problém motivovat adepty medicíny, aby se této zodpovědné úlohy ujali. Podle prof. Bareše ve výběru budoucích škol začínají vyhrávat jiné obory, které více zapadají do materialisticky laděného světa. A pokud si pak budoucí lékař vybírá, kterým směrem půjde, raději volí klinickou praxi. Jejich volba je také důsledkem úzkého propojení fakult a fakultních nemocnic, jež jsou jinými právními subjekty s jinými finančními možnostmi.

Mladé lékaře tedy ve školské kariéře odrazuje především žalostná finanční situace, která na vysokých školách panuje.

MUDr. Lacina z Anatomického ústavu konstatoval, že učitelé medicíny chybějí úplně všude, ale nejhůře jsou na tom teoretické obory: anatomie, histologie nebo biochemie, kde si vypomáhají kolegy z přírodovědeckých fakult, kteří jsou sice vědecky daleko lépe připraveni než absolventi medicíny, ale chybí jim zázemí, „aby podle MUDr. Laciny věděli, proč učí to, co učí“. Česko už dávno není atraktivní zemí ani pro pedagogy například z Ukrajiny. Za mnohanásobně vyššími platy odcházejí raději do Německa.

„Nastupujícím učitelům dnes můžeme nabídnout tarifní plat 23–27 tisíc Kč hrubého,“ říká prof. Bareš. Zatímco ve zdravotnictví platy rostou, platy učitelů na lékařských fakultách stagnují. Odborný asistent s ukončeným postgraduálním studiem na lékařské fakultě dostává necelých 30 tisíc Kč.

Zvýšit plat je možné až po dosažení titulu docenta či profesora, po 10–15 letech práce. Docenti berou 45 tisíc Kč, profesori 50–60 tisíc Kč hrubého. Zároveň ale většinou pracují jen na částečný úvazek, protože fakulty jejich plat nedokážou pokrýt v plné výši. Kromě platů se adept akademické dráhy musí také vyrovnat s trnitou cestou odmítnutých žádostí o grant a zamítaných i kvalitních publikací do odborných časopisů.

Kritická je situace ve stomatologii, kde zubní lékaři mohou samostatně pracovat bez nutnosti dalších specializačních zkoušek už po pěti letech, proto je jejich motivace pro setrvání na škole nulová.

Důsledkem podprůměrných platů je nedostatek učitelů, kteří stárnou. Docentům je průměrně 55 let, 41 procent je staších 60 let a 14 procent je dokonce starších 70 let. Průměrný věk profesorů je 63 let, 60 procent je starších 60 let a téměř 17 procent je starších 70 let.

Pokud budou chybět učitelé, je ohrožena samotná existence fakulty, která je neustále pod kontrolou, jak splňuje akreditace, kolik má učitelů, kolik v jakých kategoriích, jak získává granty.

## Jak získat finance?

Lékařské fakulty dostávají na vzdělávání mediků asi dvě třetiny toho, kolik opravdu stojí, zbytek si musejí vydělat samy. Hlavním zdrojem příjmů jsou zahraniční studijní programy, dále vědecko-výzkumná činnost, české i zahraniční granty, jejichž úspěšnost se vzhledem k velké konkurenci pohybuje kolem 5 procent, takže na ně nelze spoléhat. Jde však podle prof. Šeda o začarovaný kruh. Pokud je učitel placený z vědeckých prostředků, znamená to, že se plně nemůže věnovat výuce.



Karel Smetana, Lukáš Lacina, Martin Bareš, Aleksi Šedo a Daniel Stach

Účastníci Medialogů se shodli na tom, že o nedostatku lékařů se hovoří poměrně často, ale nedostatek pedagogů na lékařských fakultách nikoho netrápí. Asociace děkanů lékařských fakult na tento problém často upozorňuje a s ministerstvy zdravotnictví a školství jedná o postupech, jak tento vývoj zvrátit. Výsledkem by měl být společný dlouhodobý plán na finanční navýšení rozpočtů lékařských fakult. Oba děkané pražské i brněnské lékařské fakulty tento plán vítají, i když měl přijít před 15 lety. Mělo by jít o akční plán podpořený vládou. Na jednorázové dorovnání rozpočtů fakult nelze spoléhat.

Záměrem ministra zdravotnictví je zvýšit počet absolventů medicíny o 10–15 procent, přičemž by mohl narůst i počet pedagogů, aby zůstal zachován dostatečný poměr jednoho vyučujícího na sedm studentů. I kdyby ale změny ve financování nastaly okamžitě, ve vzdělávacím systému se projeví nejdříve za šest let.

Další možností je rakouská zkušenost z Grazu nebo Innsbrucku, kde se lékařské fakulty osamostatnily. Podle prof. Šeda jde o horké téma, které by mohlo být aktuální, pokud by stát nenavýšil rozpočet fakult. Z ekonomického pohledu by to pro fakulty bylo velmi výhodné. Z hlediska hospodaření jsou lékařské fakulty tahouny univerzit. Univerzity na ně dostávají peníze a lékařské fakulty je pak vracejí univerzitám. Cesta osamostatnění fakult by však podle děkana 1. LF přinesla řadu „administrativně – byznysových problémů“ a možná by to univerzity ochudilo. Také děkan MU připouští, že by přechod fakult z ministerstva školství pod ministerstvo zdravotnictví bylo nesmírně složité a vyžadovalo by změny u celé řady zákonů a ústav. Podle něj univerzity patří do kamenných univerzit.

## Obtížná motivace lékařů

I když se zlepší finanční podmínky lékařů, neznamená to, že noví učitelé automaticky přibudou. Úkolem lékařských fakult je adepty dostatečně motivovat, aby se dokázali pro teoretické obory a základní výzkum dostatečně nadchnout. Jedním z mladých pedagogů, jehož situace na fakultě neodradila, je MUDr. Lukáš Lacina, Ph.D. jemuž se podařilo harmonicky propojit práci na Dermatovenerologické 1. LF UK a VFN v Praze, kde provádí základní výzkum, s výukou odborného asistenta

*Do akademické debaty se zapojil i prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., který v bodech shrnul základní problémy, s nimiž by si měl stát poradit dříve, než bude pozdě.*

- Absolutní základ jsou finance.
- Lékařů je dost, víc než je průměr zemí OECD, jen jsou špatně distribuováni – chybějí nemocniční lékaři, v ambulantním sektoru jich máme dostatek.
- Zvýšit počet studentů ne o 15 %, ale vzhledem k 50% propadavosti v teoretických oborech o mnohem víc.
- Praktika by mohli vést i klinici. Lepší klinik, který svým pohledem studenty obohatí, než přírodovědec, který se musí dovzdělávat.
- Problém je také feminizace medicíny. Ženy míří do ambulantního sektoru, ve škole ani na klinice zůstávat nechtějí.
- Ve škole učí ve velké většině stárnoucí muži. Průměrný věk profesora anatomie na 3. Interní klinice 1. LF UK je 69,2 roku, což je alarmující číslo.
- Stát potřebuje 10 let na změnu – začít je nutné okamžitě!

v Anatomickém ústavu. Jde o všestranně prospěšnou činnost. Zároveň o ne úplně běžný model. „Častější je scénář, kdy si kolegové po ukončení postgraduálního studia vyberou klinickou praxi. Klinická pracoviště nejsou propojení vědy a výuky příliš nakloněna.“

Samotné platové ohodnocení mladých lékařů – vědců hraje v motivaci důležitou roli, ale ne zásadní. Finančně musí být pokryt především samotný postgraduální projekt, pro který se absolvent rozhodne. Což potvrzuje prof. Smetana. „Průměrná doba řešení projektu je 3 roky, což je velmi krátká doba, aby si student naplánoval svůj vlastní osud, protože bude studovat minimálně čtyři roky, spíše déle. Mohu přijmout studenta například ve druhém roce řešení projektu, nemusí se však zadržet a na další projekt už nemusím dostat peníze. A najednou studentovi chybějí výsledky, aby mohl úspěšně obhájit.“ Takže i tady panuje nejistota, která spíše odrazuje.

## Můžeme nahradit učitele

Na otázku, jestli je možné díky technickým možnostem do určité míry pedagogy nahradit, všichni zúčastnění odpověděli, že si to představit nedovedou. E-learningové programy mohou výuku obohatit, prohloubit, nikdy ji však nemohou zastoupit. Touto cestou se nevydávají ani vyspělé země. Lidský faktor bude ve vzdělávacím procesu vždy zásadní. MUDr. Ledvina připomněl

svoji zkušenost ze Singapuru, kde se podílel na založení nové lékařské fakulty. I když nebyl dostatek pedagogů, autority nezvolily náhražkové formy výuky, ale raději pozvali cizince, kteří by zde učili.

Na závěr se debatovalo o nezastupitelné roli základního výzkumu, který tvoří podstatu akademické práce. Prof. Šedo připomněl situaci z onkologie, prof. Baroš zase neurologické objevy, které přispěly k novým terapeutickým možnostem. Biomedicínská věda, jež se provádí na lékařských fakultách, je podle děkana 1. LF v Česku na velmi dobré úrovni, stále však bohužel nepatříme mezi vědecky významné země. Proto si nemůžeme dovolit, aby se systém rozkolísal tím, že stát odmítá investovat do vědy a vědců.

Zatím fakultám nezbyvá než vytvořit co nejvíce motivující prostředí. Ukázat studentům vzájemnou propojenost teorie, klinické praxe a základního výzkumu. Vědecká práce sice na 1. LF UK není pro studenty součástí základního kurikula, ale pregraduální studenti se zapojují do studentské vědecké činnosti. Od prvních ročníků mohou chodit do laboratoří, kde se naučí základní laborantské práci, a postupně se zapojují do řešení i složitějších problémů. Jejich vyučující by si měli všimnout těch nejmotivovanějších a povzbuzovat je v dalším postupu. Jen tak se může udržet kontinuita a zajistit přirozená generační výměna.

**Mgr. Pavlína Perlíková**



# Péče o seniory v Austrálii – můžeme se inspirovat?

V březnu se uskutečnila mise českých delegátů zabývajících se problematikou dlouhodobé péče a péče o seniory do Austrálie. Ohlédnutí za uskutečněnou cestou nám poskytl český velvyslanec v Austrálii **Martin Pohl**, který se mise účastnil.

Austrálie se řadí mezi země se špičkovou péčí o seniory a osoby trpící demencí. Přesvědčili se podle vás čeští odborníci o této skutečnosti?

Austrálie skutečně patří mezi země se špičkovou péčí o seniory. I díky délce života a značnému podílu populace nad 65 let se očekává další růst tohoto sektoru služeb.

Účastníci mise hodnotili program mise, který jim dovolil seznámit se s různými aspekty tohoto sektoru služeb, jako výborně koncipovaný, určitě vnímáme pozitivní ohlas.

**Byt seniorem v ČR, zejména seniorem s demencí, je spojeno s mnoha obavami. Jaký je u vás postoj společnosti ke starým a nemocným jedincům?**

Austrálie je rozlehlá země, každý stát a teritorium jsou specifické, odlišné je i kulturní prostředí, ze kterého značná část místní – přistěhovalci tvořené – populace pochází, takže asi nemůžeme úplně paušalizovat. Lze říci, že problém stárnoucí populace není neznámý žádné zemi a ovlivňuje tedy každou společnost, včetně té australské, a je zde jako jeden z průvodních projevů identifikován.

**Máte v Austrálii vypracovanou koncepci dlouhodobé péče, která by pro ČR mohla být inspirující?**

Jak již bylo řečeno, podíl stárnoucí populace je určitě výzvou jakékoliv administrativě. Australský segment „aged care“ prochází nyní transformačním obdobím, zvyšují se nároky na kvalitu péče, zároveň klesá obsazenost zařízení a počet poskytovatelů péče, změn doznává i systém financování. Koncepce australské vlády „Living Longer Living Better Reform“ pochází z roku 2012 a klade důraz na preference klienta – spotřebitele a tržní prostředí. Vlastní efektivitu spolupráce resortů je obtížné z pohledu zastupitelského úřadu hodnotit, jedná se ale spíše o otázku přímo na ministra pro Aged Care Austrálie a jeho resort, do jehož gesce tato problematika spadá.



Foto: archiv MZV

**Můžete shrnout program, který byl přichystán pro českou delegaci?**

Během sedmidenního programu navštívila skupina celkem 14 českých odborníků tři státy – Nový Jižní Wales, Victorii a Queensland. Absolvovala 18 pracovních jednání, prohlédla si pět domovů pro seniory,

navštívila dva domovy se zvláštním režimem (určených pacientům trpících demencí) a centrum paliativní péče. Dále jednala s organizacemi celoživotního vzdělávání v oblasti sociální práce, vyslechla prezentace či osobně navštívila tři univerzity – University of Tasmania, University of Melbourne a University of Queensland. Zároveň během setkání na Generálním konzulátě ČR v Sydney měla možnost se seznámit se zkušenostmi pracovníků konzulátu a zahraniční kanceláře CzechTrade, znalost australského trhu je pro účastníky mise z pohledu jejich možné budoucí expanze na australský trh určitě cenná.

Skupina navštívila centrum telemedicíny v Brisbane – Centre for Research in Geriatric Medicine & Centre for Online Health, vyzkoušela unikátní školící centrum virtuální reality při asociaci Dementia Australia Victoria a seznámila se s možností e-learningového vzdělávání z oblasti Prevence demence a Porozumění demence.

**V jakých oblastech byla navázána spolupráce mezi australskými a českými odborníky?**

Stejně jako v řadě dalších odvětví i zde bude třeba delší časové období pro vyhodnocení. Jednalo se o první, iniciační misi a jsem rád, že mohu potvrdit, že konkrétním výstupem této návštěvy je i připravovaná delegace australských odborníků, která se zúčastní Evropské konference dlouhodobé péče, jež se koná v září v Praze. Cíli mise bylo navázání a prohloubení stávající obchodní spolupráce, sdílení praxe a rozvoj vzájemné kooperace v oblasti vzdělávání a výzkumu, s důrazem na mobilitu studentů a vyučujících. Bude na jednotlivých firmách, aby vyhodnotily výstupy z mise a případně počítaly s Austrálií ve svých obchodních



Delegace českých odborníků v Austrálii

**Které aktivity byly nejvíce uvítány?**

Z odborného programu zaujaly delegáty především nové technologie, které se v Austrálii v péči o seniory běžně využívají.

plánech, v čemž jim rádi zastupitelské úřady ČR a zastoupení agentury CzechTrade v Austrálii poskytnou svou podporu.

**MUDr. Andrea Skálová**



Dovolujeme si Vás pozvat na

**XXV. kongres  
České internistické  
společnosti ČLS J. E. Purkyně**



**19. – 22. 9. 2018**

**VÝSTAVIŠTĚ BRNO, PAVILON E**

# Oranžový náramek a dříve vyslovená přání

*V reálném životě může dojít k situaci, kdy leží na ulici člověk a potřebuje poskytnout neodkladnou nebo akutní zdravotní péči. Není však při vědomí a přivolaný lékař místo toho, aby ihned poskytoval odbornou péči, stojí před rozhodnutím, zda tento člověk nevyslovil za svého života přání, že pokud se dostane do podobného stavu, odmítá přijmout lékařskou pomoc.*

V případech, že se najde na ulici člověk, který je v bezvědomí, jde o život ohrožující stav a potřebuje poskytnout neodkladné nebo akutní zdravotní služby, není lékař povinen pátrat, zda u sebe pacient má, nebo nemá uloženou písemnou listinu s dříve vysloveným přáním. Někteří pacienti mohou na takovou situaci být již dopředu připraveni a mají ve svých osobních dokladech, jako jsou občanské průkazy, pasy či zdravotní průkazy pojištěnce, k dispozici připravené dříve vyslovené přání v listinné podobě, které lékař objeví dříve, než přistoupí k zdravotnímu výkonu. Obdobně může dříve vyslovené přání předložit lékaři osoba nebo osoby, jež jsou pacientovi blízké.

## MUDr. Holmes?

Lékař by tedy měl odložit poskytování zdravotního výkonu a jeho povinností je zjistit, jestli se jedná o listinu, která je po právní stránce použitelná. V dnešní době, bohužel, neexistuje žádný oficiálně vedený „Registr dříve vyslovených přání“, kde by se mohl nejdříve pacient zaregistrovat s tím, že nechce být v určitých životních chvílích ošetřen, a kde by se mohl lékař ihned informovat a přesvědčit, jestli dané přání existuje. Pátrání po dokladech může být v akutních chvílích fatální.

Pokud leží člověk na ulici ve Velké Británii a přijde ošetřující lékař, jenž na jeho zápěstí uvidí oranžově zbarvený náramek, je okamžitě upozorněn, že člověk již dopředu vyslovil své přání nepodstupovat budoucí léčbu. Lékař má tedy povinnost u něho dokument najít. Naopak u nás lékař na místě zjišťuje, zda je podpis pacienta úředně ověřen, součástí dříve vysloveného přání musí být rovněž poučení lékaře – prvotního registrujícího praktika nebo jiného ošetřujícího lékaře, k jehož odbornosti se dříve vyslovené přání vztahuje. Poučení se musí týkat možných důsledků dříve vysloveného přání.

Jelikož zákon o zdravotních službách blíže nepožaduje, jaké informace by mělo poučení obsahovat, bude prozatím stačit obyčejná věta, že lékař potvrzuje, že pacient byl poučen o budoucích následcích dříve vysloveného přání, které je obsaženo v písemné listině. Důsledky tedy může příslušný lékař uvést pacientovi ústní formou a není nucen je zachovat písemně. Původně bylo dříve vyslovené přání ohraničeno dobou pěti let, ale Ústavní soud ji zrušil a dnes trvá neomezenou dobu s tím, že jej může pacient kdykoli v průběhu platnosti odvolat.

## Dříve vyslovené přání nezletilého

Dříve vyslovené přání nelze uplatnit u nezletilého pacienta ani u nesvéprávného pacienta. Stejně tak existuje zákonná pojistka, kdy se dříve vyslovené přání nemůže použít a nelze jej přijmout, kdyby pacient chtěl nabádat lékaře a poskytovatele zdravotních služeb k aktivnímu způsobení smrti či pokud by mohlo jeho nesplněním dojít k ohrožení jiné osoby.

Ve výjimečných případech nemusí lékař nebo poskytovatel zdravotních služeb respektovat dříve vyslovené přání a jednat podle vlastního uvážení, zejména tehdy, když v mezidobí dojde k takovému vývoji v poskytování zdravotních služeb, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil s jeho poskytnutím souhlas.

## Nesouhlas se zákroky při hospitalizaci

Může ovšem rovněž nastat situace, kdy je pacient hospitalizován nebo je již nějakou dobu v hospitalizaci a najednou si vzpomene, že by chtěl situaci ošetřit i v budoucnu a zrovna v době, kdy nebude způsobilý o sobě rozhodovat, a přesto si některé zdravotní výkony nebo zákroky nebude přát. Je to vůbec možné? Ano zákon o zdravotních službách na to opět



Foto: archiv Reného Šifta

pamatuje a pacient tak může učinit kdykoli při přijetí nebo při samotném průběhu hospitalizace.

Pacient proto požádá lékaře o sepsání dříve vysloveného přání v rámci hospitalizace. V takovém případě musí lékař pacienta poučit o možných důsledcích dříve vysloveného přání a vše zapsat do zdravotnické dokumentace, v níž se uvedou zdravotní výkony, kterých se dříve vyslovené přání týká, konkrétní jméno lékaře, jenž jej poučil o možných důsledcích, a současně se do zdravotnické dokumentace podepisuje pacient, lékař a jeden svědek. I když má být dříve vyslovené přání jinak úředně potvrzené, v tomto případě se podpis pacienta neověřuje a nahrazuje jej svědectví lékaře a svědka. Takto pořízené dříve vyslovené přání je platně ohraničené pouze pro danou hospitalizaci a daného poskytovatele zdravotních služeb.

Mgr. René Šifta,  
Ústav práva a právní vědy

Inzerce ▼ M181000141

abbvie

# Zeiss: prestižní přístroje i vzdělávání

ZEISS je mezinárodní technologická společnost s vedoucím postavením v oblasti optického a optoelektronického průmyslu. Na letošním X. kongresu České glaukomové společnosti představila špičkové přístroje pro oftalmologickou diagnostiku a nabídla interaktivní vzdělávání formou minikurzů ZEISS Akademie.

Celkem 9 minikurzů zaměřených na cévní postižení sítnice, zobrazení papily, přínos OCT pro ambulantní praxi a zajímavé perimetrické nálezy, které proběhly v prostorách hotelu NH Collection Olomouc Congress, zaznamenalo nebyvalý zájem. Navštívilo je přes 300 účastníků. ZEISS Akademie nabízí lékařům i sestřám rozšiřování znalostí v oblasti oftalmologické diagnostiky a nejmodernějších technologií. Kurzy, které vedou renomovaní specialisté, se zaměřují na celé spektrum diagnostiky a operativy předního i zadního segmentu oka a jsou pořádány celoročně, buď samostatně, nebo v průběhu národních kongresů.

Účastníci kongresu měli dále možnost vyzkoušet si vyšetření pomocí prezentovaných přístrojů. **Ultra-širokoúhlá**

**sítnicová kamera CLARUS 500** byla v České republice představena poprvé. Přístroj nabízí unikátní ultra-širokoúhlé snímky ve vysokém rozlišení v úhlu až 200°, což umožňuje zobrazit i periferii očního pozadí. Jak ukazují aktuální data, mnohé příznaky onemocnění jsou velmi často lokalizovány právě v daleké periférii sítnice, která je těžko dostupná běžnými technologiemi.

Dalším vystaveným přístrojem byl **CIRRUS 5000 AngioPlex – optický koherenční tomograf s neinvazivní angiografií**. Tato revoluční technologie umožňuje krystalicky čisté zobrazení cévního řečiště sítnice, jak v povrchových vrstvách, tak i ve vrstvách hlubokých. S aktuálním softwarovým updatem systém

umožňuje kvantifikaci naměřených hodnot a hodnocení hustoty cév a krevního průtoku. Díky tomu lze provádět důkladné vyšetření stavu cév sítnice neinvazivně a bez nutnosti podávání kontrastní látky.

**Automatický počítačový perimetr HFA3 s novou testovací strategií SITA Faster** patří mezi přístroje, které jsou již několik desítek let zlatým standardem ve vyšetřování zorného pole. Testovací strategie SITA Faster zkracuje dobu vyšetření jednoho oka na pouhých 90 vteřin u zdravého jedince. Tím redukuje významně čas, který musí pacient strávit u tohoto důležitého, preventivního, ale často nekomfortního vyšetření. Zkrácením doby se přitom nesnižuje kvalita vyšetření.

Více na: [zeiss.cz](http://zeiss.cz) (asa)

Inzerce ▼ M181000172

## Stavíme mosty mezi teorií a praxí ZEISS Akademie



// RESPONSIBILITY  
MADE BY ZEISS



# Implantát XEN – inovace v léčbě glaukomu

Na X. kongresu České glaukomové společnosti (12.–14. dubna, Olomouc) byly prezentovány mimo jiné novinky a trendy v chirurgické léčbě glaukomu. Čerstvou inovací v české oftalmologii je implantát XEN 45, který v průběhu sympozia společnosti Allergan představil Marcus Lenzhofer, MD, FEBO z Paracelsovy lékařské univerzity v Salzburku, Rakousko. Odbornou garantkou uvedeného bloku byla doc. MUDr. Šárka Pitrová, CSc., FEBO.

V chirurgické léčbě glaukomu se uplatňuje několik druhů zákroků: filtrující operace – trabekulektomie, kombinace trabekulektomie s trabekulotomií, cyklocryoterapie – u refrakterních forem glaukomu, drenážní implantáty a nepenetrující filtrující operace. Jako každý chirurgický zákrok, nesou s sebou i tyto metody určitou míru rizika. Ve snaze nalézt účinnou a šetrnou léčbu farmakologicky nekompenzovaného glaukomu jsou zaváděny do klinické praxe moderní operační postupy a nové typy očních implantátů. Jedná se o tělíška aplikovaná do spojivkového vaku, slzných cest či intrakamerálně. Cílem mikrochirurgického výkonu je dosažení dostatečně nízkého cílového nitroočního tlaku (NOT) nutného ke stabilizaci zrakových funkcí.

## Funkce a provedení implantátu XEN

Prezentovaná novinka – implantát XEN 45 je určen ke snížení NOT u pacientů s primárním glaukomem s otevřeným úhlem v případech, kdy selhala předchozí léčba kapkami. Oproti dosud používaným filtračním implantátům (kovová trubička 2,92 x 0,4 mm) představuje nový typ implantátu metodu, která používá velmi měkký gelový nezánětlivý materiál miniaturních rozměrů (průměr 210  $\mu$ m) nebo vnitřní průměr 45  $\mu$ m s cílem zajistit maximální snášenlivost a přizpůsobení tvaru oka. Odlišný je i způsob aplikace, zaměřený na maximální komfort, bezpečnost a snížení pooperačních komplikací. Aplikace implantátu probíhá injekčně, na rozdíl od stávajících filtračních implantátů, které vyžadují chirurgickou intervenci. Samotný implantát je systém, který zahrnuje vlastní želatinovou trubičku určenou k zajištění odtoku oční tekutiny, ale



Postup injekční aplikace implantátu XEN

Illustrace: Allergan

současně i vlastní jednorázový aplikační set, umožňující miniaturní vpich pod oční rohovku tak, aby byla možná okamžitá aplikace implantátu s maximální šetrností.

Jak ukázal v edukačním videu dr. Lenzhofer, XEN 45 je jediný gelový glaukomový implantát zaváděný ab interno, který vytváří novou dráhu podspojivkové filtrace. Implantát funguje na stejném principu jako trabekulektomie, oproti ní má však některé podstatné výhody. Výkon trvá cca 15 minut – během doby potřebné pro trabekulektomii lze tedy provést zhruba tři výkony s implantací XEN. Zákrok je spojen s menším výskytem pooperačních komplikací, jako je únik z filtračního polštářku a choroidální efúze, okamžitou účinností snížením NOT (nitroočního tlaku) až o 54 % v den implantace a v průměru

o 36 % za 12 měsíců, snížením následné farmakoterapie až o 50 % a snížením přímých materiálových nákladů související s výkonem. Výkon lze provádět společně s operací šedého zákalu.

## Studie APEX potvrdila snížení NOT

Dr. Lenzhofer dále informoval o předběžných výsledcích prospektivní nerandomizované multicentrické studie APEX. Po roce trvání studie se ukázalo, že XEN umožňuje v průměru dosáhnout hodnot NOT mezi 12–17 mmHg a tyto hodnoty udržet. Po 12 měsících činila průměrná hodnota NOT 13,8 mmHg oproti původní hodnotě 21,4 mmHg před léčbou. Jednalo se tedy o 34,1% redukcí NOT.

Dosavadní výsledky studie dále ukázaly, že XEN přispívá k redukcí užívaných léků na glaukom. Více než polovina pacientů nemusela po 12 měsících užívat kapky na snižování nitroočního tlaku. Průměrná míra používání kapek se snížila na 0,6 oproti 2,6 před implantací. Nižší počet kapek představuje pro pacienty reálný přínos, neboť komplexní režimy léčby glaukomu pomocí léků mohou ovlivňovat kvalitu života.

## Závěr

Výkon s implantací XEN představuje podle dr. Lenzhofera efektivní inovativní proceduru s dobrým bezpečnostním profilem, vhodnou u pacientů s glaukomem, kteří nereagují dostatečně na předchozí léčbu pomocí kapek. Zákrok vede k účinnému a přetrvávajícímu snížení nitroočního tlaku, redukcí či celkovému vysazení medikace a nižšímu výskytu peri- i pooperačních komplikací.

MUDr. Andrea Skálová



# Aerobní zdatnost zvyšuje toleranci zátěže

Na Interní hematologické klinice Fakultní nemocnice Brno zavedli jako v první nemocnici u nás respirační trénink před řízenou pohybovou aktivitou pro lidi s ukončenou léčbou lymfomů a leukemií.

Nápad vznikl na Interní hematologické klinice FN Brno (IHOK). „U zrodu pohybového programu stála Fakulta sportovních studií MU. Od podzimu 2017 se do programu zapojují i fyzioterapeuti tamní Katedry podpory zdraví, kteří vedou respirační trénink,“ říká autorka tréninkových dávek a vedoucí katedry lékařka Kateřina Kapounková.

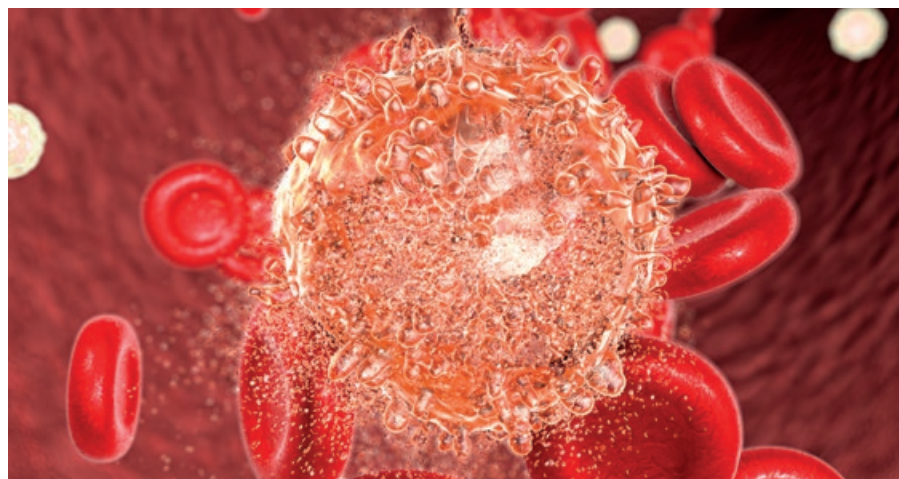
## Rozdýcháním k adhezenci

Výsledky programu řízené pohybové aktivity z IHOK jsou k dispozici z let 2012 až 2016. Bylo změřeno 101 pacientů, 61 pacientů bylo po léčbě jen sledováno a 40 jich bylo zařazeno do dvanáctitýdenního řízeného pohybového programu. Pacienti docházeli třikrát týdně na hodinové cvičení. „Cvičební jednotka zahrnovala 10 minut dynamického rozcvičení a zahřátí, následovala hlavní část na bázi kardiotréninku, zpočátku 20 minut, později 40 minut. Závěrečných 10 minut pak bylo věnováno zklidnění a uvolnění organismu,“ popisuje Kateřina Kapounková.

Ve skupině podrobené pohybovému programu podle ní došlo k výraznému zvýšení aerobní zdatnosti i ke zlepšení sympatovagální rovnováhy. Adherence ke cvičení ale nebyla tak vysoká, což bylo jedním z důvodů, proč od září 2017 byl pro novou skupinu pacientů před pohybový program zařazen tříměsíční respirační trénink. Ten zahrnoval domácí cvičení k posílení dýchacích svalů prostřednictvím dýchání s pomůckou Thresholdem. Tím se zlepšovala optimální mechanika dýchání, která měla za následek snížení pozátěžové dušnosti, zvýšení tolerance zátěže a snížení pocitu únavy.

## Výhody respiračního tréninku

„Zahrnutí respiračního tréninku do podpůrné péče pacientů pak umožňuje jejich lepší zvládnání negativních subjektivních pocitů, které je mohou provázet také při provádění řízených pohybových aktivit. Mohou být součástí i běžných denních činností právě



Ilustrační foto: Shutterstock

v důsledku dekondice a zvýšené únavnosti svalů, tedy i svalů s dýchací funkcí, především bránice. Právě subjektivní pocity pacientů ze zátěže jsou mnohdy natolik nepříjemné, že bývají limitujícím faktorem pro další pokračování,“ upozorňuje vedoucí brněnské Katedry podpory zdraví.

Tak se pacienti brání progresivním změnám v rámci adaptace na pohybovou zátěž a bludný kruh se podle doktorky Kapounkové uzavírá. „Toto poznání nás vedlo nejen k zavedeným indikacím pohybových aktivit u pacientů v remisi, ale také k doplnění intervenčního programu o respirační trénink. Jeho výhodou je posílení dechového svalstva, snížení pozátěžové dušnosti, zvýšení tolerance na zátěž, zvýšení adhezence k pohybovým aktivitám a snížení pocitu únavy, což má logický vliv i na intenzitu a délku, a tedy i na účinnost následného pohybového programu,“ říká autorka tréninku Kateřina Kapounková.

## Důležitá část podpůrné péče

Řízená pohybová aktivita představuje podle doktorky Kapounkové v současné době v hematologické onkologii, ale i u ostatních onkologických onemocnění, velmi aktuální a rozhodující část podpůrné péče. „Má řadu pozitivních účinků. Zejména zvyšuje odolnost proti únavě, která je u hematologických pacientů

obecným a distresujícím symptomem. Dnes uvažujeme o možném mechanismu jejího vzniku na základě bludného kruhu mezi únavou, insuficientní pohybovou aktivitou a dekondecí,“ přibližuje Kateřina Kapounková.

Pohybová aktivita podle jejich slov dále zvyšuje kardio-respirační výkonnost a svalovou sílu, zlepšuje tělesnou pohodu, redukuje úzkost a depresi a zlepšuje kvalitu života v nejširším slova smyslu.

## Rozšíření respiračního tréninku

O respirační trénink s navazujícím pohybovým programem projevil zájem i Masarykův onkologický ústav. „Rádi bychom na základě zkušeností a výsledků tuto metodiku rozpracovali, aby byla využitelná i mimo naše pracoviště. Prvním krokem je i akreditace navazujícího magisterského oboru aplikovaná kineziologie, který by měl připravovat studenty na vedení kondičního tréninku nejen se zdravou populací, ale především s osobami oslabenými nějakým chronickým onemocněním. V současné době již ukončily studium dva ročníky a chystáme státní závěrečné zkoušky pro třetí běh studia. Těší nás, že absolventi tohoto studia se neztratili a řada z nich pracuje v pohybových centrech v zahraničí,“ uzavírá doktorka Kapounková.

(maj)

# Možnosti konzervativní léčby glaukomu

*Glaukom neboli zelený zákal je závažné, plíživé oční onemocnění charakterizované poškozením očního nervu, obvykle v důsledku zvýšeného nitroočního tlaku. Glaukom je celosvětově třetí nejčastější příčinou slepoty. Rozpoznání glaukomu je proto důležitým úkolem oftalmologů i praktických lékařů. Včasná diagnóza a léčba výrazně zvyšuje šance na zastavení progresu choroby.*

Glaukom je multifaktoriální onemocnění, které vzniká primárně, nebo sekundárně jako důsledek jiného onemocnění. Nejčastějším typem je tzv. chronický glaukom (glaukom s otevřeným komorovým úhlem). Chronický glaukom je onemocnění bez nápadných příznaků – pacient nemá bolesti a vidění zůstává velmi dlouho bez výrazného zhoršení. Přitom dochází k postupnému odumírání gangliových buněk sítnice a vláken zrakového nervu. Teprve při poškození asi 30 procent nervových vláken se projevují první funkční změny. Časná diagnóza glaukomu je klíčová. Jejím cílem je nález glaukomových změn na disku zrakového nervu a abnormalit ve vrstvě nervových vláken v takovém stadiu, kdy ještě nejsou přítomny změny funkční. Z rizikových faktorů se na rozvoji onemocnění nejvýznamněji uplatňuje zvýšený nitrooční tlak. Pokud není tento tlak pod kontrolou, glaukom vede k nevratným změnám v zorném poli a slepotě.

## Terapie glaukomu

Primární glaukom je nevléčitelná choroba, pomocí vhodných léčebných modalit lze však zmírnit její průběh. Cílem terapie je snížit progresi onemocnění a udržet zrakové funkce pacienta na úrovni jako v okamžiku stanovení diagnózy. V léčbě glaukomu se uplatňují tři hlavní směry: medikamentózní, laserová a chirurgická léčba. Cílem terapie je zabránit progresi poškození zrakového nervu, snížit nitrooční tlak na hodnotu „cílového tlaku“ a minimalizovat vedlejší účinky a komplikace léčby. Vzhledem k současnému pohledu na toto onemocnění se pokládají za nevhodnější přípravky, které účinně snižují nitrooční tlak, zlepšují pulsní a retinální průtok krve a mají neuroprotektivní charakter. Ideální lék by měl být bezpečný, mít minimální vedlejší účinky, snižovat nitrooční tlak na hodnoty

dostatečně bezpečné pro oko, zlepšovat průtok krve terčem zrakového nervu i hemodynamické parametry a zabraňovat glutamátém indukovanému poškození buněk. Důležitým aspektem konzervativní léčby glaukomu je také kvalita života pacienta.

## Snížení nitroočního tlaku

Nejdůležitějším, avšak ovlivnitelným rizikovým faktorem pro rozvoj glaukomové neuropatie optiku je zvýšený nitrooční tlak. Konzervativní léčba se proto zaměřuje zejména na tento problém. Využívají se přitom:

1. látky snižující tvorbu nitrooční tekutiny,
2. látky podporující odtok nitrooční tekutiny,
3. látky působící osmoticky – hyperosmotika.

Přehled nejčastěji užívaných preparátů ukazuje tabulka.

**Tab. Přehled nejčastěji užívaných látek v léčbě glaukomu**

Látky snižující tvorbu nitrooční tekutiny
<b>Betablokátory</b>
timolol maleát, levobunolol hydrochlorid, metipranol, betaxolol
<b>Sympatomimetika</b>
epinefrin, dipiverfrin hydrochlorid, klonidin, brimonidin
<b>Inhibitory karboanhydrázy</b>
acetazolamid, diklofenamid, dorzolamid, brinzolamid
Látky ovlivňující odtok nitrooční tekutiny
<b>Cholinergika</b>
pilocarpin, karbachol, epinefrin, brimonidin
<b>Analogy prostaglandinů</b>
latanoprost, unoproston

Nejpoužívanější léčebnou formou jsou oční kapky. Trendem je pak uplatnění fixních kombinací. V budoucnu by se mohly uplatnit další léky, například ze skupiny inhibitorů Rho kinázy – nyní ve fázi klinického testování. K dalším možnostem konzervativní léčby patří aplikace očních implantátů do spojivkového vaku, slzných cest či intrakamerálně.

U nedostatečně kompenzovaného glaukomu se využívají moderní operační postupy jako miniinvazivní glaukomová chirurgie (MIGS), která ponechává intaktní spojivku a skléru. Zlatým standardem léčby zůstává laserová trabekulektomie, která přes možné riziko komplikací má výrazný efekt na snížení nitroočního tlaku. Příslibem do vzdálenější budoucnosti jsou nové směry terapie, jako jsou neuroprotektce, neuroregenerace, uplatnění kmenových buněk či genová terapie.

## Závěr

Glaukomy představují jeden z nejzávažnějších problémů oftalmologie a patří na čelní místo mezi příčinami slepoty. Důležité je včasné rozpoznání onemocnění, prevence včetně pravidelných kontrol pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou a kontrola terče zrakového nervu – zejména u pacientů starších 40 let, přicházejících k oftalmologovi z různých důvodů. Oftalmolog nesmí podceňovat subjektivní stesky pacienta, jako je tlak v očích a za očima, a měl by vždy pátrat po jeho příčinách v úzké mezioborové spolupráci s praktickým lékařem, neurologem, otolaryngologem a dalšími specialisty. Léčba zaměřená na snížení nitroočního tlaku může zastavit progresi choroby a uchránit tak pacienta před nevratným důsledkem onemocnění – slepotou.

MUDr. Andrea Skálová



# Komiksy vysvětlují dětem závažná onemocnění

Na začátku března proběhla v pražském Mánesu prezentace edukativních komiksů Medikidz, které si kladou za cíl pomoci dětem porozumět závažným onemocněním.

Komiksy vycházejí ve třetici jazycích v padesáti zemích světa a jsou pilířem mezinárodní osvětové iniciativy Jumo Health zaměřující se na poskytování zdravotnických informací zejména dětem z rodin s nemocnými příslušníky. Po prezentaci následovala panelová diskuse za účasti MUDr. Markéty Černovské z pneumologické kliniky 1. LF UK a dětské psycholožky Mgr. Lucie Micháلكové z Katedry psychologie Pedagogické fakulty UK, které se podílely na překladu a přípravě české verze Medikidz. Vydání komiksů v České republice zaštila farmaceutická společnost Roche.

Koncepci a texty komiksů spoluvytvářejí lékaři a dětské psychologové a výsledek je standardně revidován lektorskou radou specialistů v dané oblasti. Každý z pěti superhrdinů Medikidz je rovněž odborníkem na jednu oblast – kůže a kosti, trávicí systém, srdce a cévy, mozek a nervy, plíce a dýchací systém. Hrdina komiksu vždy přenesou konkrétní dítě školního věku do „Medizemě“, planety v podobě lidského těla, kde mu názorně vysvětluje původ, průběh, příznaky i léčbu nemoci, jíž trpí například jeho tatínek nebo maminka.

Komiksy mají pomoci nejen dětem, ale i jejich rodičům, pro které může rozhovor s dětmi na téma vážné nemoci v rodině být obsahově i emočně náročný. „Komiksy Medikidz jsou



jedinečné v tom, že se zaměřují na potřeby dítěte i rodičů. Ulehčují oběma stranám pochopení nové situace a usnadňují komunikaci v náročné fázi života. Je velmi důležité přistupovat ke každému dítěti individuálně dle věku a celkové zralosti, starší děti jsou schopné si číst komiks samy, u mladších dětí bych doporučila společné čtení s rodičem,“ říká Mgr. Lucie Micháلكová.

Prozatím vznikly tři české komiksy. Dva z nich se věnují onkologickým onemocněním – rakovině prsu a rakovině plic. „V praxi se setkávám s tím, že pacienti naráží na problém, jak mají o svém zhoubném onemocnění informovat doma své děti či vnoučata.

Komiksy Medikidz plní úlohu rádce i učitele, pomáhají nejen dětem, ale i dospělým porozumět boji se zákeřnou nemocí prostřednictvím příběhu odehrávajícího se v lidském těle, kde spolu zápasí hodné zdravé plicní buňky a zlé rakovině,“ vysvětlila MUDr. Markéta Černovská. Spoluautorka české verze komiksů dodává, že mírně upravila

obsah týkající se onkologických léčebných postupů tak, aby odpovídal českému prostředí.

Třetí komiks se zaměřuje na roztroušenou sklerózu. Jedním z jeho prvních čtenářů byl Ing. Michal Karsch, kterému RS diagnostikovali před 23 lety a který se prezentace a diskuse rovněž zúčastnil. Pan Karsch má dceru na prvním stupni základní školy a podobu komiksu oceňuje: „Dceři je osm let, takže s mojí nemocí je smířená odmala. Jak ale nemoc postupuje, také ona vnímá, že některé aktivity a sport musí zažívat jen s maminkou. Komiks Medikidz mi přijde jako pěkný materiál pro rodiče dětí, kteří jsou nově diagnostikováni a hledají vhodný způsob a slova, jak svému dítěti novou situaci vysvětlit,“ dodal Michal Karsch.

Komiksy jsou dostupné zdarma v elektronické podobě na stránkách [www.mojemedicina.cz](http://www.mojemedicina.cz). V tištěné podobě jsou k dispozici na specializovaných pracovištích, v onkologických centrech, popřípadě v centrech pro léčbu RS. K dostání jsou také u řady pacientské organizací – Aliance žen s rakovinou prsu, Onkomaják, Onkounie, Sdružení mladých sklerotiků, Roska, eRes tým ČR a dalších. V případě zájmu ze strany rodičů plánují autoři rozšířit edici o původní české komiksy na téma dalších onkologických onemocnění nebo třeba hemofilie.

Bc. Lukáš Malý



# Magistrát a sněmovna bojují proti meningokoku

*U invazivního meningokokového onemocnění jde často o minuty. Úmrtí může nastat do 24 hodin od prvních příznaků. I když pacient přijde včas a lékaři postupují správně, nemusí fatálnímu následku zabránit.*

Důležitá je prevence onemocnění, která spočívá především v očkování,“ uvedli odborníci na setkání Poslanecké sněmovně při příležitosti Světového dne meningitid. Jejich stanovisko podporuje i ministr zdravotnictví Adam Vojtěch a radní hl. m. Prahy pro oblast zdravotnictví Radek Lacko. „Magistrát dlouhodobě podporuje projekty zaměřené na boj s meningokokem. Praha se už několik let zapojuje do osvětových programů, řadu z nich také financuje. Ve svém okolí mám několik lidí, které nemoc připravila o končetiny. Sám jsem nechal svoje děti očkovat,“ uvedl k tématu Ing. Lacko.

## Zrádná smrtící nemoc

Meningokokové onemocnění ve většině případů postihuje lidi, kteří jinak nemají žádné zdravotní problémy. Nemocní často přijdou do nemocnice pozdě, neboť onemocnění mnohdy nebývá rozpoznáno včas. „Diagnózu znesnadňují počáteční nespecifické příznaky podobné běžné viróze. Typické projevy této nemoci se objevují v průměru až za 12 až 15 hodin

od prvních příznaků, a to už často do selhání orgánů často nezbyvá moc dlouhá doba,“ vysvětlil docent Rastislav Maďar, vedoucí Ústavu epidemiologie a ochrany veřejného zdraví na Ostravské univerzitě. Smrt může nastat už do 24 hodin po prvních příznacích, a pokud nemocní přežijí, mnohdy si nesou doživotní následky: jsou jim amputovány prsty i celé končetiny, trpí hluchotou, slepotou, postižením srdce apod. Neblahou rolí hraje i pozdní vyhledání zdravotní péče. Průměrná doba první konzultace s lékařem od začátku prvních neurčitých příznaků, jako jsou horečka, zvracení, nechutenství, malátnost apod., činí osm hodin. „U malých dětí je to dokonce 14 hodin a u adolescentů 22 hodin,“ říká docent Maďar, který proto tuto nemoc nazývá „nepřítelem lékařů i pacientů“.

## Očkování je klíčové

Lékaři proto doporučují nechat se proti tomuto onemocnění očkovat. S tím souhlasí i pediatr a člen sněmovního podvýboru pro preventivní programy

MUDr. David Kasal. „Očkování je nesmírně důležitou složkou prevence a v případě očkování proti meningokoku séroskupiny B, které VZP finančně výrazně podporuje, je efekt několikanásobný – přímo zachraňuje životy, zabraňuje celoživotním trvalým následkům a umožňuje prožít život bez fyzických i psychických handicapů,“ zdůrazňuje.

„V loňském roce bylo v České republice zaznamenáno 68 případů invazivního meningokokového onemocnění. Deset z nich skončilo úmrtím,“ upozornila MUDr. Pavla Křížová, vedoucí Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy. „Všem těmto úmrtím bylo možné předejít očkováním proti invazivním meningokokovým onemocněním,“ dodal náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči profesor Roman Prymula. Česká vakcinologická společnost doporučuje očkování kombinací vakciny proti meningokoku séroskupiny B a čtyřvalentní vakciny proti séroskupinám A, C, Y, W. (red)



U příležitosti Světového dne meningitid se odborníci setkali v Poslanecké sněmovně



# Ministr zdravotnictví bilancuje 100 dnů v úřadě

**Adam Vojtěch** nedávno bilancoval svých prvních 100 dnů v čele Ministerstva zdravotnictví a představil své plány do budoucna.

„Pokud něco na začátku slibujeme, je správné skládat účty,“ uvedl ministr Vojtěch. Za klíčový považuje obrat v dosavadním přístupu úřadu k veřejnosti. „Naším mottem je politika otevřených dveří. Otevřeli jsme dveře ministerstva odborné společnosti, pacientům, profesním komorám, mladým lékařům, poskytovatelům zdravotní péče, zdravotním pojišťovnám, občanům, zkrátka všem, kteří se chtějí konstruktivně bavit o zlepšení českého zdravotnictví,“ řekl ministr.

Mezi priority ministra Vojtěcha patřilo spuštění elektronické preskripce. Ta funguje od prvního ledna tohoto roku a dnes jí používá přes třicet dva tisíc lékařů. Vojtěch ve Sněmovně v průběhu ledna prosadil roční odklad sankcí, aby dal lékařům prostor se seznámit s eReceptem v praxi. Po celý rok ministerstvo pořádá roadshow po regionech a snaží se lékařům a lékárníkům aktivně pomáhat. „Osobně se účastním všech seminářů, protože považuji za velmi důležité vyslechnout si zpětnou vazbu ze strany lékařů a lékárníků,“ uvedl ministr Vojtěch.

Urgentní byla na začátku roku příprava pravidel pro úhrady zdravotnických prostředků na poukaz. „Řešení tohoto úkolu se po mém nástupu stalo maximální prioritou. Jsem rád, že jsme novelu připravili v rekordním



Foto: archiv MZ ČR

čase a nyní je v meziresortním připomínkovém řízení,“ řekl k tématu ministr zdravotnictví. Nové zdravotnické prostředky budou zařazovány do systému úhrad každý měsíc a nikoli jen jednou za půl roku. Prakticky všechny položky, které jsou dnes hrazeny ve výši 75 % z ceny, budou doplněny do kategorizačního stromu a pacienti tak budou moci dosáhnout na jejich plnou úhradu.

Ministerstvo dále připravilo novelu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která v mnoha ohledech přináší pro lékaře a zdravotnický personál snížení administrativy. Vyhláška ponechává mnohem více na poskytovatelích, zda budou vytvářet určitý záznam nebo v jaké podobě ho zpracují. Ministerstvo zároveň vyslyšelo volání mnohých poskytovatelů a tam, kde je to možné, zkracuje povinnou dobu uchování zdravotnické dokumentace. Novela by měla začít platit v červnu.

S cílem zajistit dostatečnou dostupnost stomatologické péče ve všech regionech České republiky připravilo ministerstvo dotační program pro zubaře. Za poslední měsíce také došlo k posunu v reformě psychiatrické

péče – ministerstvo vyhlásilo výzvu na předkládání žádostí o dotaci na prvních pět Center duševního zdraví. Pro pacienty ministerstvo také ještě letos zřídí Vysoce specializovaná centra pro léčbu vzácných onemocnění. V otázce zdravotně-sociálního pomezí, dlouhodobé péče a reformy psychiatrické péče se rozvinula spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

V současné době ministerstvo pracuje na rozvoji eReceptu. Na půdě ministerstva vzniká nová koncepce primární péče, která má za cíl posílit roli praktických lékařů. Ministerstvo se v rámci pracovní skupiny věnuje podpoře dostupnosti lékáren v odlehlých oblastech a připravuje revizi jejich odměňování. Ministr zahájil přípravu centrálních nákupů fakultních nemocnic. Nemocnicím zadal úkol vytipovat vhodně komodity. V neposlední řadě začal ministr Adam Vojtěch s resortem školství a lékařskými fakultami intenzivně řešit nedostatek lékařů. Výsledkem bude desetiletý akční plán na zvýšení počtu studentů, který chtějí resorty vláde předložit do poloviny letošního roku.

**Bc. Lukáš Malý**



Foto: Wikimedia

# Slibné výsledky v léčbě IBD

V České republice se každý rok diagnostikuje kolem 500 – 600 nových pacientů s Crohnovou chorobou a 1000–1200 nových pacientů s ulcerózní kolitidou. S **prof. MUDr. Milanem Lukášem, DrSc.**, předsedou České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, přednostou kliniky ISCARE a primářem IBD centra jsme si povídali o dostupné terapii obou onemocnění a novinkách v oblasti léčby.

Ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc patří do skupiny idiopatických střevních zánětů (inflammatory bowel disease – IBD), které postihují zejména mladší populaci mezi 20–40 lety věku. Jde o chronická onemocnění tenkého a tlustého střeva, jejichž incidence v posledních dvaceti letech stále stoupá.

„O patogenezi víme mnohem více než o etiologii,“ konstatuje prof. Lukáš. „Jde o kombinaci několika faktorů, jež indikují chronický zánět: genetickou predispozici a vlivy zevního prostředí, jako jsou kouření, stres nebo strava. Třetím faktorem je mikrobiální složení střevní flóry. Patogeneze je známá trochu více. V průběhu zánětu dochází ke stimulaci imunitního systému střeva, který navíc chybně rozpoznává fyziologické složení střevních mikrobiotů a interpretuje ho jako patogenní a indukce zánětlivou reakci, která ničí vlastní střevní tkáň.“

Terapie IBD je v podstatě symptomatická a směřuje k potlačení zánětlivé reakce. Farmakologická léčba přinesla za poslední dvě desetiletí nové možnosti léčby, které vhodně doplnily desítky let používanou tzv. „konvenční léčbu“, kterou představují aminosalicyláty, glukokortikoidy, imunosupresiva a antibiotika.

## 20 let biologické léčby

Pokud konvenční terapie selže, přichází na řadu biologická léčba, která se podává v Centrech pro biologickou léčbu. V České republice jich je celkem třicet. Prof. Lukáš vysvětluje: „Nejčastěji se používají speciální imunoglobuliny namířené proti glykoproteinu TNF- $\alpha$ , které jsou tvořeny v izolovaných buněčných liniích, do jejichž genomu byl zadán kód lidského imunoglobulinu. „První biologická léčba se do klinické praxe dostala v roce 1999, kdy byl v EU pro léčbu Crohnovy nemoci schválen infliximab – chimérická monoklonální protilátka. Od roku 2006 se používal také u komplikovaných pacientů s ulcerózní kolitidou. Nová léčba přinesla skvělé výsledky především v rychlosti a síle nástupu protizánětlivého účinku.

Nevýhodou tohoto léku je, že se jedná o chimérickou protilátku, obsahující komponentu cizorodé myši bílkoviny, což u zhruba 15 % pacientů může vyvolávat alergickou intrainfúzní reakci.“

V roce 2007 byl proto do praxe zaveden kompletně humánní adalimumab, který je opět namířen proti zánětlivého mediátoru TNF $\alpha$ . Subkutánně podávaný lék se nejprve používal u Crohnovy nemoci a od roku 2012 u ulcerózní kolitidy. A v roce 2013 přišel další anti TNF- $\alpha$  preparát – golimumab, také kompletně humánní, který se podává podkožně a je určen pouze pro léčbu ulcerózní kolitidy. „Měli jsme pouze 3 biologické preparáty, ale v porovnání s revmatology, kteří jich ve stejné době měli měli 8 nebo 9 molekul, to bylo žalostně málo“ shrnuje prof. Lukáš.

## Cesta k vedolizumabu

Inovativní terapie přišla do klinické praxe v roce 2014, kdy byl v EU schválen vedolizumab. Jde o humanizovanou IgG1 protilátku (integrinový antagonistu), která má úplně jiný mechanismus účinku než mají anti-TNF léky. „Anti-TNF léčiva mají komplexní a systémové účinky a mají výhodu v promptním nástupu účinku, ale také mají limity v podobě relativně frekventních vedlejších účinků.“ Prof. Lukáš dodává, že „vedolizumab má cílený efekt a působí na pohyblivost bílých krvinek pouze v kapilárách trávicího ústrojí. „Jeho velikou výhodou je, že nemá systémové nežádoucí účinky. Oproti anti-TNF má však nástup účinku až za několik týdnů. Po krkolonném jednání s regulačními orgány a čtyři roky poté, co byl schválen v Evropě, se 1. 12. 2017 stanovila u tohoto léku maximální úhrada a také se určily indikace u pacientů, kteří mají kontraindikaci k podávání anti TNF léku.“

Prof. Lukáš dále vysvětluje, že úkolem specialistů z Gastroenterologické společnosti bylo především určit klinické situace, u nichž se vedolizumab může použít jako první volba s úhradou. Na rozdíl od anti TNF terapie byly k této léčbě vhodné osoby nad 65 let s rizikem nežádoucích účinků, jež vycházejí ze systémové



Foto: archiv Milana Lukáše

imunosuprese, trpící opakovanými infekcemi, nebo pacienti s roztroušenou sklerózou. „V rámci schválených indikací jde asi 11 podskupin, což akceptovala VZP. Díky tomu se množství pacientů vhodných k této léčbě zvyšuje a v současné době komunikujeme s dalšími pojišťovnami, aby akceptovaly obdobné specifikace,“ vysvětluje prof. Lukáš.

Dalším schváleným lékem je ustekinumab, který od roku 2009 používají dermatologové na léčbu psoriázy a jenž blokuje signální dráhu interleukinu 12 a interleukinu 23. Působí tedy spíše systémově a snižuje prozánětlivou aktivitu. Velké klinické studie dokládají, že jde o velmi účinnou léčbu u pacientů s Crohnovou chorobou, ale způsob podávání a dávkování se diametrálně liší od dermatologických indikací. Úhrada léku je stanovena od 1. února 2018.

Prof. Lukáš také připomněl první výsledky z registru CREDIT, do něhož přispívá svými daty o pacientech léčených biologickou léčbou 28 z 30 center a ve kterém je nyní zařazeno více než 3000 IBD pacientů. V klinické praxi se ukazuje, že vedolizumab je účinným lékem jak pro Crohnovu nemoc, tak pro ulcerózní kolitidu. V posledních třech letech se významně zvyšuje počet lidí užívajících biosimilární infliximab, který je stejně účinný a bezpečný jako originální léčivo. Zavedení biosimilárního infliximabu do klinické praxe vedlo k významnému snížení ceny a dramatickému zvýšení dostupnosti biologické léčby.

Mgr. Pavlína Perlíková



# Imunoterapie pokročilého karcinomu prsu

*Metastatický karcinom prsu je onemocněním značně heterogenním. V rámci jeho léčby došlo v posledních letech k pokrokům, které vedly k prodloužení jak přežití bez progresu onemocnění (progression-free survival, PFS), tak i celkového přežití (overall survival, OS). Jedním z největších pokroků posledních let v onkologii je imunoterapie nádorových onemocnění, hlavně ve smyslu terapie pomocí checkpoint inhibitorů.*

Imunoterapie se dostává do léčebných schémat mnoha solidních onkologických onemocnění, především je jí využíváno v léčbě diseminovaného maligního melanomu, renálního karcinomu, karcinomu plic, nádorů hlavy a krku i karcinomu močového měchýře. Intenzivně je studována efektivita checkpoint inhibitorů v léčbě dalších malignit, včetně karcinomu prsu.

Navzdory pokrokům v léčbě karcinomu prsu dochází u části pacientek stále k relapsu onemocnění a rozvoji metastatického postižení. Jsou proto intenzivně hledány nové léčebné možnosti, jež by jim mohly nabídnout zlepšení prognózy. Jednou z možností je bezesporu imunoterapie, hlavně ve smyslu terapie pomocí checkpoint inhibitorů. Vztah mezi imunitním systémem a rozvojem nádorového onemocnění je studován dlouhodobě. Teprve však díky posledním imunologickým a molekulárně-biologickým poznatkům došlo k hlubšímu poznání uvedeného vztahu. S rapidním rozvojem imunoterapie je samozřejmě zkoumán tento typ léčby i u karcinomu prsu.

## Vztah mezi imunitním systémem a nádorovým onemocněním

Nádorové onemocnění není homogenním prostředím. Jedná se o komplexní mikroprostředí, které je kromě nádorových buněk tvořeno mnoha dalšími elementy (krevní cévy, fibroblasty, buňky imunitního systému). Infiltrace nádorové tkáně buňkami imunitního systému je tvořena hlavně T-lymfocyty (TIL – tumor infiltrující lymfocyty), v menší míře pak B-lymfocyty, makrofágy, NK buňkami a dendritickými buňkami. Imunitní odpověď je spuštěna pouze za předpokladu, že je imunitní systém schopen rozpoznat a reagovat na antigeny charakteristické pro nádorové onemocnění. Míra protinádorové odpovědi je závislá na vztahu mezi aktivátory a inhibitory ovlivňující aktivitu TIL. Hlavním regulátorem

je programmed cell death 1 (PD-1) a programmed cell death 1 ligand (PD-L1).

PD-1 je regulační membránový protein, který je exprimován na buňkách imunitního systému včetně T-lymfocytů a který je aktivován ligandem (PD-L1 a PD-L2) nacházejícím se na B-lymfocytech, makrofázích a dendritických buňkách. Aktivace vede k utlumení imunitní odpovědi, což je jeden z nejčastějších mechanismů útlumu protinádorové odpovědi. Ovlivněním interakce mezi PD-1 a PD-L1 pomocí checkpoint inhibitorů dochází k obnově protinádorové imunity.

Míra exprese PD-1/PD-L1 je u karcinomu prsu různá. Zvýšená exprese je charakteristická pro nádory SR negativní, HER2+ nebo TNBC, pro nádory vyššího gradu a vysoké hodnoty Ki-67. Aktuálně jsou k dispozici monoklonální protilátky anti-PD-1 (pembrolizumab, nivolumab) nebo anti-PD-L1 (atezolizumab, avelumab, durvalumab).

## HER2+ metastatický karcinom prsu a imunoterapie

V roce 2017 byly na SABCS prezentovány výsledky studie fáze Ib/II PANACEA/KEYNOTE 014. Úkolem bylo zhodnotit přidání pembrolizumabu k trastuzumabu u pacientek s metastatickým, HER2+ karcinomem prsu, jež jsou rezistentní ke standardní HER2 terapii. Zařazeno bylo 58 pacientek. V nádorové tkáni byla hodnocena HER2 pozitivita, míra exprese PD-L1 a míra infiltrace TIL. Fáze Ib byla zaměřena na zjištění optimální dávky pembrolizumabu. V rámci II. fáze, do níž bylo zařazeno 40 pacientek PD-L1 pozitivních a 12 pacientek PD-L1 negativních, byly pacientky léčeny pembrolizumabem v dávce 200 mg každé 3 týdny v kombinaci s trastuzumabem. Primárním cílem bylo zhodnocení léčebné odpovědi (objective response rate, ORR), sekundárním cílem pak zhodnocení PFS, kontroly onemocnění, délky trvání

odpovědi (duration of response, DOR), délky trvání kontroly onemocnění a OS.

Ve skupině pacientek PD-L1 pozitivních bylo dosaženo primárního cíle studie – ORR byl 15 % a kontrola onemocnění dosáhla 25 %. V podskupině PD-L1 pozitivních pacientek, u kterých byla lymfocytární infiltrace TIL vyšší než 5 % na nádorové ložisko, bylo dosaženo ORR 39 % a kontrola onemocnění ve 47 %. Ve skupině PD-L1 negativních pacientek nebyla odpověď pozorována. Léčba byla dobře tolerována, nejčastějším nežádoucím účinkem byla únava G1/2 (21 %), hyper/hypothyreóza G1/2 byla pozorována u 7 % pacientek a pneumonitida G3/4 u 3,5 % pacientek.

## TNBC a imunoterapie

TNBC je také spojen, podobně jako HER2+ karcinomy, s vysokou mírou infiltrace TIL. Anti-PD1/PD-L1 protilátky v monoterapii jsou schopny indukovat protinádorovou imunitu u cca 20 % pacientek s TNBC, hlavně v případech positivity PD-L1. Klinická studie fáze Ib KEYNOTE 012 měla za cíl zhodnotit efektivitu pembrolizumabu v monoterapii u pacientek s pokročilým, PD-L1+ TNBC. Do skupiny pacientek s PD-L1+ TNBC bylo zařazeno celkem 32 pacientek. Odpověď na léčbu dosáhla 18,5 %, přičemž medián času do odpovědi byl 17,9 týdne.

Klinická studie KEYNOTE 086 v rámci kohorty A hodnotila efektivitu pembrolizumabu u pacientek s TNBC bez ohledu na expresi PD-L1. Zařazovány byly pacientky, které byly již léčené pro metastatické onemocnění. Celkem bylo zařazeno 170 pacientek, 60 % PD-L1+. Primárním cílem bylo zhodnocení ORR a bezpečnostního profilu, sekundárním cílem bylo zhodnocení PFS, OS a četnosti kontroly onemocnění. ORR byl 5 % bez ohledu na expresi PD-L1. Kontroly onemocnění bylo dosaženo v 8 %. Medián PFS byl 2 měsíce, medián OS potom 8,9 měsíce. V rámci kohorty B byla



**Co je pokročilá rakovina prsu?** V Česku dnes žije s touto diagnózou asi 3370 žen. V metastatické fázi se nádor z prsu šíří do dalších orgánů těla, nejčastěji jsou metastázami zasaženy játra, plíce, kosti a mozek. Takový postup nemoci tvrdě zasáhne do života pacientek, jejich rodin a přátel. Diagnóza má však i širší sociální a ekonomické dopady. Přestože pokročilá rakovina prsu je v současnosti stále nevyléčitelná, je tu řada změn, které je možné udělat v rámci evropských zdravotnických politik a posílit tím prevenci. Rakovinou prsu onemocní během života každá osmá žena. Ale pokud by každá byla léčena s využitím všech poznatků, které jsou k dispozici, mohlo by být úmrtí z pokročilé rakoviny prsu o 30 % méně.

Foto: Helena Szmigielová, charitativní kalendář Bellis 2018 z projektu Bellis Young & Cancer

hodnocena efektivita pembrolizumabu v monoterapii v rámci I. linie léčby pacientek s TNBC. Primárním cílem bylo zhodnocení bezpečnosti, sekundárním cílem potom zhodnocení ORR, DOR a PFS. Prozatím bylo hodnoceno 52 pacientek s PD-L1+ onemocněním. Nežádoucí účinky se vyskytly u 71 % pacientek, nejčastěji se jednalo o únavu (31 %), nauzeu (15 %) a průjem (13 %). ORR byl 23 %. Délka trvání odpovědi na léčbu byla 8,4 měsíce.

Atezolizumab (anti-PD-L1 protilátka) v monoterapii u pacientek s TNBC prokazuje u určité podskupiny pacientek také dobrý efekt. Léčeno atezolizumabem bylo 115 pacientek s TNBC ve 3týdenním intervalu, 65 % z nich mělo viscerální postižení a 30 % mělo kostní postižení. Jednalo se o těžce předlžené pacientky, většina (85 %) byla léčena 3 a více liniemi léčby, 2/3 pacientek byly PD-L1+. ORR dosahoval 10 % obecně, u PD-L1+ podskupiny potom 33 %. V I. linii byl ORR 26 %. Kontrola onemocnění byla dosažena u 30 % pacientek, u léčených v rámci I. linie byla kontrola onemocnění dosažena v 58 %. Medián odpovědi byl ve skupině respondérů 21,1 měsíce. Medián OS byl

celkově 9,3 měsíce, ve skupině respondérů byl jednoletý OS 100 %.

Leptší odpovědi byly pozorovány u pacientek s vyšší infiltrační TIL, CD8+ T-lymfocyty a u pacientek s pozitivitou PD-L1. Ale i pacientky s negativitou PD-L1 profitovaly z léčby atezolizumabem, proto nelze brát samotnou pozitivitu PD-L1 jako biomarker účinnosti léčby. U pacientek s TNBC byl atezolizumab hodnocen i v kombinaci s chemoterapií, konkrétně s nab-paklitaxelem. Zařazovány byly ženy bez ohledu na PD-L1 statut. ORR byl 41,7 %, v rámci I. linie dosáhl 90 %. Dlouhodobá kontrola onemocnění byla pozorována častěji u pacientek léčených v rámci I. linie. Konstatovanou pseudoprogresí v průběhu léčby měly 3 pacientky, jež dosáhly také dlouhodobé kontroly onemocnění. Odpovědi byly pozorovány jak u pacientek PD-L1 pozitivních, tak i PD-L1 negativních.

## Luminální typy karcinomu prsu

Luminální karcinomy jsou charakteristické menší lymfocytární infiltrací. Studie KEYNOTE 028 hodnotila efektivitu

pembrolizumabu v monoterapii u pacientek s luminal-like typem onemocnění (SR+, HER2-). Kritériem zařazení do studie byla pozitivita PD-L1. Studiovou léčbu zahájilo 24 pacientek a jednalo se o pacientky těžce předlžené, většinou třemi a více liniemi chemoterapie. Tolerance léčby byla dobrá, nežádoucí účinky G3/4 byly pozorovány pouze ve 4 % případů. ORR byl 12 %, klinický benefit (stabilizace onemocnění, parciální nebo kompletní remise trvající déle než 24 týdnů) byl pozorován u 20 % pacientek.

Studie fáze Ib JAVELIN hodnotila anti-PD-L1 protilátku avelumab u pacientek s metastatickým karcinomem prsu bez ohledu na fenotyp onemocnění a PD-L1 statut. U 13 % pacientů byla pozorována G3 toxicita terapie, popsány byly i 2 úmrtí spojené se studiovou terapií (jaterní a respirační selhání). Ve skupině pacientek s TNBC bylo dosaženo ORR 8 %, což bylo méně než v ostatních studiích s avelumabem, které hodnotily efektivitu u pacientů PD-L1 pozitivních. Pacientky s PD-L1+ TNBC dosáhly ORR 44,4 %. U pacientek s non-TNBC fenotypem byly odpovědi menší, pouze 2 pacientky s luminálním karcinomem a 1 pacientka s HER2+ karcinomem měly odpověď na léčbu avelumabem v monoterapii.

## Závěr

Efektivita imunoterapie pomocí checkpoint inhibitorů u karcinomu prsu je studována hlavně u pacientek s TNBC a HER2+ onemocněním. K dispozici jsou prozatím výsledky několika klinických studií hlavně časných fází. Doposud není jasné, zda existuje podskupina pacientek, které budou mít benefit z imunoterapie samotné, nebo je nutné vždy kombinovat imunoterapii s jinou protinádorovou modalitou (chemoterapie nebo jiná cílená léčba). Největší výzvou v rámci imunoterapie je najít způsob, jak identifikovat podskupinu pacientek, jež mají z imunoterapie největší benefit. Samotná exprese PD-L1 se nejeví jako jednoznačný prediktor odpovědi. Stejně tak i přítomnost TIL a CD8+ lymfocytů není jednoznačně spojena s lepším efektem imunitní terapie pomocí checkpoint inhibitorů. Jednoznačný prediktor odpovědi tak není doposud známý. Pokud budeme schopni v budoucnu tuto podskupinu pacientek identifikovat, tak se imunoterapie stane důležitou součástí léčby metastatického karcinomu prsu.

**MUDr. Miloš Holánek,**

Klinika komplexní onkologické péče,  
MOÚ Brno

# Společně měníme budoucnost *léčby karcinomu prsu*



# Mnohočetný myelom: opomíjené onemocnění

Vzácné a závažné onemocnění, které bohužel často bývá rozpoznáno až v pokročilém stadiu, připomenuli odborníci 30. března, který byl vyhlášen Národním dnem myelomu. Lékaři sdružení do České myelomové skupiny společně s Klubem pacientů mnohočetného myelomu tímto chtějí přispět ke zvýšení informovanosti o druhé nejčastější hematologické malignitě. Měsíc březen je současně světovým měsícem myelomu.

Mnohočetný myelom (MM) představuje plíživé a obtížně rozpoznatelné zhoubné hematologické onemocnění. Protože se řadí ke vzácným onemocněním s incidencí 5–7 případů na 100 000 obyvatel, mnoho lékařů se s ní za celou svou praxi nemusí setkat. Přitom právě tito lékaři mohou myelom včas rozpoznat a odeslat pacienta do specializované péče.

Mnohočetný myelom postihuje různé orgány a má pestré příznaky, takže symptomatologie nemoci se liší pacient od pacienta. Mezi nejčastější příznaky patří: bolesti kostí způsobené osteolýzou, infekce způsobené imunopresí, anemie i pancytopenie, motorická a senzitivní polyneuropatie, nefropatie, poruchy hemostázy a hyperviskozita. Bolesti zad, které typicky provázejí onemocnění, bohužel bývají často považovány za „přirozené projevy stárnutí“ a myelom tak není včas diagnostikován a léčen. Úmrtí na mnohočetný myelom přitom představují 3. nejčastější úmrtí na onkologická onemocnění.

## Možnosti a pokroky v terapii

V léčbě MM se uplatňuje chemoterapie, radioterapie, léčba bisfosfonáty,



imunoterapie, ortopedická léčba, biologická léčba i transplantace kostní dřeně. „V první fázi využíváme kombinaci léčby proti různým klonům nádorových buněk, čímž dojde k vyléčení asi třetiny pacientů. U zbylých dvou třetin

volíme cílenou terapii podle typu klonu. Bohužel zatím neumíme předpovědět, který lék je vhodný pro kterého pacienta, takže používáme metodu pokus – omyl a není výjimkou, že pacient s mnohočetným myelomem vystřídá šest i sedm různých léků,“ vysvětluje prof. MUDr. Ivan Špička, CSc., z I. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Upozorňuje tak i na význam klinických studií, které zpřístupňují moderní léčbu více pacientům. Zejména biologická léčba, která je pacientům s myelomem k dispozici v posledních letech, znamenala pro řadu z nich novou naději. „V terapii mnohočetného myelomu došlo za posledních 20 let k jednomu z největších pokroků v onkologii. Nové léky zlepšují prognózu pacientů s relabujícím refrakterním myelomem. Od roku 2000 došlo díky této léčbě ke zdvojnásobení délky přežití pacientů s tímto zhoubným onemocněním“ uvádí MUDr. Špička. Bohužel i přes pokroky v terapii stále polovina pacientů s MM přežívá méně než rok. Vývoj a zavádění nových léků, které

## Monoklonální gamapatie – vědecký pokrok v ČR

Lékaři a vědci České myelomové skupiny a myelomové sekce České hematologické společnosti ČLS JEP společně s Institutem biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity připravili Suplementum Klinické onkologie na téma výzkumu v oblasti monoklonálních gamapatií a mnohočetného myelomu nazvané Monoklonální gamapatie – vědecký pokrok v České republice.

rozšíří spektrum terapie myelomu, je tak stále žádoucí.

## Mezinárodní klinický registr

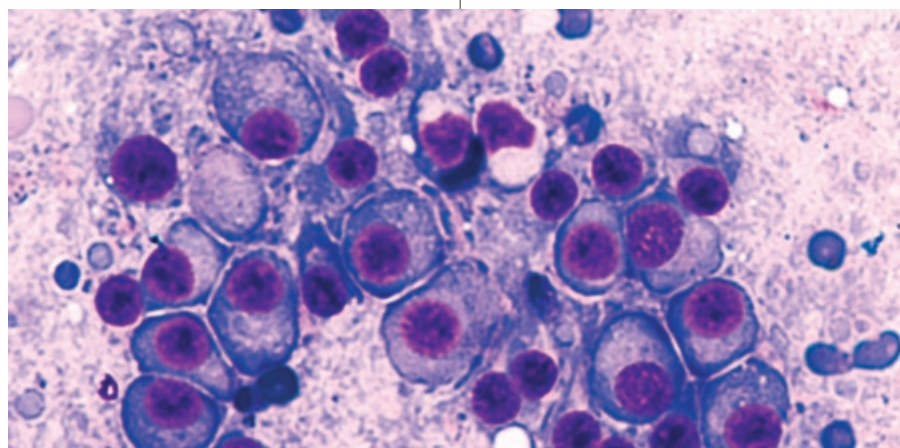
Lepšímu pochopení nemoci a zlepšení péče o pacienty s MM pomáhá odborníkům i Mezinárodní klinický registr pacientů s monoklonální gamapatií (RMG). Projekt je určen onkologickým centřům v České a Slovenské republice a dalších evropských zemích s cílem získat co nejvíce dat potřebných pro další výzkum léčby těchto onemocnění. Registr slouží záznamům o diagnostice onemocnění včetně hlavních rizikových a prognostických faktorů, stejně jako monitorování léčebného procesu včetně výsledků a komplikací léčby. Od jeho spuštění v roce 2006 se do projektu zapojilo již 23 onkologických center z ČR a SR, zařazeno je přes 5 tisíc pacientů s mnohočetným myelomem a 9,5 tisíce pacientů s monoklonální gamapatií. Odbornými garanty projektu jsou prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., a prof. MUDr. Vladimír Maisnar, Ph.D., z České myelomové skupiny.


### Více informací:

[www.myeloma.cz](http://www.myeloma.cz);

[www.mnohocetnymyelom.cz](http://www.mnohocetnymyelom.cz)

MUDr. Andrea Skálová





# JAK PSYCHOPATI OVLIVŇUJÍ NAŠE ŽIVOTY

2. česká konference o psychopatii

15. ČERVNA 2018

Congress and Wellness Hotel Olšanka,  
Táboritská 23/1000, Praha 3

**PŘEDNÁŠEJÍCÍ:**

MUDr. **Radkin Honzák**, MUDr. **František Koukolík**, DrSc., FCMA,  
Doc. PhDr. **Radek Ptáček**, Ph.D., doc. MUDr. **Ilja Žukov**, CSc.,  
Mgr. **Tibor A. Brečka**, MBA, **Jarmila Štuková**,  
doc. MUDr. **Jan Vevera**, PhD.

→ **Přijďte si poslechnout, jak jednat  
s psychopaty v osobních i pracovních  
vztazích nebo v politice.**

**WWW.PSYCHOPATIE.CZ**

# Protonová terapie v léčbě karcinomu prostaty

*Rakovina prostaty je druhým nejčastějším onkologickým onemocněním mužů, každý rok jich onemocní až 7000. Rakovina prostaty roste většinou pomalu a obvykle je dobře léčitelná, přesto jí podlehe přibližně každý pátý nemocný. Prognóza se odvíjí od pokročilosti nádorového onemocnění. Základem úspěšné léčby je přijít včas.*

Celková šance na vyléčení závisí především na tom, v jakém stadiu bylo onemocnění zachyceno. „Jestliže se onemocnění zachytí v časných stadiích, je protonovou terapií vyléčeno až 99 % pacientů. Díky protonům je možné rakovinu prostaty vyléčit bez hospitalizace a za plného pracovního nasazení,“ uvádí MUDr. Jiří Kubeš, Ph.D., primář Proton Therapy Center Czech. A dodává: „Naše vybavení, výsledky a profesionální přístup nás řadí mezi nejmodernější centra světa.“

## Příčina vzniku rakoviny prostaty

Příčina vzniku rakoviny prostaty je genetická. Vyšší riziko mají ti, v jejichž rodině se toto onemocnění již vyskytlo. Za tím, že stoupá počet pacientů s karcinomem prostaty, daleko víc stojí stárnutí populace a péče jiných odborností.

## Riziko roste s věkem

Riziko, že muži onemocní rakovinou prostaty, roste s přibývajícím věkem. Ve věkové skupině 40–60 let hrozí rakovina prostaty každému devětatřicátému, u šedesátiletých už je ale riziko 85 %, u osmdesátiletých dokonce až 98 %. U mužů pod čtyřicet je pravděpodobnost sice menší, ovšem karcinom je agresivnější, a tedy i nebezpečnější.

## Prevence je základ

Klíčová je, stejně jako u jiných onkologických onemocnění, prevence. Po padesátce by proto mělo být samozřejmostí, že muži každý rok podstoupí vyšetření u urologa. Zpozornět by měli také muži po čtyřicítce, a to v případech, že se u nich v rodině již



Ilustrační foto: Shutterstock

karcinomem prostaty vyskytl. Potom je namíste chodit na pravidelná vyšetření.

## Protonová terapie: přesná a šetrná metoda

Mezi nejvíce rozšířené metody léčby rakoviny prostaty patří operace, fotonová radioterapie, brachyterapie a aktivní sledování nízkorizikového karcinomu prostaty. Tyto metody však s sebou, bohužel, nesou řadu rizik a navzdory technologickému pokroku i řadu

### Výhody protonové léčby:

- ambulantní léčba
- 99 % pacientů netrpí inkontinencí
- až 97 % pacientů netrpí impotencí

komplikací. Ke standardním metodám léčby dnes již bezpochyby patří protonová radioterapie, která se vyznačuje svou účinností a šetrností ke zdravým orgánům.

Protonová radioterapie je účinná, přesná a šetrná metoda léčby rakoviny s minimálními vedlejšími účinky. Pravděpodobnost vyléčení, měřená v 5letém přežití bez PSA relapsu, je podle posledních publikovaných dat pro nízké rizikové karcinomy prostaty 98–99 %, pro středně rizikové karcinomy prostaty 90–95 % a pro vysoce rizikové karcinomy prostaty mezi 75–85 %.

„Protonový paprsek díky zacílení přímo do nádoru minimalizuje ozáření okolních zdravých tkání a orgánů a významně snižuje riziko vzniku nežádoucích účinků léčby,“ uvádí MUDr. Jiří Kubeš. Běžné ozařování zasáhne i část zdravé tkáně v okolí nádoru, kde je ozáření nežádoucí.

U chirurgického zákroku platí, že operace sama o sobě je poměrně náročná, vyžaduje hospitalizaci a rekonvalescenci. Nezanedbatelné procento pacientů má potom dlouhodobější problém s močovou inkontinencí, poměrně vysoké procento pacientů má problémy s erekcí, a to i trvalého charakteru.

Určitá část nemocných, kteří absolvují operační zákrok, je rovnou směřována k zajišťovacímu ozáření, protože onemocnění bylo rozsáhlejší, než se předpokládalo.

Protonová léčba je ve světě stále více uznávanou a preferovanou metodou. Studie potvrdily až 97% úspěšnost protonové léčby. Výhody jsou zřejmé, a proto se otevírají a plánují stále nová a nová centra. V současnosti je otevřeno 79 center, 44 je těsně před otevřením a další desítky jsou jich naplánovány.

**MUDr. Jiří Kubeš, Ph.D.,**  
primář protonového centra v Praze



# Nové znalosti o mozku

*Od zavedení léčby hlubokou mozkovou stimulací v ČR uběhlo již 20 let. Odborníci z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy metodou elektrické stimulace mozkových jader léčí stále širší spektrum pacientů, nejnověji například pacienti s Touretteovým syndromem.*

Hlubokou neurostimulací mozku (Deep Brain Stimulation – DBS) a možností zmírnit neovladatelné pohybové projevy se vědci a lékaři zabývají poměrně dlouho. První neurochirurgické pokusy ovlivnit například příznaky Parkinsonovy nemoci cílenými zákroky na jádrech mozku se prováděly už od 50. let 20. století. Revoluční myšlenka implantovat stimulační elektrody trvale do mozku pak přišla v 90. letech 20. století.

„Když se do správné části thalamu zavede elektroda a mozek se stimuluje vysokou frekvencí, tedy cca 100 Hz, třes různého původu se zmírňuje. Cílenou stimulací určitých mozkových jader se daří potlačovat i hlavní projevy Parkinsonovy nemoci, pohybové zpomalení a svalovou ztuhlost. Zamezit mimovolným pohybům se touto metodou daří také u dystonie a jiných pohybových poruch,“ vysvětluje přednosta Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc.

Za uplynulých 20 let bylo v Centru pro intervenční terapii motorických poruch (iTEMPO) Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN ve spolupráci s pražskou Nemocnicí Na Homolce takto implantováno již 290 pacientů. Do bazálních ganglií jim lékaři zavedou elektrody spojené s programovatelným stimulatorem uloženým pod kůží na hrudníku. Elektrické pulsy vysílané stimulatorem ovlivní činnost mozku do té míry, že jej přeprogramuje a pacienti získávají nad svými pohyby opět kontrolu.

Lékařům z centra iTEMPO se jako prvním podařilo implantovat DBS u pacientů s některými vzácnými geneticky podmíněnými dystonickými syndromy. V roce 2016 dokázali například stimulovat mozek k zamezení tiků u pacienta s extrémně těžkými projevy Touretteova syndromu. „Postup stále zdokonalujeme. Nyní využíváme mikroelektrody, které nám pomáhají zpřesňovat místo, kam elektřinu

v mozku ještě lépe cílit. V současnosti stimulatory zásobují centra v mozku elektřinou bez ustání. Do budoucna se chceme také podílet na vývoji stimulatoru, který by sám rozpoznal, kdy elektřinu do mozku poslat a kdy zůstat vypnutý,“ vysvětluje prof. MUDr. Robert Jech, Ph.D., z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN.

Další výzkum odborníci zaměřili na vnímání emocí, které je u pacientů s Parkinsonovou chorobou jiné než u běžné populace. „Tito pacienti jsou více citliví k negativním podnětům. Poté, co je jim implantován stimulator, a mozková jádra jsou elektřinou drážděna, negativní vjemy se ještě prohlubují,“ vysvětlil prof. Jech a připomněl v této souvislosti objev afektivních neuronů u člověka, kterým výzkumníci z iTEMPO dokázali, že i emoce jsou v anatomických strukturách mozku prostorově rozloženy.

Zdroj a foto: 1. LF UK (pp)

## Více radiofarmak v ČR

*Počet PET vyšetření v České republice roste. Zatímco v roce 2009 bylo provedeno 18 184 vyšetření, v roce 2016 to už bylo 29 897 vyšetření. I tak ale zůstává Česká republika v oblasti využití radiofarmak pod průměrem vyspělých zemí EU.*

V České republice se PET radiofarmaka začala používat poprvé v roce 1999, a to v prvním PET centru ve střední a východní Evropě v Nemocnici Na Homolce. Dnes má toto pracoviště za sebou už více než 100 000 aplikací radiofarmak pacientům.

„Jsem rád, že mezi členské společnosti České asociace farmaceutických firem patří i tak specializovaná společnost jako je ÚJV Řež, a.s., jejíž nedílnou součástí je i výzkum a vývoj nových radiofarmak. V současnosti se velká pozornost věnuje výzkumu v oblasti radiofarmak zaměřených na diagnostiku onemocnění, která souvisejí se stárnutím populace, jako je Parkinsonova a Alzheimerova choroba,“ říká Martin Mátal, výkonný ředitel ČAFF.

Radiofarmaka se v České republice používají stále více. Především proto, že PET diagnostika vyžaduje pouze nízké dávky radiofarmak, a tím snižuje zátěž pro pacienty. Jsou podávána nitrožilně ve formě injekčního roztoku. Nezanedbatelná je také významná

časová úspora a zrychlení diagnosticko-terapeutického procesu. Výroba a dodávky PET radiofarmak ale kladou na producenty vysoké nároky z hlediska kontroly kvality, spolehlivosti a termínů dodávek.

### Co je to PET/CT?

Hybridní zobrazení PET/CT patří mezi nejmodernější zobrazovací metody a umožňuje v rámci jednoho vyšetření získat informace o funkcích zobrazované části těla spolu s jejich morfologickým nálezem. Spojuje pozitronovou emisní tomografii (PET) a výpočetní tomografii (CT). Obě zobrazovací metody se tak vhodně doplňují a umožňují zpřesnění diagnózy. Nejčastěji používaným radiofarmakem je fluorodeoxyglukóza (FDG), tedy molekula, která se od normální glukózy liší tím, že je kyslík na pozici 2' nahrazen radionuklidem fluoru 18F.

V ČR jsou aktuálně 3 výrobní PET centra. Na 14 pracovištích nukleární medicíny je

k dispozici 15 PET/CT skenerů a dva PET/MR skenery (kombinuje PET s magnetickou rezonancí) všechny je lze využít pro diagnostiku PET.

PET radiofarmaka se nejčastěji používají v onkologii, neurologii a všeobecně k lokalizaci zánětlivého ložiska, například při nevysvětlitelných horečkách.

„Nejčastějším důvodem PET vyšetření je diagnostika onkologických onemocnění, a zejména přítomnosti jejich metastáz, a dále mapování zánětlivých ložisek v těle, která bývají příčinou nevysvětlitelných horeček a infekčních komplikací. Neurochirurgům navíc pomáháme v předoperační fázi určit ložisko, z něhož vycházejí epileptické záchvaty, nebo upřesnit postup léčby bolestí páteře. Horkou novinkou je pak diagnostika Alzheimerovy demence,“ říká primář PET centra Nemocnice Na Homolce doc. MUDr. Otakar Bělohávek, CSc.

Zdroj: ČAFF, (pp)

# Ples sester opět na Žofíně

V pátek 16. března 2018 se v pražském paláci Žofín konal reprezentační Ples sester, který pro Českou asociaci sester pořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta.



Jako vždy se jednalo o radostnou událost, jejímž cílem bylo především pobavit a rozptýlit. A právě zdravotní sestry a nelékařský zdravotnický personál potřebují vzhledem ke svému náročnému povolání rozptýlení vrchovatě.

Záštitu poskytli Martina Šochmanová, prezidentka České asociace sester, a Adam Vojtěch, ministr zdravotnictví ČR. Ředitel divize Medical Services Karel Novotný

předal na akci finanční výtěžek z dražby zlaté mince BH Securities a částečný výtěžek z tomboly Jihočeskému dětskému centru ve Strakonících.

Finalisté StarDance Dana Batulková a Jan Onder zahájili ples svým tanečním vystoupením. O hudební doprovod se, kromě skvělé kapely Golden Big Band Prague, postarali i David Deyl a Jožka Šmukař s kapelou. Celým večerem provázel Petr Rychlý.

Královnou plesu se stala Mgr. Veronika Hauerová z VFN v Praze.

Partnery Plesu sester byly společnosti B. Braun Medical, BHS, Bonno, Cadenza, Dr.Max, LINET, SATUM Czech, Renomia Benefit, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a Hlavní město Praha. Ceny do tomboly věnovaly společnosti Dr.Max, Mladá fronta, a.s., a Penzion Bed & Bike Prachatice. (pp)



Moderátor večera Petr Rychlý



Martina Šochmanová, Radek Lacko, čerstvě zvolená královna plesu Veronika Hauerová, Petr Fiot, Jan Pirk, Peter Díl a Martin Kalina



Radek Lacko s doprovodem, Kristína Kupcová, Martina Šochmanová, Karel Novotný, Peter Díl a Jan Mašek



Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch hostům také zazpíval

# Předplatte si VAKCINOLOGII

a získejte jako dárek

## Kosmetickou sadu Manufaktura - Vinná réva v hodnotě 492 Kč ZDARMA!



- 1x osvěžující zjemňující sprchový gel s vínem a obilnými výtažky o obsahu 300 ml
- 1x vlasový šampon s vínem a panthenolem pro normální až suché vlasy o obsahu 300 ml
- 1x intenzivní krém na ruce s hroznovým olejem a bambuckým máslem o obsahu 75 ml

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 19. 7. 2018**  
**Předplatné na rok pouze za 399 Kč**



**Předplatte  
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku

**mf@send.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**.

Do předmětu napište kód **MF VAK0118**.

Předplatit si můžete také **on-line** na našich

stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a informaci o požadovaném předplatném  
a periodiku. Uveďte kód **MF VAK0118**.

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 svojí objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tiskových prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správce se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

# Práce pedagoga není marná

Již podruhé byl v rámci soutěže Sestra roku udělen i titul Zdravotnická škola roku. Letos zvítězila Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická Ústí nad Labem. Cenu převzala ředitelka školy **PhDr. Miroslava Zoubková**.

Učitelkou Miroslava Zoubková chtěla být už v mateřské škole. Hlavním důvodem bylo, jak s úsměvem říká, že paní učitelky dostávaly větší oběd. Její maminka pracovala jako mzdová účetní a tatínek jako plánovač. V deváté třídě si vybrala střední zdravotnickou školu, a protože měla ráda malé děti, zvolila obor dětská sestra. „Rodiče mi ‚zdrávku‘ zpočátku rozmlouvali, upozorňovali mě na těžkosti spojené s ošetřováním nemocných, ale když viděli, že své rozhodnutí nezměním, nechali to na mně, i když vím, že hlavně tatínek by mě rád viděl jako ekonomku. Dodnes si toho moc cením, protože jsem své volby nikdy nelitovala,“ říká ředitelka školy.

Po maturitě nastoupila do Fakultní nemocnice v Motole, kde už tehdy byl nedostatek sester. Na Prahu si nemohla zvyknout, do té doby žila na klidné Vysočině. Tak se po měsíční zkušební době vrátila a nastoupila na dětské oddělení Nemocnice s poliklinikou v Pelhřimově, kde byly hospitalizovány děti od kojeneckého věku až do 15 let. „Na tu dobu velice ráda vzpomínám, protože až tady se ze mě stala opravdová dětská sestra: škola poskytne budoucímu zdravotníkovi základ pro výkon profese, ale dotvoří ho až praxe. Velký vliv na to má kolektiv spolupracovníků, na který jsem měla štěstí, protože zde sestry byly respektovanými členy zdravotnického týmu a nikdy jsem třeba nezažila, že by se nad ně lékaři povyšovali. V Pelhřimově jsem strávila rok, a třebaže jsem tam byla spokojená, stále jsem pomýšlela na vysokoškolské studium a snila o tom, že bych chtěla učit budoucí sestry,“ vzpomíná Mírka



Foto: Jan Berghauer

Zoubková. V roce 1980 byl na Filozofické fakultě UK otevřen 1. ročník denního studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, obor pedagogika – péče o nemocné. A právě tady se ředitelka Zoubková stala studentkou docentky Marty Staňkové, nestorky českého ošetřovatelství, na kterou dodnes ráda a s úctou vzpomíná. Po promoci pak nastoupila jako odborná učitelka na Střední zdravotnickou školu v Ústí nad Labem, kde je dodnes.

## Co je na povolání ředitele „zdrávky“ nejtěžší

„Z hlediska mé současné pozice je to prosazování obyčejných smysluplných

věcí, které by byly prospěšné pro praxi. Jsem členkou asociční rady Asociace zdravotnických škol ČR, koordinačního výboru Asociace vyšších odborných škol, a navíc odbornou učitelkou. Předseda mě tedy pověřuje zastupováním na různých koncepčních jednáních týkajících se změn ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Setkávám se se zástupci ministerstev zdravotnictví i školství, včetně poslanců. A musím říct, že prosadit něco dobrého, co by terén potřeboval, obhájit smysluplná stanoviska, je velmi obtížné a většinou nemožné. Politický záměr je daný a obvykle definitivní. Od toho se pak odvíjí další koncepce školy, protože musíme na všechny změny reagovat a zavádět je

Inzerce ▼ M171000502



Institut vzdělávání APSS ČR Vás zve na vzdělávací program na téma ochrany osobních údajů

## Práce s informacemi, zdravotnická a sociální dokumentace a ochrana osobních údajů

**Datum konání: 10. 5. 2018, Tábor a 15. 5. 2018, Praha**

Předmětem jsou základní informace o osobních údajích, o citlivých osobních údajích, o vedení ošetřovatelské a sociální dokumentace, o pravidlech pro zacházení s osobními údaji podle stávajících předpisů a nové povinnosti, které přináší Obecné nařízení EU č. 2016/679 o ochraně osobních údajů (GDPR).

Přihlašovat se můžete na [www.institutvzdelavani.cz](http://www.institutvzdelavani.cz) v záložce „Otevřené kurzy“.



do praxe. Nejtěžší je, když třeba musím spolupracovníkům vysvětlovat, že obor, který na vyšší odborné škole dobře funguje dvacet let, bude končit a půjde na vysokou školu, kde naopak s jeho výukou často nejsou vůbec žádné zkušenosti. Takto jsem přihlížela ‚pohřbu‘ již dvou oborů a další (diplomovaný zdravotnický záchranář) skončí v roce 2021 posledními absolventy,“ vysvětluje ředitelka školy.

Podle jejích slov podmínky a způsob fungování zkrácené formy vzdělávání pro absolventy oboru Zdravotnický asistent (Praktická sestra) není lehké vysvětlovat rodičům, ale ani sestřím: „Z médií neustále slyší, že se jedná o studium 4+1, třebaže oficiální název je ‚zkrácená forma vzdělávání‘. Ono totiž při respektování evropských norem pro vzdělávání sester není možné, aby zdravotnický asistent (praktická sestra) mohl dostudovat za jeden rok. Jeden rok stačí absolventovi vyšší školy – zdravotnickému záchranáři k tomu, aby z něj byla diplomovaná všeobecná sestra.“ Na Mirce Zoubkové je vidět, že ji práce baví. Nejvíce ji těší úspěchy žáků a studentů, a to nejen studijní, ale i v mimoškolních aktivitách. Má radost z děkovného dopisu z pracoviště, v němž chválí jejího praktikanta, nebo z poděkování ze základní nebo mateřské školy za pěkný a přínosný preventivní program, který tam její studenti předvedli. Někdy jí děkují i samotní pacienti, které při praxi ošetřovaly studentky z její školy. Takové situace ji nabíjejí a jsou pro ni potvrzením, že práce pedagoga není marná.

## Přinese novela sestry do zdravotnictví?

Podle ředitelky Zoubkové novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních nedostatek sester nevyřeší: „Je to pouze jedna z celé řady změn a musím říct, že ne úplně povedená. O tom jsem již hovořila výše. Problém je širší, ale bohužel se začíná měnami ve vzdělávání, a ne vždy smysluplnými. Absolventky střední školy nastupují do praxe minimálně, protože současným celospolečenským trendem je studovat co nejdéle a mít vysokoškolské vzdělání. Navíc mnohé z nich ani nechťejí přebírat zodpovědnost, která je s tímto povoláním spojena. Nermalou roli hraje též chování sester k žákům a studentům při odborné praxi. Tím, že je jich (sester) na odděleních málo, bývají přepracované a nemají už sílu se plně věnovat studentům, což se promítá do jejich vztahu k nim. Následkem pak může být i to, že absolventi na dané pracoviště nepřejdou pracovat.“

Novela zákona Mirka Zoubková vytýká ještě jeden zásadní nedostatek: nespecifikuje, kde může být zdravotnický pracovník vzděláván. V minulosti bylo legislativou dané, že vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá na středních zdravotnických školách. Podle jejích slov dnes si může zdravotnické obory otevřít kterákoliv střední nebo vyšší škola, bez ohledu na své původní zaměření a předešlou zkušenost s tímto specifickým typem vzdělávání. A tomu pak podle ní odpovídá i kvalita absolventů. V minulosti byly střední zdravotnické školy považovány za výběrové, na něž se dostali jen ti nejlepší, kteří měli o práci ve zdravotnictví skutečný zájem. Dnes se na ně přijímají i žáci se špatným prospěchem, což řada zdravotníků kritizuje. „Doba se však hodně změnila,“ podotýká ředitelka Zoubková. „Změnil se hlavně vzdělávací systém, ve kterém se rozšířila nabídka volných míst na gymnáziích, na která jsou dnes přijímáni i ti, kteří by se na tento typ školy dříve nedostali. To nám ubírá uchazeče s lepším prospěchem ze základní školy. Kromě toho leckterým uchazečům (často podporovaným svými rodiči) jde jen o to získat středoškolské vzdělání, ‚ber kde ber‘, aniž by si uvědomovali, s jakou odpovědností je práce ve zdravotnictví spojena. A bohužel v tomto trendu pak pokračují i mnohé vysoké školy, které také přijmou uchazeče bez ohledu na kvalitu, protože pro ně mají místo. Samozřejmě lze namítnout, že jsou přijímací zkoušky. Ano, jsou. Pokud ale nebude centrálně stanovena hranice pro přijetí, platná pro všechny střední školy (státní i soukromé), situace se nezmění, i když jistě záleží na každé škole, jaké nároky na své žáky a studenty klade a jaké absolventy vypouští do praxe,“ uzavírá Mirka Zoubková.

## A co ředitelka školy říká na ocenění

Byla překvapená a prožívala nesmírnou radost, jak nám svědila. Titul považuje za opravdové ocenění nejen své práce, ale především práce všech svých kolegů. „Když to vezmu ze svého hlediska, jako ředitelka se snažím vytvářet co nejlepší podmínky pro jejich práci, na druhou stranu ale musím plnit i požadavky ‚shora‘, které nejsou vždy populární. A to je někdy dost obtížné. Ocenění proto považuji za významný motivační element pro další práci,“ dodává Miroslava Zoubková.

Mgr. Markéta Mikšová

Foto: Jan Berghauer



XXV.

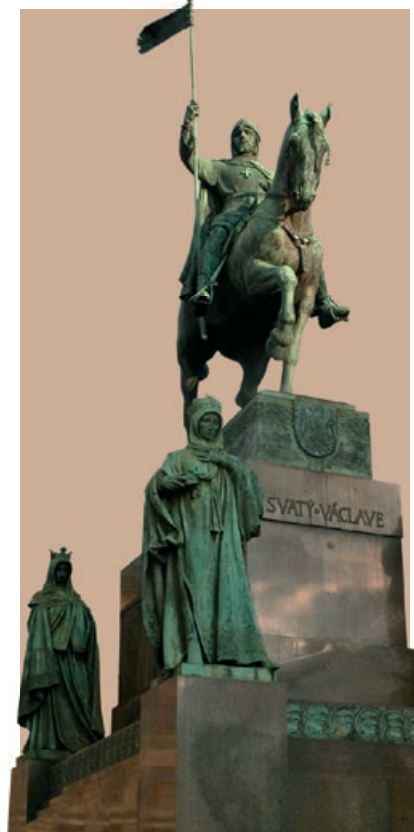


## kongres České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

3.–5. 10. 2018  
Prague Congress Centre  
[www.csarim2018.cz](http://www.csarim2018.cz)




Česká společnost anesteziologie,  
resuscitace a intenzivní medicíny



REGISTRACE  
KONGRESU  
JIŽ OTEVŘENA!

# Více kompetencí a každodenního uznání

*Generálním partnerem soutěže Sestra roku 2017 byla tradičně společnost HARTMANN-RICO, a. s., která díky svému produktovému portfoliu pomáhá zkvalitňovat ošetrovatelskou péči. Lidský faktor je však ve zdravotní péči nenahraditelný. Kvalitního personálu by si měl každý zaměstnavatel vážit, říká Ing. Tomáš Groh, výkonný ředitel společnosti HARTMANN-RICO, a. s.*

Letošní ročník Sestra roku opět provázely velké emoce. Oceněné sestry a jejich rodinní příslušníci byli velmi dojatí. Myslíte si, že by sestry potřebovaly více takových ocenění?

Myslím, že Sestra roku je tím velkým veřejným oceněním, které má své nezastupitelné místo. Aby takovým i zůstalo, zaslouží si určitou jedinečnost. Ceremoniály jsou krásné a důležité, ale sestry nejvíce potěší, když jim pacienti, skuteční i ti potenciální, dokážou každý den poděkovat za jejich obětavost a lidskost. A tohoto ocenění je určitě málo a mělo by být více.

**Mají čeští zaměstnavatelé pro zdravotní sestry dostatek uznání? Nebo je na tomto poli stále co dohánět?**

Práce s lidskými zdroji patří dnes k hlavním tématům nejen ve zdravotnictví, ale i v celé ekonomice. Růst ekonomiky vyvolává vysokou poptávku po pracovní síle. Nejde jen o to doplnit počty chybějících pracovníků, ale najít ty kvalitní a schopné. Pracovníci, kteří se zajímají o nové způsoby řešení a jsou ochotni sami na sobě pracovat, sdílet získané znalosti a zkušenosti s ostatními, jsou dnes pokladem. Myslím si, že dnešní zaměstnavatelé už by neměli nic dohánět, ale naopak by se měli začít předhánět, kdo dokáže být atraktivnějším zaměstnavatelem. Což určitě není jen otázka mzdového ohodnocení. V tomto ohledu máme v České republice ve zdravotnictví i v jiných oborech určitě co zlepšovat.

**Zasloužily by si sestry rozšíření kompetencí?**

Už dnes sestry vykonávají řadu činností, které jsou na pomezí lékařské a ošetrovatelské péče. Lékař za ně nese zodpovědnost, ale ze zcela praktických důvodů je v reálné praxi vykonává sestra. Myslím, že zodpovědnost za celkové zdraví a péči by měla být ponechána v rukou lékaře. Do budoucna by se měla



Tomáš Groh a Taťána Gregor Brzobohatá

Foto: Jan Berghauer

také posílit role praktického lékaře. Týmová spolupráce lékařů a sester má obecně velkou perspektivu. Zodpovědnost a vlastní provedení výkonů, které mohou sestry v jednotlivých odbornostech vykonávat, se bude určitě dále rozšiřovat. Byl by to krok k dalšímu zvyšování efektivity v českém zdravotnictví.

**Z profilů jednotlivých sester vyplynulo, že se stále vzdělávají a samy předávají zkušenosti. Jak byste motivoval sestry, aby neustrnuly a chtěly se stále učit?**

Sestry, které pracují na svém rozvoji, by měly mít ve zdravotnickém systému možnost získávat vyšší kompetence a podílet se výrazněji na zdravotní péči. Konkrétním příkladem, jenž již dnes v praxi funguje, jen by ho bylo třeba legislativně ukotvit, je péče o stomické pacienty nebo o chronické rány. Sestry, které se chtějí profesně rozvíjet, by měly dostat prostor k seberealizaci. Profesní růst a vyšší kompetence by však měly jít ruku v ruce také s lepším mzdovým ohodnocením.

**Vaše TOP kurzy v HARTMANN Akademii se soustředí na komunikaci s problémovými pacienty či umírajícími. Co všechno může pokazit nevstřícné a neempatické jednání ze strany personálu?**

V případě nemoci je většina pacientů zvýšeně citlivá na chování a komunikaci okolí. Nevhodná formulace, nedostatek empatie nebo časový stres se mohou velmi negativně odrazit na pacientově psychice a tato nepohoda pak může ovlivnit i celkový zdravotní stav. Poznamenává i příbuzné, kteří s pacientem nemoc prožívají. U pacientů v terminálním stadiu nemoci je tento negativní vliv ještě výraznější. Zvládnutí optimální komunikace v náročných situacích není pro zdravotníky snadné, proto jim HARTMANN Akademie poskytuje podporu prostřednictvím supervize. V rámci našich seminářů se pak zaměřujeme na trénink vhodných reakcí v obtížných situacích, které běžná praxe přináší.

Mgr. Pavlína Perlíková



# Bariérový režim u pacientů s multirezistentní infekcí

Multirezistentní infekce představují obávanou komplikaci na jednotkách intenzivní péče a odděleních ARO, kdy imunokompromitované pacienty atakuje infekce, jež zhoršuje naději na jejich vyléčení. Prevencí může být izolační box a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu.

Multirezistentní infekce představují ve zdravotní péči stále obávanější metlu. Z epidemiologického hlediska jsou multirezistentní organismy definovány jako mikroorganismy, zejména bakterie, které jsou rezistentní k jedné nebo více skupinám antibiotik. Infekce vznikly jako následek masového požívání širokospektrálních antibiotik v osmdesátých a devadesátých letech 20. století. Zvýšeným používáním antibiotik tak došlo k vytvoření rezistence, na jejímž základě vznikly nozokomiální kmeny.

Mezi ně patří MRSA (Meticilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*), VRE (vankomycin-rezistentní *Enterococcus faecium*), multirezistentní kmeny *Staphylococcus epidermidis*, *Clostridium difficile* a rezistentní plíseň z kmenů *Candida* spp. Všechny nákazy spojené se zdravotní péčí se mohou šířit jak přímým kontaktem s nemocným, tak i nepřímou cestou, inhalací, inokulací nebo ingescí. U multirezistentních nákaz rozlišujeme nosičství, kolonizaci a infekci. U mikrobiologických nálezů je důležité sledovat i jejich citlivost na různá antibiotika. Většina multirezistentních kmenů pochází z nemocničního prostředí a k jejich největšímu rozvoji dochází při nedodržování stanovených hygienických nařízení a nekvalitním prováděním ošetrovatelské péče.

U multirezistentních infekcí v chirurgických ranách není ani prevence 100% účinná. I ve špičkových zařízeních v západní Evropě, kde je maximálně vyvinutá technologie aseptiky a sterility, se množství nozokomiálních multirezistentních nákaz liší jen zanedbatelně. Prevence by měla začínat u hygieny rukou, pokračovat přes manipulaci s biologickým materiálem a měla by končit u manipulace s odpadem v nemocnicích.

## Antiseptická opatření

Pokud jde o zajištění bariérového režimu na odděleních intenzivní péče, tak

nejvhodnější a neúčinnější metodou je jednotlivý izolační box, což však nelze zajistit na každém pracovišti. Proto je velmi v péči o pacienty infikované multirezistentním kmenem důležitým nástrojem dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, který před možnou infekcí rovněž chrání i ostatní pacienty. Na odděleních, kde je poskytována intenzivní péče, se speciální režimy a boxová lůžka zavádějí desetkrát častěji než na odděleních standardní péče. Hlavním důvodem jsou mnohem závažnější onemocnění pacienta, větší množství invazivních vstupů, monitorování životních funkcí a větší počet invazivních výkonů celkově.

Mezi základní prostředky bariérového režimu patří dezinfekce, sterilizace a úklid. Důležitou součástí je také manipulace s jídlem, se špinavým prádlem a přeprava nemocného. Velmi důležité je dodržovat správné postupy při manipulaci s biologickými materiály, zde by měl být individuální bariérový režim samozřejmostí. Patří se používání ochranných pomůcek, dezinfekce a mytí rukou i používání jednorázových pomůcek.

Nejčastěji se léčí pomocí vhodných antibiotik, na něž není konkrétní patogen rezistentní a nezřídka jde o kombinace několika antibiotik. Záleží však také, kde se patogen vyskytuje, zda je na kůži po invazivním vstupu, v zažívacím traktu či v operační ráně.

## Vysoká mortalita

V nemocnici v Olomouckém kraji bylo provedeno výzkumné šetření, do něhož bylo zařazeno 30 pacientů s multirezistentní infekcí z celkových 48 055, kteří prošli oddělením intenzivní péče v období 15 měsíců. Metodu výzkumné studie byla zvolena retrospektivní statistika. Do studie bylo zařazeno 30 osob z oddělení intenzivní péče a u každého pacienta se evidovalo pohlaví, rok narození, délka hospitalizace

i bariérového režimu, základní diagnóza, se kterou byl přijat, kmen multirezistentní infekce, jíž se během hospitalizace nakazil, a zda pacient zemřel v nemocnici nebo byl po léčbě propuštěn domů.

Bylo zjištěno, že na zvolených odděleních se vyskytoval pouze kmen MRSA a *Clostridium difficile*. Další výše zmíněné kmeny nebyly v daném období u žádného z hospitalizovaných pacientů nalezeny. I podle slov hlavního epidemiologa daného zařízení se nejčastěji vyskytují právě výše zmíněné dva.

Tabulka 1 Délka bariérového režimu

parametr	hodnota
mohutnost	30
průměr	12,6
medián	11,5
Modus	11
Max	33
Min	2

Mezi třiceti respondenty ve věku od 28 do 91 let bylo jedenáct žen a devatenáct mužů a jejich průměrný věk byl 73 let. Pacienti, kteří se nakazili multirezistentní infekcí, byli hospitalizováni po různě dlouhá období. Nejdelší hospitalizace trvala 71 dní, nejkratší pak 2 dny. Krátká doba hospitalizace se týkala muže, jenž byl přeložen ze standardního oddělení s diagnózou vředu dvanáctníku s krvácením. Bohužel se nakazil multirezistentní infekcí *Clostridium difficile* a následně na to zemřel. Jednalo se o pacienta ve věku 89 let.

Průměrně byli pacienti hospitalizováni na odděleních intenzivní péče 24 dní. Délka jejich hospitalizace samozřejmě závisela na charakteru jejich onemocnění a na primární diagnóze. Dále dobu hospitalizace ovlivňovala délka bariérového režimu a možná recidiva onemocnění.

Podle zjištěných informací získaných od ošetřujícího personálu nemocnice, který se

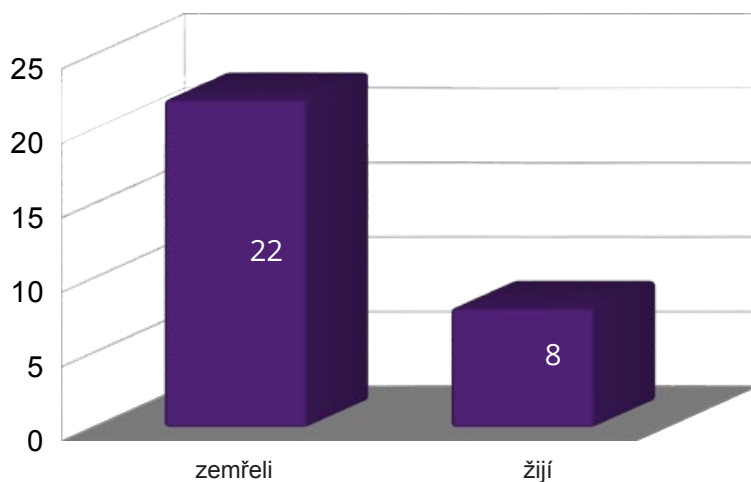


Tabulka 2 Četnost základních diagnóz

diagnóza	četnost
akutní infarkt myokardu	2
akutní pankreatitida	2
akutní respirační selhání	5
akutní respirační selhání + sepse	1
akutní selhání ledvin	4
akutní subendokardiální infarkt myokardu	1
biliární akutní pankreatitida	1
dvanáctníkový vřed s krvácením	1
gangréna penisu + sepse	1
generalizovaná a neurčená ateroskleróza s gangrénou	1
generalizovaná a neurčená ateroskleróza s gangrénou, diabetes mellitus, oběhová komplikace	1
grand mal status epileptici	1
chronická obstrukční plicní nemoc s akutní exacerbací	1
krvácení do mozku	1
neprůchodnost dvanáctníku	1
sepse	2
sepse + pneumonie	1
snížený objem plazmy	1
zhoubný nádor vzestupného tračníku	1
žaludeční vřed s krvácením	1
<b>celkem</b>	<b>30</b>

trvá bariérový režim kolem 12 až 14 dnů, což potvrdilo i výzkumné šetření. Průměrná délka bariérového režimu u daného souboru respondentů byla totiž 12,6 dne. Nejdelší bariérový režim trval 33 dní a byl zjištěn u pacienta, který měl opakovanou recidivu multirezistentní infekce. Naopak nejkratší bariérový režim trval již zmíněné 2 dny.

péči byli přijati k hospitalizaci s různými diagnózami. Nejčastější bylo akutní respirační selhání, jež se vyskytlo hned u pěti pacientů a v jednom případě dokonce v kombinaci s celkovou sepsí. Druhým nejčastějším onemocněním bylo selhání ledvin vyskytující se celkem u čtyř pacientů. Dva lidé měli diagnostikovan akutní



Graf 1 Úmrtnost spojená s multirezistentní infekcí v naší studii (n = 30)

infarkt myokardu, dva akutní pankreatitidu a celkovou sepsi organismu. Všechna uvedená onemocnění se běžně vyskytují na odděleních s intenzivní péčí – ať se jedná o oddělení ARO, anebo o jakoukoli JIP.

Z výzkumu vyplynulo, že 73 %, což je 22 respondentů, se nakazilo během hospitalizace multirezistentním kmenem *Clostridium difficile*. Zbýlých 27 %, tedy osm respondentů, se nakazilo kmenem MRSA. U všech pacientů dbal ošetřující personál na co nejlepší realizaci bariérového režimu. Z kapacitních důvodů však nebylo na zkoumaných odděleních možné zajistit izolační box více než jednomu pacientovi.

Na odděleních intenzivní medicíny dochází k častějším úmrtím než na standardních odděleních. Ze třiceti respondentů zemřelo na následky své nemoci v kombinaci s multirezistentní infekcí dvacet dva lidí. Pouhých osm se po hospitalizaci vrátilo domů.

Z celkového počtu 48 055 hospitalizovaných pacientů na oddělení ARO, JIP CHO a JIP A za období od 1. 1. 2015 do 31. 3. 2017 se multirezistentní nákazou infikovalo 30 pacientů, což znamená prevalenci 0,06 %. Ve srovnání s mnohem rozsáhlejším výzkumem prováděným v Německu, kde byla prevalence MRSA 2,5 %, je to výrazně nižší výsledek. Více než polovina respondentů se nakazila kmenem *Clostridium difficile*. Nadpoloviční většina, jejichž pobyt v nemocnici se zkomplikoval nozokomiální nákazou, zemřelo. Extrémně vysoká úmrtnost (73,3 %) v uvedené studii vyplývá patrně ze specifického vzorku pacientů, kteří byli oslabeni závažným onemocněním a multirezistentní infekce jejich stav ještě zhoršila. Proto nelze výsledky srovnávat se studiemi, jež se zabývají pouze pacienty, kteří se multirezistentními kmeny nakazili. Ve studii provedené ve Francii bylo posuzováno 386 000 pacientů infikovaných multirezistentní infekcí a z nich 25 000 zemřelo (6,48 %). Přesto je zřejmé, že multirezistentní infekce dramaticky zhoršuje šance pacientů na uzdravení, a proto je třeba věnovat ochraně pacientů před infekty velkou pozornost.

Výzkum byl financován z projektu Studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice .

**Bc. Kristýna Odložilíková,**  
**Mgr. Jana Wichsová, Ph.D.,**  
**PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.,**  
 Univerzita Pardubice,  
 Fakulta zdravotnických studií  
 Zdroj: výzkumná práce autorek

# Představujeme patientské organizace: Nevypuštění duši

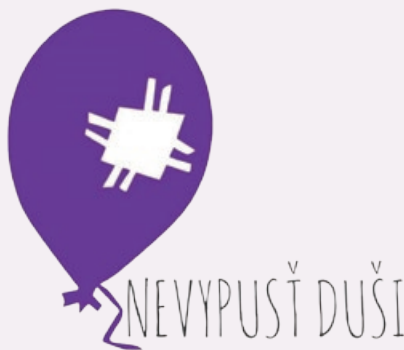
*Duševní onemocnění je stále celospolečenským stigmatem. Jen málokdo se k němu dokáže otevřeně přiznat. Cílem spolku Nevypuštění duši je bořit mýty, jimiž jsou poruchy psychického zdraví stále opředeny, a šířit informace o prevenci. Zakladatelky se zaměřují především na dospívající a mladé lidi.*

Marie Salomonová a Tereza Růžičková jsou dvě úspěšné mladé dámy, které se po náročných studiích v Česku i v Anglii rozhodly, že by se rády v Česku věnovaly osvětě o duševním zdraví. Uvažovaly o společném projektu, v němž by zúročily své osobní zkušenosti. Ve spolupráci s dalšími organizacemi se jim podařilo sestavit tým spolupracovníků a uspořádat kampaň. Vzhledem k tomu, že cílily mladší ročníky, zaměřily se zejména na sociální síť. Natáčely videa, psaly příspěvky na Facebook, které měly velkou odezvu. Což je povzbudilo k dalším aktivitám. Dnes mají statut spolku, který pořádá informační workshopy v Čechách i na Slovensku, natáčejí videa. Spolupracují například s Národním ústavem duševního zdraví, s neziskovou organizací Green Doors, kavárnou Café Práh či kontaktním Centrem Anabell, jež se také zaměřují překonávání bariér u lidí s duševními poruchami. Stálý tým tvoří 20 spolupracovníků, ale do jednotlivých projektů je zapojena zhruba padesátka lidí. Doposud vše probíhalo na dobrovolnické bázi, ale v současnosti má spolek své první zaměstnance a aspiruje na profesionální organizaci.

Fungují na bázi darů od nadací, jednotlivců.

## Náročná dospívání

Osobní, často velmi bolestná zkušenost, se pojí s existencí řady organizací a spolků. Jejich zakladatelé mají přirozenou potřebu věnovat se osvětě. Marie Salomonová, studovala na elitní škole Open Gate, která podporuje nadané lidi, ale také předpokládá, že se tito jedinci dokážou dobře vypořádat s enormní psychickou zátěží. Marii byla ve 13 letech diagnostikována deprese, což ji značně zkomplikovalo první roky náročného studia na kolejní škole. Sama říká, že díky prostředí, v němž se pohybovala, měla štěstí, že se na ni „nedívali skrz prsty“. Nicméně i ona zažila, situace, že si svoje



problémy vymyslí, od učitelů i od lékařů. „Měla jsem ve zdravotních záznamech napsáno, že jsem brala antidepresiva, takže se mi běžně stávalo, že tělesné onemocnění považovali spíše za psychosomatické obtíže.“ Nedostatek pochopení a stigmatizace jsou běžné zkušenosti psychicky nemocných lidí a dokážou už tak křehké zdraví ještě více podlomit. A právě podobné zkušenosti se pro Marii a Terezu staly jedním z impulsů k větší medializaci. Dalším byla prevence, která je podle nich nedostatečná. „Kdybych měla dostatečně vybudované obranné mechanismy, nemusela by se u mě možná nemoc projevit až v takové míře,“ vysvětluje Marie. „Nic jsem o nemoci nevěděla, žádnou psychohygienu jsem nepěstovala.“ Prevenci se musí věnovat pozornost od dětství. Aby dítě dokázalo dobře popsat svoje emoce, když mu není dobře na duši, stejně jako to dokáže, když ho bolí zub. Psychohygieně a sociálně emočnímu učení by se měly věnovat také školy, což zatím v českých podmínkách není obvyklé. A právě na ně se organizace Nevypuštění duši zaměřila a úzce s nimi spolupracuje. „Tato terénní práce a spolupráce nejen s pacienty, ale také například se studenty psychologie nás od ostatních patientských organizací odlišuje.“ Pro nás prevence nepředstavuje doplňkovou aktivitu, ale jeden z pilířů.

Marie s Terezou se hodně inspirovaly v Anglii, kde k problematice přistupují mnohem aktivněji než u nás. Marie, která vystudovala na University of Nottingham

neurovědy, byla aktivní členkou Student Minds, charitativní organizace na podporu duševního zdraví studentů, a zapojila se do celonárodní kampaně Time to Change zaměřené proti diskriminaci duševně nemocných lidí.

## Workshopy ve školách

Marie Salomonová popisuje, jak probíhá jejich stěžejní aktivita: „Jezdíme po středních školách, kde vystupujeme s pětihodinovým pásmem – Duševní Zdravověda pro středoškoláky. Zúčastní se ho vždy pacient, který vypráví svůj příběh a studenti se mohou ptát na cokoli. Část programu je zaměřena na destigmatizaci, kde je hranice mezi duševním zdravím a nemocí a jaké existují mýty. Například, že schizofrenie se projevuje rozdvojenou osobností, což není pravda. A poslední třetina programu se zaměřuje čistě na prevenci.“ Marie připomíná, jak by měla vypadat správná psychohygienu. Měl by se dodržovat spánkový režim, pěstovat fyzickou aktivitu. Člověk by si měl dopřát čas na vlastní myšlenky, měl by se naučit vnímat vlastní pocity a nálady a čas od času také vypnout obrazovky telefonů a počítačů. Neměl by zapomínat pěstovat vztahy, které představují záchranou síť. „Jsme rádi,



**Marie Salomonová,**  
jedna ze zakladatelek

když u programu je učitel, aby mohl pak navázat na to, co se ve třídě odehrálo. Velmi stojíme o zpětnou vazbu, protože sbíráme data, proto také studentům rozdáváme dotazníky. Terénnídobrovolníci jsou vesměs studenti psychologie, sociální pracovníci, časem bychom rádi přibrali i studenty pedagogiky a medicíny. Naše materiály ale nepřipravujeme na koleně, konzultujeme s psychiatry jako je MUDr. Martin Holly, ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice, MUDr. Michalem Goetzem, což je dětský psychiatr. Já sama mám vystudované neurovědy, kolegyně Tereza studuje experimentální psychologii na Oxfordu. Za minulý rok uskutečnil spolek Nevypust duši 25 workshopů po celé republice.

## Chybějí psychiatři

Marie připomíná, že se na workshopech vždycky studentů ptají, jestli vědí, kde najdou pomoc. A radí jim, kam se obrátit. Na otázku, jestli britští studenti vědí lépe, co mají dělat, než ti čeští, Marie odpovídá: „V Anglii určitě existuje více organizací, na které se mohou studenti obrátit. Obecně existuje větší povědomí o tom, co to znamená být duševně nemocný, protože tam podobné kampaně probíhají už dvacet let. V Čechách máme také skvělé služby, ale je jich málo.“ A právě větší dostupnost psychiatrické péče je cílem reformy péče o duševní zdraví. Centra duševního zdraví a alternativní služby by měly být dostupné v každém městě, ale to je úkol tak dvacet let. V současnosti čekáte tři měsíce nebo i půl roku na termín u psychiatra, což



Tým spolku Nevypust duši

Foto: Zx archiv Nevypust duši

Marie považuje za nehorázné. Také čas 20 minut na pacienta s frekvencí jednou měsíčně je nedostačující vzhledem k tomu, že není doplněn státem hrazenou psychoterapií.

Naproti zoufalý je nedostatek dětských psychiatrů, kterých je na Českou republiku zhruba 70. Jedinou možností, jak mít psychiatrů více, je motivovat studenty medicíny, aby se tímto směrem vydali.

I když je prioritou naší organizace působit především na děti a dospívající, některé naše aktivity jsou zaměřené i na dospělé. „Jakmile na Facebooku vypíšeme

seminář o syndromu vyhoření, do půl hodiny je naplněný.“, říká Marie. Máme cyklus přednášek o úzkostných poruchách, prevenci. Je zřejmé, že je o téma zájem, proto bychom přednášky rádi nabízeli firmám.

Těžiště aktivit spolku Nevypust duši leží stále na sociálních sítích, které jsou pro destigmatizaci a prevenci duševních onemocnění pro mladé lidi účinným nástrojem. Na stránkách Facebooku členové spolku pravidelně zveřejňují informace o všech akcích, konferencích, které pořádají nebo se jich účastní. Sdílejí i nejrůznější podněty z externích zdrojů. Vytvářejí také jednoduché nápadité manuály a komiksy zaměřené na psychohygienu a prevenci, informují o základních psychiatrických diagnózách. Na webu a na kanálu You Tube je možné najít i edukativní videa o depresi, úzkostných poruchách, syndromu vyhoření nebo chronické bolesti. Základem je vždy vyprávět skutečný příběh, kterému se lépe věří.

Mgr. Pavlína Perlíková

## O tom, že mladé lidi sužují úzkosti a deprese nedávno informoval německý list Die Welt.

- Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) budou v budoucnosti deprese a úzkostné poruchy druhou nejčastější příčinou úmrtí. Například v Německu stoupl počet psychicky nemocných mezi osmnácti až pětadvacetiletými od roku 2005 o 38 procent, v případě deprese až o celých 76 procent.
- K takovému závěru došla zpráva pro rok 2018, kterou vypracovala pojišťovna Barmer. Autoři se v ní zaměřili na duševní onemocnění u mladých lidí a především pak studentů. Z výsledků studie vyplývá, že psychickou poruchou trpí každý čtvrtý student.
- Z údajů vyplývá, že deprese mnohem častěji postihuje mladé ženy. Zatímco v osmnáctém roce života lékaři diagnostikují depresi u více než dvou procent studentek, v mužské populaci je to jen necelé jedno procento. Stejně výsledky jsou také mezi nestudujícími do třiceti let.
- Důvodem pro tak vysoký počet nemocných je zvyšující se povědomí o duševních chorobách, soudí německý list. Takové vysvětlení je ale podle pojišťovny Barmer příliš jednoduché. „Mnozí mladí lidé nevědí, že existují poradny zabývající se psychickými problémy. Navíc je duševní onemocnění pro mnoho lidí stále tabu a překážkou k vyhledání terapeutické léčby,“ vzkázala deníku pojišťovna.

Zdroj: iRozhlas.cz

## Kontakty:

**Nevypust duši, z.s.**

Telefon: +420 777 215 288  
E-mail: info@nevypustduši.cz  
www.nevypustduši.cz

# Doktorfest

## 25.–26. 5. 2018



Renomovaní lékaři z celé České republiky zahrají se svými kapelami od bigbitu až po rockové balady v rámci 6. ročníku dobročinného hudebního festivalu Doktorfest 2018 v Písecké bráně v Praze. Vstup na festival je dobrovolný a výtěžek pořadatelé věnují organizaci Zdravotní klaun.

Doktorfest prezentuje málo známé aktivity lékařů, kteří se věnují hudební tvorbě, zprostředkovává kulturní setkání mezi



lékaři-umělci a širokou veřejností, čímž boří zažitě bariéry mezi pacienty a lékaři. Doktorfest dále každoročně dává prostor pro prezentaci jedné neziskové organizaci, která se angažuje v tématu zlepšování podmínek zdravotní a sociální péče. Celkový výtěžek benefice půjde v roce 2018 ve prospěch aktivit organizace Zdravotní klaun, která přináší humor a radost hospitalizovaným dětem, geriatrickým pacientům a dalším nemocným. Součástí programu festivalu jsou každoročně osvětové a tvůrčí dílny pro rodiče s dětmi. Přítomen bude například i vůz Pražské záchranné služby, který bude poskytovat instruktáže první pomoci.

foto: archiv Doktorfest.cz, (asa)



# Canadian Medical nově ve Waltrovce

Soukromý poskytovatel nadstandardní lékařské péče Canadian Medical, člen zdravotnické skupiny EUC, slavnostně otevřel nové pracoviště v pražských Jinonicích, na místě bývalé továrny Walter Motors.

Pracoviště nabízí 9 moderních ambulancí, 2 multioborové operační sály se zaměřením na ortopedii, chirurgii, gynekologii, urologii, plastickou chirurgii, ORL a gastroenterologii a 9 nadstandardních jednolůžkových pokojů. O pacienty se starají respektovaní specialisté, kteří s dlouholetou praxí z nejlepších českých nemocnic i ze zahraničí. Tým lůžkového oddělení vede přední český ortoped a expert na miniinvazivní operace nohy doc. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D., vedoucí ambulantní části je zkušená internistka a praktická lékařka, MUDr. Miluše Vostradovská. V objektu působí i známý fyzioterapeut profesor Kolář a profesor Daneš, přední expert v oblasti screeningu a diagnostiky onemocnění prsu.

MUDr. Barbara Taušová, vedoucí lékařka a jednatelka Canadian Medical, na slavnostním otevření řekla: „Naše první klinika, založená v 90. letech, byla



Lékařský tým pracoviště ve Waltrovce

vedena podle kanadských standardů v poskytování lékařských služeb a starala se většinou o cizince žijící v Praze. Pro české klienty jsme přenesli do poskytované péče široké kompetence praktického lékaře, jeho komunikační schopnosti, chování k pacientům i ke kolegům. S touto vizí jsme byli originální. Dnes na pracovišti v nádherném objektu Waltrovky razíme

myšlenku zdravotní péče na nejvyšší úrovni ve zcela mimořádném prostředí.“

Canadian Medical poskytuje své služby klientům v ČR již 20 let. Ve 43 ordinacích působí 196 zdravotníků, kteří ročně ošetří více než 50 tisíc klientů v celkem 34 specializacích.

Zdroj a foto: EUC (asa)

# Projekt IKEM – Proběhni.se

Každoročně je v českých nemocnicích hospitalizováno 300 tisíc pacientů se srdečními chorobami. Polovina lidí v Česku na nemoci kardiovaskulárního aparátu umírá. IKEM proto uspořádal preventivní akci Proběhni.se nejen pro své srdce, na níž se zaregistrovalo 904 účastníků. Běh se konal v sobotu 21. dubna v Kunratickém lese.

Závodníci se mohli registrovat k běhu na 6 a 11 kilometrů. Výtěžek z prodeje registrací poputuje na konto Nadačního fondu (NF) České srdce, který podporují přední čeští kardiologové. Ti se také závodu sami zúčastnili.

Závod zahájil ambasador projektu a přednosta Kardiocentra IKEM prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.: „Onemocnění srdce představují nejčastější příčinu úmrtí v České republice. Nedostatek pohybu je jedním ze závažných rizikových faktorů vzniku ischemické choroby srdeční.“ Mladí kardiologové z NF České srdce při svých cestách do rozvojových zemí pomohli zachránit řadu lidských, převážně dětských, životů. „Při humanitárních misích také odhalili desítky závažných srdečních chorob, na něž by pacienti s omezeným přístupem ke zdravotní péči nikdy neměli šanci přijít,“ doplňuje přednosta Kliniky kardiologie IKEM, prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

A právě v duchu prevence srdečních onemocnění se nesl celý závod. „Chceme pomáhat také tady v Česku. Proto jsme celý den účastníky běhu seznamovali s nemocemi srdce a jejich prevencí, měřili krevní tlak, hladinu cukru v krvi, natáčeli EKG a učili základní prvky resuscitace.



Touto akcí jsme chtěli upozornit na to, jak důležité je jim předcházet. Problémy, s nimiž se setkáváme při našich misích, jsou často podobné s těmi, kterými trpí pacienti u nás,“ vysvětluje MUDr. Michal Pazderník, FESC, kardiolog z Institutu klinické a experimentální medicíny a jeden ze zakladatelů NF České srdce.

Proběhni.se je první běžecký závod takového rozsahu, který se na půdě IKEM pořádal. „Jsem velmi pyšný na naše kardiology, kteří se rozhodli v rámci NF České srdce pomáhat nejen v zemích třetího světa, ale i u nás v Česku,“ říká ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

Děti zaplatily za své startovní na místě 150 Kč, dospělí 700 Kč. Díky vysokému počtu účastníků si Nadační fond České srdce bude moci připsat částku 450 200 korun.

Zdroj a foto: IKEM, (pp)

Inzerce ▼ M181000148

## 4. ČESKÁ KONFERENCE O STRESU A VYHOŘENÍ v Praze 2. 6. 2018



• [www.vyhoret.cz](http://www.vyhoret.cz)

### Jak stres a vyhoření ovlivňují naše životy a jak vhodným životním stylem stresu a vyhoření předcházet

- Praktické navazující workshopy.
- Konference je určena jak pro profesionály, kteří pracují s lidmi, tak všechny, kteří se o danou problematiku zajímají.

**Přednášející:** Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA, MUDr. Kateřina Cajthamlová, MUDr. Radkin Honzák, Doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., Doc. PhDr. Irena Smetáčková, Ph.D., Ing. Bc. Zuzana Hekelová, Mgr. Jaroslav Chýle, Ing. Jan Mühlfeit

- **Místo konání:** Kongresové centrum Hotelu Olšanka, Táboritská 1000/23, Praha 3
- Pořádá Národní institut pro děti a rodinu ve spolupráci s Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze, katedrou psychologie PedF UK a katedrou psychologie FF UK.

# Unikátní mamograf v novojičínském centru

Pracoviště, které patří do skupiny AGEL, představilo na počátku dubna unikátní mamografický přístroj a slavnostně jej spustilo do ostrého provozu. Lékaři Novojičínského diagnostického centra nyní navíc provádějí kombinované vyšetření kontrastní mamografie s následným odběrem podezřelého okrsku tkáně metodou SVAB (stereotaktická vakuová biopsie).

Unikátní mamografický přístroj v hodnotě 8 milionů korun byl na pracoviště nainstalován na podzim loňského roku. Jeho výjimečnost spočívá v nadstandardní funkci kontrastní mamografie, přičemž tento modul zde byl uveden do pilotního provozu v prosinci loňského roku. Ještě před tím tým novojičínských zdravotníků absolvoval specializovanou stáž v Polsku. „Od té doby jsme pomocí kontrastní mamografie vyšetřili 70 pacientek. Tato metoda nám poskytuje další informace nad rámec klasické mamografie a dokáže v některých případech částečně, a v některých úplně, nahradit magnetickou rezonanci prsu, proti které je rychlejší a také levnější,“ vysvětluje jedinečnost nového vybavení vedoucí lékař z Novojičínského diagnostického centra MUDr. Zdeněk Mutina.

## Přesnější, rychlejší a komfortnější

Jako jediní v České republice pak v Novojičínském diagnostickém centru provádějí kombinaci kontrastní



Nový mamograf v Novojičínském diagnostickém centru

Foto: 2x archiv AGEL

mamografie a následně – v případě potřeby – ihned odběr podezřelého okrsku tkáně prsu metodou SVAB, což je pro určení diagnózy stěžejní. „Stereotaktická vakuová biopsie se provádí v případech, kdy je třeba ověřit takzvané mikrokalcifikace. To jsou

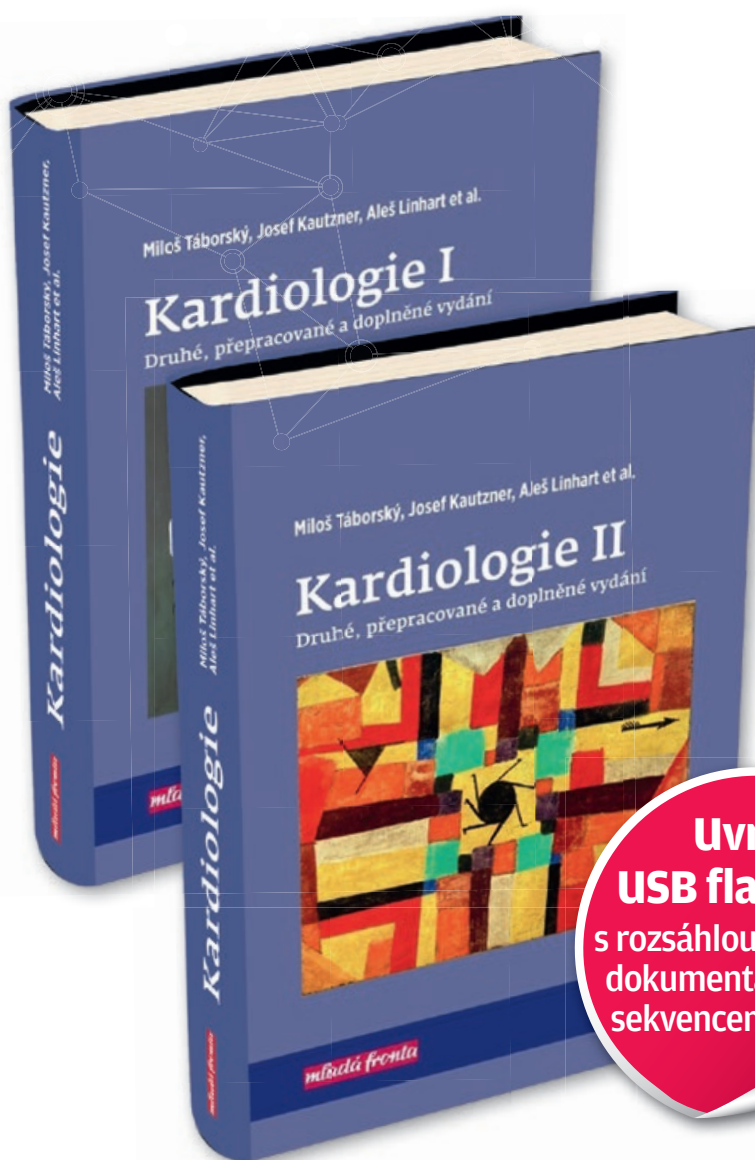
drobné tečky vápníku, které vznikají v počínajícím nádoru. Jejich velikost je na hranici viditelnosti, kolem jednoho až dvou desetín milimetru. Vzhledem k tomu, že mikrokalcifikace nejsou vidět na ultrazvuku, provádí se tento výkon za kontroly mamografu. Jejich úspěšné odebrání totiž záleží na správném zaměření,“ popisuje MUDr. Mutina s tím, že radiologická asistentka nejprve usadí pacientku k mamografu a následně dojde jako u běžného mamografického vyšetření ke stlačení prsu. Pomocí jehly pak lékař odebere vzorek tkáně. Místo vpichu je lokálně znecitlivěno, takže pro pacientky je vyšetření nebolestivé.

Metoda kontrastní mamografie není určena k primárnímu záchytu karcinomu prsu, nýbrž ke stanovení a zpřesnění rozsahu onemocnění. „Jedná se doplňující metodu při problematické diagnostice karcinomu prsu, která je srovnatelná s magnetickou rezonancí. Na rozdíl od rezonance je ale rychlejší, komfortnější především pro klaustrofobické pacienty a také levnější. Využíváme ji také k monitoringu průběhu chemoterapie,“ uvádí Zdeněk Mutina. (red)



Symbolickým přestřižením pásky představili nový mamograf (zleva) jednatelé Novojičínského diagnostického centra Miroslav Pecháček a Martin Hrabovský, člen představenstva společnosti AGEL Pavel Frnka a primář Novojičínského diagnostického centra Zdeněk Mutina

# Kardiologie druhé, přepracované a doplněné vydání



Publikace vychází z unikátní **interaktivní kardiologické výukové platformy**, která je dostupná na [www.ecardio.cz](http://www.ecardio.cz). Po mimořádném zájmu o první vydání učebnice představujeme druhé, **přepracované a doplněné vydání**. Učebnice, vydaná ve dvou dílech, bude **v celém rozsahu aktualizována** podle posledních doporučení a závěrů studií pro rok 2018 a **doplněna o nové kapitoly arytmiologie**. Kniha je určena pro studenty lékařských oborů (pre- i postgraduální úroveň), kardiology, internisty a další akademické pracovníky.

Autoři:  
**Miloš Tábořský,  
Josef Kautzner,  
Aleš Linhart et al.**

**Uvnitř  
USB flash disk  
s rozsáhlou obrazovou  
dokumentací a video  
sekvencemi z praxe.**

**PŘI OBJEDNÁNÍ  
NA KNIHA.CZ  
SLEVA 5%**

Kniha bude vydána za podpory

# Očkování dospělých

V *Mladé frontě* nedávno vyšla publikace *Očkování dospělých*, jejímž autorem je prof. MUDr. Roman Chlíbek, DrSc., známý epidemiolog, odborník na prevenci infekčních onemocnění a očkování. Monografii připravil s kolektivem specialistů – vakcinologů.

Cílem bylo sepsat přehlednou publikaci zaměřenou na očkování dospělých. Kniha přináší komplexní pohled na očkování v dospělosti, od jeho historie, imunologických aspektů, vzniku očkovacího kalendáře pro dospělé přes očkování proti vybraným nemocem. Nechybí ani specifika očkování imunosuprimovaných osob a praktických aspektů očkování v ordinaci a bezpečnosti vakcín. Samostatné kapitoly se zaměřují na očkování těhotných a kojících žen, zdravotnického personálu a očkování cestovatelů. Autoři monografie neopomíjejí ani právní aspekty vakcinace. Problematiku uzavírají mýty v očkování a zmiňují se o vývoji nových vakcín pro dospělé. Součástí každé kapitoly je souhrn pro klinickou praxi.



Roman Chlíbek, Michaela Lízlerová a Štěpán Svačina při křtu

Kniha je určena praktickým lékařům, lékařům primární péče, nemocničním i ambulantním specialistům, epidemiologům, infektologům a lékařům očkovacích center, včetně nelékařského personálu.

Publikace *Očkování dospělých*, která v *Mladé frontě* vyšla v edici *Postgraduální medicína*, byla pokřtěna na stejnojmenném sympoziu 28. března v Praze. Vystoupily zde významné osobnosti, které se tématu očkování věnovaly z pohledu svých odborností. Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc, Ph.D., seznámil odbornou veřejnost s úlohou Ministerstva zdravotnictví v otázce očkování proti pneumokokovým onemocněním u osob nad 65 let. Doc. MUDr. Jan Smetana, Ph.D., se zaměřil na očkování pacientů s diabetes mellitus, CHOPN a asthma bronchiale, prof. MUDr. Karel Pavelka na pacienty se závažným autoimunitním onemocněním. Tématem hlavního autora publikace byly novinky v prevenci virového onemocnění herpes zoster. (pp)

## Otázka pro autora, profesora Romana Chlíbka

*Jaké mýty o očkování musejí lékaři nejčastěji vyvracet? Které z nich považujete za neškodlivější a proč?*



obtížně orientuje a nepozorný čtenář pak snadno mýtům a konspiracím podlehne. Vytváří se neopodstatněný strach z očkování a zájem o vakcinaci klesá. Výsledkem je klesající proočkovanosť a návrat některých infekcí, který doprovázejí komplikace a úmrtí. Týká se to jak dětí, tak dospělých.

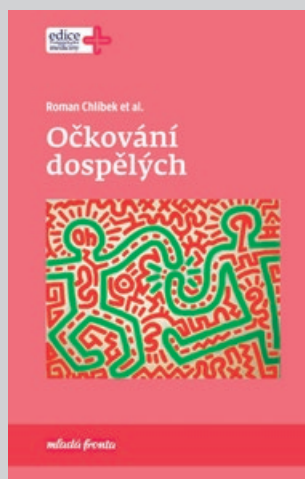
Všechny tyto konspirativní

teorie jsou však vědecky vyvrácené. Například poslední studie, zveřejněná letos v březnu v prestižním časopise americké lékařské společnosti JAMA, jež hodnotila data od více než 495 tisíc dětí napříč USA, potvrdila bezpečnost očkovacího kalendáře a neprokázala, že by očkování dětí v útlém věku vedlo k oslabení imunitního systému a vyšší vnímavosti k ostatním infekčním onemocněním. Očkovací

kalendář dětí v USA přitom zahrnuje očkování proti 16 nemocem. Český očkovací kalendář dětí pro srovnání obsahuje očkování proti 11 nemocem (devět povinně, dva dobrovolně).

Podobně dosud žádná vědecká studie neprokázala vztah mezi očkováním a autismem. Jedna z posledních studií naopak ukázala, že již v šesti měsících věku lze detekovat známky poškození signalizující možný autismus. Tedy ještě dříve, než se živou vakcínou očkuje. Také

studie francouzských lékařů sledující prospektivně po dobu šesti let dívky/ženy ve věku 11–25 let, která hodnotila bezpečnost očkování proti lidskému papilomaviru (HPV) v reálném životě ve vztahu k autoimunitním onemocněním, včetně diabetu, neprokázala tato rizika. Žádný z uvedených mýtů doposud nebyl vědeckou komunitou potvrzen, naopak řada jich již byla vyvrácena. (pp)





**NEMOCNICE PÍSEK** přijme **LÉKAŘE** pro oddělení:

**Gynekologicko-porodnické**  
(urogynekologické, perinatologické centrum)

**Klinické biochemie**

**Neurologické** (iktové centrum)

**Patologické**

**Plicní ambulanci**

**Infekční ambulanci**

**Nabízíme:**

- akreditovaná pracoviště
- zajímavé finanční ohodnocení
- práci v ekonomicky stabilní společnosti
- další bezplatné vzdělávání bez závazku
- ochotný přístup školitelů
- možnost samostatného rozhodování
- přátelský mladý kolektiv
- možnost ubytování
- možnost i zkráceného úvazku

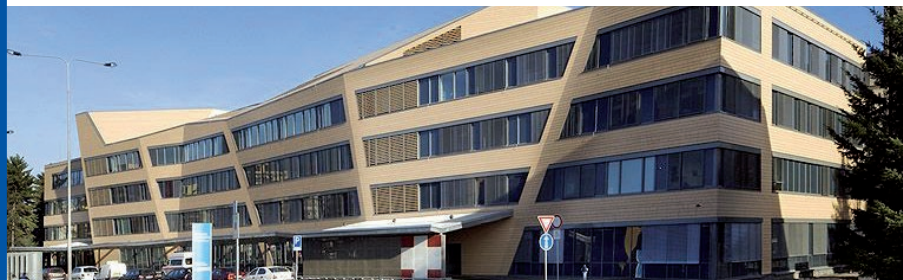
**Kontakt:**

Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589  
tel.: 382 772 017, 382 772 020  
e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce ▼ M181000175



Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje  
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:



**Lékaře se specializovanou způsobilostí na funkční místo v oborech:**

**UROLOGIE / ONKOLOGIE**

**Lékaře se specializovanou způsobilostí i v přípravě k jejímu získání v oborech:**

**DIABETOLOGIE / ORL / ARO / PLICNÍ  
HEMATOLOGIE / PSYCHIATRIE / INTERNA**

**NABÍZÍME:**

- nadstandardní finanční ohodnocení
- zaměstnanecké benefity (týden dovolené navíc, stravenky, příspěvek na penzijní připojištění, firemní dětská skupina, možnost přidělení městského bytu, další výhody dle Kolektivní smlouvy)

**V případě Vašeho zájmu nám zašlete Váš životopis:**

Ing. Lucia Růžičková, vedoucí personálního odboru  
Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje  
telefon: **312 606 413**, e-mail: [lucia.ruzickova@nemocnicekladno.cz](mailto:lucia.ruzickova@nemocnicekladno.cz), [www.nemocnicekladno.cz](http://www.nemocnicekladno.cz)

Inzerce ▼ M181000180

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína

číslo 4/2018

**Šéfredaktorka**

MUDr. Andrea Skálová  
(Medicína a kongresové zpravodajství),  
tel. 602 710 567, e-mail: skalova@mf.cz

**Redakční rada ZAM**

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

**Redakce**

Mgr. Pavlína Perliková,  
tel. 225 276 295, e-mail: perlikova@mf.cz

**Stálí spolupracovníci redakce**

Mgr. Denis Drahoš, Mgr. Markéta Mikšová, Martin Ježek

**Grafika a technické zpracování**

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

**Obchodní ředitelka**

Ing. Kristina 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. Jan Mašek

**Ředitel divize Medical Services**

Karel Novotný, MBA

**Marketing a distribuce**

**Ředitel marketingu a distribuce:**

Jaroslav Aujezdský

**Brand Manager:**

Petra Trojanová

**Ředitelka výroby a distribuce:**

Monika Šnaidrová

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 vyzraje:

SEND Předplatné, spol. s r.o.,

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

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

e-mail: mf@send.cz, www.send.cz

**Objednávky do zahraničí:**

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

Videňská 995/63, 639 63 Brno,

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

**Objednávky SR:**

Mediaprint Kapa Pressegresso, a. s.,

oddělení inej formy predaja, P. O. Box 183,

Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3,

tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819

e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem

se řídí všeobecnými obchodními podmínkami

pro předplatitele.

Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah

inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity

na základě licence od Shutterstock.com.

**Tisk TRIANGL, a. s.**

Číslo dáno do tisku 24. 4. 2018

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2018

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

Inzerce ▼ M181000125

**janssen**

## Volná místa

### Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze přijme sestru pro Aferetické oddělení

Pracoviště se zabývá dárcovskými a terapeutickými přístrojovými výkony pomocí separátorů krevních složek.

#### Kvalifikační předpoklady:

- SZŠ s praxí, VZŠ nebo VŠ (absolvování Bc. nebo Mgr. studia ošetrovatelského směru)
- praxe v oboru výhodou
- komunikační dovednosti, profesionalita, vstřícnost, zodpovědnost
- občanská a morální bezúhonnost

#### Nabízíme:

- úvazek 1,0, jednosměnný provoz
- vysoce odbornou a zajímavou práci
- zázemí špičkového pracoviště s mezinárodním certifikátem kvality péče
  - moderní pracovní prostředí, příjemný kolektiv
- odpovídající platové ohodnocení
- možnost dalšího vzdělávání a další zaměstnanecké benefity

#### Nástup dle dohody.

V případě zájmu kontaktujte  
Mgr. Lucii Vylitovou.

telefon: +420 221 977 419

e-mail: Lucie.Vylitova@uhkt.cz

M181000144

## Volná pracovní místa v Nemocnici České Budějovice Lékaři / Farmaceuti

**Získejte  
až 350 000 Kč!**

\*Získejte náborový příspěvek při nástupu do pracovního poměru na vybrané pozice lékařů ve výši až 350 000 Kč.

[www.nemcb.cz](http://www.nemcb.cz)

Lékař/lékařka pro oddělení neurologické\*

Lékař/lékařka pro oddělení radiologické\*

Lékař/lékařka pro oddělení onkologické, odbornost klinická onkologie\*

Lékař/lékařka pro oddělení onkologické, odbornost radiační onkologie\*

Lékař/lékařka pro oddělení patologické\*

Lékař/lékařka pro oddělení gastroenterologické\*

Lékař/lékařka pro oddělení psychiatrické\*

Lékař/lékařka pro oddělení nukleární medicíny\*

Lékař/lékařka pro oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie\*

Lékař/lékařka pro oddělení úrazové a plastické chirurgie

Lékař/lékařka pro oddělení následné péče

Lékař/lékařka pro chirurgické oddělení se specializací dětské chirurgie

Další volná místa naleznete na:  
[www.nemcb.cz](http://www.nemcb.cz)



**NEMOCNICE**  
ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.

Inzerce ▲ M181000145

## Středomoravská nemocniční

Člen skupiny AGEL

### nabízí volná místa:

#### Nemocnice Prostějov pro lékaře

- **RDG oddělení** se specializovanou způsobilostí či ukončeným základním kmenem (poskytujeme náborový příspěvek);
- **ORL oddělení** – vhodné pro absolventa;
- **Patologie** – vhodné i pro absolventa;
- **Dětského oddělení** se specializovanou způsobilostí či ukončeným základním kmenem;
- **Interního oddělení** se specializovanou způsobilostí v oboru vnitřní lékařství nebo kardiologie;
- **Chirurgického oddělení** – vhodné i pro absolventa;
- **Transfúzní stanici** se specializovanou způsobilostí či ukončeným základním kmenem.

#### Nemocnice Přerov pro lékaře

- **Neurologického oddělení** – vhodné i pro absolventa;
- **RDG oddělení** se specializovanou způsobilostí či ukončeným základním kmenem;
- **Chirurgického oddělení** – vhodné i pro absolventa;
- **ARO** – vhodné i pro absolventa;
- **Onkologického oddělení** se specializovanou způsobilostí či ukončeným základním kmenem.

#### Nemocnice Šternberk pro lékaře

- **ARO** – lékař se specializovanou způsobilostí či ukončeným kmenem (poskytujeme náborový příspěvek);
- **Interního oddělení** – s již ukončeným kmenem;
- **Hematolog** – se specializací a minimálně 2 roky praxe v zařízení transfúzní služby (poskytujeme náborový příspěvek).

#### Nabízíme:

- **náborový příspěvek** dle dosažené kvalifikace (až 100 000 Kč), práci v dobrém pracovním prostředí;
- **motivující finanční ohodnocení;**
- **zaměstnanecké benefity** – příspěvek na životní i penzijní připojištění;
- **úhrada poplatku ČLK,**
- **3 dny placeného pracovního volna;**
- **osobní rozvoj** s možností zvýšení vzdělání.

#### Bližší informace podá:

**personální oddělení** – paní Mgr. Jana Růžičková, MBA  
(jana.ruzickova@smn.agel.cz), tel: 582 315 835

#### nebo jednotliví členové představenstva:

**Nemocnice Prostějov** – MUDr. Marie Marsová, MBA  
(marie.marsova@smn.agel.cz);

**Nemocnice Přerov** – MUDr. Jiří Ševčík  
(jiri.sevcik@smn.agel.cz);

**Nemocnice Šternberk** – MUDr. Vítězslav Vavroušek, MBA, MPH  
(vitezslav.vavrousek@smn.agel.cz) .

Předplatte si časopis  
**ZDRAVOTNICTVÍ  
A MEDICÍNA** na rok



a získáte jako dárek  
**BALÍČEK BYLINNÝCH  
PRODUKTŮ Herbadent –  
ústní vodu, Herbadent  
Homeo zubní pastu  
a jemný zubní kartáček**

**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen  
do 20. 5. 2018.**

**Předplatné na rok  
pouze za 399 Kč.**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku **mf@send.cz**, uveďte své **jméno**,  
**doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste  
lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Do předmětu napište kód **ZM0418**. Předplatit si můžete  
také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte zdarma 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a info o požadovaném předplatném  
a periodiku. Uveďte kód **ZM0418**.  
Nezapomeňte operátorce sdělit,  
zdali jste, či nejste lékař/odborný  
pracovník ve zdravotnictví.

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

ZOOM-ZOOM

Srdcem nového modelu  
Mazda CX-3 se stává ten, kdo ho řídí.  
V ladných křivkách jedinečného designu Kodo  
se špičkovou technologií Skyactiv  
prožijete dokonalé souznění člověka  
se strojem. Říkáme mu Jinba Ittai.  
Taková je Mazda.

DRIVE TOGETHER



**Mazda CX-3** S PALIVEM NA ROK ZDARMA!\*

\* Více informací a podmínky akce „Palivo na rok zdarma“ najdete na [www.mazda.cz](http://www.mazda.cz) a u participujících dealerů Mazda.  
Kombinovaná spotřeba 4,0–6,4 l/100 km, emise CO<sub>2</sub> 105–150 g/km.



**mazda**