

# ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

6  
2019

Předsedkyně Výboru pro zdravotnictví  
PS PČR Věra Adámková:

„System DRG o kvalitě nic nevyovídá.“

Více od str. 8

Předplatte si časopis  
**ZDRAVOTNICTVÍ  
A MEDICÍNA** na 1 rok

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína

a získejte jako dárek  
**vstupenky do Národního divadla  
v hodnotě 1 000 Kč**



**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen  
do 4. 8. 2019.**

**Předplatné na 1 rok  
pouze za 499 Kč.**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou adresu **mf@send.cz**, uveďte své **jméno**,  
**doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste  
lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.  
Do předmětu napište kód **ZM0619**. Předplatit si můžete  
také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a info o požadovaném předplatném  
a periodiku. Uveďte kód **ZM0619**.  
Nezapomeňte operátorce sdělit,  
zdali jste, či nejste lékař/odborný  
pracovník ve zdravotnictví.

## Začít dělat věci jinak

Červnové číslo časopisu Zdravotnictví a medicína je ve znamení kardiologie. Ohlížíme se v něm za velkolepým XXVII. výročním sjezdem České kardiologické společnosti (ČKS), který proběhl v květnu v Brně. Zúčastnila se ho i kardioložka prof. Věra Adámková, která je zároveň předsedkyní poslaneckého Výboru pro zdravotnictví ČR a se kterou jsme si povídali nejen o jejím mateřském oboru, ale především o její agendě v poslanecké sněmovně. Asi jen málokdo z nás sní o práci legislativce, proto je odhodlání, s nímž se tato dáma pustila do politiky, obdivuhodné.

Je lehké kritizovat, co všechno se zanedbalo a nedotáhlo, a hlásat, co všechno by mělo být. Ale pustit se do tak nepřehledného pole jako je zdravotnictví, kde se kříží zájmy mnoha skupin, a snažit se prosadit změny, aby je akceptovali všichni, je docela odvážný krok, který na osobní popularitě rozhodně nepřidá. V rozhovoru jsme se opět dotkli omílaných témat, jako je postgraduální vzdělávání lékařů, nedostatek zdravotnického personálu nebo hodnocení kvality nemocnic. A i když se dílčí kroky daří postupně prosazovat, nemůžu se ubránit dojmu, že pokud chceme něco změnit rychle, musíme se toho chopit sami a nečekat, až to projde sněmovnou. Motivovat mladé

lékaře nedokáže sebelepší vzdělávací systém, ale především pracovní náplň, obor samotný, který mají dnes možnost objevovat v celé šíři. Sjezd ČKS byl pro ně skvělou příležitostí, jak se seznámit s novinkami v kardiologických studiích či ve farmakoterapii. Pracovní skupina Kardio 35 uspořádala pro začínající lékaře sekci Diagnóza krok za krokem; ambulantní kardiologové zase připravili 90minutový blok kazuistik, s nimiž se nejčastěji setkávají ve svých praxích. To všechno jsou záslužné aktivity tzv. zdola.

Stejně jako celospolečenská kampaň Studuj zdravku, která má mladým adeptům představit povolání sestry ne jako málo zaplacenou dřinu, ale jako perspektivní práci s nulovou nezaměstnaností. Než však stihne vyrůst nová generace motivovaných sester, budou muset manažeři zdravotnických zařízení podle slov MUDr. Pavla Hroboně „začít věci dělat jinak“, aby nemuseli zavírat ambulance. Kdo to pochopil, je vítěz.

V tomto čísle jsme se věnovali i dalším tématům, třeba pravidelnému setkání odborníků Incofora, kteří potvrzují, že budoucnost tkví především v prevenci a zodpovědnosti za vlastní zdraví. Prevence je i v podtextu psychiatrické reformy a práce center duševního zdraví, jejichž cílem je mimo



jiné razantně snížit počet hospitalizací. Jedno z nich, centrum v Přerově, představujeme i v našem časopisu.

Ohlédli jsme se i za kongresy IGCC 2019 o karcinomu žaludku nebo za XLVII. Májovými hepatologickými dny. Držíme palce i novému patientskému sdružení Recovery, které by rádo přimělo stát k zodpovědnějšímu přístupu k alkoholu a hazardu. Budou to mít v Česku, kde je pivo levnější než limonáda, opravdu těžké.

Přeji příjemný začátek léta.

*Pavlína Pulišová*

šéfredaktorka

### OBSAH

## ZAM

### Zdravotnictví a medicína

■ O čem se mluví	2	■ Míří eutanázie mimo medicínu?	12	■ Vzdělávání ve zdravotnictví	37
■ Kampaň „Studuj zdravku“	3	■ XXVII. výroční sjezd České kardiologické společnosti	13	■ Představujeme patientské organizace: Recovery	38
■ Nadměrná administrativa opět na stole	4	■ IKEM a FGÚ o civilizačních chorobách	17	■ Zprávy z regionů	40
■ Primární péče se dohodla s pojišťovnamy	4	■ IGCC 2019 v Praze: zaměřeno na karcinom žaludku	18	■ Rehabilitace v léčbě inkontinence	42
■ Nové volby pro „zaměstnanecké pojišťovny“	6	■ Májové hepatologické dny	20	■ Nejlepší publikace v onkologii	44
■ Názory a komentáře	7	■ Zdravotničtí experti vzkazují: Digitalizaci nelze zastavit	24	■ Přečtěte si	45
■ Rozhovor: Věra Adámková	8	■ Interakce léků s nápoji	27	■ Personálie	46
		■ Věda a výzkum	28	■ Nabídka práce	48
		■ CDZ: Potkáme se u vás v kuchyni	32		
		■ Farmacie a farmabyznys	34		
		■ Sestra a ošetrovatelství	36		



Ilustrační foto: Shutterstock

## Kolektivní smlouva v Krajské zdravotní nepočítá s růstem mezd

Krajská zdravotní uzavřela kolektivní smlouvu s odborovými organizacemi platnou do konce roku 2021. S růstem mezd nepočítá. Platy vzrostly od 1. ledna nelékařskému zdravotnickému personálu na základě nařízení vlády.

Novou kolektivní smlouvu podepsali zástupci vedení KZ s představiteli odborových organizací. Pro letošní rok počítá Krajská zdravotní s meziročním nárůstem osobních nákladů o 392 milionů korun, tedy o 9,7 %.

Předseda představenstva KZ Jiří Novák uvedl, že není v ekonomických možnostech společnosti zajistit pro letošní rok další zvyšování osobních nákladů. KZ má letos v plánu investovat dvě miliardy korun.

Do nové kolektivní smlouvy, která je uzavřena s platností do 31. prosince 2021, jsou zapracovány stabilizační příplatky poskytované zaměstnancům od počátku letošního roku.

## Uganda potvrdila první případy eboly mimo Kongo

V Ugandě byly potvrzeny první případy výskytu eboly mimo Kongo, které je epidemií této nákazy nyní zasažené. První pacient v Ugandě již zemřel. Oznámila to ugandská ministryně zdravotnictví Jane Acengová.

Tato zpráva je velkou ranou pro intenzivní úsilí zdravotníků, kteří se už měsíce snaží zabránit přenesení tohoto nebezpečného infekčního onemocnění přes hranice Konga.

Světová zdravotnická organizace (WHO) je vystavena tlaku, aby současnou epidemii v Kongu, která je druhou nejhorší v historii, prohlásila mimořádnou globální zdravotní událostí. V dubnu to experti WHO odmítli, i když připustili, že jde o „hluboce znepokojivou věc“.

Od loňského srpna bylo doposud v Kongu více než 2000 potvrzených nebo pravděpodobných případů nakažení virem eboly. Téměř 1400 lidí tomuto onemocnění podlehl.

## MZ chce o léčení dětí konopím jednat

Ministerstvo zdravotnictví chce o možnosti předepisovat léčebné konopí i dětem jednat,

zejména s odbornou veřejností. S návrhem přišel patientský spolek Kopac. Podle mluvčí resortu Gabriely Štěpánové je třeba zvážit možná rizika, protože jde o návykovou látku. Ve sněmovně je nyní návrh změny zákona, která by měla umožnit hrazení konopí z veřejného zdravotního pojištění. Návrh počítá s 30 gramy měsíčně, pacienti chtějí víc.

Ministerstvo uvedlo, že podnět zvaží, vyhodnotí dostupné údaje a jako v jiných případech ho prodiskutuje s odbornou veřejností a lékaři, zejména Českou pediatrickou společností a Českou společností dorostového lékařství. „Je nutné si uvědomit, že v případě konopí se jedná o návykovou látku. Proto je nezbytné také v tomto ohledu k problematice přistupovat. Je žádoucí hledat vyvážený přístup a zvážit veškerá možná rizika,“ uvedla Štěpánová.

Podle patientského spolku Kopac by léčba konopím pomohla například dětem s rakovinou nebo dětem s až několika desítkami záchvatů denně. Podle jím citované studie snížily přípravky z konopí frekvenci záchvatů u 85 % nemocných dětí.

## Odborník: Růst počtů umělých oplodnění v ČR táhnou cizinci

Za každoročním nárůstem počtu cyklů umělého oplodnění v Česku je především zájem cizinců. U českých párů je jejich počet od roku 2010 stabilní, roste jen mírně. Novinářům to při příležitosti Národního dne neplodnosti řekl lékař Tonko Mardešić. V Česku je kolem 45 center asistované reprodukce. V roce 2016, z nějž jsou poslední data ÚZIS, bylo provedeno přes 41 000 cyklů s cílem otěhotnět.

Základní je mimotělní oplození (IVF). „Počet cyklů IVF podle Národního registru asistované reprodukce v ČR stoupá, ale u Čechů jde od roku 2010 o stabilní stav. Narůstá počet cyklů u cizinek, od roku 2010 asi o deset procent,“ uvedl Mardešić. V roce 2007 bylo cyklů IVF přes 12 000, v roce 2016 kolem 15 000.

Cizinky podle něj vyhledávají česká centra zejména kvůli jejich vysoké medicínské úrovni, ale v mnoha případech také kvůli přísnějším podmínkám asistované reprodukce v jejich zemích. Mezi příjemkyněmi darovaných vajíček tvoří 88 %. Roste také počet cyklů, při nichž si žena nechá zmrazit vajíčka nebo oplodněné embryo.

## Výzva ke vzniku center

Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo výzvu ke vzniku center vysoce specializované péče. Pracoviště, která na základě splnění podmínek daných ministerstvem statut získají, budou moci poskytovat ošetření a léčbu s pomocí špičkových odborníků a technologií. Získaný statut jim totiž zajistí odpovídající úhrady od zdravotních pojišťoven. Výzva platí pro segmenty, ve kterých ministerstvo, pojišťovny a odborná společnost identifikují nutnost centralizace zdravotní péče.

Podle ministerstva by měla vysoce specializovaná péče umožnit efektivně vynakládat prostředky na diagnostiku, léčbu a dispenzarizaci pacientů. Centra by měla sloužit také jako školici a vědecká pracoviště s mezinárodním přesahem a spoluprací. Přiznaný statut dnes mají pracoviště v 19 oborech, například v oboru onkologie, traumatologie, kardiologické nebo perinatální péče. Aktuálně jsou vyhlášeny výzvy pro centra onkourologie, pro roztroušenou sklerózu a pro neuromyelitis optica.

## Praha založí organizaci, která převezme Nemocnici Na Františku

Pražský magistrát založí organizaci s názvem Metropolitní nemocnice Na Františku, která by měla od příštího roku převzít stejnojmennou nemocnici v Praze 1. Magistrát plánuje nemocnici u Dvořákova nábřeží převzít od městské části.

„Je to první z kroků, které máme za úkol splnit do konce letošního roku,“ uvedla radní pro zdravotnictví Milena Johnová (Praha Sobě). Harmonogram převzetí schválili pražští zastupitelé koncem května. Podle plánu vedení magistrátu má novou příspěvkovou organizaci, na kterou má přejít správa zařízení včetně smluv se zdravotními pojišťovnami, do konce roku vést ředitel magistrátního odboru zdravotnictví Martin Ježek.

Vedení města počítá s tím, že nová organizace převezme provoz nemocnice a budovy zůstanou ve správě městské části, se kterou se bude nutné domluvit na nějaké formě pronájmu. To by se podle kritiků mohlo ukázat jako právně problematické. Zařízení by se od nového roku mělo nově jmenovat Metropolitní nemocnice hlavního města Prahy, což má odrážet jeho celopražský význam.

(mal)

Zdroj: ČTK, MZČR

# Kampaň „Studuj zdrávku“ láká deváťáky na zdravotnické obory

Ministerstvo zdravotnictví spolu s Uníí zaměstnavatelských svazů odstartovalo kampaň „Studuj zdrávku“ za účelem zvýšení zájmu o nelékařské zdravotnické obory. Kampaň má pomoci přilákat uchazeče hlásící se na střední i vyšší odborné školy v příštím kalendářním roce. Gradovat bude na podzim, kdy na konferenci Zdravotnictví 2020 vyhlásí iniciátoři kampaně vítěze soutěže o nejlepší motivační spot, které se zúčastní studenti a absolventi zdravotnických škol.

Všeobecný nedostatek sester i dalších zdravotnických pracovníků je všeobecně známý. Podle ministra má na tom svůj podíl také demografický vývoj ve společnosti. „Zatímco v roce 1993 bylo v populaci 200 000 patnáctiletých, dnes je to pouze 90 000. Chceme, aby tito mladí lidé, kteří se rozhodují, co budou v životě dělat, šli studovat zdravotnické obory, a to nejen na středních, ale i vyšších odborných školách. Musíme jim ukázat, že pracovat ve zdravotnictví má smysl,“ řekl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch při zahájení kampaně v prvním červnovém týdnu, kterého se oděni v tričkách s logem kampaně #studujzdravku zúčastnili také prezident Unie zaměstnavatelských svazů Jiří Horecký, prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová a zástupci dalších zdravotnických profesí.

Kampaň jejíž heslo zní „Moje výzva, moje poslání“, chce zvýšit prestiž nelékařských oborů a poukázat na jejich výhody. Cílí nejen na potenciální uchazeče o obor všeobecná sestra, ale i obory dětská sestra, praktická sestra, zdravotnický záchranář nebo farmaceutický asistent.

„Nejde o práci pro každého. Chce to odvahy a přesvědčení, ale na druhou stranu pak děláte něco smysluplného pro lidi,“ vyzdvihl Jiří Horecký, který připomněl, že podobnou kampaň v omezenějším rozsahu vedla unie zaměstnavatelů už v závěru roku 2017 a začátkem roku 2018. Tehdy si podalo přihlášku na některý zdravotnický obor odhadem o deset procent více zájemců než v předcházejícím roce, na čemž se ovšem podle Jiřího Horeckého podílela i skutečnost, že na těchto oborech nemá být součástí maturity matematika.

„Na zdravotnickou školu však určitě nevezmou každého. Ve společnosti jsou tyto profese pozitivně vnímány, dnes jsou již důstojně odměňovány, je v nich nulová nezaměstnanost a umožňují profesní růst,“ dodal prezident Horecký.



Zleva: Lubomír Franc, Zdeněk Křivánek, Jana Poštová, Adam Vojtěch, Martina Šochmanová, Irena Storová a Jiří Horecký  
Foto: archiv MZ ČR

Místopředseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Lubomír Franc, který rovněž kampaň podporuje, s Jiřím Horeckým v otázce odměňování ne zcela souhlasil a zdůraznil, že je třeba vytvořit podmínky pro to, aby studenti do svého oboru také nastoupili a vydrželi tam. „Podle OECD je v České republice ve srovnání s jinými zeměmi těchto absolventů velice malé procento. Je to dáno mimo jiné tím, že by museli pracovat mnoho přesčasových hodin, o což už dnešní generace nemá zájem. Pokud bychom odměny přepočítali na hodinovou mzdu, dostali bychom se pod průměr jiných profesí.“

## Podzimní gradace kampaně

Kampaň vsadí především na sociální síť – Facebook, Youtube a Instagram, a to zejména v její první fázi, která bude trvat od června do října. Důležitým prvkem kampaně je již probíhající soutěž mezi studenty a absolventy zdravotnických škol, kteří natočí krátké video na téma „Proč studovat zdrávku?“ Video mohou zájemci směřovat na e-mail [soutez@studujzdravku.cz](mailto:soutez@studujzdravku.cz). Soutěžní videa budou ke shlédnutí na oficiálních stránkách [studujzdravku.cz](http://studujzdravku.cz) a sociálních sítích. Vyhlášení proběhne na

konferenci Zdravotnictví 2020 pořádané mediálním partnerem kampaně Medical Services.

Motivační spoty se však natáčejí také se zkušenými profesionály jednotlivých oborů, kteří v nich představují svoji práci, ale i s mediálně známými osobnostmi. Již teď na sociálních sítích „visí“ například video s prezidentem stomatologické komory Romanem Šmuclerem. V budoucnu vzniknou také prezentace nemocnic.

Další série propagačních spotů je připravena ve formě teaserů do kin pro druhou fázi, která bude gradovat zhruba od studentského veletrhu Gaudeamus konajícího se na konci října, kde zájemci o zdravotnické obory naleznou také stánek kampaně.

Na podzim je také naplánována osvětová šňůra po republice, tzv. Road Show, a spoluúčast na dalších, třeba sportovních akcích. Gradace kampaně je naplánovaná tak, aby její nejintenzivnější fáze přišla v době, kdy se budoucí studenti rozhodují, kam podat přihlášku. Iniciátoři doufají, že se pro příští přijímačky podaří

zvýšit zájem o nelékařské zdravotnické obory o deset až patnáct procent.

Mgr. Lukáš Malý



# Nadměrná administrativa opět na stole

*Téma přebujelé administrativy ve zdravotnictví je u nás neblahým evergreenem. Že je stále palčivé ukazuje aktuální průzkum mezi více než stovkou praktiků. Všichni označili stávající administrativu za nadbytečnou. Devadesát procent lékařů si navíc myslí, že papírování každý rok přibývá. S výsledky průzkumu a konkrétními případy nesmyslné administrativy se lékaři obracejí na ministra zdravotnictví.*

Podle praktických lékařů zabírá papírování téměř polovinu jejich ordinační doby. Kvůli administrativě pak pacienti přicházejí o čas, kdy by se jim lékař mohl věnovat. Za největší „žrouty času“ považují praktici často zbytečné úkony, například vypisování kontrolních zpráv nebo tzv. lístků na peníze.

„Stát a pojišťovny se naučily dělat z doktorů úředníky, to je třeba změnit. České zdravotnictví se potýká s personální krizí, a přesto si dopřává drahého luxusu, když plýtvá časem vysoce kvalifikovaných odborníků na činnost, kterou má vykonávat administrativní síla. Zejména to platí u praktických lékařů. Stát se musí rozhodnout, zda z nich chce mít efektivně fungující lékaře zajišťující primární péči nebo „posudkáře“, kterým kvůli papírování nezbývá dostatek času na pacienty,“ říká

předseda sdružení Petr Šonka. „Papírování zabere praktikům minimálně dvě hodiny denně. Mezi největší žrouty času patří třeba posudková činnost pro Českou správu sociálního zabezpečení. Nejnesmyslnější je poté například vypisování takzvaného lístku na peníze, který má ubezpečit Českou správu sociálního zabezpečení a zaměstnavatele, že pracovní neschopnost, která byla zahájena a nebyla ukončena, skutečně trvá. Dříve se vystavoval na konci každého měsíce, dnes kdykoli, když si o něj pacient požádá,“ dodává MUDr. Šonka.

Podle Společnosti všeobecného lékařství mnohé úkony, které praktičtí lékaři musejí vykonávat, pramení ze zastaralých zákonů. Některá administrativa je pak podle předsedy společnosti Svatopluka Býma úplně zbytečná. „Jako praktici musíme například stále ještě

potvrzovat, zda je student způsobilý nastoupit na vysokou školu. S tím, že by někdo na univerzitě studovat nemohl, jsem se přitom po dobu své praxe ještě nesetkal,“ doplňuje praktický lékař a místopředseda SVL Otto Herber. „Vyzvali jsme praktické lékaře, aby nám posílali své poznatky o problémech s administrativou. Výsledky chceme poté předložit ministru zdravotnictví,“ doplňuje doc. Býma.

Praktici se obávají, že bude administrativa přibývat i nadále, a čas vyměřený na léčbu pacientů se tak na úkor papírování ještě více zkrátí. „Lékaři, které jsme oslovili prostřednictvím dotazníku, odpověděli, že jim administrativa zabírá až 50 procent času. Tento stav je dlouhodobě neudržitelný,“ vysvětluje Svatopluk Býma.

(mal)

Zdroj: SVL, SPL, ČLS JEP

## Primární péče se dohodla s pojišťovnami

*Minulý rok byl výsledek dohodovacího řízení prezentován ministerstvem jako historický úspěch. V letošním roce se zatím dohodlo deset segmentů z celkových čtrnácti. Mezi jinými také praktici, gynekologové a zubaři.*

Deset dohod v této fázi považuje ministerstvo za úspěch a věří, že se letos podaří navázat na minulý rok, kdy se na úhradách dohodly všechny segmenty zdravotnické péče. Za revoluční považuje ministr Adam Vojtěch dohodu v segmentu stomatologie: „Měli jsme problém s tím, že někteří zubaři nechťeli ošetřovat pacienty „na pojišťovnu“. Příští rok do toho segmentu půjde o 734 milionů korun víc než v minulém roce, což vytvoří podmínky pro to, aby byla úhrada těch nejzásadnějších výkonů posílena.“

Týká se to mimo jiné i dětských pacientů, které zubaři neradi ošetřují. Nově byla dohodnuta úhrada za jejich sedaci. „Dosud u nás panovala praxe z devatenáctého století. Zatímco ve vyspělých zemích nechávají zubaři dětské pacienty dýchnout rajského plynu, my se s nimi stále pereme. Konečně bude také nastavena vyšší úhrada za bílou plombu pro děti, která byla dosud zcela nesmyslná. Uzavřená dohoda umožňuje náš obor reformovat. Rozhodli jsme, pro

kteří výkony je třeba úhrady navýšit. Nejde o to, jestli máme 4, 5, nebo 8 procent, ale že se peníze dají tam, kde jsou potřeba,“ řekl prezident stomatologů Roman Šmucler. V budoucnu by například pojišťovny neměly doplácet drobné částky na drahé zubní implantáty nebo na rovnátka pro dospělé s estetickou vadou.

Zásadní je také dohoda v segmentu gynekologie, kde se mění struktura a způsob úhrady. Zejména v péči o těhotné docházelo podle slov ministra k „upcodingu“, tedy k vykazování zbytečných výkonů. Nově by měla být hrazena péče o těhotné v paušální platbě za trimestr. „Chceme být trochu vizionáři a péči formovat podle toho, co je medicínsky žádoucí podle mezinárodních medicínských standardů, a nikoli podle toho, co je ekonomicky výhodné. Cílem je spokojená zdravá žena. Chceme, aby se vyplatilo mít zdravého klienta,“ zdůraznil předseda České gynekologické a porodnické společnosti Vladimír Dvořák.

V primární péči by mělo dojít k rozšíření úhrad o některé výkony. Týká se to již dohodnutých nových kompetencí v péči o onkologické pacienty v remisi, v péči o oběžní pacienty či v záchytu demence. V oblasti očkování se pro příští rok zavádí úhrada za edukativní rozhovor s pacientem k tématu očkování. Dojde i na bonifikaci praktických lékařů s rozšířenou otevírací dobou, nebo těch, kteří umožňují elektronické objednávání.

„Navýšení kopíruje to, na čem jsme se dohodli v rámci reformy primární péče. Nebavili jsme se o zvyšování kapitačních úhrad, ale o rozšiřování kompetencí a bonifikacích. Polovina navýšení jde na nové výkony. Máme u nás epidemii diabetu, a tak za zásadní považují péči o pre-diabetika, která nemoc oddálí, a prospěje tak nejen samotným pacientům, ale i celému systému,“ řekl předseda Sdružení praktických lékařů.

Mgr. Lukáš Malý



## 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).

# Jak naplno využít aplikaci VZP Point

O tom, že jako poskytovatel zdravotních služeb můžete prostřednictvím zabezpečené elektronické komunikace zasílat do VZP hlášení o dávkách či jiné dokumenty, jsme informovali již v předchozích poradnách. Nyní vám přinášíme návod na to, jak můžete využít naši aplikaci VZP Point, pokud jste také zaměstnavatel nebo osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ).

**Jako zaměstnavatel** můžete prostřednictvím VZP Pointu zasílat:

- Hromadné oznámení zaměstnavatele
- Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele.

A to dvěma způsoby: buď vyplněním formuláře, který najdete v sekci *Nové podání*, nebo formou souboru v datovém rozhraní. Obsah souboru musí odpovídat platnému datovému rozhraní. Parametry rozhraní naleznete na našich webových stránkách [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) v sekci *Plátcí – Informace pro plátce – Povinnosti plátců – metodika*. Soubor je možné přímo přetáhnout do kolonky pro vložení, nebo vybrat z disku. Podání bude automaticky vytvořeno, je však třeba jej ručně odeslat do VZP kliknutím na modrou ikonu s obálkou.

Po odeslání bude podání během několika vteřin zobrazeno v Odeslaných podáních (levé menu – Odeslaná podání). Jakmile budou data ve VZP zpracována, doručíme k podání odpověď.

Dále můžete prostřednictvím VZP Pointu požádat o zaslání:

- Vyúčtování zaměstnavatele
- Seznamu zaměstnanců pojištěných u VZP
- Údajů o zaměstnavateli.

O tyto informace požádáte vyplněním formuláře v sekci *Nové podání*. Po odeslání bude podání během několika vteřin zobrazeno v Odeslaných podáních (levé menu – Odeslaná podání). Jakmile budou data ve VZP zpracována, doručíme k podání odpověď.



*Kateřina Kafková, garantka aplikace VZP Point pro plátce pojistného*

**Jako OSVČ** můžete prostřednictvím VZP Pointu zasílat:

- Přehled o příjmech a výdajích. Jednoduše vyplníte formulář, který najdete v sekci *Nové podání*. Formulář odešlete ke kontrole tlačítkem „Uložit podání“. Chybně vyplněná pole by byla označena červeně; pokud je formulář v pořádku, zobrazí se jeho shrnutí. Vyplněné údaje lze opravit po použití tlačítka „Upravit podání“. Formulář do VZP zašlete tlačítkem „Odeslat podání“. Po odeslání bude podání během několika vteřin zobrazeno v Odeslaných podáních (levé menu – Odeslaná podání). Jakmile budou data ve VZP zpracována, doručíme k podání odpověď.

Dále můžete prostřednictvím VZP Pointu požádat o zaslání:

- Vyúčtování pojištěnce
  - Platby pojistného a penále pojištěnce.
- O tyto informace požádáte vyplněním formuláře v sekci *Nové podání*. Po odeslání bude podání během několika vteřin zobrazeno v Odeslaných podáních (levé menu – Odeslaná podání). Jakmile budou data ve VZP zpracována, doručíme k podání odpověď.

Pokud už s námi elektronicky komunikujete a chtěli byste rozšířit svoji aplikaci VZP Point o nástroje určené zaměstnavatelům nebo OSVČ, neváhejte nás kontaktovat. Do aplikace můžete zřídit vlastní přístup třeba své mzdové účetní. Zároveň se tam ale dostanete i vy nebo kdokoliv další, komu to umožníte. VZP Point můžete totiž nejen spravovat pouze pod jedním účtem, ale zároveň máte možnost delegovat jednotlivé agendy i na další pověřené zástupce.

Pokud ještě VZP Point nevyužíváte a chtěli byste si o něm nejdříve něco přečíst a zjistit, zda je pro vás vhodný, můžete navštívit naše webové stránky, kde v sekci *e-VZP Elektronická komunikace* naleznete informace o funkcionalitách, které nabízí. Stejně tak zde najdete i postup, jak si do něj zřídit přístup v případě, že jste se pro jeho užívání rozhodli. Jedná se o nejrychlejší a zároveň bezpečný způsob komunikace s pojišťovnou, který poskytuje přehled všech podání včetně stavu jejich zpracování a další užitečné funkce.

Tuto aplikaci a možnosti jejího využití vám také rádi představíme osobně na kterékoliv naší pobočce nebo vám poradíme na klientské lince 952 222 222.

## Konference

■|| Lidé, zdravotnictví a právo ||■

**Brno, 12.–13. září 2019**

Informace a přihláška na [www.vzpkonference.cz](http://www.vzpkonference.cz)

# Nové volby pro „zaměstnanecké pojišťovny“

*V loňském září Ústavní soud částečně vyhověl apelu skupiny 19 senátorů, kteří napadli systém voleb zástupců do správních a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven. Podle senátorů systém zvýhodňoval velké zaměstnavatele na úkor menších podniků. Ústavní soud jim dal částečně za pravdu a poskytl ministerstvu rok na úpravu zákona (do 1. října). Nakonec se na vládě k projednání sešly návrhy dva – ministerský a pirátský. Vláda schválila 10. 6. ten ministerský.*

Ústavní soud se senátory souhlasil v části, která se týká oprávnění navrhnout kandidáty do voleb, a zrušil vyhlášku, která stanoví pravidla volby a volební řád. V dosavadní podobě obě rady, dozorčí a správní, sestávají z jedné třetiny z členů jmenovaných vládou a ze dvou třetin z členů volených z řad pojištěnců zaměstnanecké pojišťovny. Polovina volených členů je volena z kandidátů předložených zaměstnavateli a polovina z kandidátů předložených odborovými organizacemi. Právo volit dosud měli pouze volitelé určené zaměstnavateli, jejichž podíl na vybraném pojistném dané pojišťovny byl minimálně 0,5 %. Menší zaměstnavatelé či jednotliví pojištěnci volit nemohli, ani nemohli určit volitele, kteří by je zastupovali.

## Zaměstnanecké pojišťovny jsou všeobecné

Podle Ústavního soudu nelze očekávat, že volby do orgánů pojišťoven budou mít stejné parametry jako volby parlamentní, prezidentské nebo krajské a není nezbytné, aby se těchto voleb účastnili jednotliví pojištěnci: „Demokratická legitimita výkonu veřejné správy zaměstnaneckými pojišťovnami se neodvíjí od voleb do jejich orgánů, nýbrž (standardně) od voleb do parlamentu a kontroly ze strany státních orgánů.“ Ústavní soud nicméně usoudil, že omezení práva volit, na základě něhož mohou volit pouze delegáti zastupující velké zaměstnavatele, je neodůvodněné a v rozporu s ústavou i samotným zákonem. Soud dále upozornil, že zaměstnanecké pojišťovny nejsou de facto zaměstnanecké a nabízejí své služby všem, včetně osobám samostatně výdělečně činným. „Navzdory svému označení jsou totiž v podstatě rovněž ‚všeobecnými‘ zdravotními pojišťovnami. Za těchto okolností neexistuje věcný důvod, pro který by část pojištěnců

měla být upřednostňována v přístupu k funkci členů orgánů zaměstnaneckých pojišťoven,“ vysvětloval Ústavní soud.

Na základě tohoto stanoviska ministerstvo připravilo novelu, která má nálezu Ústavního soudu vyhovět. Pro volené zástupce bude existovat pouze jedna kandidátka, na níž se bude moci dostat kdokoli z řad pojištěnců, který získá podporu padesáti dalších pojištěnců. Možnost určit volitele budou mít zaměstnavatelé, kteří přispějí alespoň 0,4 procenty do vybraného pojistného. Jednotliví pojištěnci se budou moci pro účely voleb sdružovat, aby tohoto limitu dosáhly. „Novela tak převahu velkých zaměstnavatelů značně otupí a dá příležitost i menším plátcům, resp. jejich sdružením, aby se na chodu zdravotních pojišťoven také podíleli,“ tvrdí ministerstvo.

První pojišťovnou, které se nově schválená podoba voleb dotkne, se stane Vojenská zdravotní pojišťovna, jejímž zástupcům končí funkční období v listopadu letošního roku.

## Provizorní návrh

Podle ministerstva nebylo ambicí schválené novely přijít s radikální změnou, ale pouze odstranit drobné nedostatky, které v právní úpravě shledal Ústavní soud. Dosavadní princip, který říkal, že volí ti, kdo platí, novela zachovává. Na případné výtky, že zákon nemyslí na ženy na mateřské, invalidy či seniory, ministerstvo namítá, že tito pojištěnci už jsou zastupováni státem, který za ně pojistné platí.

„Vnímáme tuto variantu jako provizorní, přičemž v rámci plánované komplexní revize právních předpisů upravujících činnost zdravotních pojišťoven by mělo dojít k celkové restrukturalizaci jejich orgánů včetně kompetencí,“ dodává ministerstvo ve svých materiálech.



Ilustrační foto: Shutterstock

S touto provizorní variantou však nesouhlasí pirátská poslanci, kteří tvrdí, že ministerská novela praxi dostatečně nezmění. Předložili proto vlastní návrh, na základě kterého by mohli většinu členů správních rad volit všichni klienti pojišťoven elektronicky nebo korespondenčně. Kandidáti by museli nasbírat určité množství podpisů od klientů, aby se mohli voleb zúčastnit. Navrhovat by je mohli i zaměstnavatelé nebo poslanci a senátoři. Dvanáct členů správní rady by bylo voleno klienty, po jednom členu správních rad by jmenovali ministři finanční, práce a sociálních věcí a zdravotnictví. Návrh Pirátů (a poslance Petra Pávka za STAN) se dotkl také dalších pravidel voleb, pravidel pro zánik funkce a podobně. Do dozorčích rad by podle pirátského návrhu měli dosazovat své kandidáty ministři financí a zdravotnictví.

Důvody, proč jsou pirátská poslanci s ministerskou novelou nespokojeni a proč přišli s vlastním návrhem, si můžete přečíst na protilehlé straně v komentáři Petr Třešňáka, pirátského poslance za Karlovarský kraj a místopředsedy poslaneckého výboru pro zdravotnictví.

(mal)



# Preferujeme elektronické volby

*Petr Třešňák, pirátský poslanec za Karlovarský kraj a místopředseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v následujícím komentáři zdůvodňuje, proč pirátští poslanci předložili návrh na úpravu volebních pravidel do správních a dozorčích rad souběžně s ministerstvem zdravotnictví a co jim na vládní novele vadí.*

Ministerská novela vychází z dosavadní praxe, kdy zdravotní pojišťovnu řídí velcí zaměstnavatelé s odůvodněním, že kdo platí, ten rozhoduje. To je s prominutím velká urážka všech zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných. Zdravotní pojištění totiž platí oni a zaměstnavatelé jej pouze posílají státu. Mají snad velké firmy možnost ovládat ministerstvo financí, když posílají svoje odvedené DPH? Doufám, že ne!

Náš návrh vycházel z toho, že skutečným akcionářem je klient zdravotní pojišťovny, a ten by měl mít možnost kandidovat do správní rady, získat důvěru ostatních klientů a zastupovat jejich zájmy. Volby by podle našeho návrhu probíhaly elektronicky a korespondenčně, aby se mohli zúčastnit opravdu všichni pojištěnci.

Zdravotní pojišťovny mají doručit kvalitní a dostupnou zdravotní péči svým klientům. Jejich cílem není starat se zaměstnavatelům o to, aby jejich zaměstnanci mohli pracovat více. Proto jsme předložili tuto novelu, která by umožnila pojištěncům mít skutečnou možnost řídit pojišťovnu směrem k jejich původnímu cíli. Ministerská novela nepatrně posouvá legislativu směrem k naplnění rozsudku Ústavního soudu, ale při zachování stavu, ve kterém jsou správní rady ovládané pouze velkými zaměstnavateli, kteří reprezentují naprostou menšinu pojištěnců (5–10 %) a přitom ovládají finance o velikosti cca 160 miliard korun.

Piráti by preferovali elektronický způsob volby do správních rad s doplňkovou možností volit

korespondenčně s tím, že dozor nad těmito volbami by měl Český statistický úřad, který je jako nezávislá instituce nejlepším možným místem k realizaci elektronických voleb.

Zdravotní pojišťovna zásadním způsobem určuje, kde bude dostupná zdravotní péče, tím, jakou smlouvu podepíše s poskytovateli zdravotní péče v regionu. Dále pak určuje to, jak budou lékaři motivováni pracovat pro konkrétní zařízení, i to, jak dlouho bude občan čekat na operaci. Proto by se podle Pirátů každý občan této země měl zajímat o to, jak pojišťovny hospodaří s jeho financemi. Zastoupení pojištěnců ve správní radě zdravotní pojišťovny by poskytlo lidem větší jistotu, že jejich hlas bude vyslyšen.

Ing. Petr Třešňák (Pirátská strana),  
poslanec Parlamentu ČR

## Průměrné odměny lékařů? Relevantní je hodinová mzda

*V minulém čísle jsme vás informovali o tiskové konferenci, na které ministerstvo zdravotnictví spolu s ÚZIS prezentovalo statistická data z Národního zdravotního informačního systému. Podle interpretace ministra z těchto dat vyplývá, že průměrná mzda lékaře v akutní lůžkové péči v roce 2017 dosahovala výše 77 944. V následujícím komentáři vysvětluje lékař, poslanec a člen zdravotnického výboru poslanecké sněmovny Miloslav Janulík (ANO 2011), proč taková interpretace vzbudila mezi lékaři nevoli bez ohledu na stranickou příslušnost.*

Pan ministr v dobré víře a snaze prezentovat úspěchy koalice ve zdravotnictví se bohužel dopustil stejného zjednodušení a stejné zavádějící interpretace jako prakticky všichni jeho předchůdci, a to přesně způsobem, na který jsou lékaři už desítky let alergičtí. Jedná se o neúplnou, chybnou interpretaci dat ÚZIS, který konečně pod vedením pana ředitele Duška funguje tak jako dosud nikdy v historii!

Lékaři informaci o svém celkovém platu vnímají logicky jako podraz, který proti nim poštvává jejich pacienty a zastírá zásadní skutečnost. A sice vyšší hodinové mzdy, tarifní platy a skutečnou zátěž v podobě přesčasových hodin.

Jediný relevantní údaj pro veřejnost je hodinová mzda lékaře (sestry) a skutečný počet odpracovaných hodin, a to i během svátků, nocí, Vánoc, Silvestrů.

415 přesčasových hodin ročně působí na většinu nemocničních lékařů jako směšné penzum, které každoročně spotřebují záhy po prvním kvartále – na úkor rodin, dětí, koníčků a života vůbec. Nedostatek personálu na odděleních zároveň způsobuje, že záhy po návratu z řádné dovolené má lékař pocit, že na žádnou nebyl, protože je vyčerpán i za lékaře, kteří musí také čerpat dovolenou.

O chiméře bezplatného studia by mohli hovořit rodiče všech vysokoškoláků.

V případě našeho oboru k tomu připojme fakt, že se lékaři k lepšímu finančnímu ohodnocení dostávají až v době, kdy jejich vrstevníci již léta budují svůj materiální blahobyt.

Přepych, že by měl lékař po noční službě dva dny volno jako třeba pracovník Českých drah (při vší úctě) je takřka ve všech nemocnicích nedosažitelný. Díky nízkým tarifům a faktu, že takřka 50 % mzdy lékaře tvoří přesčasy, lékaři paradoxně sloužit chtějí – co jiného jim zbývá? Téměř vše výše uvedené platí samozřejmě i pro zdravotní sestry.

MUDr. Miloslav Janulík (ANO 2011),  
poslanec Parlamentu ČR

A portrait of Věra Adámková, a middle-aged woman with light brown, wavy hair, resting her chin on her hand. She is wearing a blue denim jacket over a floral patterned top. The background is a blurred indoor setting with framed pictures on a wall.

„U nás je bohužel stále možné, aby se pacient dožadoval duplicitních vyšetření.“

**Věra Adámková**

**Čestné členství České kardiologické společnosti bylo v Brně na výročním sjezdu uděleno i prof. MUDr. Věře Adámkové, CSc., která je přednostkou Pracoviště preventivní kardiologie v pražském IKEM. Aktivita prof. Adámkové jsou velice rozmanité. Kromě své práce na kardiologickém pracovišti se věnuje výuce studentů na několika fakultách, píše odborné publikace, působí v řadě poradních orgánů. V roce 2017 byla jako nezávislá kandidátka za ANO zvolena poslankyní. Ráda by se podílela na lepší provázanosti zdravotní a sociální oblasti a zjednodušila systém postgraduálního vzdělávání lékařů.**

**V květnu se v Brně konal XXVII. výroční sjezd České kardiologické společnosti. Jak byste jej z pohledu vaší specializace zhodnotila? Co konkrétního vás na něm zaujalo?**

Jde o naši každoroční vrcholnou událost a unikátní příležitost setkat s kolegy z jiných měst a pracovišť. V programu je vyhrazen i prostor zahraničním kolegům, což jsou také velmi cenná setkání.

**V roce 2014 jste vstoupila do politiky jako nezávislá kandidátka hnutí ANO, chtěla jste přispět k řešení problematiky veřejného zdravotnictví. Co vás nejvíce trápilo? Ať už z hlediska pacientů či z hlediska lékařů?**

Od roku 2014 jsem pomáhala hnutí ANO, ale do politiky jsem vstoupila až v roce 2017, kdy jsem kandidovala do parlamentu. Zdravotnictví má mnoho věcí k řešení. Pochopila jsem, že je sice hezké, když něco kritizujeme, ale pokud chceme něco změnit, musíme se změnit aktivně zúčastnit. Nejsme například dlouhodobě spokojeni se systémem postgraduálního vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků.

**V jakém smyslu?**

V posledních patnácti letech se systém neustále mění. Musím stále připomínat situaci před patnácti lety, kdy se lékařům z rozhodnutí úřadů odebrala první atestace. Byli sice v daném odboru odborníky, ale nemohli být primáři, nemohli nikoho vést. Tato změna byla jen důsledkem nepochopení celoevropského systému, který se měl v jednotlivých zemích sjednotit. Mladí lékaři zůstali na úrovni kmene, což je sice první stupeň odbornosti, ale s mnohem náročnější atestací se nedá vůbec srovnávat. Lékaři si to bohužel tehdy nechali líbit. A potom

docházelo v průběhu let k mnoha obměnám základních kmenů, které možná byly dobře míněné, ale přinášely stále větší chaos. Lidé, kteří se připravují na své budoucí povolání, chtějí mít jistotu a je velmi frustrující, když nevíte, co vás v příštích letech čeká.

Kritickou odezvu mám i z lékařských fakult, kde od roku 1992 učím. Na 3. LF UK jsem i členem vědecké rady. Nepřehledný vzdělávací systém patří také k jednomu z důvodů, proč mladí lékaři chtějí odejít za prací do zahraničí. Snažíme se vše zlepšit a doufáme, že se v blízké době – roce až roce a půl – dobereme výsledku. Ale rozvolnění stávajícího systému bylo natolik velké, že se dost obtížně hledá jednoduché řešení. Musíme především zajistit, aby lidé, kteří si před lety vybrali svůj obor, v něm také skončili. Důležité je, že se všichni, včetně odborných společností, shodují na tom, že dosavadní stav není optimální, a jsou ochotni podílet se na připravovaných změnách.

### **Mladí lékaři dnes nemají jistotu, že obor, který začali studovat, také dokončí.**

**S jakými dalšími úkoly se naše zdravotnictví musí vypořádat?**

Určitě se stárnutím populace, což znamená, že zde musí být mnohem větší provázanost v oblastech zdravotní a sociální péče. Všichni se shodují na tom, že lidem s hendikepou musíme zabezpečit sociální služby, ale nevíme přesně, co je jejich obsahem. Ve zdravotní oblasti škála jednotlivých výkonů a úhrad existuje, ale v sociální práci zatím chybí taxonomie. Chceme, aby výkony byly jasně určeny na straně klienta i poskytovatele. Je přirozené, že člověk ve vyšším věku trpí různými chorobami, ale pokud nemají akutní průběh, neměly by mu bránit, aby opouštěl své domácí prostředí. Když nemá rodinu, která by některé úkony zabezpečila, měla by být jasná pravidla poskytování sociálních služeb. Musí být jasně dáno, kolik která služba stojí a na co v rámci dané služby má klient nárok.

Stále tady trochu přetrvává názor, že nemocný člověk se má léčit v nemocnici, což vůbec nemusí být pravda. Pokud jsou všechny možnosti léčby vyčerpány, je přeci zbytečné, aby pacient nadále zůstal hospitalizován. Sociální služby jsou někdy

vykládány a chápány nejasně, občas se setkávám i s názorem, že je to lepší služba v domácnosti. Tak to jistě není. Sociální služby jsou specializovaná činnost, která musí být jasně definována, protože pokud tomu tak nebude, nemůžeme v této oblasti dobře nakládat s finančními prostředky a pracujeme spíše se sofistikovanými odhady výdajů. V oblasti akutní péče jsme na tom dobře, takže se svého stáří často dožijeme, ale pak nastává náročné období, které si žádá dobře propracovaný sociální systém. Pracujeme na jeho zlepšení, ale reforma nemůže být připravená ukvapeně a neodborně.

**Slibujete si od DRG restartu racionalizaci systému úhrad akutní lůžkové péče? Jaká vidíte úskalí v implementaci systému do praxe?**

DRG jako klasifikační systém se nám snaží pomoci v rozčlenění poskytovaných výkonů u diagnózy. Jde o pomocnou mozaiku a jako k pomocnému nástroji musíme k systému přistupovat. Na DRG se začalo pracovat na začátku 90. let. Systém přišel z akutní medicíny, proto měl výborně propracovanou metodiku pro akutní stavy. Data chronických pacientů do tohoto systému teprve dodáváme. V poslední době se už v rámci DRG provádělo tolik matematických úkonů, že se nakonec musel celý přepracovat. DRG restart má na starosti multioborový tým z Ústavu zdravotnické a informační statistiky. Jejich data jsou validní, ale nemohou hodnotit kvalitu poskytované zdravotní péče.

**Takže systém nemůže vypovídat o kvalitě péče?**

Hodnocení kvality je náš sen, ale nikde na světě dobře nefunguje, protože zde existuje příliš mnoho proměnných. DRG si určitě přejeme, protože nám poskytne cenná data od několika tisíců subjektů o tom, kolik a co ve které nemocnici stojí. Ale bylo by zavádějící, kdybychom se slepě řídili jednotlivými výstupy. Není třeba možné, abychom si řekli, že nemocnice, která má 90% obloženost, je skvělá nemocnice, zato jiná s obložeností 60%, musí být naopak zavřena.

Ráda dávám příklad z infekčního oddělení, kde jsem léta sloužila, kde musíte rozdělovat pacienty podle diagnózy, pohlaví a věku. Máte sice k dispozici několik desítek lůžek, ale mnoho jich bude prázdných. Ačkoliv jde například o shodnou diagnózu, vy nemůžete pacienta přijmout, protože

na daném pokoji leží pacient opačného pohlaví. Vždy musíme hodnotit hodnotitelné. Stejně nám nepomůže rozdělení podle diagnózy. Máme staršího člověka s chronickým srdečním selháním, který vzhledem k přidruženým diagnózám bude v systému DRG hodnocen ve vyšší kategorii než 26letý člověk, jenž vinou přechozené virózy a nadměrné zátěže dostane chronické srdeční selhání, ale jinak je zdravý. Tuto diagnózu u mladého člověka systém vyhodnotí jako nevýznamnou, přitom je pacient indikován na transplantaci. Nový systém DRG je deskriptivní. Umožňuje sice validní data, ale musíme s nimi dále pracovat.

**Co podle vás znamená pojem dostupnost zdravotní péče? V Praze je to celkem jasné, ale například v regionech a malých městech?**

Plošně je u nás zdravotní péče dostupná. Ale jak v Praze, tak v řadě dalších regionů chybí praktičtí lékaři. Což

sice neznamená, že se lidé nemají kam obrátit, ale pomoc vyhledávají rovnou u specialistů. V určitých regionech máme ale problém s některými odbornostmi, chybí třeba plicní lékaři. Lidé čekají neúměrně dlouho i na alergologa nebo fyzioterapeuta.

***Je třeba si stále připomínat, že dětské choroby kosily dětskou i dospělou populaci.***

V poslední době jsme na výboru pro zdravotnictví při poslanecké sněmovně na popud fyzioterapeutů jednali vyplňování žádanek v součinnosti s pojišťovnami. Fyzioterapeut je vzděláním magistr, a pokud dostane od pojišťovny svůj kód, může ze své odbornosti rozhodnout o léčebném procesu. Doufáme, že rozšířené kompetence pomohou pacientům výrazně

zkrátit čekací dobu. Uvidíme za několik měsíců, jak se systém v praxi osvědčí.

**Medicína se prudce vyvíjí, nemocnice se modernizují, nakupuje se přístrojová technika. Což se dobře prezentuje veřejnosti, ale plátcí často poukazují na to, že přístroje nejsou dostatečně využívány a každá nemocnice nemůže poskytovat specializovaná vyšetření. Je současný systém financovatelný?**

Máme zde linie soukromých zdravotnických zařízení, kde jim v případě, že nebudou chtít čerpat z veřejného zdravotního pojištění, logicky nemůžeme mluvit do nákupu a využívání přístrojové techniky. Pokud chtějí čerpat, pak se musejí přizpůsobit tomu, že plátce požaduje doložení kvality výkonu. Kdo s tím přístrojem pracuje, kolik pacientů je jím vyšetřeno, jestli je přístroj v daném místě zaplacený. A každá pojišťovna si samozřejmě hlídá, kam posílá peníze. Často se také stává, že pokud se provede specializované vyšetření v místě, kde



nemají příliš zkušeností, na druhém zavedenějším pracovišti se pak dělá znovu. Nejde úplně říct, že jde o stejné vyšetření, protože si pacient nese popis a podle popisu se nedá léčit. To se bavíme zejména o zobrazovacích technikách. Laboratorní metody by měly být víceméně srovnatelné.

#### Jak motivovat pacienta, aby zbytečně nezneužíval zdravotní péči?

U nás je bohužel stále možné, aby se pacient dožadoval duplicitních vyšetření, protože systém není propojený. V některých zemích pojišťovny spravují vaši zdravotní kartu, do níž má přístup každé zdravotnické zařízení, které s ním je ve smluvním vztahu. U nás můžete s jedním problémem obejít více lékařů a pojišťovna vše proplatí, protože práce byla odvedena. Aby systém sdílení dat fungoval, musela by pro všechny pojišťovny platit stejná pravidla. Legislativa však na to zatím ještě není nastavena, hledáme optimální variantu pro všechny.

#### Myslíte si, že je reálné dlouhodobě udržet kvalitu českého zdravotnictví bez spoluúčasti pacientů?

Chceme léčit závažné choroby nejmodernějšími způsoby, ale finanční prostředky nejsou neomezené. Nerada bych ale znovu zažila dobu, kdy se třeba dialýza omezovala věkem pacienta. Je potřeba si říct, že některá vyšetření se nedají opakovat jen pro to, že chci. Pacienti si často neuvědomují, že dostávají opakovaně třeba rentgenové záření, a to není bez rizika. Stále si přeji, aby se našlo takové řešení, kde bude solidární systém zdravotní péče zachován, ale zároveň bude nabídnuta nejmodernější léčba těm, co ji potřebují.

#### V čem tkví přínos novely zákona o léčivech, která byla schválena v lednu?

Ve sbírce zákonů byla pod číslem 44/2019 publikována novela zákona, jejímž cílem bylo implementovat právní předpisy Evropské unie do českého právního řádu. Konkrétně šlo o tzv. protipadělkovou směrnici FMD – Falsified Medicine Directive), která se České republiky ale příliš netýkala. Kritika Evropské komise směřovala k jiným zemím. V našich lékárnách se padělky nevydávají. Oblasti léčiv se bude ještě týkat lékový záznam, ten ale ještě nebyl ani ve třetím čtení a nevíme zatím, v jaké podobě bude přijat. Jde o další funkci e-receptu, ale stejně bude možné pouze sledovat, co je

## Prof. MUDr. Věra Adámková

- Vystudovala 1. lékařskou fakultu v Praze.
- Od roku 1982 působila v pražském IKEM.
- V letech 1987–1995 pracovala v Nemocnici Na Homolce.
- Od roku 1995 působí v IKEM na Pracovišti preventivní kardiologie, kde se stala přednostkou.
- Vyučuje na 1. a 2. lékařské fakultě a Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT, od roku 2003 také na Jihočeské univerzitě na katedře klinických a preklinických oborů.
- Od roku 2014 je členkou správní rady VZP, v únoru 2018 byla zvolena její předsedkyní.
- Od roku 2017 je poslankyní Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR (nestraníček za hnutí ANO).

předepsáno na recept. Tyto informace potom mají pomoci zdravotníkům kontrolovat léčbu tak, aby nedocházelo k duplicitnímu předepisování medikace a více se mohly sledovat případné nežádoucí účinky, tedy, aby míra komfortu pro nemocného pacienta byla co největší.

#### Jedním z horkých témat je i vakcinace. Máme v porovnání s Evropou poměrně rigidní systém povinného očkování. Byla byste pro určitou liberalizaci, nebo naopak považujete současný stav za optimální?

Je třeba si stále připomínat, že dětské choroby kosily dětskou i dospělou populaci. Jsem zastáncem preventivního očkování. Odpůrci povinné vakcinace většinou argumentují nežádoucími účinky, což ale určitě není lokální reakce nebo zvýšená teplota. Pak jsou jednotlivci, kteří mají nepřiměřenou reakci na očkování, kterou ale dopředu není možné odhadnout.

Zdravotnictví řeší problém státu, tento zákon myslí na jednotlivce, což je veliký posun, ale závažné následky budou přísně prokazovány. Co se týče očkovacího kalendáře, ten prochází změnami a nelze říct, že je rigidní. Je aktualizován a navazuje na světová doporučení. Dříve se očkovalo proti pravým neštovicím, ale od začátku 80. let se považují za vymýcené, takže se vakcinace z kalendáře vypustila. Od roku 2009 už se povinně neočkuje proti tuberkulóze, což já osobně nepovažuji za šťastné rozhodnutí. I v současné době se zvažuje spíše vyšší příspěvek na nepovinné očkování proti některým závažným chorobám. Očkovací kalendář vždycky reflektoval situaci. Nemůžeme riskovat, aby vinou nízké celkové proočkovanosti bylo ohroženo zdraví populace a rozjely se epidemie.

#### Velkým tématem je i nedostatek zdravotnického personálu. Podle některých dostupných údajů máme v přepočtu na jednoho občana o 23 000 lékařů více než je průměr v EU. Jaký je skutečný stav?

Máme jasná data ÚZIS, podle nichž od roku 2017 výrazně ubylo sester na akutních lůžkách. V některých částech v Praze chybějí praktičtí lékaři, což je bohužel smutná skutečnost. Pokud mi ale někdo předkládá čísla, potřebuji znát metodiku. U nás je také o něco více návštěv u lékaře než v zemích Evropské unie, což také musíme brát v potaz.

#### Co považujete ve svém oboru i v práci ve sněmovně za největší úspěch?

V lékařské praxi mám radost z každého člověka, kterému pomůžeme. Je to péče o mladé osoby s vysokým krevním tlakem, péče o pacienty v sekundární prevenci po cévních mozkových příhodách, po infarktech myokardu. Účastníme se celé řady mezinárodních vědeckých a výzkumných projektů. V současné době se věnujeme velkému přešetření pacientů po kardiologických výkonech. Ve sněmovně se nám povedlo vylepšit transplantáční zákon, prošel hned v prvním čtení, za což jsem svým kolegům velmi vděčná. Čeští pacienti byli dříve znevýhodněni, pokud byl dárcem orgánu cizinec, což se díky úpravám změnilo a celý proces se zjednodušil.

Chtěli bychom pro pacienty také dostupnější léčebné konopí. Proto jsme podali pozměňovací návrh, aby pacientům, kteří léčebné konopí potřebují, byla určitá měsíční dávka z 90 % hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Poprvé by tak pacient dostal jasně definovanou dávku.

Mgr. Pavlína Perlíková

# Míří eutanazie mimo medicínu? A kdo o tom rozhodne?

Vyslovení slova eutanazie, které v překladu znamená dobrou smrt, vyvolává vášně a emoce na obou stranách tábora, tedy u zastánců a odpůrců její legalizace, kteří jsou vůči sobě naprosto nesmiřitelní. Ve stejném duchu se nesla i konference pořádaná Českou lékařskou komorou s názvem Eutanazie – pro a proti, která se uskutečnila dne 14. 5. 2019 v Praze v kongresovém centru Hotelu Olšanka. V celodenním programu se vystřídal mnoho skvělých řečníků. S názory alespoň některých z nich stojí za to se zde seznámit.

## Kdo rozhoduje o eutanazii?

Na úvod vystoupil se svým příspěvkem MUDr. Radkin Honzák, který jako první nastolil otázku, jestli medicína, potažmo lékaři mají vůbec téma eutanazie řešit a jestli je na to vůbec medicína připravena. Zdůraznil, že eutanazií by se měl zabývat jiný a zcela nově vytvořený institut, který by převzal od lékařů rozhodování a odpovědnost za tak důležitou volbu mezi životem a smrtí. Připomněl, že již v dřívější době stál delegoval na zdravotnický systém adiktologii, která by měla spíše spadat pod sociální patologii. Dále uvedl, že vztah mezi lékařem a pacientem je dvojího druhu. První, ten méně přívětivý, vzniká, když lékař vnímá sebe a pacienta ve vztahu já – on. Ten druhý je vybudovaný na symbióze vztahu já – ty. V tomto druhém případě potom sebevražda pacienta lékařem je brána jako „naše sebevražda“, úmrtí pacienta je pak vnímáno jako jeho vlastní provinění.

Psychiatr Honzák také uvedl příklad tzv. železničního problému. Nastíní situaci, kdy se z dálky řítí vlak a nestranný pozorovatel má možnost tento vlak odklonit buď na jednu kolej, kde leží pět lidí, nebo na druhou kolej, kde je jen jeden člověk, a má na výběr, komu zachrání život. V dotaznících se 80 % lidí vyjádřilo, že by vlak navedli na kolej, kde je jen jeden člověk. V jiné situaci, kde měli dotázání říci, co by udělali, kdyby na kolejích stál člověk, který se chce zasebevraždit, 25 % dotázaných uvedlo, že by mu pomohlo a shodilo by jej pod vlak.

## „Zneužit se dá vše“

Následujícím řečníkem byl prof. Pavel Pafko, který začal svůj příspěvek událostí, která se odehrála před lety v Rusku, kdy v potopené ponorce Kursk tehdy ze 183 členů posádky přežilo 23, kteří ale postupně umírali udušením. A tady

nastolil otázku, jestli měli možnost si zvolit smrt, aniž by museli podstoupit mučivé útrapy. Přidal i další příklad, se skladatelem J. J. Rybou, který spáchal sebevraždu, a následně poukázal na skutečnost, že u sebevraždy je rozdíl, jestli ji spáchá mladý muž z nešťastné lásky, devadesátiletá babička trpící karcinomem nebo člověk, který chce vyburcovat národ, jak to udělal Jan Palach.

Dobrá smrt neboli eutanazie se běžně dělí na aktivní a pasivní. Aktivní je, když je člověku vpravena třeba smrtící injekce, a pasivní, když jsou vyčerpány všechny prostředky medicíny. Profesor Pafko zdůraznil, že ve skutečnosti nelze rozlišovat mezi aktivní a pasivní formou eutanazie, že různá slova zde označují totéž.

V dnešní době dle aktuálních průzkumů 50 % českých občanů schvaluje eutanazii. Z pohledu primáře Pafka je eutanazie pojem filozofický a naskytá se otázka, jestli máme striktně zachovávat život za každou cenu, nebo poskytnout člověku možnost svobodného rozhodnutí. Filosofickou otázkou zakončil i svůj příspěvek, když se zeptal, kdo posoudí, co je pro pacienta nejlepší. Připomenul, že třeba v USA se obecně odmítá definovat, co to je „marná léčba“.

## Asistovaná sebevražda

Od poslední konference, která proběhla před sedmi lety, došlo k posunu ve vnímání slova eutanazie. Nyní by bylo vhodné, jak uvedl prof. Jan Sokol, nahradit tento pojem slovním spojením „asistovaná sebevražda“. Prováděné průzkumy zachytily, že lidé sice jsou schopni odpovědět, jestli eutanazii



Foto: archiv autora

schvalují, nebo ne, ale také zjistili, že lidé si nejsou schopni představit, co se pod eutanazií myslí. Na závěr uvedl malou reminiscenci, kdy poukázal na to, že lékaři byli ještě v 18. století bráni jen jako ranhojiči a lazebníci a teprve později si vydobyli ve společnosti respekt. Ten by si měli udržet právě tím, že nebudou sebevraždu odsuzovat, ale současně se na ni nebudou ani podílet.

## Nizozemská cesta

„Změnil jsem názor, když jsem ještě donedávna tvrdil, že jsem proti eutanazii. Teď jsem naprosto a zcela proti.“ Těmito slovy se uvedl katolický kněz Marek Vácha a dodal: „Nedělejme to tak, jak to udělali v Nizozemsku, kde se to vymklo kontrole.“ Ke svému upozornění přidal i holá fakta: V minulém roce v Nizozemsku bylo uskutečněno 6 000 eutanazií, v roce 2017 to bylo 18 případů denně a od roku 2011 každoročně narůstá nových případů o 10 %. Komentáře ve Velké Británii označili holandskou cestu za „out of control“.

Zazněly argumenty pro, ale i proti eutanazii. Mezi základní argumenty „pro“ patří tato tvrzení: 40 % případů nemocných jsou nevléčitelné nemoci; pacienti si s vlastním tělem mohou dělat, co chtějí; právo zemřít je morálním rozhodnutím každého z nás. Mezi argumenty „proti“ patří následující tvrzení: eutanazie není důstojná smrt; smrt není soukromou věcí, netýká se jen pacienta, ale celého jeho okolí; paliativní léčba nahrazuje eutanazii; již v Hippokratově přísaze není vnímána eutanazie kladně.

Mgr. René Šifta,  
Ústav práva a právní vědy

# Z výročního kardiologického sjezdu

*XXVII. výroční sjezd České kardiologické společnosti (ČKS) s mezinárodní účastí proběhl tradičně v květnu v prostorách brněnského výstaviště. Program byl složený převážně z edukačních bloků navržených asociacemi a pracovními skupinami a vědeckými sděleními účastníků.*

Nosnými tématy sjezdu byly kardiomyopatie a vzácná onemocnění v kardiologii, stratifikace rizika náhlé srdeční smrti a téma současnosti i budoucnosti nekoronárních intervencí. Sjezd posloužil též jako platforma pro aktivní dialog ČKS s Ministerstvem zdravotnictví ČR, plátcí zdravotní péče a dalšími odbornými společnostmi.

## Ocenění odborníků

Zahájení kongresu je obvykle spojeno s úvodními zdavicemi, vyzvanými přednáškami významných hostů a oceněním odborníků z oboru. Jsme proto v redakci hrdí na to, že v rámci slavnostního zahájení letošního kardiologického sjezdu byla mimo jiné pokřtěna nová publikace z vydavatelství Mladá fronta „90 let české kardiologie“. Monografii ohlížející se za úspěchy a neutuchajícím úsilím našich kardiologů o rozkvet oboru navíc získali zdarma všichni účastníci kongresu.

Čerstvá ocenění z rukou předních zástupců kardiologie (prof. Miloš Táborský, prof. Petr Widimský, prof. Aleš Linhart a prof. Jiří Vítovec) získalo několik odborníků. Zlatou medaili Libenského doc. Petr Němec a prof. Stephan Achenbach, ceny za celoživotní přínos kardiologii doc. Jana Rubáčková Popelová a MUDr. Josef Nečas, Cenu Anežky České prof. Darja Jarošková a ocenění Prvních 34 let ČKS prof. Jan Pirk. Čestnými členy ČKS se stali MUDr. Tomáš Janota, doc. Čestmír Čihalík, prof. Věra Adámková a MUDr. Jitka Vlašínová.

## Nové klinické studie

Pracovní skupina Kardiiovaskulární farmakoterapie pod vedením prof. Lenky Špinarové se letos opět zapojila do přípravy bloků Hot lines, Novinky ve farmakoterapii a Pro a proti, které vždy patří k hojně navštěvovaným. Jak uvedla prof. Špinarová, farmakoterapie propojuje všechny oblasti kardiologie a interní medicíny a s rozvojem nových lékových skupin přispívá ke zlepšení péče o pacienty. Novinky z oblasti klinických studií prezentovali za předsednictví prof. Špinarové a dr. Janského přední odborníci jako prof. Hradec (studie REDUCE), prof. Bultas (studie COMPASS), prof. Vítovec (studie COMANDER), prof. Špinar (studie



Foto: archiv MF

DECLARE), prof. Paleček (studie ATTR-ACT) a další.

Vedle „hot lines“, tedy žhavých novinek z oblasti světové kardiologické farmakoterapie, jimž se věnujeme v dalším příspěvku, proběhla v rámci sjezdu také prezentace „toho nejlepšího z české kardiologie“. Nejlepší původní vědecké práce, publikované v roce 2018 v mezinárodních časopisech s impact faktorem >2, představili v rámci speciální sekce vybraní členové ČKS: M. Pazderník, V. Melenovský, C. Štěchovský, J. Bonaventura, J. Veselka a L. Pleva.

## Kardiologická prevence

O významu prevence v kardiologii v současnosti netřeba pochybovat. Aktivitu pracovní skupiny preventivní kardiologie „na prahu nové, intenzivnější éry“ představil nový předseda ČKS prof. Aleš Linhart, který doposud působil jako vědecký sekretář odborné společnosti. Připomenul, že na klesající morbiditě a mortalitě z kardiiovaskulárních příčin se nepochybně podílí pokroky intenzivní medicíny a intervenční kardiologie, hlavním hybatelem tohoto příznivého trendu je však zejména změna životního stylu, prevence v oblasti hypertenze, léčba dyslipidemie a jistě i socioekonomické změny. Prof. Linhart referoval o proběhlém prvním ročníku akce Prague Prevention, který se zaměřoval právě na oblast preventivní kardiologie. Symposium pořádané ve spolupráci s Českou společností pro aterosklerózu se setkala s výjimečným ohlasem a probíraná témata se proto začleňovala i mezi odborné příspěvky kardiologického sjezdu. Rozvoj telemedicíny podporuje dlouhodobě také bývalý předseda ČKS

prof. Miloš Táborský, který v této souvislosti vyzdvihl připravovaný projekt Národní program kardiiovaskulární prevence.

## Mladí a ambulantní kardiologové

Významnou součástí aktivit ČKS je vzdělávání a výchova mladých kardiologů. Podporu vzdělávání zajišťuje také pracovní skupina Kardio 35 v čele s MUDr. Jakubem Hoňkem. V rámci kardiologického sjezdu pořádala tato skupina například sekci Diagnóza krok za krokem, v níž se letos zaměřila na hemodynamiku, onemocnění karotid a hereditární arytmiické syndromy. Nově se členové skupiny účastnili diskuse v prostoru Agora, kde diskutovali o EKG křivkách, echokardiografických nálezech a klinických kazuistikách.

Ambulantní kardiologové připravili 90minutový blok kazuistik, s nimiž se setkávají ve svých ambulancích, zaměřili se také na postavení a klinické využití EKG v 21. století. Jejich snahou je především postižení kardiálních onemocnění v souvislostech a vazbách nejen na úrovni kardiologické specializace, ale i v dalších mezioborových souvislostech, jak uvedla předsedkyně České asociace ambulantních kardiologů MUDr. Hana Skalická.

Svůj odborný program připravily samozřejmě i ostatní pracovní skupiny a asociace. „Česká kardiologická společnost má reflektovat struktury Evropské kardiologické společnosti. Usilujeme proto o zlepšení kvality práce jednotlivých asociací s tím, že mají větší kompetence a mohou si organizovat a zajišťovat svoje záležitosti samy,“ řekl prof. Táborský.

MUDr. Andrea Skálová

# Historie kardiologie je pro nás závazkem

*Nášim úkolem je obor nadále kultivovat, vzdělávat mladé kolegy a zlepšovat komunikaci s pacienty, říká prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., MBA, FESC, FACC, kterého jsme oslovili v souvislosti s konáním výročního sjezdu kardiologické společnosti i slavnostním křtem nové publikace 90 let české kardiologie.*

Co pro vás znamená vydání publikace, přinášející pohled do historie kardiologie v českých zemích?

Jsem velmi rád, že se nám po roční práci společně podařilo tuto unikátní publikaci vydat. Kniha je výrazem úcty k našemu oboru, který se velmi dynamicky vyvíjí. Současná kardiologie je již zcela jiným oborem než v roce 1929, kdy proběhla ustavující schůze odborné společnosti a kodifikovala ji jako třetí nejstarší kardiologickou společnost na světě. Této historie si musíme vážit, je to pro nás závazek do další budoucnosti a dalších generací.

Kardiologický sjezd je tradičně zaměřený edukačně. Jaké dovednosti zde mohou získat mladí lékaři?

Naší snahou je, aby byli mladí kolegové připraveni nejen na atestaci, ale i na reálný vstup do klinické praxe. Smyslem není udělat zkoušku, ale umět vyhodnotit EKG křivku, interpretovat další pomocná vyšetření, vyzkoušet si katetrizaci, zavedení elektrody pacemakeru a podobně. Praktické zkušenosti jsou velmi cenné a mají větší přínos než načtené vědomosti. Mladí kardiologové jsou velmi aktivní, sami si připravují edukační bloky a sami si určují témata, v nichž by se chtěli zdokonalit. Společně organizujeme také pravidelná setkání českých a slovenských mladých kardiologů, na nichž se setká kolem sto až sto padesáti lékařů a probíhá zde takový mezigenerační dialog.

Součástí letošního kongresu byly nové formáty edukace, jako příklad můžeme uvést fórum Agora. Sledují tyto nové platformy mezinárodní trendy vzdělávání a komunikace?

Samozeřejmě, že se inspirujeme velkými kongresy. Mnoho našich řečníků přednáší na zahraničních evropských a amerických kongresech, kde již podobné formáty fungují. Doba se zrychluje a potřebujeme, aby se formáty



Michaela Lízlerová představuje publikaci 90 let české kardiologie

Foto: archiv MF

inovovaly, byly více interaktivní. Po vzoru Evropské kardiologické společnosti jsme proto zavedli rychlý diskusní úsek, který se jmenuje Agora, stejně jako jeden z přednáškových sálů brněnského výstaviště. Zde jsme prezentovali ve velmi rychlém sledu novinky a vše podstatné, co si mají lékaři z oboru odnášet a kolegové to velmi uvítali. Přednášky letos probíhaly v menším počtu sálů, šlo nám o to, aby sdělení byla intenzivně navštěvována. Zároveň jsme vysílali na webu „live streaming“, takže vybraná sympozia mohli sledovat i ti, co se nemohli kongresu účastnit. Česká kardiologická společnost se v souladu se současnými trendy zvýšenou měrou soustřeďuje i na webináře a jsem rád, když se přihlásí několik set lidí a můžeme spolu diskutovat.

**Přináší s sebou tyto moderní trendy i nějaká negativa, například ztrátu některých kardiologických dovedností?**  
Trochu se opomíjí poctivé fyzikální vyšetření pacienta s poslechem ozev,

poklepem a prohmatáním těla a obecně důkladná anamnéza. Lékaři se dnes spoléhají na to, že budou mít rentgenové snímky, výsledky z laboratoře, EKG případně i CT. Ale my, co jsme ještě ze staré školy, nepodceňujeme prvotní rozhovor s pacientem. Fyzikální vyšetření od hlavy až k patě je strašně důležité. Interní vyšetření je řemeslo a výsledkem vstupního vyšetření by měl být určitý diagnostický závěr. Také výuka EKG by měla být důslednější. Na to, abyste získali rutinu a jistotu, nestačí projít jedním rychlokurzem. Musíte přečíst tisíce EKG křivek, abyste uměli rozpoznat i závažné, byť ojedinělé patologické stavy.

**Součástí živých přenosů bylo i téma „moje první PCR po absolvování lékařské fakulty“. Jak vás toto téma zaujalo?**

Je vzrušující se po letech vrátit k nějakému prvotnímu úkonu, který člověk dělá rukama. I když se poté dané specializaci nevěnujete, je to pro vás zkušenost, díky níž můžete v budoucnu správně indikovat tento



výkon. Víte, že má svá rizika a komplikace a dokážete lépe vyhodnotit jeho přínos.

**Na kongresu proběhla také soutěž mladých kardiologů, na níž oceňujete nejlepší publikované práce z oboru. Která výzkumná oblast je nyní oblíbená?**

Výzkum se dnes určitě více než dříve soustřeďuje na subcelulární úroveň, genetiku a personalizovanou medicínu. A je to tak správné, protože věda se vyvíjí a teorie, které byly přednášeny před patnácti, dvaceti lety, už dávno neplatí. Ukazuje se například, že léčba aspirinem není zdaleka nezbytná pro všechny pacienty s ischemickou chorobou srdeční, efekt aspirinu je podle současných studií téměř na úrovni placebo. Moderní léky, které nahradí kyselinu acetylsalicylovou, budou bezpečnější a účinnější.

**Tradičně zazněly novinky v kardiologii. Můžete zmínit některé z nich, ať už se jedná o nové léky, nové indikace nebo**

**výsledky klinických studií? K jakým změnám dochází v doporučených postupech léčby?**

Ke změnám dochází například v terapii srdečního selhání. Díky nové molekule, která je zaváděna do terapie v posledních dvou až třech letech, se významně zlepšila prognóza pacientů s touto diagnózou, léčba má řadu dalších benefitů, jako je zpomalení progresu renálního selhání či redukce komorových arytmií. Dalším trendem je rozšíření nekoronárních intervencí. Řadu srdečních poruch řešíme katetrizačně, a ne chirurgicky. Důvodem je větší šetrnost a zjednodušení těchto výkonů, díky čemuž je lze indikovat u pacientů starších a rizikových pro klasickou kardiochirurgii.

**Vybrané odborné bloky se zaměřily též na kontroverze a „pro a proti“. O kterých kardiologických oblastech se více diskutuje? Řada nejasností je nyní v oblasti antitrombotické léčby. Jedním z okruhů je**

prolongovaná duální protidestičková léčba po dobu 36 měsíců vysoce rizikových pacientů po infarktu myokardu. Dalším okruhem jsou recentní výsledky studie s apixabanem, z nichž vyplynulo, že podávání apixabanu v nízké dávce bez aspirinu prodlužuje život pacientů a zmenšuje počet komplikací. Diskutujeme také o již zmíněném podávání aspirinu. Obecně kontroverzní jsou léčebné postupy, u nichž máme data, ale nejsou ještě hrazené.

**Plánujete v budoucnu uspořádat v Praze i některý z mezinárodních kongresů?**

Mojí ambicí je dostat v roce 2023 do Prahy kongres Evropské kardiologické společnosti. Do nového kongresového centra, které vzniká u pražské O2 arény by tak přijelo 30–35 tisíc účastníků z celého světa, a to poprvé po roce 1967.

MUDr. Andrea Skálová



## Novinky v kardiologických studiích

*Na letošním sjezdu České kardiologické společnosti proběhl tradiční blok Hot lines, přinášející novinky z oblasti farmakoterapie, které byly prezentovány v posledním roce na prestižních evropských a amerických kongresech. Přinášíme stručný přehled a výsledky vybraných klinických studií.*

### DECLARE

Randomizovaná studie DECLARE sledovala přes 17 tisíc nemocných s diabetem mellitem 2. typu (DM2), kteří dostávali dapagliflozin 10 mg denně, nebo

placebo. Ve větvi s dapagliflozinem byl prokázán nižší výskyt MACE (8,8 vs. 9,4 %), nižší výskyt hospitalizací pro srdeční selhání a kardiovaskulární mortalitu (4,9 vs. 5,8 %). Renální cíl byl

4,3 vs. 5,6 % a úmrtí z jakékoli příčiny 6,2 vs. 6,6 % – vše ve prospěch dapagliflozinu. Doporučení AHA/ACC označila inhibitory SGLT-2 (glifloziny) jako lék první volby po metforminu





Foto: archiv MF

u nemocných s DM2 a vícečetnými rizikovými faktory. Předpokládá se, že výsledky studie povedou i ke změně evropských „guidelines“, kdy SGLT-2 mohou získat indikaci pro srdeční selhání a diabetes mellitus IaA, neboť jsou již ukončené minimálně dvě velké mortalitní studie.

### TRANSITION

Prospektivní, multicentrická, randomizovaná open-label studie TRANSITION sledovala použití sakubitril/valsartanu u 893 pacientů s dekompenzací srdečního selhání. Pacienti nesměli dostávat intravenózní inotropika a vazodilatancia s výjimkou nitrátu a před zahájením léčby sakubitrilem/valsartanem museli být minimálně 24 hodin bez intravenózních diuretik. Výsledky ukázaly, že u pacientů s chronickým HFrEF hospitalizovaných pro akutní dekompenzaci je zahájení léčby kombinací sakubitril/valsartan po hemodynamické stabilizaci ještě za hospitalizace nebo těsně po ní možné a dobře tolerované. Mezi skupinami, které obdržely sledovanou kombinaci během hospitalizace nebo 14 dní po propuštění, nebyl významný rozdíl ve sledovaných cílech ani v četnosti nežádoucích účinků.

### PIONEER-HF

Účinnost a bezpečnost kombinace sakubitril/valsartanu oproti enalaprilu hodnotila prospektivní, multicentrická, randomizovaná, dvojitě zaslepená kontrolovaná studie PIONEER-HF s 881 pacienty hospitalizovanými

pro dekompenzaci srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí. Studie prokázala, že zahájení léčby sakubitril/valsartanem u hemodynamicky stabilizovaných pacientů ještě za hospitalizace vede k významnému poklesu biomarkerů srdečního postižení a poškození myokardu, snižuje nutnost rehospitalizací a není doprovázeno vyšším výskytem nežádoucích účinků.

### ARRIVE

Mezinárodní randomizovaná studie ARRIVE porovnávala efekt aspirinu 100 mg proti placebo u 12 546 pacientů se středně zvýšeným kardiovaskulárním rizikem. Mezi oběma skupinami nebyl zjištěn rozdíl ve výskytu ischemických komplikací, při podávání aspirinu však došlo k výraznému zvýšení incidence gastrointestinálního krvácení.

### ASPREE

Americko-australská studie ASPREE hodnotila po dobu 4,7 let léčbu aspirinem u 19 114 pacientů vyššího věku (medián 74 let) bez manifestního kardiovaskulárního onemocnění. Primárním sledovaným ukazatelem byla kombinace mortality, demence a přetrvávající tělesné bezmocnosti. Na konci sledovaného období nebyl zjištěn v tomto parametru žádný rozdíl. Nelišila se ani incidence KV komplikací. Naopak zvýšená byla četnost závažných krvácení na léčbě aspirinem (o 38 %). Překvapením byla i zvýšená mortalita v této větvi (5,9 vs. 5,2 %). Významně k tomu přispěla úmrtnost na zhoubné nádory.

### ASCEND

Do studie ASCEND bylo zařazeno 15 480 diabetiků. Pacienti dostávali aspirin, nebo placebo. Během 7letého sledování vedla léčba aspirinem ke statisticky významnému snížení výskytu závažných vaskulárních příhod o 12 %. Závažná krvácení však byla při léčbě aspirinem častější o 12 %. Ani tato studie tedy neprokázala čistý klinický přínos podávání aspirinu.

### REDUCE-IT

Ve studii REDUCE-IT byla testována chemicky definovaná omega 3 MK EPA v dávce 4 g denně u 8179 nemocných s hypertriglyceridemií, kteří byli současně účinně léčeni statiny. Při užívání EPA došlo ve srovnání s placebem překvapivě k vysoce významnému snížení výskytu kardiovaskulárních ischemických příhod včetně kardiovaskulárních úmrtí o 25 %.

### COMPASS

Tato studie měla dvě větve. V prezentované druhé větvi studie COMPASS bylo sledováno, zda přidání inhibitoru protonové pumpy (IPP) – pantoprazolu (v dávce 1x 40 mg) k antitrombotické léčbě sníží výskyt gastrointestinálních příhod, zejména krvácení z horní části trávicí trubice. Do pantoprazolové větve bylo zařazeno 17 600 nemocných s ICHS nebo ICHDK. Během 3 až 4 let trvání studie nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výskytu GI příhod ve skupině s pantoprazolem oproti placebové skupině. Nelišil se ani výskyt GI krvácení. Výsledky ukázaly, že přidání IPP nemá zásadní význam.

### MARINER

Cílem studie MARINER bylo zjistit, zda by podávání rivarobaxanu mohlo působit jako vhodná trombopropylaxe u nemocných se zvýšeným rizikem žilního tromboembolismu. Nemocní dostávali po dobu 45 dní buď 10 mg rivarobaxanu, nebo placebo. Výsledky ukázaly, že rivarobaxan nesnížil významně kompozitní cíl fatální či nefatální tromboembolie ve srovnání s placebem. Primární cíl se vyskytl u 50 pacientů z 6007 na rivarobaxanu a u 66 z 6612 na placebo. Výskyt velkého krvácení byl během studie velmi nízký a nelišil se v obou skupinách.

(asa)

Zdroj: Sjezdové noviny

# IKEM a FGÚ o civilizačních chorobách

22. května 2019 proběhlo ve Fyziologickém ústavu AV ČR setkání předních českých lékařů a vědců zaměřené na pokroky v prevenci, diagnostice a léčbě závažných chorob, především těch civilizačních.

Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) a Fyziologický ústav (FGÚ) AV ČR dlouhodobě spolupracují s cílem dosáhnout pokroku v oblasti prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění, jejich nejčastějších rizikových faktorů, jako je obezita a diabetes, a jejich chronických komplikací. V rámci druhého semináře společného preklinického a klinického výzkumu v IKEM a FGÚ byly během 13 přednášek, doplněných o 23 posterů, prezentovány výsledky dosavadní úspěšné spolupráce obou institucí. Akce se konala pod záštitou programu Preklinické testování potenciálních léčiv Strategie AV21, který je koordinován Fyziologickým ústavem.

## Roste hrozba obezity

Přestože se hlavní zaměření biomedicínského výzkumu přesouvá

k výzkumu nádorových chorob, nadále platí, že nejvíce obyvatel umírá na kardiovaskulární onemocnění (KVO). V posledních dekádách sice došlo ke zlepšení kontroly některých rizikových faktorů KVO, jako jsou arteriální hypertenze či dyslipidemie, na významu však nabírají nové hrozby, především obezita a obezitou podmíněný diabetes 2. typu. Tato onemocnění zjevně představují hlavní rizikové faktory pro budoucí vlnu KVO, jako je předčasná ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, fibrilace síní a srdeční selhání. V nárůstu obezity a diabetu je Česká republika na jednom z prvních míst v EU. Druhou klíčovou oblastí je léčení komplexních multifaktoriálních onemocnění metabolické povahy, jako je diabetes mellitus 2. typu. Přes částky v řádu miliard dolarů investované do výzkumu nových

terapií a po sto letech od objevu inzulínu stále neexistuje dlouhodobě účinná léčba, která by vedla k vyléčení tohoto komplexního onemocnění. S diabetem se v současné době v Česku léčí téměř jeden milion lidí, přičemž se předpokládá, že dalších 300 000 nemocných má diabetes, který dosud nebyl diagnostikován.

K této nepříznivé situaci přispívá nedostatečná podpora biomedicínského výzkumu v této oblasti, a zejména jeho nedostatečná integrace s využitím již existující infrastruktury i lidských zdrojů. Chybí centrum, které by bylo schopno integrovat a posílit stávající preklinický a klinický výzkum v oblasti KVO podmíněných diabetem a obezitou a zajistit translační fázi výzkumu s přechodem nových léčiv a terapeutických postupů do klinické praxe přímo v České republice.

Zdroj: FGÚ AV ČR (red)

Inzerce ▼ M191000212

## CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP vás zve na Celostátní konferenci, která je tradičně největší českou odbornou akcí v oblasti paliativní medicíny. Svým záběrem je určena lékařům, sestřám, sociálním pracovníkům, psychologům, kaplanům a všem dalším, které téma paliativní péče zajímá.

Datum / 18. - 19. 10. 2019

Místo / Clarion Congress Hotel, Olomouc

Registrace / [ahou.cz/paliativnikonference](http://ahou.cz/paliativnikonference)



Česká společnost  
paliativní medicíny  
České lékařské společnosti  
Jana Evangelisty Purkyně

# IGCC 2019 v Praze: zaměřeno na karcinom žaludku

Začátkem května se v Praze konal 13. mezinárodní kongres o karcinomu žaludku IGCC 2019. Jednalo se o první mezinárodní kongres s tematikou solidních nádorů, který proběhl v České republice. Informace o akci a nových přístupech v onkologii nám poskytla **prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc.**, z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, která byla vědeckým sekretářem kongresu.

„Building bridges“ – tak znělo motto letošního kongresu, na nějž přes 1500 účastníků z celého světa přijelo diskutovat o otázkách výzkumu, diagnostiky a léčby karcinomu žaludku, stejně jako o časném záchytu a prevenci této zákeřné choroby. Jak uvedl prezident kongresu prof. Florian Lordick z Lipské univerzity v Německu, smyslem kongresového motto není jen budování mostů mezi odborníky západního a východního světa, ale také přemostění vědeckých a lékařských disciplín. Společným cílem výzkumníků a lékařů z celého světa je propojení tradičních léčebných standardů s inovativními přístupy diagnostiky a léčby karcinomu žaludku. S využitím nových molekul, zobrazovacích metod a robotické techniky dosahují odborníci lepšího a preciznějšího léčebného efektu.

## Úspěch pro Prahu i českou onkologii

Lékaři z české onkologické společnosti získali jedinečnou možnost zorganizovat tuto akci díky spolupráci s International Gastric Cancer Association (ICGA). „Myšlenka na konání mezinárodního kongresu IGCC v Praze se zrodila před několika lety. Impulsem bylo mé setkání s prezidentem kongresu Florianem Lordikem. Potkali jsme se při příležitosti konání jiného pražského kongresu, kam jsem jej pozvala jako renomovaného spikra na téma karcinomu žaludku. Uspořádáním kongresu u nás jsem chtěla ukázat, že onkologie se významně změnila a je dnes oborem, který má pacientům co nabídnout i u diagnóz donedávna z pohledu léčby neperspektivních. Nakonec se nám podařilo kongres získat i přes velkou konkurenci evropských kongresových destinací,“ konstatovala s potěšením doc. Tesařová.

Ročně je celosvětově diagnostikováno téměř milion pacientů s karcinodem žaludku a přibližně 750 000 jich na tuto diagnózu umírá. Incidence karcinomu žaludku v Evropě je relativně nízká, naopak tradičně vysoká je v zemích asijských, kde

se také soustřeďuje velká část výzkumu této onkologické oblasti. „Mnoho účastníků přijelo z Číny, významná komunita byla též z Japonska a USA a samozřejmě z řady evropských zemí. Kongres byl velkou příležitostí i pro mnoho českých kolegů z oblasti onkologie, chirurgie, gastroenterologie a patologie, kteří měli možnost participovat na přípravě odborného programu a prezentovat zde své poznatky z praxe.“

## Zaměřit se na prekancerózy a prevenci

Výzkum karcinomu žaludku se rychle vyvíjí. Nový pohled na biologii nádoru a pokroky v oblasti farmakoterapie s sebou přináší účinnější léčbu i lepší kvalitu péče. Současná multidisciplinární problematika karcinomu žaludku ilustruje obrovský posun, k němuž došlo v posledních desetiletích. Původně byla tato diagnóza doménou chirurgů, s vývojem moderní onkologické léčby došlo k rozšíření zájmu směrem k oborům, které mohou nabídnout další léčebné možnosti. „Součástí kongresu byly sekce věnované imunoterapii, cílené biologické léčbě, neoadjuvantním přístupům, stranou nezůstaly moderní chirurgické metody, robotická chirurgie či endoskopické metody, které se uplatňují v rámci prevence a časného přístupu v léčbě karcinomu žaludku. Multidisciplinární dialog je dnes základem rozhodování o léčebném postupu. Snažili jsme se proto nejen hovořit o pokrocích v klinické onkologii, ale ukázat také, jak být v určitém smyslu manažery léčby pacientů s malignitami,“ řekla doc. Tesařová.

Z pohledu etiologie a histopatologie nepředstavuje karcinom žaludku jednotnou diagnózu. Za jeho vznikem stojí jak genetická predispozice, tak infekční agens jako *Helicobacter pylori* či EB virus. Jak ovšem zdůraznila doc. Tesařová, jedním z důvodů nízké incidence karcinomu žaludku v České republice je úspěšně probíhající eradikace *Helicobacteru*. V rámci časného záchytu tohoto agresivního

zhoubného nádoru je třeba věnovat pozornost prekancerózám, mezi něž patří chronická gastritida či vředová žaludeční choroba. Závažnou prekancerózu nádorů gastroezofageální junkce je i tzv. Barrettův jícen, který se vyvíjí v souvislosti s chronickým gastroezofageálním refluxem.

## Příležitost pro české odborníky

„Kongres byl pro mě zdrojem mnoha nových informací, neboť se specializuji na karcinom prsu a problematiku karcinomu žaludku jsem neznala tak do hloubky. Velmi mě zaujaly například nové chirurgické přístupy. Zazněla zde mimo jiné zajímavá přednáška prof. Ines Gockelové, která vede chirurgické oddělení v Lipsku a věnuje se oblasti zobrazení průtoku krve v anastomóze po operaci karcinomu žaludku a jícnu. Přínos tohoto zobrazení spočívá v tom, že již během operace je možné se přesvědčit, zda vytvořená anastomóza je funkční,“ vysvětlila Petra Tesařová.

Součástí odborného programu kongresu byly také videoprezentace a videokazuistiky moderních endoskopických výkonů u prekanceróz a časných karcinomu žaludku, které připravil tým gastroenterologů z pražské Ústřední vojenské nemocnice pod vedením doc. Štěpána Suchánka a prof. Zavorala.

Silně zastoupena byla vedle chirurgické také onkologická komunita – MUDr. Radka Obermannová z Masarykova onkologického ústavu v Brně byla jedním z hlavních organizátorů kongresu. Její zásluhou vznikla i zajímavá přehledná publikace o problematice karcinomu žaludku v anglickém jazyce, která byla vydána při příležitosti kongresu. Řada českých odborníků zasedla v předsednictvu jednotlivých bloků. Byli to například prof. Miroslav Ryska z ÚVN Praha (sekce Budování mostů mezi západem a východem), MUDr. Milan Vošmik z Kliniky onkologie a radioterapie v Hradci Králové (sekce Radioterapie jako součást multimodální léčby), doc. Martin Oliverius



(sekce Optimalizace multidisciplinárního managementu lokalizovaného onemocnění), doc. Milada Zemanová (sekce Směrem k individualizované léčbě lokalizovaného onemocnění), prof. Julius Špičák z IKEM (sekce Prevence karcinomu žaludku – biologie a intervence), prof. Luboš Petruželka z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze (sekce Imunoterapie – standardy a perspektivy), prof. Aleš Ryška z Fingerlandova ústavu patologie v Hradci Králové (sekce Výběr pacientů pro cílenou terapii z pohledu patologa, přednáška HER2 exprese u karcinomu žaludku) či MUDr. Ondřej Sláma z Masarykova onkologického ústavu (existenční stres a psychologická intervence u pacientů s pokročilým karcinomem).

## Inspirování příběhy pacientů

Pořadatelé kongresu nezapomněli ani na pacienty. Do programu byl zařazen blok kanadské pacientské organizace My good feeling. O své pocity s onkologickým onemocněním se podělily pacientky, které přežily karcinom žaludku. „Prezentace těchto žen byly jako blesk z čistého nebe. Před jejich vystoupením jsme si vyslechli mnoho tradičních odborných přednášek s informacemi „evidence based“ medicíny a najednou do toho vtrhly dvě krásné mladé ženy, které mluvily o své osobní zkušenosti s karcinomem. Bylo příjemné, že tuto sekci shlédli i mnozí lékaři. V Čechách totiž není zvykem, že by se komunity lékařů a pacientů příliš mísily. A reakce odborníků byly velmi pozitivní, neboť výpovědi těchto pacientek byly velmi syrové, autentické a silné,“ vyzdvihla doc. Tesařová.

Včasné odhalení genetické dispozice pro vznik karcinomu žaludku může

zachránit život právě mladým pacientům, byť v souvislosti s léčbou je třeba provést preventivní gastrektomii. Sledování pacientů s hereditární predispozicí k tomuto nádoru je možné, avšak biologická podstata karcinomu žaludku, který je velmi agresivní, nemusí zaručit vyléčení ani při včasném odhalení. Samotné odhalení pomocí fibroskopie je komplikované, protože tento difuzní intersticiální typ nádoru se neprojevuje změnami na sliznici, nýbrž infiltruje stěnu žaludku.

## Onkologie už není předpokojem krematoria

Na druhé straně je karcinom žaludku příkladem choroby, jejíž prognóza se s vývojem onkologické léčby významně zlepšila. Radikální chirurgický výkon je stále život zachraňující léčebná možnost, ale prodloužení života nemocných s pokročilým karcinomem žaludku pomáhá vedle chemoterapie i biologická léčba a imunoterapie. „Jedním z důvodů, proč jsem usilovala o konání tohoto kongresu v Praze, bylo ukázat kolegům z ostatních, zejména interních oborů, že onkologie už není tím bezmocným oborem, který byl vnímán jako předpokoj krematoria. Týká se to i diagnózy karcinomu žaludku, která byla donedávna vnímána jako fatální,“ vyzdvihla Petra Tesařová a dodala: „Se současnými léčebnými možnostmi a sekundární prevencí zahrnující depistáž prekanceróz či eradikaci *Helicobacteru* tomu tak nemusí být. I pacienti s generalizovanou formou karcinomu mají dnes šanci na prodloužení a zkvalitnění života. Podmínkou je ovšem úzká spolupráce onkologů s dalšími

odbornostmi, jako jsou nutricionisté či paliativní medicína.“

## Nadějně léčebné možnosti na obzoru

Zpřesnění diagnózy a určení typu nádoru, které jsou podkladem pro výběr vhodné léčebné intervence, významně pomáhá vývoj molekulárně biologických metod využívaných v patologickém vyšetření bioptického vzorku. Imunoterapeutické a biologické preparáty se pak mohou podávat individualizovaně a cíleně.

„Objevují se i nadějně nové přístupy léčby. Jedním z nich je lokální imunoterapie. Systémová imunoterapie je skvělá, ale má řadu nežádoucích účinků, z nichž nejzávažnější je rozvoj autoimunitních onemocnění. Lokálně aplikovaná imunoterapie by měla selektivně likvidovat konkrétní nádor i jeho případné vzdálené metastázy a díky paměťové složce bránit před relapsem onemocnění. Jde o něco na způsob vakcinačního efektu,“ přiblížila doc. Tesařová a dodala, že výzkumem lokální imunoterapie se u nás zabývá tým odborníků z českobudějovické univerzity. Dalším slibným přístupem je antimigrastatická léčba, již se zabývají odborníci Biocevu. Tato nová léčba by nepůsobila na strukturu nádoru, ale na jeho schopnost metastazovat. Právě schopnost metastazovat je přitom hlavním aspektem nebezpečnosti zhoubného nádoru.

Blíží se s příchodem nových terapií konec chemoterapie? Zatím rozhodně ne. „Medikům často musím vysvětlovat, proč se moderní cílená léčba dosud kombinuje s chemoterapií. Důvodem je biologická heterogenita nádoru. Biologický lék totiž nemůže zasáhnout všechny buňky nádoru, protože ne všechny exprimují antigen, na který je zaměřen. Imunoterapie zase odbrzdí imunitu – připomene organismu, že nádor je vetřelec, kterého je třeba zlikvidovat – jenže tento proces se může zvrhnout směrem k závažnému autoimunitnímu poškození orgánů,“ upozornila onkoložka Petra Tesařová.

Lék, který by onkology připravil o práci, zatím k dispozici není. Onkologie se však dynamicky vyvíjí a proměňuje v nadějný léčebný obor. A smysl má vytvářet propojení v mnoha dimenzích. Mosty napříč světovou onkologií lze budovat mezi jednotlivými odborníky a odbornostmi, tradicí a inovacemi, vědeckými poznatky a klinickou praxí a v neposlední řadě mezi výzkumem a pacienty.

MUDr. Andrea Skálová

# NASH bude v budoucnu dominovat

V souvislosti s konáním XLVII. májových hepatologických dnů, které proběhly 15.–17. května v Plzni, jsme položili několik otázek k odbornému programu novému předsedovi České hepatologické společnosti ČLS JEP. V loňském roce se jím stal **prof. MUDr. Radan Brůha, CSc.**, ze IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

**Jaká témata hýbou hepatologií a kterým z nich se letošní kongres věnuje?**

Spektrum jaterních chorob se trochu mění. Pozornost se v posledních letech věnuje především hepatitidě C, která je v současnosti léčebně vyřešená – nyní diskutujeme o tom, které skupiny pacientů léčit a jakým způsobem je vyhledávat. Centrem zájmu jsou také hepatologická onemocnění, jejichž rozvoj souvisí s obezitou, přítomností diabetu mellitu a hypercholesterolemie. Jde zejména o nealkoholovou tukovou chorobu jater (NAFLD), která bude patrně dominovat v budoucnosti. Toto jaterní onemocnění se v současnosti považuje za součást metabolického syndromu, někdy i předchází rozvoji diabetu a kardiovaskulárního postižení. Pátrání po diabetu a ischemické chorobě srdeční má proto u pacientů s jaterní steatózou velký význam.

Součástí odborného programu byly i přednášky týkající se moderních léčebných metod některých vzácnějších jaterních onemocnění, jako je primární biliární cholangitida, či možnosti využití neinvazivních vyšetření v diagnostice jaterních chorob. Jako příklad těchto vyšetření lze uvést jaterní elastografii, která velmi spolehlivě posoudí stupeň jaterní fibrózy. Ukazuje se, že prognózu pacientů s chronickým onemocněním jater významně ovlivňuje právě stupeň fibrotizace jaterní tkáně. Velkou výhodou neinvazivního testování je, že pacienti nemusí podstupovat jaterní biopsii.

**Letos byly publikovány nové doporučené postupy pro léčbu hepatitidy C. Co bylo podkladem pro jejich vznik a jaké další změny v léčebných postupech jaterních onemocnění se chystají?**

Nové doporučené postupy pro virovou hepatitidu C odrážejí celosvětový trend léčby HCV přímo působícími antivirotiky a ukončení léčby tohoto onemocnění interferonem. V nejbližší době pak budou zveřejněny také nové doporučené postupy pro nealkoholovou tukovou chorobu jater.

**Řada odborných bloků má edukační charakter. Jaké principy se snažíte vštípit mladým hepatologům?**

Především zájem o obor. V oblasti diagnostiky i léčby došlo k velkému pokroku, léčba virové hepatitidy C se v několika posledních letech změnila naprosto zásadně a změnila tak celou tuto oblast hepatologie. V budoucnu nás nejspíše čeká léčba ovlivňující přímo jaterní fibrózu i zánětlivou složku jaterního onemocnění (steatohepatitidu) při tukové chorobě jater. Vzácná onemocnění budeme patrně léčit za pomoci genové terapie. Například u akutní porfyrie probíhá nyní třetí fáze klinické studie s genovou léčbou a otevírají se i další možnosti léčby.

**Jaký typ léčby by mohl modifikovat průběh nealkoholové tukové choroby jater? Jsou již k dispozici předběžné výsledky klinických studií?**

Mnoho studií je ve fázi III, některé jsou téměř před koncem a možná by se již v příštím roce mohl objevit na trhu preparát zasahující do vývoje nealkoholové steatohepatitidy (NASH). Nesmíme však zapomínat na to, že nejúčinnějším léčebným opatřením je změna životního stylu. Redukce hmotnosti má v tomto případě stále větší efekt než jakákoli farmakoterapie cílená přímo na játra.

**Kde vidíte výzvy současné hepatologie? Je to právě léčba NAFLD/NASH?**

NAFLD/NASH je pořád velká neznámá. Nevíme, jak pacienty s tímto postižením vyhledávat, aby nebyli diagnostikováni až ve fázi pokročilé jaterní cirhózy. To je jistě jedna z výzev pro spolupráci s ostatními odbornostmi – internisty, kardiology, diabetology i praktickými lékaři. Bohužel i lidé s pokročilou steatózou jater mohou mít normální jaterní testy. Screeningovým vyšetřením by měla být některá z metod hodnotících přítomnost tuku v játrech (sonografie, neinvazivní indexy). Pozornost by však měla být věnována pacientům s rizikovými faktory, mezi něž patří nadváha, diabetes mellitus, hypercholesterolemie a ischemická choroba srdeční. V případě detekce jaterní steatózy by tyto pacienti měli podstoupit neinvazivní vyšetření na přítomnost jaterní fibrózy.



Foto: archiv 1. LF UK

**Loni jste se stal novým předsedou České hepatologické společnosti. S jakými pocity jste do funkce vstupoval a jaké hlavní úkoly vidíte před sebou?**

Je to především pocit odpovědnosti a závazek vůči členům naší společnosti. Česká hepatologická společnost je středně velkou a dobře fungující společností ČLS JEP a její vedení by mělo sloužit především jako servis členům společnosti. Jedním z úkolů do budoucna je například prohloubení spolupráce nejen s „oborově spřízněnou“ Českou gastroenterologickou společností, ale i s dalšími odbornými společnostmi, s kterými nás spojuje péče o pacienty s jaterními chorobami. Dalším směrem je spolupráce s „příbuznými“ společnostmi v rámci Evropské unie a se zastřešující organizací EASL (European association for the study of the liver). Rád bych zvedl zájem o náš obor a přivítal více nových mladých členů. Jedním z nástrojů pro zvýšení zájmu o hepatologii je podpora mladých vědců poskytovaná Nadačním fondem naší společnosti, ale například i pořádání mezioborových odborných akcí. Budu rád, když se podaří udržet vysoká úroveň akcí a když budeme moci poskytovat našim členům dostatečnou podporu jak pro případnou vědeckou práci, tak pro denní rutinní péči o pacienty.

MUDr. Andrea Skálová



# Mikroeliminace – cesta k vymýcení hepatitidy C

*Strategie a možnosti eliminace chronické hepatitidy C (HCV) v České republice v souladu s cíli Světové zdravotnické organizace (WHO), epidemiologie a rizika HCV infekce, specifika cílových skupin pro mikroeliminaci, screening HCV, komplexní programy pro infekční uživatele drog a vězně či možnosti terénního testování na HCV – to byla témata, o nichž diskutovali přední odborníci na problematiku infekčních hepatitid v rámci XLVII. Májových hepatologických dnů 2019. Odborná diskuse s názvem HCV eliminace v České republice proběhla 16. května v plzeňském Parkhotelu za podpory společnosti Gilead.*

Odhaduje se, že ve světě žije 71 milionů jedinců nakažených HCV, z toho 15 milionů v Evropě.

Infekční hepatitida C je zodpovědná za téměř 1,5 milionu úmrtí ročně. WHO považuje HCV infekci za závažnou globální hrozbu pro veřejné zdraví a z tohoto důvodu vytyčila následující cíle eliminace HCV infekce do roku 2030: snížit incidenci HCV o 90 %, snížit mortalitu v důsledku HCV o 65 %, zvýšit počet diagnostikovaných na 90 % a počet léčených na 80 %.

Jsou tyto cíle reálné? Za jakých podmínek? Jaká je situace v České republice a jaká opatření je třeba přijmout, abychom zvýšili počet diagnostikovaných a léčených osob? A na které subpopulace je třeba se zaměřit? To byly otázky, na něž se snažili nalézt odpovědi a společný konsenzus odborníci z oblasti infektologie, hepatologie a adiktologie.

## Nový cíl: mikroeliminace

Úvodní komentář, vyslaný z letošního Mezinárodního hepatologického kongresu EASL ve Vídni, pronesl prof. Jeffrey Lazarus, ze španělského institutu pro globální zdraví IS Global v Barceloně. „V současnosti je otázka eliminace hepatitidy typu C jednou z nejdůležitějších priorit pro každého, kdo pracuje v oblasti jaterních onemocnění. A je to také jedno z hlavních témat zde na mezinárodním hepatologickém kongresu,“ řekl prof. Lazarus. Ve svém projevu dále upozornil zejména na nový koncept tzv. mikroeliminace, spočívající v eliminaci HCV infekce u rizikových skupin. Ta se týká vybraných patientských populací, u nichž se provádí screening HCV infekce, ale také například uživatelů injekčních drog (IUD) a vězňů. Ve věznicích kromě injekční aplikace drog často dochází

## Odborné diskuse se účastnili:

**prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc.,**  
místopředseda České hepatologické společnosti ČLS JEP, vedoucí Oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN Praha

**prof. MUDr. Petr Husa, CSc.,**  
přednosta Kliniky infekčních chorob LF MU a FN Brno

**doc. MUDr. Jan Šperl, CSc.; MUDr. Sona Fraňková, Ph.D.,**  
Klinika hepatogastroenterologie IKEM Praha

**doc. MUDr. Stanislav Plíšek, Ph.D.,**  
předseda Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP,

přednosta Kliniky infekčních nemocí LF UK a FN Hradec Králové

**MUDr. Vratislav Řehák,**  
ředitel zdravotnického zařízení Remedis

**Mgr. Barbara Janíková,**  
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Úvodní slovo:  
**prof. Jeffrey Lazarus,**  
místopředseda EASL International Liver Foundation, barcelonský institut globálního zdraví ve Španělsku

Moderátor: **Jan Kulhavý**

k přenosu infekce také cestou amatérského tetování.

„Zjistili jsme, že eliminace jako taková je příliš velkou výzvou, takže jsme přišli s novým konceptem, který nazýváme mikroeliminace. Je pravděpodobné, že můžeme již nyní eliminovat HCV u některých skupin, jako jsou pacienti s dekompenzovanou cirhózou, pacienti po transplantaci, ti, které již máte ve své péči, pacienti s hemofilii nebo s HIV. Pak se můžeme posouvat ke složitějším skupinám, kam patří injekční uživatelé drog nebo ti, kteří jsou na opiatové substituční terapii,“ vysvětlil prof. Lazarus. Dále poukázal na to, že v některých státech se již podařilo eliminovat HCV infekci ve vybraných skupinách populace. Jako příklad uvedl Slovinsko, kde došlo k eliminaci HCV u pacientů s hemofilii, u pacientů po transplantaci a na dialýze.

## Situace v ČR

Podle doc. Jana Šperla došlo i v České republice k eliminaci HCV u vybraných skupin pacientů. „Jedná se o dialyzované pacienty, dále o pacienty po orgánových transplantacích a blížíme se eliminaci u pacientů s cirhózou, kterých jsme v roce 2015 a 2016 léčili 80 %,“ řekl docent Šperl. Zdůraznil ovšem, že původní odhady pro počet léčených v roce 2015 byly značně podhodnocené, takže je třeba počítat s podhodnocením také u dalších skupin infikovaných.

Jak to vypadá s incidencí HCV infekce v České republice, se pokusil nastínit doc. Stanislav Plíšek. Odhady výskytu infekce vychází z výsledků několika séroprevalentních studií, které však nejsou jednotné. Studie, kterou prováděl Státní zdravotní ústav a která se stala podkladem pro doporučené postupy

v léčbě hepatitidy C, ukazovala na 0,2 % anti-HCV pozitivních. Ve slovenské studii z roku 2002 pak bylo prokázáno 1,58 % anti-HCV pozitivních a 0,67 % HCV RNA pozitivních. A konečně ve studii, kterou vedl v roce 2015 prof. Roman Chlábek ve třech centrech, byly detekovány anti-HCV protilátky u 1,67 % osob a HCV RNA pozitivita u 0,93 % osob. „Z této poslední studie vyplývá, že v ČR může žít kolem 140 tisíc osob, které byly infikovány HCV, z toho 80 tisíc žije s chronickou hepatitidou C, přičemž polovina je v produktivním věku 30 až 45 let. Ročně je hlášeno ale pouze 1000 nových pacientů s nákazou virem hepatitidy C,“ konstatoval doc. Plíšek. Neléčených pacientů v péči infektologů jsou podle něj maximálně desítky.

### Chybí data z běžné populace

Podle prof. Petra Urbánka odborníci postrádají data z běžné populace. Podkladem pro eliminaci HCV infekce je však diagnóza onemocnění, potvrzená specifickým testem na protilátky proti HCV. Provádět univerzální screening HCV protilátek ale není možné, proto je třeba se zaměřit na vyhledávání infikovaných jedinců. „K tomu je třeba podpořit informovanost obyvatelstva cestou kampaní a edukačních programů. Jedná se o nejobtížnější uchopitelnou skupinu pacientů a jsem přesvědčen, že bez spolupráce hepatologů, patientských organizací, odborníků a politické reprezentace, nemůžeme eliminaci HCV dosáhnout,“ myslí si prof. Urbánek. Otázkou politického rozhodnutí je podle něj též provádění screeningu u migrantů v azylových centrech stejně jako u tzv.

agenturních pracovníků přicházejících z epidemiologicky problémových zemí hned před vstupem do ČR.

### „Harm reduction“ ve věznicích

Záchytu a tím i účinné léčbě unikají dosud též pacienti, kteří mohli obdržet transfuzi infikované krve v době, kdy se ještě neprováděl screening na HCV (před rokem 1992). Dále se jedná o již zmíněné uživatele injekčních drog, z nichž mnozí se nacházejí ve věznicích. „Tyto pacienty je třeba z epidemiologických důvodů léčit a uplatňovat principy ‚harm reduction‘,“ uvedl prof. Petr Husa a současně zdůraznil, že komunikace s těmito pacienty je náročná na čas i trpělivost. Pomoci zde mohou různé neziskové a další organizace, jak doložil na příkladu probíhající spolupráce s centrem Podané ruce v Brně.

Vyhledávání infikovaných osob ve věznicích (incidence infikovaných se odhaduje na 50–60 %) je na jednu stranu snadnější než v běžné populaci, podle MUDr. Vratislava Řeháka ze společnosti Remedis se zde však naráží na překážky kladené institucí. „Zájem o léčbu je velký, problémem jsou však reinfekce. Uživatelé drog nejednou používají jednu jehlu pro celé patro a též zde masivně probíhá tetování. Vidíme zde prostor pro legalizaci tetování, které by probíhalo za sterilních podmínek,“ vysvětlil MUDr. Řehák.

### Obavy pramení z neinformovanosti

Odborníci vyvíjejí též snahu o posílení testování na HCV pozitivitu v nízkoprahových zařízeních, kde je

incidence HCV přibližně 37 %. „Bohužel populace není v této věci dostatečně informovaná, řada jedinců má obavy z nežádoucích účinků léčby, nevědí, že je již k dispozici moderní a bezpečná léčba pomocí přímých antivirotik,“ uvedla Barbara Janíková. „Compliance“ a ochotu nechat se testovat mohou pomoci zvýšit tzv. „peers“, bývalí uživatelé drog a pacienti, kteří provázejí a podporují HCV pozitivní pacienty na cestě k vyléčení. Výhodou je i jednoduchá léčba v podobě 1 tablety 1x denně.

Na základě zahraničních zkušeností se v České republice zavádí terénní testování na HCV. Určeno je pro klienty, kteří se obávají návštěvy zdravotnického zařízení. Informovala o tom MUDr. Soňa Fraňková. Testování probíhá v mobilní ambulanci, kde klient obdrží anonymně na základě vyšetření vzorku krve nebo slin výsledek testování a doporučení k léčbě. „Důležité je minimalizovat cesty pacienta do zdravotnického zařízení. Pokud musí přijít dvakrát nebo třikrát, abychom potvrdili pozitivitu na HCV RNA, může ho to odradit a nedostane se tak k léčbě,“ upozornila MUDr. Fraňková. Mobilní ambulance nabízí vedle HCV testování také vyšetření na HIV a syfilis. „Léčbu hepatitidy C může v současnosti dostat každý a nikdo nesmí být dehonestován za svou minulost. My odborníci bychom na sobě neměli dát znát emoce a neměli bychom se například urazit, když se pacient rozhodne chodit raději k ženě nebo někomu mladšímu. Měli bychom jim to umožnit,“ doplnil doc. Šperl.

### Klinický doporučený postup

V souladu s požadavkem WHO na tvorbu národních eliminačních programů HCV připravují nyní čeští odborníci klinický doporučený postup (více na <https://kdp.uzis.cz>). „Jedná se o strategický dokument, ideově nadřazený běžným doporučeným postupům, který budou akceptovat všichni klíčoví hráči. Jedině při zapojení všech zainteresovaných skupin se lze přiblížit smělému cíli WHO, kterým je eliminace HCV do roku 2030. Dokument bude zahrnovat řešení problematiky HCV infekce na všech úrovních. Z tohoto připravovaného dokumentu budou následně vycházet další aktivity odborných společností, plátců zdravotní péče a státních orgánů,“ uzavřel prof. Petr Urbánek.



Účastníci odborné diskuze

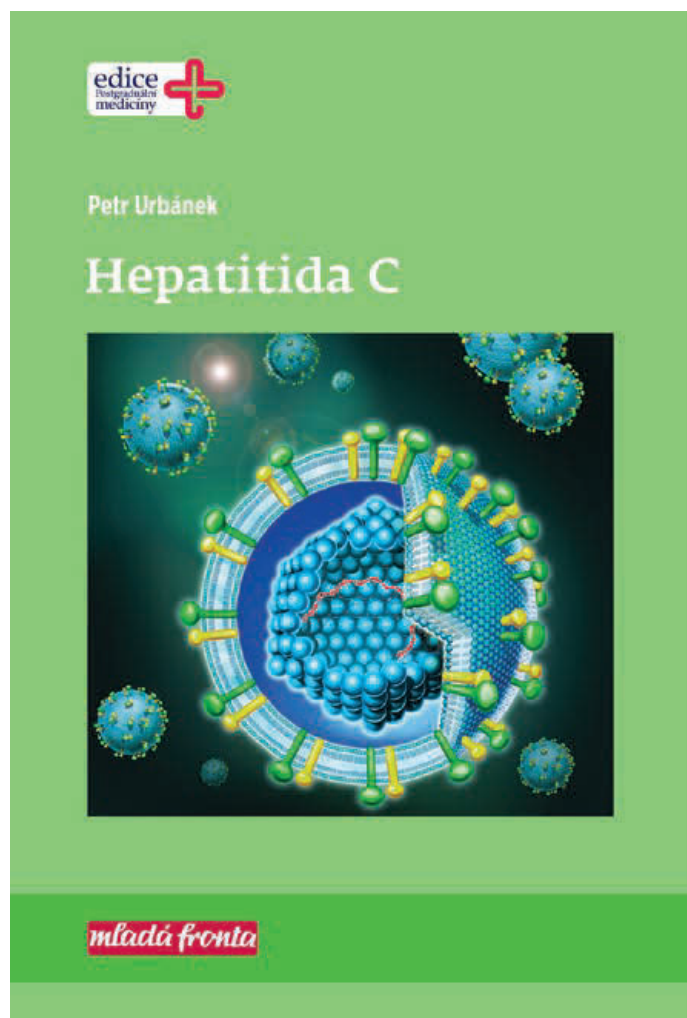
Foto: archiv pořadatele konference

MUDr. Andrea Skálová



Představujeme publikaci

# Hepatitida C



Monografie obsahuje kompletní problematiku týkající se infekce virem hepatitidy C. V úvodu je věnována pozornost historii výzkumu virových hepatitid, historii pátrání po původci non-A, non-B hepatitidy a vlastnímu objevu viru hepatitidy C. Následuje část věnovaná virologii, molekulární genetice a replikačnímu cyklu viru. Dále je pozornost věnována epidemiologii infekce, příčinám rozdílné prevalence infekce v různých geografických oblastech či v rizikových skupinách. Podrobně jsou rozebrány diagnostické metody, jejich správné indikace a interpretace. Těžištěm knihy je problematika klinická, průběh akutní i chronické infekce, mimojaterní projevy HCV infekce, možnosti predikce rozvoje jaterní fibrózy a cirhózy s jejími komplikacemi včetně hepatocelulárního karcinomu. Závěrečná část je věnována terapeutickým možnostem onemocnění, a to jak variantám léčby v současné době opouštěným, tak ale i moderním léčebným kombinacím přímo působících virostatik.

**Autor: Petr Urbánek**

**Doporučená cena 550 Kč**

Při objednání na **knihy.cz** sleva 10%

**MEDICAL SERVICES**

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

**mf**  
MLADÁ FRONTA

# Zdravotníci experti vzkazují: Digitalizaci nelze zastavit

*Konference The Future Is Now se v Praze konala poprvé, ale její historie se píše od roku 2016, kdy proběhl její první ročník v chorvatském Záhřebu. Kromě české a chorvatské metropole už proběhla také v metropolích Slovenska a Srbska. Celkově se tak tato konference zaměřená na aktuální trendy ve zdravotnictví uskutečnila již po osmé.*

Stejně jako ve všech ostatních zemích se i účastníci pražské konference The Future Is Now (Digitální medicína: „Budoucnost je teď“), která proběhla 7. června v hotelu Grandior, mohli těšit na program plný přednášek a diskuzí o tématech z oblasti elektronizace, respektive digitalizace zdravotnictví.

Cílem konference bylo umožnit setkání všech účastníků procesu digitalizace medicíny: farmaceutických společností, zdravotnické i IT komunity, lékařů, státní a místní zdravotní správy, poskytovatelů zdravotnických služeb, pojišťoven a malých a středních podniků zabývajících se zdravím. Čeští i zahraniční odborníci se tak na konferenci mohli podělit o své znalosti a zkušenosti a zodpovědět aktuální otázky související s oblastí digitalizace medicíny.

## Posunout zdravotnictví do 21. století

Konference byla rozdělena do dvou bloků, v rámci nichž zaznělo několik přednášek, které představovaly úvody a kontext pro dvě panelové diskuse. Hlavními tématy byly nejnovější úspěchy, příležitosti a iniciativy pro implementaci e-health v České republice; shromažďování, zpracovávání a lepší využívání zdravotních údajů; propojení a spolupráce mezi různými zdravotnickými institucemi. Referáty se zabývaly také různými konkrétními digitalizačními projekty, které pacientovi přinášejí hmatatelné výhody.

Konferenci na dálku nejprve zahájil úvodním slovem ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, který zdůraznil, že současné zdravotnictví se bez digitalizace neobejde. „Musíme naše zdravotnictví posunout do 21. století. Pacienti, IT firmy, poskytovatelé, my všichni musíme táhnout za jeden provaz, aby se nám to podařilo.“

Pak už začal samotný tematický program. Oběma bloky provedl účastníky konference MUDr. Miroslav Palát, MBA,



Zleva: Miroslav Palát, Martin Zeman, Ervin Jančíč, Peter Pažitný, Petr Machek a Jan Hůlek

Foto: Zx archiv MF

kteří na úvod připomněl, že o elektronizaci zdravotnictví se u nás mluví přísně vzato již minimálně 50 let. Názory na to, zda se od té doby „už něco povedlo“, se však mezi přítomnými lišily.

Následoval pozdrav chorvatské velvyslankyně Ljiljana Pancirové. Velvyslankyně vyzdvihla, že ačkoli mezi Českou a Chorvatskou republikou vládnou ve všech směrech vynikající vztahy, v medicínských oborech funguje také vzájemná soutěživost, která obě země posouvá dopředu. „Proto jsem ráda, že se čeští a chorvatští odborníci na této konferenci mohou podělit o své zkušenosti,“ doplnila velvyslankyně Pancirová.

## Role státu aneb jak nám to jde

O nejnovějších trendech v technologiích, sběrech dat a dalších fenoménech elektronického zdravotnictví, včetně zdravotnické politiky, se mluvilo v obou diskuzních blocích. Ten první zahájil svoji přednáškou ředitel Národního centra elektronického zdravotnictví při Ministerstvu zdravotnictví ČR Ing. Martin Zeman.

Podle Martina Zemana je Česká republika v digitalizaci pozadu. S příchodem e-receptu a e-neschopenky však spatřuje určitý příslib. „Snad se nám podařilo

zlomit prokletí. Digitalizace totiž není jen automatizace práce. Technologie se staly součástí zdravotních služeb a podmiňují udržitelnost zdravotnictví do budoucna,“ řekl Ing. Zeman. Představil také jednotlivé aktivity akčního plánu svého centra, které si klade za cíl mimo jiné sladit nekoordinované projekty, samosprávy, komerční aktivity, aktivity pojišťoven a podobně. Zdůraznil, že povinnosti musí ležet na straně státu, nikoli na straně občanů.

V nastalé diskuzi pak MUDr. Petr Machek nesouhlasil s tím, že se za dlouhá minulá léta pro digitalizaci zdravotnictví nic neudělalo. Konkrétně poukázal na skutečnost, že byly pod zašitou ministerstva vytvořeny datové standardy a číselníky. Ocenil také, že letos poprvé vznikl centrální plán digitalizace. Naopak způsob zavádění e-receptu považuje za nešťastný. „Byl to příklad toho, jak se to dělat nemá. Měli bychom si z toho vzít ponaučení, abychom složili reparát při zavádění e-neschopenky,“ mínil Petr Machek.

Podle ekonomy a zdravotnického experta doc. Ing. Petera Pažitného, PhD., MSc., by však role státu nemusela být v digitalizačním procesu dominantní. „Důležité je mít jasný konceptuální záměr, který řekne, co je cílem a jak by měla digitalizace zasahovat do fungování



„Víte, od kdy se v České republice mluví o digitalizaci zdravotnictví?“

medicíny. Digitalizace sama o sobě cílem není – je to pouze nástroj, jak posunout zdravotnictví kupředu.

Další diskutující Bc. Jan Hůlek připomněl, že medicína jako taková se už sama změnila, ale nastavení systému nikoli. „Dnes se více než kdy dřív musíme věnovat chronickým nemocem. Proto je důležité péči a poskytovatele propojovat, což lze bez digitalizace špatně,“ řekl zdravotnický manažer Hůlek.

### Soukromí na prvním místě

Na dotaz moderátora, jak by měla digitalizace pokračovat, se odpovědi mírně lišily. Podle Petra Machka by se měly adoptovat ověřené modely e-health ze zahraničí a digitalizace by měla pokračovat co nejrychleji. Martin Zeman vyslovil přání, aby mohlo Národní centrum elektronického zdravotnictví především pokračovat v práci a mělo

dostatek lidských zdrojů. Podle Petera Pažitného by však měla být absolutní prioritou hlavně bezpečnost soukromých dat. „Klidně ať to jde pomalu, ale bezpečnost musí být zaručena,“ dodal doc. Pažitný.

Právě na soukromí a bezpečnost kladli účastníci konference i jednotlivé referáty velký důraz. Tématu byla věnována přednáška Mgr. Hany Gawlasové, která představila technologii Blockchain a způsoby šifrování, ale částečně se tohoto tématu dotýkala i přednáška Shromažďování zdravotnických dat v podání ředitele Center for Public Health Research, UNIMIB School of Medicine and Surgery prof. Lorenzo G. Mantovani, která uvozovala druhý diskuzní blok, jehož se dále zúčastnili například Mgr. Jakub Uher nebo Ing. Vladimír Dzurilla, Dip Mgmt.

Na organizaci konference se podíleli společnosti HIT Konference a STEPInex. Svým partnerstvím konferenci podpořilo Ministerstvo zdravotnictví; mediálním partnerem je divize Medical Services společnosti Mladá fronta.

Mgr. Lukáš Malý

## Racionální terapie bolesti v ordinaci praktického lékaře

*Zkušenosti z praxe algeziologa a novinky v oblasti farmakoterapie bolesti přinesla praktickým lékařům přednáška MUDr. Ireny Pechanové, která zazněla v rámci dubnového semináře Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v pražském Lékařském domě.*

V ordinaci praktického lékaře jsou stížnosti na bolestivé potíže velmi časté. Jedná se o faktor, který výrazně snižuje kvalitu života pacienta. Bolest velmi často doprovází onkologická onemocnění. Téměř šedesát procent onkologických pacientů i přes veškeré moderní vymoženosti léčby udává, že tlumení jejich bolesti je nedostatečné.

Bolest se dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest je varovným příznakem a bývá přítomna nejčastěji u úrazových či pooperačních stavů. Tento druh bolesti lze zpravidla dobře zvládat, protože jde o bolest krátkodobou. Oproti tomu velkým problémem v mnoha případech bývá zvládání bolesti chronické. Ta se dále rozděluje na onkologickou bolest a širokou, velmi různorodou oblast bolesti neonkologické (nejběžnější bolest zad, kloubů, hlavy). „Často bohužel

u těchto nemocných musíme konstatovat, že jejich stav se výrazně nemění ani podáním nejmodernějších léčiv. Negativní úlohu zhusta sehrává významná psychosomatizace u těchto nemocných, kteří leckdy o změnu svého stavu ani příliš neusilují. Práce s nimi není pro žádného lékaře právě povzbudivá, jen stěžuje se totiž lze dočkat pozitivních výsledků,“ poznamenala přednášející.

Výběr analgetik, zejména u chronické bolesti, funguje podle pravidla „step up“. Postupuje se krok po kroku po známém žebříčku vzhůru od první skupiny (neopioidní analgetika a nesteroidní antirevmatika) přes druhou skupinu (slabé opioidy), po třetí skupinu (silné opioidy). Neopominutelná jsou pro zvládání chronických bolestivých stavů koanalgetika a pomocná léčiva. Velmi důležité může být podávání antidepresiv

či anxiolytik, ale i nefarmakologické metody.

### Neopioidní analgetika a nesteroidní antirevmatika

V první skupině analgetik je, kromě kyseliny acetylsalicylové, paracetamolu a nesteroidních antirevmatik, hlavním zástupcem metamizol 500 mg. Novinkou jsou metamizolové kapky – na rozdíl od metamizolových tablet jsou hrazené. 20 kapek odpovídá 1 tabletě, max. denní dávka pro pacienta ve středním věku je 4krát denně 40 kapek, u seniorů je třeba ji snížit na 4krát denně 30–20 kapek. Výhodou metamizolu je jeho kombinovatelnost s ostatními analgetiky a málo interakcí s nejčastějšími medikamenty v rámci interny. Nevýhodou jsou relativně časté alergie a intolerance

metamizolu – v těchto případech je třeba vyloučit i algifen.

## Slabé opioidy

Ve druhé skupině jsou na našem trhu k dispozici zejména kodein, dihydrokodein, dále tilidin, petidin, pentazocin a tramadol. Nejpoužívanějším lékem skupiny je tramadol, je to nejčastěji preskribovaný lék u chronické bolesti. Zároveň ovšem právě na něm, v porovnání s ostatními analgetiky, často vzniká závislost. U forem s rychlým nástupem účinku (kapky, kapsle, čípky) je riziko závislosti největší.

Podle zkušeností Ireny Pechanové pacienti na tramadolu často nejsou dostatečně poučeni o způsobu dávkování. Záměny v užívání léku bývají způsobeny nedorozuměním v souvislosti s pojmy dávka / kapka. Další problém vězí v tom, že většinu retardovaných tramadolových tablet nelze rozpílit (analgetikum by se neuvolňovalo postupně, ale najednou, úleva od bolesti by nebyla celých 12 hodin, ale jen na začátku). Běžnou chybou při užívání tramadolu bývá, že při základní medikaci „plus rescue“ není přičtena pomocná dávka k průměrné denní dávce. Zejména u starších pacientů, kteří dosud tramadol neužívali, může především večerní předávkování vyvolat i závažnou zmatenost.

## Silné opioidy

Zástupci třetí skupiny jsou morfin, oxycodon, hydromorfon, tapentadol, buprenorfin a fentanyl. Morfin je na trhu pod názvem Vendal retard. Jde o tablety o síle 30, 60, 100 nebo 200 mg. Nemá stropový efekt, pokud pacientovi ulevuje od bolesti, lze dávky navyšovat. „Morfin v léčbě bolesti ještě stále má své místo. Podáváme ho zejména za situací, kdy moderní analgetika opiátového typu, která mají stropový efekt, nestačí a pacient potřebuje více denních bolusů. Jako bolusy má například morfinové kapky nebo morfin s rychlým nástupem účinku. Za takové situace můžeme podat hydromorfon s morfinem nebo tapentadol s morfinem. Tento postup je dnes zcela přijímán, jde o správné kombinace,“ zdůraznila algezioložka.

Jako nejkompletnější anodynum (lék tlumící silnou bolest) zejména pro kostní bolesti, metastázy do kostí, kořenové bolesti a neuropatické uvedla oxycodon. Hydromorfon (Palladone) je analgetikum bez stropu, jde o nešetrnější a nevhodnější



Ilustrační foto: Shutterstock

anodynum pro seniory. Začíná se s dávkou 2krát denně 2 mg. Hydromorfon podle zkušeností Ireny Pechanové pacienti dobře snášejí. Používá se na bolest silné intenzity různé etiologie. Tapentadol je stropové anodynum, maximální denní dávka je 500 mg. Tapentadol má poněkud komplikovanější preskripci. Není primárně určen pro onkologické pacienty, ale pokud jim ho chce lékař předepsat (působí velmi dobře i na neuropatické bolesti a má minimum tlumivých efektů), je třeba zadat „do systému“ diagnózu onemocnění pohybového ústrojí, a tak i zvýšenou úhradu – pak je lék nemocnému plně hrazen.

„Pacienti často slyšejí doporučit „náplast“ a v ordinaci pak usilují o předpis. Titrace náplastových forem je ale mnohem obtížnější. Pokud dojde k vyvolání nežádoucího účinku, trvá dlouho jeho vymizení i po vysazení,“ říká MUDr. Pechanová. Příkladem je zvracení u buprenorfinových náplastí kvůli dlouhé metabolizaci, která trvá až čtyři dny. Oproti tomu eliminace výše uváděných látek v tabletovém podání bývá do 12 hodin. Navíc pro pacienty, kteří dosud opiáty neužívali, jsou dávky buprenorfinu na začátku natolik vysoké, že nežádoucí účinky jsou relativně pravděpodobné. Indikací k primárnímu podání „náplastí“ je zvracení (např. při chemoterapii) nebo nemožnost polykání (např. PEG). „Pokud jde o fentanylové náplastí, ty mají zpravidla značně nižší tlumivý efekt na bolest než buprenorfinové. Výhodou náplastí je, že poskytují určité pohodlí pro pečující o nespoupracující pacienty (mění se po třech dnech u fentanylových, po třech a půl dnech u buprenorfinových),“ doplňuje Irena Pechanová.

## Některé z novinek ve farmakoterapii bolesti

Nově je na trhu Oxycodon IR 5, 20 mg po 30 tbl., brzy bude i 10 mg. Díky rychlému nástupu účinku se používá jako „rescue“ medikace, lze ho ale použít i samostatně, například u těžkých artralgií u pacientů, kteří mají noční bolesti. Lze kombinovat s jinými anodyny, včetně náplastí. Podle zkušeností Ireny Pechanové pacienti velice dobře reagují na 5mg sílu i když mají vyšší základní medikaci.

Několik let je na trhu Palexia IR. Nejde o hrazený lék, doplatek je cca 280 korun, a indikace je obdobná jako u oxycodonu.

Od května přichází na trh Moventig 12,5 a 25 mg, což je první exkluzivní lék na opiáty navozenou obstipací, za situace, kdy nepomohou běžná laxativa. Jde o derivát naloxonu a podává se 1x denně, tabletu je možné i rozpustit. V ambulanci léčby bolesti v Nemocnici Na Bulovce, kde Irena Pechanová pracuje, s ní již mají velmi dobré zkušenosti. Určité zkušenosti mají i s podáváním léčebného konopí, v kapslové formě. U onkologických pacientů je hlavní indikací nevladatelné zvracení a kachexie.

Za velmi dobře se osvědčující anodynum, využitelné i v praxi praktického lékaře (má-li možnost podávat infuze), považuje MUDr. Pechanová Neodolpasse 250 ml. Je to dvousložkový lék kombinující analgeticky působící nesteroidní antirevmatikum se substancí proti spazmům kosterního svalstva. Velmi dobré zkušenosti mají lékaři i u ortopedických pooperačních stavů.

# Interakce léků s nápoji

„Každý perorálně podávaný lék je nezbytně zapít, ale velmi riskujeme tím, když je zapijíme vším možným, jen ne čistou pramenitou vodou. To je paradoxní situace, protože všechny klinické studie, jejichž cílem je průkaz bioekvivalence léčiva, používají jako nápoj vodu, a to v množství standardizovaném na 240 ml,“ řekl na úvod své přednášky *Interakce léčiv a nápojů* PharmDr. Josef Suchopár. Přednáška Josefa Suchopára byla součástí 18. setkání lékařů SR a ČR v Litomyšli. Proběhlo 10.–11. května a jeho hlavním tématem byla farmakoterapie alergie a nemocí s bronchiální obstrukcí u dospělých a dětí.

Lékové interakce vedou ke změně očekávaných vlastností léku a k takové změně může přispět nejen jiný lék, ale i potrava, nápoje a potravinové doplňky, jejichž spotřeba u nás excesivně roste. Jiné nápoje než voda mohou s některými léky interagovat až překvapivě významně. Velmi často způsobí zejména snížení účinnosti léku. Méně častý, ale stejně nežádoucí může být i opačný efekt současného působení některých nápojů s léky.

Nápoje obsahují řadu přírodních látek, které mohou inhibovat nebo indukovat influxní a efluxní pumpy, vytvářet nevstřebatelné komplexy s léčivem (typicky jde o minerálky), měnit pH obsahu žaludku nebo tenkého střeva (kolové nápoje), případně působit jako rozpouštědlo lipofilních léčiv (rozpouštět tuky dokáže jakýkoli více než 30% alkohol). Pokud jde o mechanismus vstřebávání léků, navzdory vžitým představám i u odborné veřejnosti je drtivá většina hydrofilní a nemůže se vstřebat jinak než aktivním transportem, což se děje pomocí influxních pump. Zároveň je každá buňka vybavena také efluxními pumpami, jejichž funkce spočívá v tom, že vstřebaný lék vysune do střevního lumenu.

## Nevinný není ani šálek čaje k snídani

Patrně všem jsou známy interakce grapefruitové šťávy s léky nebo interakce léků s mlékem, i když právě mléko ve skutečnosti interaguje s minimálním počtem položek ze spektra běžně užívaných farmak. Méně známé je, že obdobně závažné lékové interakce může navozovat pomerančová šťáva, jablečný mošt, brusinková šťáva, černý a zejména zelený čaj, čaj rooibos nebo syčené kolové nápoje. Tyto lékové interakce mají různé mechanismy, a proto vedou i k různým důsledkům. Šťávy



Ilustrační foto: Shutterstock

z brusinek a granátových jablek se nesmějí kombinovat s warfarinem a nesteroidními antiflogistiky. Grapefruitová šťáva, šťáva z pomela nebo z „krvavých“ sevillských pomerančů obsahují látky (například naringin), které inhibují metabolismus léků na CYP3A4. Podle nových zjištění enzym CYP3A4 stejnou měrou jako citrusy inhibuje také rajčatová šťáva. Zde je na místě připomenout, že CYP3A4 je nejrozšířenější formou všech cytochromů P450 a podílí se na většině známých přeměn léčiv, které probíhají za účasti těchto cytochromů. Čaje a ovocné nápoje interagují se substráty CYP3A4 tak významně, že mohou zvýšit expozici simvastatinu až čtrnáctinásobně.

Zelený čaj nebo i pomerančová šťáva či jablečný mošt zase obsahují látky (např. epigalokatechin-galát, respektive hesperetin), které blokují

transportní systém OATP1A2, jenž zajišťuje vstřebávání léčiv vystupujících jako anionty – například beta blokátorů nebo inhibitorů tyrosinkináz. Zelený čaj tak snižuje vstřebávání nadololu o 85 %, fexofenadinu o 69 % nebo celiprololu o 83 %. Dodejme, že zmíněný černý čaj je pro změnu absolutně nevhodný na zapíjení tablet na doplnění železa, blokuje totiž jeho metabolismus.

## Ideální je sklenice vody

Vysoce syčené nápoje typu Coca-Cola obsahují kyselinu fosforečnou (na etiketě nápoje se tento již sám o sobě odpudivý název skrývá pod nevinněji působícím označením E338), která okyseluje žaludeční šťávy a současně se eliminuje ledvinami a okyseluje moč. Kola tak zvyšuje vstřebávání léčiv špatně rozpustných při neutrálním pH (např. itrakonazol nebo vorikonazol), nebo zpomaluje eliminaci zásaditých léčiv vylučovaných močí, typicky jde o methotrexát. Problematickou záležitostí je i sójové mléko, s oblibou konzumované jako náhrada kravského. Sója a veškeré produkty z ní vyráběné s obsahem indukčně působících bioflavonoidů snižují biologickou dostupnost řady léků a jako nápoj na jejich zapíjení se tedy nehodí. Kombinace sóji a léků je problémem zejména pro Japonce s jejich oblibou tofu a polévky miso jako součásti snídaně.

Jak přednášející závěrem zdůraznil, s opatrností je třeba přistupovat i k minerálkám. Minerálkami s obsahem vápníku a hořčíku se nikdy nesmí zapíjet bisfosfonáty a chinolony.

Léky je tedy třeba zapíjet obyčejnou balenou vodou nebo vodou z kohoutku. Ideální množství tekutiny k zapití je 2 dl. Příliš malé množství tekutiny na zapití může vyvolat nežádoucí účinky léku, které by se s větším množstvím tekutiny neprojevovaly.

(U)

# Umělý brzlík může vrátit imunitu lidem s AIDS nebo leukémií

*Technická univerzita v Liberci (TUL) přichází s dalším společensky významným objevem: Jejím vědcům se povedlo spolu s centrem pro výzkum rakoviny ve Spojených státech vyvinout umělý orgán brzlík, který může vrátit imunitu lidem s AIDS nebo leukémií.*

„Vyvinuli jsme unikátní kompozit z mikro- a nanovláken, který je vytvořen tak, aby svou strukturou co nejvíce odpovídal přírodní mezibuněčné hmotě a maximálně tak stimuloval buňky k růstu,“ říká Jakub Erben, doktorand fakulty textilní TUL, který získal prestižní mezinárodní cenu Théophilea Legranda pro mladé vědecké talenty v oblasti textilu, se kterou je spojena i odměna 8000 eur.

Brzlík produkuje specifický druh bílých krvinek, které jsou důležitou složkou našeho imunitního systému, a umí tělo zbavit buněk napadených virem, parazitem i nádorem. V době dospívání ale brzlík ztrácí na významu a postupně zaniká.

Světová věda ovšem vidí další využití brzlíku tam, kde organismus ztratil svou obranyschopnost v důsledku zničení imunitního systému. Nejčastějšími příčinami jeho zničení jsou onemocnění AIDS a některé druhy rakoviny, především leukémie, spojené s destrukcí kostní dřeně při léčbě ozařováním.

Jakub Erben pod vedením vedoucího katedry netkaných textilií a nanovláknenných materiálů Jiřího Chvojky dodává unikátní tkáňové nosiče – scaffoldy – newyorskému pracovišti, které patří mezi tři nejvýznamnější světová centra v oblasti léčby rakoviny.

Na zmíněných scaffoldech američtí vědci pěstují kmenové buňky do podoby funkčního organoidu. Takto v laboratoři vytvořený organoid je zjednodušenou verzí původního lidského brzlíku, s podobnou mikroanatomii a stejnou funkcí.

„Náš tkáňový nosič je tvořen z biodegradabilního polymeru a poté, co splní svou funkci, se rozpadne na deriváty, které umí tělo odbourat nebo vyloučit. Není pak nutné provádět reoperaci a brzlík z těla vyjmát,“ vysvětluje Erben, co se stane s umělým brzlíkem, když už jej tělo přestane potřebovat.

Američtí partneři ze Sloanova a Ketteringova centra pro výzkum rakoviny zatím provádějí testy převážně na myších s myšími kmenovými buňkami. Použitelných lidských kmenových buněk schopných vytvořit brzlík je pro vědu k dispozici jen velmi omezené množství. Výsledky získané na laboratorních myších jsou ale velmi dobré.

„Nemůžeme zatím říct, že když voperujeme pacientovi do těla *in vitro* vytvořený brzlík, bude mít jeho organismus 100% imunitu, ale i my na liberecké univerzitě děláme vše proto, abychom se tomuto stavu co nejvíce přiblížili,“ dodává Jakub Erben.

Zdroj a foto: TUL (red)



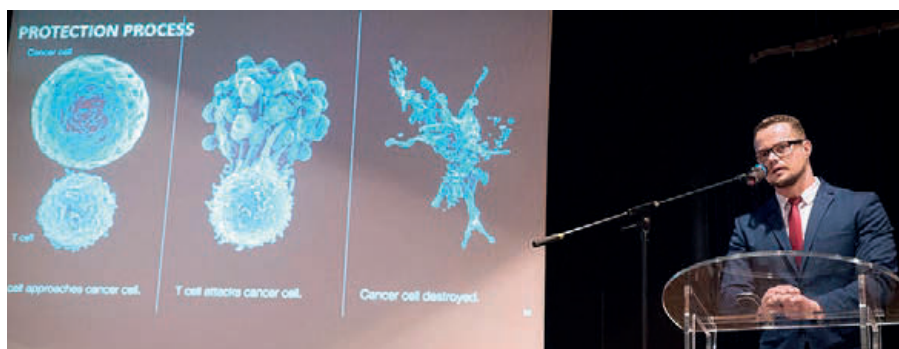
## Vývoj léků rychleji a levněji

*Vědci z Fyzikálního ústavu Akademie věd ČR publikovali výsledky svého výzkumu v prestižním americkém časopise Science. Výzkum, na kterém se podíleli i odborníci z Vysoké školy chemicko-technologické a z farmaceutické společnosti Zentiva, se týká nových možností využití rozptylu elektronů na nanokrystallických materiálech.*

Základem nové, vylepšené metody je takzvaná absolutní konfigurace molekul organických sloučenin, tedy i těch, které se využívají jako léčiva. Krystaly těchto molekul byly pro současné metody příliš malé. Výsledky tak mohou přispět k levnějšímu a rychlejšímu vývoji nových léků.

„Určení absolutní konfigurace nově syntetizovaných molekul, které tvoří krystaly pouze v nanorozměrech, bylo doposud velice obtížné, ovšem pro vývoj léků zcela nezbytné, neboť dozorové orgány jako například U. S. Food and Drug Administration tuto informaci před schválením léku pro trh vyžadují. Naše práce přichází s novým, obecně použitelným postupem, jak určit absolutní konfiguraci organických molekul,“ říká Petr Brázda, hlavní autor článku v časopise Science.

Výzkumné laboratoře tuto metodu budou moci používat a jejich výzkum se zrychlí, zjednoduší a zefektivní. „Už nyní



Jakub Erben představuje svůj výzkum během převzetí ceny Théophilea Legranda v Paříži



# ÚOCHB uzavřel licenční smlouvu s Američany

*Ústav organické chemie a biochemie AV ČR (ÚOCHB) uzavřel licenční smlouvu na využití nové metody separace prvků vzácných zemin s americkou společností Shine Medical Technologies, která usiluje stát se světovou jedničkou v produkci izotopů pro zdravotnictví.*

registrujeme zájem farmaceutických firem o naši metodu," doplňuje Lukáš Palatinus.

Absolutní konfiguraci molekul je nutné určovat u tzv. chirálních molekul. Chirální molekula je taková, jejíž zrcadlový obraz se má k původní molekule jako levá ruka k pravé – jsou si velmi podobné, ale nejsou stejné. Z takovýchto molekul jsou tvořeny všechny sacharidy, bílkoviny nebo DNA v živých organismech. Pokud bychom zaměnili chirální molekulu za její zrcadlový obraz, neplnila by v živém organismu svou funkci.

Léčiva jsou v současné době většinou chirální molekuly a mezi účinkem molekul, které jsou si zrcadlovým obrazem, bývá značný rozdíl. Zatímco jedna má terapeutický účinek, druhá ho může mít velice malý, žádný nebo může být dokonce tělu nebezpečná. To je také známý případ léku Contergan, jehož jedna molekula působí proti těhotenské nevolnosti, zatímco druhá způsobuje poškození nenarozeného dítěte.

Na příkladu vhodných a nevhodných léčiv lze vidět, jak zásadní je znalost krystalové struktury pevných látek pro pochopení a vysvětlení jejich vlastností. Strukturní krystalografie, jak se tento obor nazývá, je špičkovou doménou vědců z oddělení strukturní analýzy Fyzikálního ústavu AV ČR. Letošní publikací v časopise *Science* autoři navázali na dva roky starý úspěch, kdy se dostali přímo na obálku tohoto časopisu. Tým pod vedením Lukáše Palatinuse tehdy zásadně vylepšil metodu určování poloh atomů v nanokrystalech pomocí rozptylu (difrakce) elektronů, což bylo do té doby velmi obtížné. Nyní čeští vědci rozšířili uplatnění této metody i v oborech, kde je nezbytná znalost absolutní konfigurace organických molekul – např. ve farmaceutickém průmyslu nebo molekulárně-biologickém výzkumu.

Zdroj: AV ČR (red)

Shine novou metodu využije k přípravě lutecia-177 pro léčbu rakoviny. Separáční techniku vyvinul Miloslav Polášek, vedoucí skupiny cíleného výzkumu koordinační chemie zaměřující se na vývoj nových chemických nástrojů pro rozvoj nukleární medicíny a molekulárních zobrazovacích metod. „Separace tzv. prvků vzácných zemin je velmi obtížná, obzvláště tehdy, když jsou radioaktivní a potřebujete je získat extrémně čisté. Naše technologie, kterou jsme vyvinuli právě pro tyto účely, je schopna výrazně urychlit a rozšířit výrobu Lu-177, které se začíná prosazovat v radioterapii. Jako vědce

ních prací v Janesville ve Wisconsinu na novém závodě SHINE, v němž se společnost zaměří na výrobu různých izotopů pro lékařské použití, včetně Lu-177.

Metoda vyvinutá na ÚOCHB umožní rychle a efektivně oddělovat lutecium-177 od ozářených terčů ytterbia-176 a připravovat tak vysoce koncentrované, tzv. beznosičové Lu-177. „Protinádorová terapeutika založená na Lu-177, která jsou ve vývoji, slibují velký přínos po celém světě,“ říká Greg Piefer, zakladatel a ředitel společnosti Shine. „Naše společnost si dala za cíl zajistit dostatek Lu-177 k uspokojení poptávky, protože stále



Vedoucí skupiny cíleného výzkumu Koordinační chemie na ÚOCHB Miloslav Polášek

mě velmi těší, že roky v laboratoři se nyní mohou přetavit do něčeho využitelného v praxi, co navíc pomůže pacientům s rakovinou,“ říká Miloslav Polášek z ÚOCHB.

Radioizotopy se ve zdravotnictví používají zejména při diagnóze a léčbě. Molybden Mo-99 je radioizotop, který se rozpadá na technecium Tc-99m, které se využívá jako zobrazovací agens při více než 40 milionech vyšetření ročně. Především se jedná o náporové testy při diagnostice srdečních onemocnění a kostní skeny k zjištění stádia nádorového onemocnění. Oznámení o spolupráci přichází týden po započatí staveb-

více pacientů se s jeho pomocí může léčit. Technologie vyvinutá na ÚOCHB je klíčová pro naši strategii dostat se rychle na trh.“

Jsmo opravdu nadšeni z této nové spolupráce a věříme, že vyústí v pomoc pacientům,“ říká k uzavření licenční smlouvy Martin Fusek, zástupce ředitele pro strategický rozvoj v ÚOCHB. „To, co dr. Polášek dělá na tomto poli, je fenomenální. Doufám, že je to jen začátek hodně dlouhé a vzájemně prospěšné spolupráce mezi ÚOCHB a „Shine,“ dodává Katrina Pitas, viceprezidentka pro obchodní rozvoj.

Zdroj: ÚOCHB (red), foto: Michal Hoskovec

# Technologie proměňují zdravotnictví

Nejžhavější inovativní trendy s potenciálem zlepšit život pacientů a vize, jak bude vypadat léčba, diagnostika a práce lékaře za 25 let, představila konference *Inovace ve zdravotnictví 2019*. Odborníci z Velké Británie a ČR přiblížili nové technologie, které změní svět zdravotnictví. Konference proběhla jako doprovodná akce letošního ročníku *Týdne inovací*. Konala se 21. 5. v pražském Fóru Karlín.

Lorena Macnaughtanová, ředitelka britského projektu iCEE.health, upozorňovala na důležitost networkingu a sdílení dat pacientů. I data třeba jen od tří pacientů mohou být relevantní pro diagnostiku nemoci u dalších nemocných. Pacienti by zároveň neměli mít důvod k obavám z poskytování dat. Sami pacienti mohou pomoci i v tom, kam vývoj nasměrovat. Příkladem je senzor pro stomiky, který signalizuje nutnost vyměnit sáček u vývodu. Pacienti s diabetem dali impuls i k vývoji umělé slinivky. Podnětem k vývoji zařízení byly jejich potíže se spánkem pramenící ze strachu, že už se z něj neprobudí. Umělá slinivka teď čeká na schválení regulátora.

Paradoxním faktem ohledně sdílení informací je, že sami pacienti nemívají přístup ke svým datům ze zdravotnických přístrojů (jde například o kardiostimulátory), i pokud by je mít chtěli, údaje mají k dispozici pouze lékaři. Podle Macnaughtanové většina lékařů nechce, aby s nimi data sdílel i pacient, a sice z obav, že by tak „vypadli z kola“. Někteří pacienti by totiž byli schopni na základě dat i bez zprávy od klinika provádět self-management. Situaci dokumentovala případem Huga Campose. Tento pacient s kardiostimulátorem si na něj pořídil programátor a absolvoval školení v managementu srdečního rytmu. „Roky, během kterých jsem se sledoval, mi pomohly zjistit, že spouštěčem arytmie je pro mě skotská, kdežto třeba káva mi prospívá. Přístup k alarmům a dalším informacím pacientovi umožňuje včasnou identifikaci příhod a rychlá nápravná opatření,“ citovala Huga Campose přednášející.

## Střety mezi starým a novým

Umělá inteligence oproti laické představě nepřemýšlí, je to „jen“ matematická funkce. Na rozdíl od jiných technologií jsou očekávání od ní až přehnaná.



Zleva: Radislav Sedláček, Lorena Macnaughtanová, Sobia Hamidová, Jiří Kůs, Ian Winburn, moderátorka Zuzana Tvarůžková. Foto: 2x archiv pořadatele

Sobia Hamidová, zakladatelka britské Data Inside Cambridge, přiblížila projekt InnerEye sloužící pro analýzu radiologických snímků: „Pomáhá vytvořit plán onkologické péče, ale často generuje nepřesné, nejisté nebo neúplné informace. Vyžaduje časově náročné manuální zpracování a supervizi.“ Výbornou pomocí pro zdravotníky by ale byla technologie na zpracování přirozeného jazyka – až bude vyvinuta, ušetří jim spoustu času, protože by jejich řeč zpracovávala už během vyšetření.

„Nejdůležitější změnu přinese personalizovaná medicína. Senzory, cílené dopravy léků, možnost sledovat stav těla uvnitř a dávkovat podle toho léky, to vše k tomu přispívá. Pacienti budou schopni díky senzorům a dalším technologiím provádět diagnostiku, kterou dnes provádějí praktičtí lékaři,“ uvedl Jiří Kůs, předseda Asociace nanotechnologického průmyslu ČR. O nástupu technologických inovací v medicíně, především v oblasti sebediagnostiky, řekl, že inovace fungují, dokonce velmi dobře, ale zároveň představují střet mezi starým a novým

a někteří lidé se pak chovají „jako dělníci v době průmyslové revoluce, kteří ničili stroje“.

Nástup nových technologií může být rychlejší nebo pomalejší, podle ochoty k jejich přijetí. Senzory, například na analýzu tělních tekutin z jejich minimálního množství, se stanou součástí nebo příslušenstvím mobilního telefonu. Nanotechnologie budou umět lék v kapsli navigovat přímo na místo účinku, zatímco stávající chemoterapie karcinomu je vlastně „kobercové bombardování“. Nanotechnologiemi se budou vyrábět i náhradní tkáně nebo orgány.

## Oprava i nejmenších stavebních kamenů

Genová terapie je léčebný postup, při němž je do genomu pacienta vložena sekvence DNA, přičemž tato sekvence kóduje nějaký chybějící nebo nefungující protein. Léčba spočívá v jedné jediné injekci, po níž se pacienti „uzdraví“. Genová léčba neupravuje původní geny, ale tam, kde gen chybí,



se za pomoci vektoru dodá do buňky a ta začne díky tomuto dodanému genu vytvářet potřebný faktor. Nástroj, který umí lidské geny i zcela změnit, představil Jiří Sedláček, vedoucí Českého centra pro fenogenomiku. Jak uvedl, technika CRISPR/Cas9 umožňuje s dosud nebývalou snadností a přesností zasahovat do genomů všech živých organismů. Existující geny mohou být deaktivovány a místo nich lze na stejnou pozici vložit geny nové. Hovoří se o takzvané editaci genomu.

Umělá inteligence, nanotechnologie a genové inženýrství (editace genomu) a další sofistikované technologie

změní podobu zdravotnictví a medicíny, ale jejich využívání musí zdolávat překážky zdaleka nejen technického rázu. Jejich příkladem je ochrana, sdílení a dostupnost dat, především ale zakořeněné obavy z neznáma. K větší důvěře pomůže vzdělávání veřejnosti a konkrétní zkušenosti s tím, že jde o dobrou věc, ze které není třeba mít strach. Leitmotivem konference byly digitální inovace. Už teď dostupná a známá je obyčejná mobilní aplikace, která buď sama, nebo s pomocí pacienta sbírá data o jeho zdravotním stavu a odesílá je lékařům. Mobilní aplikace zlepšují i adherenci k léčbě – motivuje

nevynechávat léky. Základem pro šíření inovací je ovšem spolupráce všech zúčastněných a motivace k jejich využívání. Podle Iana Winburna, ředitele globálního medicínského oddělení pro hemofilii, endokrinologii a vrozené vady metabolismu při divizi vzácných onemocnění společnosti Pfizer, by právě chybějící spolupráce mohla být největší překážkou: „Nestačí čekat, až inovace přijdou. Musí se pro ně vytvořit i odpovídající prostředí. Je třeba kombinovat zdravotnickou politiku, práci s veřejností a inovace. Bez téhle kombinace není šance uspět.“

(11)

# Z inovací profitují především pacienti

*V rozhovoru s generálním ředitelem pořadatelské české pobočky společnosti Pfizer Pavlem Sedláčkem jsme mluvili o tom, jak inovace vstupují do vývoje nových léků, jací pacienti mohou mít největší prospěch z genové terapie, nebo i o finančním přínosu nových typů léčiv.*

Hovořilo se tu o umělé inteligenci, nanotechnologiích, o vizích v oblasti sdílení a využívání informací – prostě chvílkami se tu pohybujeme ve světě připomínajícím sci-fi. Proč je to pro vás zajímavé, když váš byznys jsou především léčiva a jejich uplatnění na trhu?

To ale zdaleka není celý Pfizer. Léčiva napřed musíte vymyslet, vyvinout, vyzkoušet, projít s nimi obrovský klinický program. V tom všem můžete a musíte použít inovace. Například umělá inteligence má obrovské možnosti využití v analýze dat z klinických studií, nanotechnologie se používají ve výzkumu, i přímo pro transport a aplikaci léku do cílového místa. Těch možností je celá řada.



Pavel Sedláček, generální ředitel české pobočky Pfizer.

Doktor Winburn tu přednášel o genové terapii. Která onemocnění se jí dají především ovlivnit?

On je hematolog a sám se zabývá především léčbou hemofilie, což je dobrý příklad onemocnění s jasným genovým základem a většinou jasně specifikovaným místem genu, kde je třeba udělat „opravu“ pomocí genové terapie.

Hemofilie je sice vzácné onemocnění, ale její léčba je velmi nákladná. Zlevní ji genová terapie?

Náklady na její léčbu vzrůstají hlavně u těžkých pacientů, kteří často potřebují vysoké dávky léků. Právě oni by byli první, kteří by měli přijít na řadu s genovou terapií. Vstupní náklady jsou vysoké, ale pokud se vývoj podaří a léčba vstoupí do klinické praxe, půjde o jeden zákrok na celý život nebo alespoň na velmi dlouhou dobu. Takže ano, ve výsledku půjde nejen o úžasnou pomoc pro pacienta, ale i nižší náklady pro zdravotní systém.

Díky inovacím by mohlo dojít i ke snížení cen léků. Je to dobrá zpráva i pro jejich producenty?

Ptáte se, jestli nám uškodí snížení cen léků díky inovacím. Nemen v rozvojevém světě,

kde jsou miliardy lidí čekajících na pomoc, ale i v našem vyspělém světě je stále obrovské množství lidí, kteří nejsou léčeni nebo dostatečně léčeni a pomoc potřebují. Takže myšlenka „nebudeme vyvíjet něco lepšího, abychom si nepoškodili svůj byznys“, je úplně lhá.

Co vás vedlo k uspořádání konference? A chcete z ní udělat tradiční akci?

Farmaceutická společnost Pfizer v České republice působí už dvacet pět let a letos slavíme i další výročí – už 170 let vymýšlíme, vyvíjíme a pak dodáváme léky, které v současné době pomáhají stamilionům pacientů po celém světě. Díky tomu se můžeme odvážit říci, že Pfizer je inovativní společnost. Když jsme přemýšleli, jak oslavit ta dvě výročí, napadlo nás uspořádat konferenci, která se nebude zabývat minulostí nebo třeba současným stavem zdravotnictví, ale tím, jaké přicházejí nové myšlenky, vize a technologie, které budou pomáhat pacientům i zdravotníkům v blízké, ale i vzdálenější budoucnosti. A jestli z pořádání této konference uděláme tradici? Je to moje přání a uvidíme, jestli se to podaří.

(11)

# CDZ: Potkáme se u vás v kuchyni

*Dvojsmyslný titulěk, který je heslem přerovského Centra duševního zdraví, není míněn jako výhrůžka. Člověk ale nikdy neví, kdy bude potřebovat psychiatrickou pomoc. Těm, kteří trpí některou z vážných duševních nemocí, návštěvy pracovníků centra u nich v kuchyni pomáhají.*

Uvádí se, že v roce 2016 bylo v České republice 8700 lůžek a počet hospitalizací dosahoval čísla 60 000. Česká republika v tom zaostává za vyspělými zeměmi, které úměrně svému blahobytu psychiatrickou péči už reformovaly a množství hospitalizací se jim tak podařilo razantně snížit.

Právě to je cílem center duševního zdraví – předcházet zhoršení zdravotního stavu psychiatrických pacientů a umožnit těm dobře „zaháčeným“ léčit se v přirozeném prostředí – takřkajíc z domova. To nejenže pomůže žít vážně nemocným v rámci možnosti „normální život“ v blízkosti svých rodiny a přátel, ale sekundárně to také přinese úspory zdravotnickému systému a hospodářství vůbec. Výdaje na psychiatrickou péči jsou totiž i kvůli množství hospitalizací neefektivní, a zároveň je tento segment chronicky podfinancovaný. Psychiatrů je málo a jsou přetížení, síť služeb je nerovnoměrná, nemocnice materiálně zastaralé. Na tom se v začarovaném kruhu podílí právě celková struktura a rozložení péče. Suma sumárum, náklady na psychiatrické nemoci – počítaje v to i sociální výdaje, výdaje spojené se ztrátou produktivity pacientů a po-

dobně – se odhadují na 180 mld. korun ročně.

Přesun péče z nemocnic do terénu zlepší život pacientů, ale nepřímě zlepší i podmínky péče poskytované v nemocničních zařízeních, kterým se odlehčí a kterých ubyde. Centra duševního zdraví tak patří bezesporu mezi pilíře reformy psychiatrické péče, jejíž strategie byla ministerstvem schválena v roce 2013. Za první centrum bývá považováno to bohnické, které funguje už několik let. V minulém roce se k němu na různých místech republiky připojilo dalších pět, letos jich ministerstvo vybralo patnáct. Do roku 2021 by jich mělo vzniknout třicet, nakonec až 100. Tento plán má uspokojit předpokládanou potřebu vycházející z udávané prevalence vážných duševních onemocnění. Na jedno centrum by pak připadlo zhruba 200 pacientů / klientů.

## Zpátky do dnů...

Centrum duševního zdraví (CDZ) při Psychosociálním centru Přerov se oficiálně stalo součástí reformy vstupem do strategického projektu v roce 2018, ale jako CDZ toto

pracoviště funguje již od roku 2016. Jak nám však řekla psycholožka přerovského centra Blanka Rektorová, historii tohoto pracoviště lze vystopovat dokonce až do roku 1993. Tehdy vznikl pro pacienty psychosociálního centra denní stacionář se skupinou trpících psychózou. Když první skupina skončila, chtěli o ně terapeuti dále pečovat. „Nemohli jsme jim říct na shledanou, přijďte si pro léky. Založili jsme proto klub denního stacionáře, což bylo volné sdružení lidí, kteří prošli léčbou ve stacionáři. Každý, kdo stacionář opouštěl, se mohl zúčastnit aktivit klubu,“ přibližuje tehdejší dění PhDr. Rektorová.

Spektrum aktivit se rozšiřovalo, ale dlouho byly aktivity klubu zajišťovány na dobrovolnické bázi. Jak pacientů přibývalo, stávalo se takové nastavení neudržitelné. Proto v roce 2008 přišel první sociální pracovník.

Pracoviště si v následujícím roce zaregistrovalo u MPSV službu sociální rehabilitace, postupně přicházelo více sociálních pracovníků, nabídka se rozšiřovala. „Začali jsme jezdit na výlety, scházet se, podnikat celotýdenní aktivity a krok za krokem se tak rozvíjela jistá následná péče,“ vzpomíná Blanka Rektorová

Okolo roku 2014 začali sociální pracovníci centra mluvit o tom, že je třeba za pacienty také docházet nebo je doprovázet na úřady či v jiných činnostech běžného života. Tuto činnost dělaly stále na dobrovolnické bázi, protože nebyla hrazená. Situaci pomohly vyřešit norské fondy. Díky grantu se podařilo pracoviště dále profilovat a rozvíjet směrem k dnešnímu modelu CDZ, pro nějž je charakteristické právě propojení zdravotní a sociální péče. Zkušební provoz přerovského CDZ na současné adrese mohl být zahájen v roce 2016. Na jeho vzniku se podílely dvě „institute“ – Psychosociální centrum Přerov a Duševní zdraví o.p.s.

## Dávat naději

Od roku 2018 je centrum financováno v rámci projektu reformy psychiatrické péče z fondů evropské unie. Přerovské CDZ prošlo výběrovým řízením ministerstva bez problémů



Horní řada zleva: B. Rektorová, K. Mozrová, M. Mertová, L. Pavelková, J. Kalusová, A. Nedbalová. Dolní řada zleva: R. Bubela, V. Slaninová, I. Dolejšová, B. Píchotová, O. Pílec.



„Kulatý stůl“ pracovníků CDZ

Foto: 2x archiv CDZ

a princip svého fungování ani nemuselo příliš upravovat.

Tým poskytuje péči psychiatrickou, psychoterapeutickou, organizuje svépomocné skupiny a další terapeutické aktivity. Funguje ve vlastních prostorách – v denní pobytové místnosti – i v terénu – v případě plánovaných výjezdů za pacienty nebo v rámci společných organizovaných aktivit. Nedílnou součástí je i krizová služba, která je k dispozici sedm dní v týdnu od konce pracovní doby do deseti hodin. Pacienti by se dovolali i později, ale ještě se nestalo, že by volali třeba v noci.

Rejstřík terénních aktivit je široký. Pacienti se mohou zúčastnit i těch, které nabízí Duševní zdraví. Chodí do kina, do divadla, pořádají se dílny, arteterapeutické kurzy, kulinářské kurzy a podobně. Důraz je kladen na zdravotně-sociální charakter služeb. Kromě psychiatrické a psychoterapeutické péče zajišťuje centrum také sociální pomoc. Svým pacientům, respektive klientům pomáhá řešit situace v každodenním životě, ale i při jednání s úřady všeho druhu.

Složení týmu je multidisciplinární a tvoří ho psychiatrické sestry Ivana Dolejšová, Jana Kalusová, Andrea Nedbalová, Lenka Pavelková; sociální pracovníce Marcela Mertová, Veronika Slaninová, Lenka Volková, Barbora Plchotová; specialisté na CDZ Kateřina Mozrová a Juraj Rektor; psychiatr Ondřej Pilc; klinická psycholožka a psychoterapeutka Blanka Rektorová a peer konzultant Robert Bubela. V budoucnu by se měl vzhledem k častým komorbiditám psychiatrických pacientů – nadváze, cukrovce, vysokém cholesterolu – stát členem týmu také dietolog.

Mezi nejzkušenější členy patří kromě Blanky Rektorové psychiatr Ondřej Pilc, který dříve působil na podobném pracovišti v Dán-

sku. Všichni se účastní pravidelných porad, na kterých se probírá aktuální stav pacientů, ale skoro všichni také vyráží za pacienty do terénu. Někdy je nutné improvizovat, a tak se z psychiatra může na chvíli stát i šofér, který za pacientem přiveze psychiatrické sestry, nebo kuchař, který pacientům v rámci společných aktivit uvaří oběd. „Náš kolektiv je mimořádně semknutý a dobře spolupracuje ve všech činnostech. O všem rozhodujeme společně,“ hodnotí fungování svého kolektivu Rektorová.

Také z hlediska psychiatrických sester má práce v centru svá specifika, jak ilustruje komentář jedné z nich: „Práce v CDZ je pro psychiatrickou sestru zvláštní zejména prostředím, ve kterém je zdravotnická péče poskytována. Za pacienty jezdíme domů, což nám dává možnost poznat je blíže z hlediska jejich fungování ve více oblastech. Sestra v těchto podmínkách musí umět zhodnotit stav pacienta a poskytnout náležitou pomoc nebo radu, jak pacientovi tak rodině,“ říká psychiatrická sestra Andrea Nedbalová a dodává, že si práce v centru velmi cení. „Terénní péče pro mě byla přirozenou cestou profesního růstu. Umožňuje mi zdokonalovat se v komunikačních dovednostech a posiluje mé sebevědomí při zvládání krizových situací. Oceňuji tu hlavně důraz na samostatnost. Myslím, že děláme velmi prospěšnou a pěknou práci.“

Za nepostradatelného považuje psycholožka Blanka Rektorová také peer konzultanta Roberta Bubela, který je zcela plnohodnotným členem týmu. Má přístup do systémů i k informacím, když je potřeba, tak vyjíždí do terénu, nebo zůstává v denní místnosti, a pracuje i s rodinami. „Kdyby mi v době, kdy jsem začínala, někdo řekl, že pacienti se stanou mými kolegy, tak bych mu nevěřila.

Dnes je ale Robert Bubela pro fungování týmu zásadní. V minulosti dokázal se svojí nemocí bojovat, snažil se vždy pracovat a je schopen s nemocí něco dělat. Díky jeho zkušenostem se dokáže do pacientů lépe vcítit a my se s ním můžeme kdykoli poradit,“ míní PhDr. Rektorová.

„Před 20 lety jsem onemocněl nemocí, s jakou se setkáváme i v CDZ. Po nějaké době aktivní činnosti a zotavování a po praxi v chráněné dílně jsem se rozhodl, že své zkušenosti využiji, abych pomohl dalším lidem. Přihlásil jsem se proto do výběrového řízení na pozici peer konzultanta. Nyní se snažím pacientům a klientům dávat naději a víru, že mohou žít kvalitní, plnohodnotný a spokojený život i přes úskalí, které jejich nemoc přináší,“ říká Robert Bubela.

## Koordinace a spolupráce

Centrum je koncipováno pro pacienty trpící schizofrenií, dále bipolární afektivní poruchou, těžkými depresemi nebo i vážnými formami obsedantně kompulzivní choroby. Nejčastější diagnózou je schizofrenie, ale typický pacient z hlediska toho, jak se do péče centra dostal, neexistuje. Klienty CDZ jsou pacienti z ochranné léčby, kteří se léčit musí; pacienti dlouhodobě hospitalizovaní, nespolečující pacienti, kteří nechodili na depotní injekce a podobně. Mnozí pacienti jsou do centra přivedeni rodinnými příslušníky, kteří zaznamenají změny chování svého blízkého.

Důležitá je podle PhDr. Rektorové spolupráce s úřady. „Měli jsme třeba případ, kdy pacientka žila s maminkou. Matka dostala mrtvici a pacientka tak zůstala sama v bytě. Dostali jsme tip od sociálního odboru a začali tam jezdit. Kdybychom tam nejezdili, skončila by pacientka v pobytovém zařízení,“ říká psycholožka a dodává, že centrum musí mnohdy spolupracovat i s policií, úřadem práce, správou sociálního zabezpečení nebo i charitami. Centrum nemá k dispozici vlastní chráněné bydlení, ale po dohodě s magistrátem mají pacienti možnost využít domy s pečovatelskou službou.

Podle Blanky Rektorové bude mít další rozšiřování center a jejich koordinovaná spolupráce s dalšími institucemi na množství hospitalizací nevyhnutelně pozitivní vliv. Jak se budou rozšiřovat aktivity přerovského centra, však předem dané není. „Jedním z pozitiv naší práce zde je, že můžeme v rámci projektu CDZ I kreativně rozvíjet naši práci s klienty. Máme v současnosti dostatečný prostor pro to, chodit stále s novými nápady a dávat je v plénum centra,“ uzavírá psycholožka Rektorová.

Mgr. Lukáš Malý



# SÚKL: Po revizním řízení uspoří systém přes miliardu

*Státní ústav pro kontrolu léčiv vydal rozhodnutí ve zkrácené revizi týkající se léčivých přípravků na boj proti některým autoimunitním chorobám. Od 1. července se tak změní úhrady některých léků v této terapeutické skupině. Systém veřejného zdravotního pojištění by mohl ročně ušetřit až 1,4 miliardy korun. Uspořené finance mohou být využity na nákup jiných léčivých přípravků.*

Díky uzavřeným dohodám o úhradě a nejvyšší ceně některých léčivých přípravků mezi výrobcem a VZP by mohlo být dosaženo úspor pro veřejné zdravotní pojištění. I přes změnu výše úhrady by však pacienti neměli více doplácet. Doplatky závisí kromě úhrady ze zdravotního pojištění také na prodejní ceně, která je dána držitelem rozhodnutí o registraci, a také na podmínkách smlouvy uzavřené mezi specializovaným pracovištěm a zdravotní pojišťovnou.

„V případě, že by spotřeby těchto léčiv byly stejné jako v roce 2018 a úhrady zůstaly tak, jako při zahájení revize, lze odhadovat finanční úsporu ve výši stovek milionů až 1,4 miliardy korun. Léčivé přípravky nemusejí být totiž prodávány za maximální stanovené ceny. Platí, že čím nižší je skutečně uplatňovaná cena, tím nižší bude také skutečná úspora,“ vysvětluje Irena Storová, ředitelka Státního

ústavu pro kontrolu léčiv.

Revidována byla skupina terapeuticky zaměnitelných přípravků nazvaná imunosupresiva – biologická léčiva k terapii revmatických, kožních nebo střevních onemocnění, parenterální (tzv. referenční skupina č. 70/2) s obsahem léčivých látek etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab-pegol a golimumab. Ty využívají obranyschopnost organismu k boji proti některým autoimunitním chorobám. Konkrétně blokují uvolňování látek odpovědných za rozvoj zánětu (tzv. prozánětlivé cytokiny TNF-alfa) či ovlivňují odpověď imunitního systému pacienta. Příkladem může být revmatoidní artritida, psoriáza, ankylozující spondylitida, Crohnova choroba, ulcerózní kolitida nebo acné inversa.

Revize zachovává úhradu posuzovaných léčivých přípravků v jejich hrazených indikacích, včetně podmínky

jejich podání na tzv. specializovaných pracovištích. Takové léky jsou dle zákona účtovány jako zvlášť účtované přípravky. To znamená, že jsou účtovány na základě smlouvy uzavřené mezi specializovaným pracovištěm a zdravotní pojišťovnou, a nikoliv vydávány na recept.

„O zahájení správného řízení požádala Všeobecná zdravotní pojišťovna tak, jak jí to umožňuje zákon. Abychom takovou revizi mohli zahájit, musejí odhadované úspory činit alespoň 30 milionů korun,“ dodává Irena Storová.

Podstatou zkrácené revize je flexibilnější sjednocení úhrad v rámci posuzované skupiny léčivých přípravků v návaznosti na aktuální situaci systému veřejného zdravotního pojištění (např. při vstupu nového léčiva do skupiny) a dále také zajištění úspor pro systém veřejného zdravotního pojištění.

Zdroj: SÚKL (red)

## Lékaři vybírají diabetikům léky na míru

*Současný životní styl vede k nárůstu problémů s diabetem. Za dvacet let má být v ČR 1,2 milionu diabetiků. Moderní léky brání nástupu nebezpečných komplikací nebo je alespoň odsouvají. K hitům léčby diabetu 2. typu patří moderní antidiabetika s kardioprotektivními a nefroprotektivními účinky.*

Diabetologie podle slov diabetologa a internisty Martin Prázného z 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prodělala v posledních letech velký pokrok. „Na poli léčby diabetu 2. typu, což je zdaleka nejčastější forma nemoci, se v klinické praxi stále významněji uplatňují moderní perorální antidiabetika i injekční neinzulínová antidiabetika s kardiovaskulárními a renálními benefity a s pozitivními vlivy na srdeční selhání,“ říká lékař.

Nové léky na diabetes 2. typu významně ovlivňují délku života pacientů

i jeho kvalitu. Podle nedávné analýzy jednoho z výrobců dokáže jeho moderní lék v kombinaci se standardní léčbou prodloužit život 60letého diabetika s komplikacemi o 2,5 roku ve srovnání se standardní léčbou doplněnou placebem.

„Antidiabetika se vyvíjejí s důrazem na to, aby byly šetrné a nezhoršovaly například riziko kardiovaskulárních obtíží. To provázelo některé starší typy léků. V dalších generacích se již jednalo o léčiva s neutrálním kardiovaskulárním působením. Nyní se posouváme od neutrality k protektivě – léky mají na

srdce, cévy a ledviny ochranný účinek,“ sdělil Jakub Dvořáček, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu.

### Léčba se šije pacientům na míru

Díky pokrokům v léčbě se postupně daří dostávat pod kontrolu nebezpečné a nákladné komplikace diabetu. „Přestože absolutní počty diabetiků rostou, daří se stabilizovat počet případů závažnějšího poškození ledvin (nefropatií) a počet

diabetiků, kteří kvůli nim potřebují dialýzu," doplnil doc. Prázný. Stejně potěšující je podle něj zastavení růstu počtu nejzávažnějších forem retinopatie čili poškození oční sítnice. V našich krajích jde přitom o nejčastější příčinu získané slepoty v produktivním věku. V případě vysokých amputací dolních končetin se dokonce podařilo trend otočit, jejich počet začal mírně klesat.

Nejen v diabetologii vidíme trend kombinování různých léčivých látek. „Na přelomu tisíciletí byla patrná nedůvěra

k lékovým kombinacím, ale dnes je tento pohled překonaný. Kombinují se různé skupiny léčiv, a to často tak, že jsou fixní kombinace dodávány přímo od výrobce,“ informoval ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

V České republice nejsou hrazeny všechny moderní léky, které dostaly v Evropě povolení k využití coby účinné a bezpečné. „Dnešní pacienti jsou ale často poučení, čtou na internetu zprávy ze zahraničí a informují se o novinkách v léčbě. Mnohdy jsou zapojeni do informačních sítí, které představují

pacientské organizace. Také u nás se už objevují případy, že si poučený pacient z vlastních zdrojů uhradí léčbu, na kterou pojišťovna zatím nepřispívá,“ říká Jakub Dvořáček.

„V praxi to vidíme. Lidé se ptají na všechny dostupné možnosti. Velmi zvědaví a zodpovědní bývají příslušníci mladší generace. Stává se, že na dražší léčbu přispívají dospělí potomci svým rodičům v seniorském věku,“ potvrzuje doc. Prázný.

Zdroj: AIFP (red)

## Brexit a dostupnost léčiv

*Dopadům vystoupení Spojeného království z EU na dostupnost léčiv se věnovali v rámci setkání, které uspořádal portál Apatykář, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Irena Storová, ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček a Renata Semeráková, vedoucí lékárnice lékárny Nemocnice Na Homolce.*

Irena Storová připomněla, že novela zákona, kterou Česká republika přijala v dubnu, řeší dovoz léčivých přípravků z Velké Británie i pro dobu, kdy již Spojené království nebude součástí EU. Dopad na české pacienty a účastníky lékového trhu by měl být co nejmenší. Což potvrdil i zástupce farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček, který zdůraznil, že je potřeba k celé záležitosti přistupovat racionálně. Hysterie z nedostatku léků v lékárnách a hromadění zásob by mohly následně vést k nedostupnosti léčivých přípravků. Měsíčně míří do Velké Británie 37 milionů a z Velké Británie do Evropské unie 45 milionů balení léčivých přípravků. I když firmy mnoho peněz investovaly do navýšení transportních kapacit, k výpadkům může dojít právě kvůli nervozitě na trhu. Příkladem jsou podle Jakuba Dvořáčka inzulin. Renata Semeráková připomněla, že výpadky se lékárny zabývají téměř denně a vyjádřila obavu, aby brexit, případně protipadělková směrnice běžný chod lékáren ještě nezkomplikovaly.

Už dva roky SÚKL na svých stránkách aktualizuje informace o registracích léčiv, cenové a úhradové regulaci. Zodpovědnost je však na konkrétních subjektech. Podle Ireny Storové SÚKL držitelé registrací včas vyzval, aby provedli příslušná opatření. K 15. březnu 2019 bylo u držitelů, kteří mají sídlo ve Spojeném království, už 542 přípravků registrovaných buď v ČR národní procedurou, nebo procedurami vzájemného uznávání. Z nich jen 13 nemá registraci dosud převedenou na držitele usazeného

v EU. SÚKL proto stanovil lhůtu maximálně jednoho měsíce, aby držitelé provedli administrativní opatření. U centrálně registrovaných přípravků zajišťovala komunikaci EMA. 24 z nich označila za nenahraditelné, šest se týká i ČR.

Připravenost většiny originálních výrobců a držitelů rozhodnutí potvrdil i Jakub Dvořáček. A připomněl také, že ve Velké Británii sílí obavy z nadměrného vývozu léčiv způsobeného kurzovými výkyvy. Ředitelka SÚKL uvedla, že se ČR snaží situaci předvídat a udělovat zákazy vývozu předem, aby případný vývoz neohrozil české pacienty. Firmy v souvislosti s brexitem navýšily skladové zásoby léčiv vyráběných na ostrovech, aby byly připraveny i v případě potíží s transportem trajekty a podobně.

Zástupce výrobců originálních léčiv se domnívá, že výrobu brexit nejspíš neovlivní. Přesunout výrobní závod do jiné země může totiž trvat i pět let.

Irena Storová dále v diskusi hovořila i o dopadu brexitu na distribuci, protože povolení vydaná Spojeným královstvím nebudou v EU platná, což může také způsobit nedostupnost některých léčiv. V ČR se tento problém týká jednoho subjektu, který má sídlo ve Spojeném království a povolení k distribuci bylo vydané SÚKL, nicméně dalších 21 subjektů má povolení k distribuci vydané ve Spojeném království. Problém je aktuální především v nemocniční oblasti.

Mínimální dopad bude mít brexit na oblast klinických hodnocení. Zadavatelé

musejí mít po brexitu právního zástupce, který sídlí v EU. Podle ředitelky Storové studie nebudou paušálně pozastavovány. Podle Dvořáčka však může mít i brexit dopad na zadávání nových klinických hodnocení, a to vinou rostoucí konkurence mezi státy. Léčiv vstupujících na trh je méně, jsou specifitější a pro menší počty pacientů, což zintenzivňuje boj mezi státy o klinická hodnocení.

SÚKL se zaměřil na případnou nedostupnost vysoce inovativních léčiv u držitelů rozhodnutí o registraci se sídlem ve Spojeném království. Zde identifikoval pouze jednoho držitele u tří léčivých přípravků, v některých indikacích nenahraditelných. Tento držitel nicméně už požádal o změnu registrace.

Jak upozornila SÚKL, může rovněž nastat případ pozastavení registrace držiteli, který nebude převeden do členského státu EU, a není zatím zřejmé, zda bude umožněn doprodej balení, která jsou již v Evropě na trhu. Teoreticky pak přichází v úvahu situace, že po pozastavení registrace by nebyly hrazeny z veřejného pojištění. Podobný dopad bude mít brexit i z pohledu zdravotnických prostředků. Dopad brexitu pravděpodobně zhorší situaci v nemocničních lékárnách, které jsou podle Renaty Semerákové závislé na výběrových řízeních, kdy musejí nakupovat přípravky v ekonomicky nejméně náročné variantě. Pokud ale např. výrobce, který vyhraje toto řízení, odejde z trhu, znamená to pro lékárnu nedostupnost léčiva a výraznou komplikaci.

Zdroj: Apatykář (red)

# Jako sebe sama, ne místo nebo více

„Spasitel skončí na kříži nebo v Kremlu. Vy musíte dělat řemeslo, ke kterému vás vaše motivace přivedla,“ řekl psychiatr Radkin Honzák ve svém příspěvku, se kterým vystoupil na konferenci Sestra v nové době, kterou 14. 5. uspořádal Institut klinické a experimentální medicíny.

„Nedostatek personálu ve zdravotnictví je závažnější než ve výrobě a má i horší důsledky. Problém studentů zdravotních oborů je stejný jako u celé nastupující generace – emoční nezralost. Mají úplně jinou mentalitu než předchozí generace a z rodin si nepřinášejí návyk na autoritu, což se samozřejmě projevuje i v mezigeneračních vztazích na pracovišti,“ uvedla ve svém příspěvku na téma mladá generace a mezigenerační soužití ve zdravotnictví psycholožka Alena Sehnalová. Jak ale dodala, nejen starší, ale i mladší generace za nejdůležitější předpoklad své práce (kdekoli, nejen ve zdravotnictví) vidí jasné definování toho, co se od ní vlastně očekává. Pro motivaci k práci je to ještě důležitější než finanční ohodnocení nebo prestiž povolání.

Zajímavým kontrastem k zamyšlení byl příspěvek psycholožky práce Lucie Jarešové, která je hlavní sestrou Vojenské zdravotnické služby Armády České republiky. Ve vojenství je jasná hierarchie a vertikálně se dialog opravdu nevede, poslechnout nadřízeného je v armádě základní princip a adept ho přijme, nebo velmi rychle končí. Platí to i pro zdravotníky. Jejich výcvik je takový, aby psychicky i fyzicky zvládali přežít i raketový útok na polní nemocnici (přednášející ho zažila v Afghanistanu).

V obrovském stresu může pracovat sestra i ve zcela mírovém zdravotnickém provozu, třeba když jde o děti v těžkých stavech. „V IKEM děláme resekci jater



Martina Šochmanová

Foto: archiv pořadatele

i dětským pacientům.“ připomněla všeobecná sestra Eva Hrenáková.

„Sestra se po většinu svého pracovního dne věnuje věcem, které jsou obecně považovány za obtížné. Navíc kontakt s pacienty a jejich rodinami je psychicky náročný z mnoha důvodů. A to nemluvíme o úřadování a mezilidských vztazích na exponovaném pracovišti,“ ocenil nasazení sester psychiatr Radkin Honzák. Hovořil především o „chválených zlozvycích“, které nakonec vedou k vyhoření: „Dělejte tolik, kolik fakticky ustojíte. Spasitel skončí na kříži nebo v Kremlu. Vy musíte dělat řemeslo, ke kterému vás vaše motivace přivedla. A jak říká už Nový zákon, milovati budeš svého bližního jako sebe

sama. Ne místo sebe sama a ne více než sebe sama, ale tak jako sebe sama.“

Úryvky ze své knihy *Nebudte fena* přečetla Tereza Schillerová. Popisuje v ní své zážitky onkologické pacientky. „Když na vás nastoupí sestra – fena, cítíte se jako idiot. Štěkance sester – fen vytvářejí nedůstojné zážitky pro ni i pro vás,“ přiblížila autorka pocity pacientů z takového jednání a dodala, že se s ním setkala hlavně na ambulancích.

Nedůstojné chování ale nehrozí jen z jedné strany. V diskusi se sestry ptaly, jak mají reagovat na verbální útoky a hrubosti pacientů. „Nejlepší je nereagovat vůbec,“ zněla odpověď psycholožky Aleny Sehnalové.

(U)

Inzerce ▼ M19100009



## výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb

**Tábor | 10.-11. října 2019**

**Hotel Palcát | 9. května 2471/2**  
Centrum Univerzita Tábor | Vančurova 2904

Přihlášky:  
[www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz), Konference & Kongresy  
& Semináře








# Obor všeobecná sestra se otevře i v kombinované formě

Obor diplomovaná všeobecná sestra, který se studuje po střední zdravotnické škole jeden rok na vyšší odborné škole, bude zřejmě od příštího roku možné studovat i ve formě kombinované, tedy například při zaměstnání. Je o něj zájem mezi zdravotníky z praxe. Dosud ho bylo možné studovat jen prezenčně. Informace zazněly u kulatého stolu na téma vzdělávání zdravotních sester pořádaném ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).

Obor všeobecná sestra je možné studovat také jako tříletý bakalářský obor na vysoké či vyšší odborné škole. Od školního roku 2017/2018 je novelou zákona dána další možnost – budoucí sestry mohou studovat čtyřletou střední zdravotnickou školu a pak jeden rok vyšší odbornou školu. Novela umožňuje také přijetí zájemců do vyššího ročníku, pokud jim budou uznané absolvované odborné předměty. Do roku 2022 se bude ověřovat, zda nový model funguje.

Po absolvování středoškolského zdravotnického studia mohou studenti pracovat jako takzvaná praktická sestra, dříve zdravotnický asistent. Při práci zastávají méně kvalifikovanou práci než všeobecné sestry. „O kombinovanou

Počet zapsaných uchazečů (všechny ročníky) v oboru diplomovaná všeobecná sestra na VOŠ k 31. 10. 2018

Délka studia	Forma studia	Počet zapsaných
3 roky	denní	1356
3 roky	kombinovaná	18
3,5 roku	denní	1216
<b>celkem</b>		<b>2590</b>

formu studia byl velký zájem především u těchto praktických sester. Ve schvalovacím procesu je dodatek k pokusnému ověřování, který takové studium umožní,“ řekla na jednání vedoucí oddělení odborného vzdělávání MŠMT Marta Stará.

Podle ní se 90 % absolventů oboru Praktická sestra snaží dál studovat, u kombinované formy studia je ale větší jistota, že v oboru, ve kterém už často i pracují, dál zůstanou. Studenti vysokých škol podle ní naopak někdy ze zdravotnictví odcházejí. Do zdravotnictví podle odhadů nastoupí třetina absolventů zdravotnických škol, další třetina obor brzy opustí.

Účastníci kulatého stolu, mezi nimiž byli kromě zástupců ministerstev hlavně zástupci středních a vyšších odborných zdravotnických škol, se víceméně shodli na tom, že problém ve vzdělávání sester spočívá v dvojkoľejnosti systému, kdy je možné stejný obor studovat na vysoké i vyšší odborné škole.

Zdroj: Asociace zdravotnických škol, ČTK (red)

## Plzeňští záchranáři se učí na nových modelech

Nové vysoce sofistikované modely pro výcvik a výuku převzala koncem května Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje. Jedná se o výukové modely dospělého, dítěte i novorozence pro výuku rozšířené neodkladné resuscitace.

„Získané výukové modely slouží k výuce rozšířené neodkladné resuscitace lékařů i nelékařů. Jsou určeny k nácviu intraoseálního vstupu, využití sonografie, zajištění dýchacích cest nasazení umělé plicní ventilace a manipulace pacienta s traumatem,“ vysvětloval Pavel Hrdlička, ředitel Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje (ZZS PK).

V rámci projektu získala ZZS PK také simulátor pracoviště operačního střediska. „Při výcviku operátorů na pozici ‚call taker‘ bude velkým přínosem možnost tréninkového přijímání tísňových výzev pod dohledem vedoucího pracovníka nebo zkušenějšího operátora,“ doplnil Pavel Hrdlička. Situace může být s operátory



opakovaně rozebírána, zpětně hodnocena a znovu trénována. Trénink bude orientován na nestandardní situace při příjmu tísňové výzvy (resuscitace novorozence, porod,

vyjednávání se sebevrahem apod.) Zapojení výukových modelů do vzdělávání je plánováno již na podzim roku 2019.

Zdroj a foto: ZZSPK (red)

# Představujeme patientské organizace: Recovery

*V polovině února letošního roku získalo právní subjektivitu sdružení Recovery. Jejím cílem je hájit zájmy pacientů s různými diagnózami závislosti a poskytovat poradenství, ať už nemocným lidem nebo jejich rodinám. Dále jeho aktivní členové vyzývají ke společenské odpovědnosti výrobce, distributory a prodejce legálních návykových hazardních her a aktivně vstupují do legislativních procesů.*

Sdružení Recovery se zaměřuje na nejrůznější typy závislosti: toxikomanii, patologické hráčství nebo alkoholismus. Anglický název spolku odkazuje k náročnému procesu změny, kterou musejí závislí lidé projít, aby se zotavili a dokázali v životě využít svého potenciálu.

Česká republika je považována za království alkoholu. Před rokem Světová zdravotnická organizace (WHO) publikovala globální zprávu o alkoholu a zdraví, která poskytuje přehled o konzumaci alkoholu a jeho rizicích a přehledně informuje o spotřebě alkoholu v různých populacích. Česká republika podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) zaujímá v konzumaci alkoholu 2. místo, o které se dělí s Francií. Autoři studie uvádějí, že škodlivé pití alkoholu je příčinou úmrtí asi tři milionů lidí ročně, většinou mužů. V ČR jde asi o 6 % celkové úmrtnosti, což je zhruba 6,5 tisíc úmrtí ročně. U příležitosti zveřejnění studie uvedl generální ředitel WHO Tendros Adhanom, že je čas posílit opatření k prevenci škodlivého užívání alkoholu, které vede k násilí, úrazům, psychickým problémům a vážným onemocněním.

To je cílem i nově založeného sdružení Recovery, jehož předsedou je František Trantina, expertní pacient, který prošel ústavní léčbou patologického hráčství, vystudoval adiktologii a je členem etické komise Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti. Zkušenosti se závislostí mají i další členové předsednictva spolku, kteří se účastní informačních a preventivních kampaní. Většina z nich se potkala na terapeutickém výcviku SUR, kde se vzájemně podpořili ke společné aktivitě.

František Trantina vysvětluje, proč spolek navzdory závažnosti problematiky vznikl teprve nedávno. „V minulosti snahy o podobná uskupení byly, ale nikdy se nepodařilo věc dotáhnout do konce. Patientské svazy zakládají obvykle pacienti. Lidé se závislostmi však mají po absolvované léčbě starosti hlavně se svým vlastním



**RECOVERY**  
sdružení pacientů  
s diagnózou závislosti z.s.

životem. Obrovský kus práce odvádějí spolky jako Anonymní alkoholici nebo Anonymní gambleři, ale jejich zásadou je nevystupovat na veřejnosti a nekomentovat žádné společenské jevy a události. My jsme ale považovali za nutné, aby taková organizace, která se nebojí nahlas formulovat své názory, konečně vznikla.“ Sdružení zastupované pacienty a nejen odborníky v oboru adiktologie podpořil i ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

## Všude se pije

Místopředseda sdružení, vystudovaný ekonom Tomáš Feifer připomíná, že se spolek Recovery poprvé oficiálně představil na ministerstvu zdravotnictví v rámci meziresortní pracovní skupiny pro snížení škod způsobených alkoholem. Skupina se původně zabývala pouze regulací zákona o reklamě, ale nakonec jejím úkolem bylo podílet se i na sestavení národního akčního plánu. Členové Recovery zformulovali Výzvu ke společenské odpovědnosti adresovanou výrobcům, distributorům a prodejcům alkoholických nápojů, aby dodržovali zákony, ale také orgánům státní správy a zákonodárcům, aby propagaci alkoholu regulovaly.

Podle publikované výzvy se v České republice potkávají tři pásma konzumace alkoholu – piva, vína a destilátů. Průměrná spotřeba alkoholu neustále roste. Termín alkohol se vyskytuje ve 44 zákonech, 30 vyhláškách a 12 nařízeních vlády, což by mohlo vypovídat o tom, že stát tuto problematiku považuje za závažnou. Zákonné normy se ale podle sdružení nedodržují a stát podle předsedy spolku své občany před škodlivými účinky alkoholu nechrání

dostatečně. Alkoholické nápoje jsou v podstatě dostupné všude a všem. „Naše základní sdělení také zní, že závislost je nemoc a ve většině případů jde o progresivní smrtelné choroby, které mnohdy končí sebevraždami, a to nejen samotných závislých, ale často i jejich rodinných příslušníků,“ doplňuje Tomáš Feifer. I když máme k dispozici statistiky závislosti a úmrtnosti, tak jde v podstatě o špičku ledovce, protože řada případů není nikdy evidována. Ať už proto, že dlouho trvá, než se závislost odrazí na biologických markerech, nebo že se pacienti stydí problém přiznat.

Sami praktičtí lékaři nebyvají vždy trénovaní a neumí se svého pacienta správně zeptat.“ Podle Feifera je Česká republika unikátní v tom, že reklama na alkohol může běžet v televizi klidně i v sobotu dopoledne mezi dvěma pohádkami. Výrobci si u nás dělají, co chtějí, a na alkoholiky směřují své marketingové aktivity. Například umělohmotné kelímky na „panáky“ můžete koupit u pokladny mezi žvýkačkami. Nebo miniaturní balení alkoholu, které si podle

### Čtyři klíčové oblasti důležité pro proces zotavení:

- Zdraví
- Domov
- Smysl konání
- Společnost

### Zásadní fakta:

- Hospitalizováno je každý rok 15 tisíc osob.
- Na předávkování zemře ročně více než 500 osob.
- Společenské náklady jsou 115 miliard korun ročně.
- Závislost je nemoc.
- Závislé osoby potřebují pomoc.
- Neodsuzujeme je, může to postihnout každého.



Tomáše Feifera může dobrovolně koupit jen alkoholik, který se potřebuje před cestou do práce posílit.

Další absurditou je, že pivo vyjde levněji než domácí limonáda. „My nejsme fanatičtí abstinenti, ani revolucionáři, naším cílem je na takové věci hlavně upozorňovat. Stát raději vynakládá 59 miliard ročně na škody vzniklé nadměrnou konzumací alkoholu a léčbu, než aby si rozhádal mocné korporace. A média z reklam na tabák, alkohol a hazardní hrani žijí, proto se do kontroverzních témat příliš nepouštějí. Pokud stojí dealer s drogami před školou, všemi to otřese, ale že 12letým klukům na malém městě bez problémů prodají cigarety a alkohol, nikomu moc zajímavé nepřipadá,“ uzavírá Tomáš Feifer.

## Chybí následná péče

František Trantina připomíná, že role státu není u nás dostatečná ani v péči o závislé. Před rokem 1989 zde existovala síť AT poraden, která se rozpadla. Dnes sice stále existuje možnost ambulantní nebo pobytové léčby, ale několik měsíců na psychiatrické klinice možná zachrání alkoholikovi život, jeho myšlení však rozhodně zásadně nezmění. Je potřeba kvalitní následná péče. Poradenské služby a intervenční pomoc pro závislé poskytuje řada neziskových organizací jako je například Sananim, Magdaléna, Podané ruce a mnoho dalších, ale ty zdaleka nepokryjí potřeby závislých, kterých jsou statisíce. Alkoholik nebo gambler propuštěný z ústavního léčení potřebuje především psychoterapeuta. „Toho neseženete ani za peníze. Problematice závislosti se věnuje jen minimum z nich. V Praze máte ještě šanci někoho sehnat, ale jinde je to katastrofa,“ doplňuje Tomáš Feifer. Jedním z úkolů sdružení Recovery je právě zvýšit dostupnost psychoterapie pro závislé pacienty.

Podle předsedy sdružení je důležité, aby se stát přestal tvářit, že tento problém neexistuje nebo že se dotýká jen minima populace. „K tomu potřebujeme pacientské příběhy, na které bychom se rádi zaměřili a které chceme na našich stránkách dále zveřejňovat,“ vysvětluje předseda organizace. Když se lidé přestanou bát sdílet své zkušenosti, je šance něco ve společnosti změnit.

Především v přístupu samotných pacientů, kteří si mohou včas uvědomit, že mají problém. Většina gamblerů jde na léčení až ve chvíli, kdy jsou zadlužení, žijí na ulici a rodina se k nim nehlásí.

Členové spolku Recovery by rádi co nejvíce upozorňovali také na to, že



ilustrační foto: Shutterstock

závislosti se netýkají jen lidí na okraji společnosti. Velice ohroženou skupinou jsou lidé výkonově zaměřeni a pomáhající profese, například lékaři, kde o úspěchu nebo neúspěchu rozhoduje často nepatrný okamžik. Musejí se vyrovnávat s obrovskou trvalou zátěží. Navíc drogy mají trvale k dispozici. Zneužívání opiátů nebo benzodiazepinů mezi zdravotníky není výjimečný jev, jen se o něm příliš nemluví.

## Závislost jako smrtelná nemoc

Za nejtěžší považují Tomáše Feifera i František Trantina úkol prosadit ve společnosti názor, že nadměrné pití není normální, natož chvályhodný jev. Míra tolerance závislosti je v České republice velmi vysoká. Což znesnadňuje život zejména těm, kteří ukončili léčbu a chtějí ve společnosti, kde se pije na každém kroku, abstinovat. Proto tolik alkoholiků projde remisí.

Sdružení Recovery se aktivně zapojuje do protidrogové politiky státu. Spolupracuje například s Úřadem národního protidrogového koordinátora ČR pod vedením Jaroslavy Vedralové, kde se podílí na tvorbě kampaní a prohlášení. Zástupci sdružení, kteří byli ve svých aktivitách činní i před založením Recovery, jsou vyzýváni k připomínkování zákonů a ke konzultacím. Chtějí však být důsledně nestranní. Ve svých stanovách si odsouhlasili, že nebudou z etických důvodů přijímat finanční prostředky od výrobců a prodejců cigaret, alkoholu a provozovatelů hazardních her, kteří potřebují vykázat společenskou odpovědnost. Stejně jako nebudou přijímat finanční dary od politických stran, ani se nebudou s žádnou stranou spojovat.

Recovery má v současnosti šest členů představenstva, kteří zde pracují jako dobrovolníci. Spolek je zatím financován ze soukromých zdrojů svých zakladatelů, ale plánuje se zapojit mezi každoroční žadatele o granty.

Členská základna se dělí na pacienty a sympatizanty z řad adiktologů nebo rodinných příslušníků. Vzhledem k tomu, že sdružení nejvíce kontaktují lidi v akutní fázi závislosti, plánuje sdružení v nejbližší době na svých stránkách spustit mapu pomoci. „Nechceme suplovat roli zavedených organizací, které skutečně pomáhají, ale rádi bychom pacienty k této pomoci nasměrovali. Zkušeností máme dost, ať už jako pacienti, či jako adiktologové,“ zdůrazňuje František Trantina, který si zároveň pochvaluje, že role pacientských organizací a spolků v poslední době velmi posílila a jsou zapojování do rozhodovacích procesů.

Sdružení Recovery by rádo uvědomilo veřejnost i autority o tom, že se zabývá agendou život ohrožujících onemocnění. Jeho pacienti to mají o to těžší, že se ke své nemoci nemohou nikde přiznat. Mnohdy ani svému lékaři. Společnost sice nadměrné pití alkoholu toleruje, ale lidi závislé, ať už na alkoholu, drogách nebo hracích automatech, odsuzuje a stigmatizuje.

Mgr. Pavlína Perlíková

## Kontakty:

**Recovery – Sdružení pacientů s diagnózou závislosti, z.s.**

e-mail@pacienti-recovery.cz

[www.pacienti-recovery.cz](http://www.pacienti-recovery.cz)

## V Jaroměři vznikla stanice sociálních lůžek

Oblastní nemocnice Náchod otevřela v Jaroměři novou stanici sociálních lůžek. Celkem jich zde bude sedmnáct.

Službu sociálních lůžek poskytují v Jaroměři pro pacienty z celého Královéhradeckého kraje Oblastní nemocnice Náchod. „Tato sociálně zdravotní lůžka poslouží klientům, jejichž stav nevyžaduje intenzivní lékařský dohled, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou ještě plnohodnotně přejít do domácího prostředí. Dočasně tak zůstávají v nemocnici, kde se o ně zdravotníci spolu s dalšími odborníky postarají, a mezitím jsou jim také zajišťovány potřebné sociální služby,“ řekl náměstek hejtmána pro oblast zdravotnictví Aleš Cabicar. Provizorně bylo dosud pár

lůžek umístěno přímo v jaroměřské LDN. Celkem bude tedy v Jaroměři až 20 lůžek – tři nadále zůstanou na LDN jako sdílená. Klientům na sociálním lůžku nemocnice zajistí na přechodnou dobu ubytování, celodenní stravování, pomoc při osobní hygieně a při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Součástí péče jsou i sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při obstarávání dalších osobních záležitostí.

„Rekonstrukce probíhala od ledna 2019. Prostory máme pronajaty od města Jaroměř, kterému tímto děkujeme za spolupráci a vstřícnost při snaze o rozvoj této oblasti. Celková investice je zhruba 5,2 mil. korun.“ uvedla Ivana Urešová, statutární ředitelka

ON Náchod. Rekonstrukci prostor financoval Královéhradecký kraj.

Zdroj a foto: ZHKHK (red)



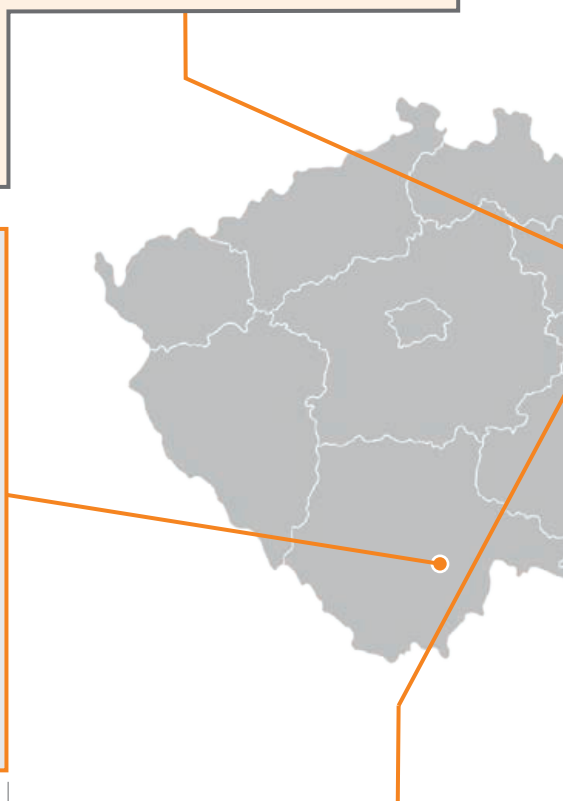
## Lékařský dům v Budějovicích

České Budějovice nabízejí pro pacienty nové zdravotnické zařízení. Poblíž velkých sídlišť Vltava a Máj zahájil provoz lékařský dům Géčko. Objekt, který postavil a provozuje privátní majitel, funguje jako poliklinika. Ordinace zde mají praktičtí lékaři, zubaři, dermatologové nebo gastroenterologové. Lékařský dům navazuje na tradici poliklinik, které dříve nabízely lékařské služby v každém větším městě. „Někde tato zdravotnické

zařízení nadále fungují. Objekty jsou v majetku buď města, nebo privátního vlastníka,“ řekla jihočeská hejtmanka Ivana Stráská.

Lékařský dům nabídne přibližně dvě desítky ordinací. Kromě nich by v něm měla vzniknout lékárna nebo občerstvení. Lékařský dům Géčko stojí v sousedství stejnojmenného obchodního centra na severním okraji Českých Budějovic.

Zdroj: ČTK (red)



## V Rybitví je centrum pomoci s poruchami spánku

Nové pracoviště s názvem Institut spánkové medicíny, centrum diagnostiky a léčby poruch dýchání ve spánku otevřela Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.

Nové centrum je akreditované Českou společností pro výzkum spánku a spánkovou medicínu. „Zařízení je dle platných kritérií 2. nejvyšším akreditovaným zařízením a jediným akreditovaným ventilačním centrem v Pardubickém kraji. Je oprávněno vyšetřovat a diagnostikovat dospělé pacienty

s poruchou spánku a indikovat ventilační léčbu ve všech režimech,“ sdělila ředitelka LDN Rybitví Jana Tomšů.

„Zájem o tyto služby při dostatečném spádovém území registrujeme opravdu velký, nyní se nám podařilo uzavřít smlouvy se zdravotními pojišťovnami, takže předpokládám plné vytížení centra,“ doplnil radní Pardubického kraje Ladislav Valtr.

Zdroj a foto: Pardubický kraj (red)



# První operace ušního implantátu

Klinika dětské otorinolaryngologie FN Brno a LF MU je jediné pracoviště v České republice, které provádí operaci ušního implantátu pro kostní vedení Bonebridge u dítěte. První operaci uskutečnil se svým týmem přednosta kliniky Milan Urík. Do současnosti byl tento typ implantátu zaveden již čtyřem dětským pacientům a další operace jsou naplánovány.

Implantát pro kostní vedení Bonebridge je využitelný u pacientů s převodní a smíšenou nedoslýchavostí. V případě dětí se jedná typicky o pacienty s vrozenými vadami zevního a středního



ucha, jako je například nevyvinutí ušního boltce, zevního zvukovodu nebo středoušních kůstek.

Implantát navrhla a dodává rakouská firma Med-El. Mezi jeho benefity patří zejména to, že je pod neporušenou kůží neviditelný a ve srovnání s jinými systémy přímého kostního vedení minimalizuje nebezpečí z podráždění kůže. Na rozdíl od předchozích typů implantátů se u tohoto typu nevyskytují komplikace hojení v místě rány. Pacienti je proto velmi pozitivně hodnocen z estetického hlediska, a to je v dnešní době nezanedbatelné, i když nejdůležitější je především zisk sluchu.

Implantát se během operace vloží do lůžka, které se vyvrtá v lebeční kosti za uchem a fixuje se. Po zhojení se zevně za ucho přikládá procesor, který zachytává zvukové vlny z našeho okolí, mění je na impulzy, které se přenáší bezkontaktně do implantátu. Koncová část implantátu

ukotvená do kosti se rozvibruje, vibrace se lebeční kostí šíří až do vnitřního ucha, kde jsou zaznamenány sluchovými buňkami a pacient tak může normálně slyšet. Zevní procesor drží na hlavě pomocí magnetu. Je voděodolný, dá se s ním sportovat a pacient žije plnohodnotný život.

„Bonebridge je takzvaný implantát pro přímé kostní vedení. Je vhodný u pacientů s převodní nebo smíšenou nedoslýchavostí, to znamená, že porucha sluchu je způsobena převážně na úrovni zevního nebo středního ucha. Jedná se o pacienty s vrozeným chyběním ušního boltce nebo zvukovodu, s anomálií středoušních kůstek nebo se jedná o pacienty po operacích středního ucha, kde z nějakého důvodu není možná tradiční rekonstrukce sluchových kůstek,“ upřesňuje přednosta kliniky dětské otorinolaryngologie ve FN Brno Milan Urík.

Zdroj a foto: FN Brno (red)

## Centrum pro pacienty se srdečními vadami

Řadě kardiologických pacientů, kteří mají od dětství vrozenou srdeční vadu, pomohla v raném věku operace a další lékařský zákrok již nikdy nebudou potřebovat. Přesto i u nich je vhodný odborný dohled nad dalším vývojem. Právě pro tyto případy vzniklo ve Fakultní nemocnici Olomouc Centrum pro léčbu vrozených srdečních vad v dospělosti při I. interní klinice – kardiologické. Pacienti tak už nemusejí dojíždět do vzdálených a značně přetížených center v Praze a v Brně.

„Naše centrum se věnuje péči o pacienty celého spektra vrozených srdečních vad po dosažení dospělosti. Tak trochu tím vyrovnáváme dluh z minulosti,

protože doposud tu byla pouze systematická péče o dětské pacienty,“ konstatuje lékař olomouckého centra Jan Látal. Vzhledem k tomu, že pacientů s vrozenými srdečními vadami stále přibývá a zároveň řadu těchto dříve fatálních onemocnění umí současná lékařská věda léčit, přestávají doposud fungující a extrémně přetížená centra kapacitně stačit. „Práce s pacienty s vrozenou srdeční vadou zahrnuje celou řadu nejrůznějších diagnóz. Sebelépe léčený dětský pacient potřebuje péči i v dospělosti. Velká skupina našich pacientů bude pouze dlouhodobě sledována, nemalá část však vyžaduje další operační výkony i v dospělosti,“ vysvětluje Látal.

Podle jeho kolegy Filipa Koubka je vhodné pro tyto komplikované pacienty péči centralizovat. „Naši hlavní výhodou je spolupráce s dalšími pracovišti fakultní nemocnice. Například díky spolupráci s porodnicko-gynekologickou klinikou máme možnost nadstandardní kardiologické péče během těhotenství, díky spolupráci s centrem plicní hypertenze nabízíme unikátní možnost vedení vysoce specializované péče v rámci jednoho pracoviště. Samozřejmě úzce spolupracujeme také s dalšími centry naší i jiných nemocnic,“ říká Koubek.

Zdroj a foto: FNOL (red)

# Rehabilitace v léčbě inkontinence



*Léčba a detabuizace nedobrovolného úniku moči je cílem sdružení Incoforum, složeného z urologů, gynekologů, geriatrů, neurologů, praktických lékařů a fyzioterapeutů. Od roku 2002 se snaží přesvědčit veřejnost o tom, že inkontinence není normální stav, a také působit na ostatní zdravotníky, aby inkontinentní pacienty včas diagnostikovali, léčili, případně směřovali do specializovaných pracovišť. V rámci Světového týdne kontinence se Incoforum prezentuje od 18. do 22. června informačním stánkem v OC Anděl.*

Tématem Incofora pro letošní rok, které představili jeho členové na tiskové konferenci 21. května, je rehabilitace a zdravý životní styl. Podle urogynekologa Lukáše Horčíčky, který je předsedou správní rady Incofora, se rehabilitace považuje za základní metodu léčby inkontinence, protože ne všechny obtíže je nutné operovat nebo léčit farmaky. Lukáš Horčíčka dále připomněl, že dnes už je možné vytipovat rizikové skupiny žen. V rámci Gynekologicko-porodnické společnosti se velice diskutuje o vlivu porodního traumatu na pánevní dno: „Vš se jednoznačně, že ženy, které jsou inkontinentní při svém prvním těhotenství nebo po prvním porodu, mají predispozici pro inkontinenci v pozdějším věku. Stejně jako je rizikové nošení břemen, děti a zvýšená fyzická námaha.“

Pro rehabilitaci pánevního dna existuje široká škála cvičebních technik. Úkolem odborných společností je také sjednotit jednotlivé „školy“, aby sdělení směrem k pacientkám byla co nejednoznačnější.

## Rovnováha tahových sil

Fyzioterapii pánevního dna se ve svém příspěvku věnovala i fyzioterapeutka Lenka Vincíková z Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství FN Motol, která s kolegyněmi v Motole založila pracovní skupinu pro rehabilitaci pánevního dna, kde se společně věnují ambulantní péči o pacienty, ale také školení odborné veřejnosti.

Mezi pacienty v ambulanci převažují pacientky, které tam odesílají gynekologové a urogynekologové. Ať už jsou to ženy s poraněním po porodech, operacích, ženy s funkční sterilitou či prolapsem dělohy. Setkávají se tu ale také stále více s muži po chirurgických operacích karcinomu prostaty, kde inkontinence bývá nejčastější komplikací. S inkontinencí se v Motole léčí i pacienti s neurodegenerativními onemocněními, idiopatickými střevními záněty,



Roman Zachoval, Eva Topinková, Lukáš Horčíčka a Lenka Vincíková Foto: Jan Mlnát

po onkologické léčbě. Fyzioterapeuti se tu nejvíce věnují pacientům s inkontinencí moči, ale také s inkontinencí stolice.

Lenka Vincíková připomněla, že cílem fyzioterapeuta je cvičením posílit bohatou strukturu svalů, vazů a tkání, která slouží jako závažný aparát pro močový měchýř, dělohu a konečník. „Rizikovými faktory vzniku inkontinence je věk, pohlaví, obezita, těhotenství a porodní komplikace, menopauza, operace v oblasti malé pánve a nadměrná zátěž, což bývá častý problém u aktivních sportovkyň,“ řekla Lenka Vincíková a dále zdůraznila, že fyzioterapeut by měl vždy svého pacienta vnímat komplexně. Jeho celkové zdraví se odvíjí od životního stylu, ve kterém stále více převažuje sedavé zaměstnání, s nímž jde ruku v ruce špatná postura a minimum pravidelného pohybu. Svoji roli hraje také genetická výbava a elasticita vazivové tkáně.

## Vnímání vlastního těla

Fyzioterapeuta při práci s pacientem zajímá také somatognozie, tj. jak je pacient schopen vnímat jednotlivé části svého vlastního těla. „Občas k nám přijdou pacienti, kteří vůbec nemají představu, kde je jejich pánev, jak s ní pracovat a jak adekvátně zapojit břišní svaly,

což výrazně ztěžuje fyzioterapii pánevního dna,“ uzavírá Lenka Vincíková a dodává, že není důležitý jen pohyb samotný, ale především prožitek pohybu. Sama se svým týmem pacientům co nejnázorněji vysvětluje, jaké procesy probíhají v jejich malé pánvi. Podle jedné z teorií lze vnímat pánevní dno jako hamaku. Při aktivaci pánevního dna dochází k jeho stažení a elevaci, což umožní kompresi močové trubice, pochvy nebo konečníku, čímž se zúží průchod, a k úniku moči nebo stolice pak nedochází.

Druhá teorie pracuje se svaly pánevního dna jako s vodní hladinou. Pacienti si mohou představit loď v docích, ukotvenou lany – vazy a ligamenty – na něž jsou „zavěšeny“ orgány malé pánve. Pokud je vodní hladina dostatečně vysoká, tak podpírá loď a vazy a ligamenta nejsou tolik namáhány. Při dlouhodobé zátěži pak vazy ztrácejí svou elasticitu, čímž později dochází k poklesu pánevních orgánů.

Podle třetí teorie pánevní dno nelze vnímat izolovaně, ale jako součást celkové postury. Pracuje se zde se systémem „tensegrity“ (z anglického tension integrity), kde si jednotlivé pevné složky podobně jako v architektuře zachovávají svou celistvost díky rovnováze tahových sil. Pokud je princip „tensegrity“ narušen a dochází například

k chronickému přetěžování určité oblasti, dojde k narušení celistvosti.

Lenka Vincíková pak uvedla příklady aktivačních cviků k elevaci a posilování pánevního dna. Na klinice pomáhají pacientkám i přístroje „feedbacky,“ vaginální a tlakové sondy, které cvičící pacientce podávají zpětnou vazbu. Stejnou funkci mají přístroje, které snímají elektrické potenciály ze svalů pánevního dna. Pacientka se díky nim dozví, jestli správně aktivuje potřebné svaly a s jakou intenzitou. Doma pak pacientky mohou používat i různé pesary a závaží.

Při fyzioterapii se v Motole řídí vývojovou kineziologií, která zkoumá motorický vývoj dítěte od narození po třetí rok života, kdy se postupně a přirozeně zapojují jednotlivé svalové skupiny. Sestava cviků, kterou využívají pacientky se stresovou inkontinencí i s prolapem orgánů, napodobuje pohybový projev dítěte.

Na závěr Lenka Vincíková zdůraznila, že pánevní dno je třeba vnímat s ohledem na celkové držení těla, které by mělo být zpevňováno pravidelným pohybem a rovnoměrnou zátěží.

## Nejen ženský problém

Tématem prezentace Romana Zachovala z Urologické kliniky 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze byla úloha fyzioterapie u mužské inkontinence, která postihuje

11–35 % mužů nad 65 let. Především u nich jde o urgentní inkontinenci, která se pojí s hyperaktivním močovým měchýřem, ať už v souvislosti s hyperplazií prostaty nebo z neurogenních příčin. Častá je však také stresová, která je dána oslabením svěračů močového svěrače a není bohužel farmakologicky léčitelná. Nejméně častá, ale závažná, až život ohrožující, je paradoxní inkontinence – inkontinence z přetékání, která se léčí chirurgicky.

Léčebný algoritmus u mužů je podobný jako u žen, i když režimová opatření mívají u mužů obvykle mizivý efekt. Fyzioterapie je velmi dobře účinná i u mírnějších typů inkontinence, zejména u stresové, například po operacích prostaty, ale vhodně doplňuje i léčbu té urgentní. Základní sada cviků je koncipována tak, aby cíleně pracovala s pacientovým vědomým, pomalým či rychlým zatináním svalů kolem konečníku. Při pravidelném denním cvičení se obvykle efekt dostaví za několik měsíců. Lékaři a fyzioterapeuti z Incofora sestavili podle konsenzu mezinárodního panelu odborníků brožuru s šesti dalšími účinnými cviky, která je volně dostupná na webových stránkách Incofora.

## Léčba ne za každou cenu

Pohled geriatra nabídla přednostka 1. geriatrické kliniky 1. LF UK Eva

Topinková, která připomněla, že mezi milionem inkontinentních pacientů je asi 250 tisíc starších lidí. V léčebnách dlouhodobě nemocných bývá 80 % pacientů inkontinentních. Inkontinence zde často vzniká jako přidružený projev jiných onemocnění, například diabetu či cévních mozkových příhod. Jde většinou o signál geriatrického rizika – seniorskou křehkost (senior frailty). Prof. Topinková zdůraznila, že pro management inkontinence u seniorů musí geriatr zdravotní stav seniora vždy komplexně posoudit. Důsledně uplatňovaná „guidelines“ někdy nevedou ke kýženému výsledku. Je rovněž prokázáno, že farmakologická léčba u hyperaktivního močového měchýře může být riziková například u pacientů s demencí. I v oblasti prevence některá doporučení u seniorů neplatí. Pacienti s nadváhou i mírnou obezitou mají pravděpodobnost vyššího dožití. Fyzioterapie a tělesný pohyb v rozsahu, který dovoluje zdravotní stav seniorů, se naopak považují za klíčové. Závěrem připomněla, že geriatrické know-how je k dispozici ostatním odbornostem a je východiskem ke tvorbě modifikovaných doporučení odborných společností pro péči o geriatrické pacienty.



Mgr. Pavlína Perlíková

# Jana Hercogová pokřtila knihu

*V rámci zahájení sympozia MyDermatology, které pořádala Česká akademie dermatovenerologie, byla v Praze pokřtěna publikace Klinická dermatovenerologie. Hlavní editorkou a spoluautorkou knihy je prof. Jana Hercogová, přednostka Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK Nemocnice Na Bulovce. Publikaci s 1400 stranami redakčně zpracovala a vydala Mladá fronta.*

Křest prvního dílu proběhl v pátek 24. května v reprezentativních prostorách Rudolfových galerií na Pražském hradě. Jedná se o unikátní publikaci, do jejíž přípravy

se zapojilo 72 spoluautorů z osmi klinik a dalších pracovišť z České a Slovenské republiky. Prof. Hercogová poděkovala všem spoluautorům, kteří kromě odborných textů

zajistili obrazovou dokumentaci, včetně histopatologických fotografií, které jsou pro výuku dermatologie zcela zásadní. Křtu reprezentativní tříkilogramové knihy se účastnil prof. Klaus Wolff, emeritní profesor vídeňské dermatologické kliniky, generální ředitel vydavatelství Mladá fronta Jan Mašek, ředitel divizí Medical Services a Euro HUB Karel Novotný a další hosté.

Knihu k vydání připravila redakce Postgraduální medicíny vydavatelství Mladá fronta pod vedením Michaely Lízlerové. Po slavnostním křtu knihy následovaly odborné přednášky profesorů a přednostů českých a slovenských dermatovenerologických klinik, kteří z pohledu svých specializací zhodnotili vývoj oboru za posledních 30 let.



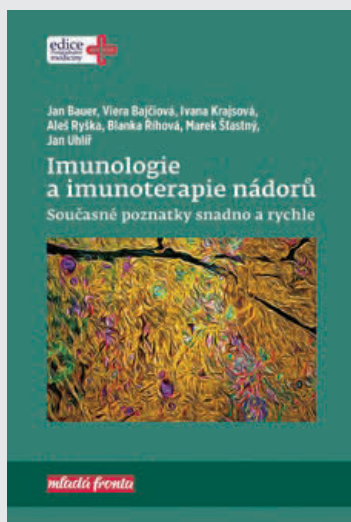
Účastníci křtu na Pražském hradě

Foto: Tomáš Hercog

(pp)

# Nejlepší publikace v onkologii

Výbor České onkologické společnosti ČLS JEP každoročně vyhlašuje soutěž o nejlepší knižní publikaci s onkologickou tematikou. Na Brněnských onkologických dnech 2019 byla vyhlášena vítězná kniha za rok 2018, a to *Imunologie a imunoterapie nádorů* autorů Jana Bauera, Viery Bajčiové, Ivany Krajsová, Aleše Ryšky, Blanky Říhové, Marka Šťastného a Jana Uhlíře. Knihu vydalo v roce 2018 nakladatelství Mladá fronta.



Protinádorová imunoterapie se s velkou pravděpodobností stane v brzké době dominantní léčbou první linie u mnoha nádorových onemocnění. Teoretický a klinický výzkum v oblasti imunologie nádorů a protinádorové imunitní odpovědi přináší stále nové a nové poznatky, které jsou využitelné v klinické medicíně. Cílem autorů nebylo postihnout celou šíři novinek v této oblasti, ale především srozumitelnou a čtivou formou shrnout poznatky, které jsou mimo jiné spojeny s významným rozšířením odborného slovníku. Kniha zahrnuje kapitoly zabývající se problematikou nádorové imunologie a imunoterapie na obecné úrovni a kapitoly přinášející souhrn poznatků o klinickém využití imunoterapie, jejich výsledcích a omezeních v protinádorové léčbě. (red)

# NUDZ získal prestižní ocenění

Národní ústav duševního zdraví získal významné ocenění „HR Excellence in Research Award“ (zkráceně „HR Award“). Toto prestižní ocenění Evropské komise v oblasti kvality péče o lidské zdroje ve vědě a výzkumu má v celé Evropě 480 organizací, v Česku je držitelů pouze 16.

## Ocenění „pocítí“ i pacienti

Kromě prestiže má udělení HR Award řadu praktických dopadů, například zlepšení přístupu k evropským a tuzemským grantům, posílení rozvoje profesního růstu výzkumných pracovníků, a je také zárukou otevřeného, transparentního nábory nových zaměstnanců. To umožní intenzivnější výměnu pracovníků se zahraničními institucemi a přiláká více zahraničních expertů.

„Zaměstnanci mají jistotu, že jejich výběr, rozvoj profesní kariéry a zejména jejich odměňování bude prováděno transparentně na základě zásluhovosti. Získají možnost řízeného profesního růstu s možností systematického zvyšování, rozšiřování a doplňování kvalifikace. Získají také možnost v rámci projektů poznat fungování zahraničních institucí. Lékaři a výzkumníci budou moci rozšiřovat své know-how i na základě zkušeností na zahraničních pracovištích. „Budujeme prostředí, které

pomáhá šířit nasbíranou expertizu napříč celým ústavem,“ vysvětluje Alexandr Borovička, ekonomicko-provozní náměstek NUDZ.

## Obhajoba každé dva roky

Cesta k ocenění trvala 14 měsíců a vedla přes řadu velmi důkladných analýz. Na jejich základě bylo nutné chod Národního ústavu duševního zdraví uvést do souladu s Chartou a Kodexem (40 základních principů přístupu v oblasti personální politiky ve vědě a výzkumu). Za tímto účelem vznikl akční plán a strategie rozvoje lidských zdrojů. Ocenění není přiděleno na neomezenou dobu, ale je nutné je každé dva roky obhájit. „Při pravidelné evaluaci ze strany expertů Evropské komise dostáváme nezávislou a kvalitní zpětnou vazbu na to, jak si v oblasti personalistiky vedeme, a máme tak možnost se neustále zlepšovat,“ uzavírá Alexandr Borovička.

Zdroj a foto: NUDZ (red)



# Novinka z vydavatelství Mladá fronta

## Eutanazie pro a proti

V rámci Edice celoživotního vzdělávání České lékařské komory vydala Mladá fronta obsáhlou publikaci Eutanazie – pro a proti. Editory jsou prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. ze IV. interní kliniky – kliniky gastroenterologie a hematologie 1. LF UK a VFN v Praze. Oba autoři pořádají již devátým rokem cyklus konferencí zaměřených na etické a komunikační problémy v medicíně. V roce 2017 jim Univerzita Karlova udělila Cenu Bedřicha Hrozného za tvůrčí počin.

Monografie Eutanazie pro a proti obsahuje příspěvky 37 autorů, kteří se problematice věnují z pohledu své specializace a nabízejí své profesní zkušenosti i osobní stanoviska. V šesti samostatných oddílech zazní názory z oblasti klinické medicíny, filozofie, etiky, psychologie, práva a teologie. Prof. Ptáček v úvodu připomíná, že téma je závažné a kontroverzní, proto si neustále



žádá, aby mu byla věnována pozornost. Ať už na konferencích nebo v odborné literatuře. Monografie o asistované smrti nemá ambici být učebnicí, ani nemapuje nejaktuálnější názory na danou problematiku. Snaží se spíše otevřít diskusi a inspirovat čtenáře, aby se nad otázkami,

kteří se jednou budou týkat každého, více zamysleli. Názory jednotlivých autorů jsou podle prof. Ptáčka rozdílné, ale základním imperativem publikace zůstává „vždy pomáhat, nikdy neškodit.“ Prezident ČLK MUDr. Milan Kubek v úvodu zdůrazňuje, že volání po eutanazii není nic jiného než hlasité přiznání, že selhávají mezilidské vztahy a nesoudržná moderní společnost se rozpadá. Pokud budeme mít kvalitní a dostupnou paliativní péči a sociální služby, nezůstane podle Milana Kubka příliš argumentů v ruce. V závěru 450stránková publikace najde čtenář i vybrané kazuistiky, vysvětlení několika desítek vybraných pojmů. Rozlišuje eutanazii aktivní (AVE = aktivně voluntary euthanasia), jako usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou nebo pacientem samým, a eutanazii pasivní, nedobrovolnou, kdy dojde k přerušení léčby a odepření dalších léčebných postupů, které by pacienta neúměrně zatěžovaly. Právní systém České republiky pojem eutanazie nezná.

(pp)

Inzerce

## Lékový emergentní systém

**úterý 25. 6. 2019** od 9.00 do 11.00 hodin (registrace 8.30 hodin)

**Art Restaurant Mánes** (Masarykovo nábřeží 250/1, Praha 1, 110 00)

Přednášející:

- PharmDr. MUDr. Jan Šimon, statutární ředitel, Asociace evropských distributorů léčiv
- PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident České lékařské komory
- Kasper Ernest, Secretary-General, European Association of Euro-Pharmaceutical Companies
- JUDr. Jakub Svoboda, Ph.D., partner, advokátní kancelář Arzinger & Partners

Vstup na akci je zdarma a je možný pouze po registraci.

Bližší informace a registrace: **Zdeněk Novák**, e-mail: [novakz@mf.cz](mailto:novakz@mf.cz), telefon: 225 276 129

Partner:



## Masarykův onkologický ústav má nového ředitele



Onkolog Marek Svoboda, který v ústavu působí od roku 2004 a od roku 2010 jako náměstek ředitele pro vědu, výzkum a vzdělávání, se stane ředitelem brněnského Masarykova onkologického ústavu. S účinností od 1. července ho jmenoval ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Současný ředitel a senátor Jan Žaloudík sám skončí k poslednímu červnu.

Svobodu doporučila ministru Vojtěchovi na základě otevřeného výběrového řízení výběrová komise složená z 16 představitelů odborných společností, profesních komor, odborů, lékařské fakulty, zástupců Brna, Jihomoravského kraje a ministerstva zdravotnictví. Nový ředitel je podle ministra zdravotnictví zárukou v pokračování kvalitní práce ústavu. Musí podle něj nadále sledovat pravidla financování zdravotní péče a změny v hospodářské a legislativní oblasti, které mohou mít dopad na rozpočet ústavu a poskytované služby. „Musí činit rychlá a strategicky správná rozhodnutí tak, aby bylo možné udržovat finanční stabilitu organizace v provozní oblasti a mezinárodně akceptovatelnou kvalitu poskytovaných služeb,“ doplnil Adam Vojtěch.

Svoboda vystudoval Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity Brno, na které v roce 2008 získal titul Ph.D. v oboru onkologie a v roce 2018 se stal ve stejném oboru profesorem. Je členem několika českých i mezinárodních odborných společností. Před nástupem do Masarykova onkologického ústavu působil několik let ve Fakultní nemocnici Brno i na odborných pracovištích ve Spojených státech amerických.

Zdroj: ČTK (red)

Foto: Masarykův onkologický ústav

## Nastupující ředitel Psychiatrické nemocnice Brno

Ve vedení Psychiatrické nemocnice Brno je Pavel Mošťák, který nemocnici dočasně vedl. Doporučila ho výběrová patnáctičlenná komise a ministr zdravotnictví Adam Vojtěch doporučení akceptoval. Ministerstvo hledalo nového ředitele poté, co v únoru po 18 letech rezignoval Marek Radimský.

Mošťáka doporučili představitelé odborných společností, profesních komor, odborů i zástupců ministerstva. „Dr. Mošťák jako dlouholetý pracovník psychiatrické nemocnice velmi dobře zná fungování celé instituce. Posledních sedm let byl navíc primářem oddělení. Je to velká výhoda, protože je nejen vyprofilovaný odborníkem, ale má i několikaleté manažerské zkušenosti,“ uvedl ministr Vojtěch.

Nemocnice je významným zařízením, které poskytuje komplexní péči o pacienty v několika oborech a také vědecko-výzkumným a znaleckým pracovištěm. Úkolem nového ředitele je nejen zajistit a rozvíjet stávající zdravotní péči. V plánu má také zřídit a otevřít centrum duševního zdraví, což je jeden ze základních kamenů reformy psychiatrie připravované ministerstvem zdravotnictví.

Mošťák vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Hradci Králové a má dvě atestace z oboru psychiatrie. Celou profesní kariéru spojil s Psychiatrickou nemocnicí Brno, kam nastoupil po ukončení studií roku 1998. Od roku 2012 byl primářem.

Zdroj: MZ ČR (red)

## Nové vedení v Nemocnici Nový Jičín



Předsedou představenstva novojičinské nemocnice je od 1. června Jan Káňa,

primář ortopedicko-traumatologického oddělení nemocnice. Pozice místopředsedy představenstva se ujímá zkušený manažer David Koribský.

Úkolem pro nové vedení novojičinské nemocnice bude další rozvoj zdravotnického zařízení s důrazem na nosné komplexní onkologické centrum, které je jeho součástí.

Jan Káňa vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a bohaté pracovní zkušenosti získal ve Fakultní nemocnici v Ostravě a Městské nemocnici v Ostravě.

David Koribský je absolventem Vysoké školy ekonomické v Praze se specializací na management zdravotních služeb. Do novojičinské nemocnice přichází ze společnosti Nemocnice Kyjov, kde řadu let působil na pozici ekonomického náměstka, zodpovědného za ekonomický rozvoj, hospodaření v oblasti financí a strategické řízení nemocnice. Nemocnice Nový Jičín je ve svém regionu jedinou nemocnicí s komplexní strukturou poskytované zdravotní péče a špičkovým komplexním onkologickým centrem. Do její spádové oblasti patří na 170 000 obyvatel.

Součástí Nemocnice Nový Jičín je i Nemocnice Vítkov poskytující zdravotní péči v oborech rehabilitace, interního lékařství, radiologie a zobrazovacích metod, klinické biochemie a hematologie a péče o dlouhodobě nemocné pacienty.

Zdroj: Nemocnice Nový Jičín (red)

## Končí ředitel FN Královské Vinohrady



V čele Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) skončí k 30. září ředitel Robert Grill. Odchází na vlastní žádost kvůli blížícímu se



důchodovému věku. Na jeho místo bude vypsán výběrové řízení, nový ředitel nastoupí od října. Ministr Vojtěch v tiskové zprávě ocenil, že Grill neodchází ze dne na den. „Bylo mi ctí pracovat v čele takového špičkového pracoviště, kterým vinohradská nemocnice bezpochyby je, ale myslím si, že je vhodný čas předat kormidlo mladším,“ zhodnotil svůj odchod ředitel Grill, který nemocnici vedl od roku 2016. V březnu předchozího roku odvolal tehdejší ministr Svatopluk Němeček ředitele vinohradské nemocnice Marka Zemana poté, co ohlásil předpokládanou ztrátu nemocnice 300 milionů korun. Po něm půl roku vedla provizorně nemocnici Andrea Vrbová, která byla později i ve vedení Nemocnice Na Bulovce. Robert Grill pracuje ve vinohradské nemocnici od roku 1982. Působil na chirurgické a urologické klinice, stal se jejím primářem a v roce 2010 přednostou. Od roku 1991 vyučuje na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, kde byl aktivní v akademických senátech fakulty i univerzity. Od května 2015 zastával pozici náměstka ředitele.

Zdroj: MZ ČR (red)

Foto: FN Královské Vinohrady

## Výměna vedení v LDN na Praze 6

Do funkce ředitelky městské Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) v Chittussiho ulici v Praze 6 nastoupí od 1. srpna Marta Želízková. Vystřídá Jiřího Malého, který LDN řídil od roku 1988 a na konci května odchází do důchodu. Dočasným vedením od 1. června do 31. července byla pověřena Monika Havránková, která je ekonomkou LDN. Jmenování potvrdila rada městské části Praha 6. LDN v Chittussiho ulici zřizuje právě tato městská část, která také vypsala výběrové řízení na nové vedení. Budova, kterou získala před lety bezplatně od státu, potřebuje kompletní rekonstrukci. Praha 6 se špatným stavem objektu zabývá mnoho let. Stavba nové LDN je jednou z možností. „Jednou z variant je umístění LDN v rámci Polikliniky pod Marjánkou, na což máme stále platné usnesení zastupitelstva z roku 2016, další je výstavba nové budovy v Drnovské ulici, kde máme k tomuto účelu od hlavního

města svěřený pozemek do správy,“ uvedl mluvčí Prahy 6 Ondřej Šrámek.

LDN disponuje sto lůžky následné péče. Pacienty přijímá většinou ze spádových nemocnic. 90 procent lidí přichází z Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích. Městská LDN v Chittussiho ulici se nachází na stejném pozemku jako soukromá Nemocnice následné a rehabilitační péče, kterou v roce 2018 koupila společnost Penta Hospitals.

Zdroj: ČTK (red)

## Novým šéfem polského Dr.Max je bývalý manažer Kauflandu



Novým generálním ředitelem polské divize řetězce Dr.Max bude Krzysztof Szponder, dosud působící v představenstvu řetězce Kaufland Polska. Síť lékáren Dr.Max – působící v řadě zemí střední a východní Evropy – je jedním z největších řetězců lékáren v Polsku, kde má téměř 400 lékáren.

Zdroj a foto: wiadomoscihandlowe.pl (red)

## Nový výkonný ředitel Sanofi



Představenstvo farmaceutické společnosti Sanofi na svém včerejším

zasedání jednomyslně jmenovalo Paula Hudsona novým výkonným ředitelem skupiny. Nahradí tak Oliviera Brandicourta, který se rozhodl odejít do důchodu. Paul Hudson, který působil jako generální ředitel Novartis Pharmaceuticals a člen výkonného výboru Novartis, nastoupí do funkce 1. září. Paul Hudson je zkušeným manažerem se silnými mezinárodními zkušenostmi, zejména ve Spojených státech, Japonsku a Evropě. Ve farmaceutickém průmyslu působí 28 let, zastával různé pozice u významných farmaceutických společností jako Schering Plough, AstraZeneca a Novartis.

Zdroj a foto: Sanofi (red)

## Prezidentkou Novartis Pharmaceuticals Marie-France Tschudinová



Novou prezidentkou Novartis Pharmaceuticals a členkou výkonného výboru byla jmenována Marie-France Tschudinová, nyní prezidentka Advanced Accelerator Applications, dceřiné společnosti Novartis. Nahradí Paula Hudsona, který přestoupil na pozici generálního ředitele společnosti Sanofi. Marie-France Tschudinová má více než 25 let zkušeností v oblasti farmaceutického a biotechnologického průmyslu. Do společnosti Novartis nastoupila v lednu 2017, působila rovněž jako členka výkonného výboru společnosti a ředitelka společnosti pro Evropu. Před příchodem do společnosti Novartis strávila 10 let ve společnosti Celgene v různých vedoucích a řídicích funkcích a od roku 2014 do roku 2016 vedla divizi hematologie pro Evropu, Střední východ a Afriku.

Zdroj a foto: Novartis



Nemocnice Tábor, a.s.  
přijme do pracovního poměru:

## Lékaře/ku pro Chirurgické oddělení Lékaře/ku pro Neurologické oddělení

- specializovaná způsobilost či zařazení v oboru vítáno
- vhodné i pro absolventy VŠ

### Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti
- nástup ihned nebo podle dohody
- plný pracovní úvazek
- po zapracování možnost trvalého pracovního poměru
- výhodné mzdové ohodnocení v souladu s vnitřními předpisy dle dosažené praxe a kvalifikace
- možnost absolvování specializačního vzdělání bez smluvního závazku
- možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro další vzdělávání
- 5 týdnů dovolené
- nástup ihned, popřípadě dle dohody.
- Nemocnic Tábor, a.s. má akreditaci na vzdělávání lékařů
- náborový příspěvek v případě Chirurgického oddělení
- pracovní doba, včetně ÚPS v souladu se zákoníkem práce
- možnost ubytování na ubytovně v areálu nemocnice v případě volné kapacity
- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně
- příspěvek na penzijní připojištění (při plném pracovním úvazku a pracovním poměru trvajícím alespoň 1 rok)
- zaměstnaneckou slevu do lékárny 10%
- parkovací místo zdarma

Bližší informace podá: MUDr. Zdeněk Valášek, primář CHIR,  
tel.: 381 605 100, 733598971, e-mail: zdenek.valasek@nemta.cz  
MUDr. Alexandr Orel, primář NEUR,  
tel.: 381 606 200, 603224804, e-mail: alexandr.orel@nemta.cz

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



číslo 6/2019

### Šéfredaktorka

Mgr. Pavlína Perliková,  
tel. 225 276 295, e-mail: perlikova@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 Vojtisková  
prof. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

### Editor

Mgr. Lukáš Malý,  
tel.: 225 276 208, e-mail: maly@mf.cz

### Redakce

MUDr. Andrea Skálová,  
tel.: 602 710 567, e-mail: skalova@mf.cz

PhDr. Jana Jílková

tel.: 225 276 391, e-mail: jilkova@mf.cz

### Stálý spolupracovník redakce

Mgr. René Šiřta

Výkonný manažer redakce, grafika a technické zpracování  
Radek Koňarik, tel. 225 276 455, e-mail: konarik@mf.cz

### Obchodní ředitelka

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

### Personální inzerce

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



Generální ředitel  
Ing. Jan Mašek

Ředitel divize Medical Services  
Karel Novotný, MBA

Marketing a distribuce  
Ředitel marketingu, výroby a distribuce:  
Jaroslav Aujezdský

Brand Manager:  
Veronika Kocánková

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 Žlízku 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 Pressegross, a. s.,  
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183,  
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3,  
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819  
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele.

Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity na základě licence od Shutterstock.com.

### Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 13. 6. 2019

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.  
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2019  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Inzerce ▼ M191000203



Nemocnice Hranice a.s. přijme

## Lékaře na interní oddělení

### Kvalifikační požadavky:

► VŠ - Lékařská fakulta ► základní interní kmen nebo v přípravě ► specializovaná způsobilost v oboru vnitřního lékařství vítána

### Nabízíme:

► nástup dle dohody ► možnost ubytování (služební byt) ► dobré pracovní podmínky ► plný úvazek ► smluvní plat ► příspěvek na stravování a dovolenou

### Požadované doklady k přihlášce:

► stručný životopis

### Kontakt:

Nemocnice Hranice a.s.,  
Michaela Sobková, sekretariát  
Zborovská 1245, 753 22 Hranice  
e-mail: nemocnice@nemocnice-hranice.cz  
tel.: 581 679 102

Inzerce ▼ M191000194

## Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

je přijímána na e-mailu:  
personalni.inzerce@mf.cz

nebo telefonicky:

+420 225 276 380

Ilustrační foto: Shutterstock



# MEDICAL SERVICES



mediální servis ve zdravotnictví

## Vše od návrhu po realizaci

- Vydáváme odborné zdravotnické **knihy a časopisy**
- Organizujeme **kongresy a semináře**
- Připravujeme **eventy**
- Provozujeme odborné webové stránky **zdravotnictviamedicina.cz**
- Rozesíláme **newsletter** s denním zpravodajstvím
- Vyrábíme internetový pořad **Medical TV**
- Spolupracujeme úzce s ekonomickým týdeníkem **EURO** a měsíčníkem **PROFIT**

[www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

Stabilní zázemí velké společnosti  
se 73letou tradicí...

# UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH  
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY



MLADÁ FRONTA

## ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou předsedy vlády Andreje Babiše  
a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

# ZDRAVOTNICTVÍ 2020

## 7.–8. LISTOPADU 2019

### HOTEL GRANDIOR NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1

#### Hlavní témata:

- nemocnice – ekonomika, správa a řízení lidských zdrojů
- budoucnost zdravotních pojišťoven
- legislativa ve zdravotnictví
- digitalizace
- léková politika

Bližší informace:

[www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz), [www.uzs.cz](http://www.uzs.cz)

Generální partner



Hlavní partneři



Vystavovatelé



Mediační partneři

