

# ZAM

Zdravotnictví  
a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

**7/8**  
2018

**Filip Vrabel:**

„Dlouhodobým cílem MZ je  
připravit zcela novou koncepci  
stanovování cen a úhrad.“

více od str. 7

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

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína



a získáte jako dárek

## 2 láhve kvalitního vína Johann W – Zámecké vinařství Třebívlice

**Saint Laurent Rosé 2016 (0,75 l)**  
růžové, suché

**Modrý Portugal 2016 (0,75 l)**  
červené, suché

[www.johannw.com](http://www.johannw.com)

**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen  
do 9. 9. 2018.**

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



### Předplatte si bezpečně e-mailem

Na [mf@send.cz](mailto:mf@send.cz) zašlete své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař / odborný pracovník ve zdravotnictví.

Do předmětu napište kód **ZM0718**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



### Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše nám telefonicky nadiktujte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM0718**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař / odborný pracovník ve zdravotnictví.

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



## Jak ten čas letí...

Je to už 25 let, co jsem při slavnostním ceremoniálu ve velké aule Karolina přebírala lékařský diplom a s ním oprávnění užívat akademický titul *medicinae universae doctor*. A tento týden promovala na téže místě dcera mé sestřenice Denisa. Co se změnilo od té doby? Připomeňme si události roku 1993. Se zánikem Československa vznikly dvě republiky, Česká a Slovenská, Václav Havel byl zvolen prvním prezidentem České republiky, na křeslo premiéra usedl Václav Klaus. Je vydána Ústava České republiky a horkou jehlou ušito mnoho nových zákonů. Doběhla první vlna kuponové privatizace a Viktor Kožený si pomalu balí kufry na Bahamy. V USA je zvolen prezidentem Bill Clinton, Rusku prezidentuje Boris Jelcin. Nelson Mandela se stává držitelem Nobelovy ceny za mír. V křesle ministra zdravotnictví ČR se střídají Petr Lom a Luděk Rubáš, oba členové ODS. Na trh vstupují první mobilní telefony – váží 4,5 kg a stojí přes 60 tisíc korun. Microsoft přichází s verzí Windows 3.1, předchůdkyní nového operačního systému Windows 95.

Pojmy jako Google, Facebook, cloud nebo selfie se dosud vznášejí ve sféře sci-fi. Objevují se kontroverzní, geneticky modifikované potraviny. V příštích dvaceti letech bude zmapován lidský genom, budou uděleny Nobelovy ceny za výzkum kmenových buněk, objev *Helicobacter pylori*, objev magnetické rezonance, objev lidského papilomaviru, vývoj *in vitro* fertilizace, objev dendritických buněk. Do klinické praxe bude zaváděna cílená léčba, zobrazovací techniky umožní zobrazení 3D v reálném čase, rozvine se miniinvazivní terapie, laparoskopické výkony i robotická chirurgie.

Jsme v roce 2018. Přežili jsme studenou válku, pád komunismu, útok na Světové obchodní centrum i obávané apokalyptické scénáře roku 2000 a 2012. Umělá inteligence pohání sociální sítě i mobilní zařízení, objevují se obavy ze vzniku superinteligence, nad níž bychom mohli ztratit kontrolu. Technologické možnosti medicíny stojí na hranici etických hodnot a mnohde je už začínají překračovat. Do klinické praxe nám vstupuje nebo brzy vstoupí telemedicina,



home monitoring, RFID čipy, holografické zobrazování, robotická zdravotní asistence, personalizovaná genomika, 3D tisk, nanoroboti, optogenetika a další úžasné metody, o nichž se nám v době mojí promoce ani nesnilo.

Trochu Denise a jejím vrstevníkům závidím to dobrodružství budoucí medicíny a možností virtuálního světa. A jako rozený idealista hledím k obzorům potenciální singularity plna optimismu a úžasu.

*Audna Melich*

šéfredaktorka

OBSAH

## ZAM

### Zdravotnictví a medicína

■ O čem se mluví	2
■ Recenze návrhu zákona o zdravotnických prostředcích	4
■ Chybí rozumný systém postgraduálního vzdělávání	6
■ Rozhovor: Filip Vrabel	7
■ Informovaný souhlas již není bezbřehý	11
■ Asistovaná reprodukce	12

■ Hojení ran	14
■ 80 milionů pro studentský projekt	16
■ Investice do boje s demencí	16
■ Průjem není nemoc	18
■ Koncentráty koagulačních faktorů v řešení ŽOK	20
■ Reforma psychiatrie povede ke vzniku komunitních center	23
■ SÚKL informuje	25
■ IKEM školicím centrem pro implantaci umělého srdce	26
■ Jak zvládat závratě a problémy s rovnováhou	27
■ Péče o chronicky nemocné děti stojí na lidech	28

■ Edukace pacientů před koloskopií	31
■ Věřím, že mladé kolegyně posunou obor dál	32
■ Představujeme patientské organizace: Diagnóza leukemie	34
■ Zprávy z regionů	36
■ Biologická léčba pacientů s idiopatickými střevními záněty	38
■ Quo vadis, česká kardiologie?	38
■ Radiochirurgie pro pacienty s nádory mozku v ÚVN	39
■ Přečtete si	40
■ Personálie	42
■ Nabídka práce	44



ilustrační foto: Shutterstock

# Zjednodušení zdravotnické dokumentace

*Na administrativní zátěž si lékaři a sestry stěžují kontinuálně mnoho let. Téma se dostalo i na akademickou půdu, ale nárůst administrativy se dosud nepodařilo zastavit. Teď svítá naděje na její zmírnění v podobě novely vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, kterou připravilo Ministerstvo zdravotnictví.*

Vedení zdravotnické dokumentace by podle nových pravidel mělo být jednodušší a přehlednější. „Zdravotnickou dokumentaci není možné zrušit, ovšem chceme, aby zdravotníci, a zejména pak zdravotní sestry, byli povinni vést mnohem méně záznamů a v podobě více odpovídající skutečným potřebám. Podle toho, jaká péče je pacientovi poskytována. Věřím, že toto výrazné zjednodušení administrativy bude pro zdravotníky motivací ve zdravotnictví setrvat a neodcházet mimo obor,“ řekl k novele ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Místo požadavku jednotného formuláře nechává novela prostor tomu, aby zdravotnická dokumentace byla přizpůsobena typu zdravotnického zařízení a zdravotní péče. Takže v případě dokumentace ošetrovatelské péče už nově nebudou stanoveny žádné konkrétní požadavky, vyhláška pouze vyžaduje, aby záznamy byly vedeny.

Změny ve vyhlášce o vedení zdravotnické dokumentace přivítala Česká asociace sester. „Po zjednodušení administrativy jsme dlouho volaly. Věřím, že nová vyhláška přispěje ke zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester a pomůže i ke zvýšení zájmu o toto krásné povolání,“ řekla její prezidentka Martina Šochmanová.

Většina ustanovení vyhlášky nabývá účinnosti dne 24. července 2018. Zbývající ustanovení, na která je třeba se připravit, nabývají účinnosti od 1. listopadu 2018.



# Reforma primární péče

*O nutnosti posílení role praktických lékařů se mluví často, mimo jiné i na semináři Zdravotnictví 2.0, o kterém referujeme na protilehlé stránce. Ministerstvo zdravotnictví a praktičtí lékaři teď podepsali memorandum o spolupráci na reformě primární péče.*

Podpis pod dokument vedle ministra Vojtěcha připojili předseda Sdružení praktických lékařů České republiky (SPL ČR) Petr Šonka, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD ČR) Ilona Hülleová, předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (OSPDL ČLS JEP) Alena Šebková a předseda Společnosti všeobecného lékařství České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SVL ČLS JEP) Svatopluk Býma.

Signatáři memoranda se zavázali k podpoře udržení a zřizování praxí praktických lékařů i ve venkovských oblastech tak, aby byla zajištěna a zlepšována dostupnost zdravotní péče rovnoměrně ve všech regionech ČR. Cílem podepsané spolupráce je také podpora vzdělávání a rozvoje oborů všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost, zefektivnění vzájemné komunikace v rámci přípravy a prosazování nových medicínských postupů, doporučených lékařských metod, preventivních postupů a opatření. Lékaři i ministerstvo zdravotnictví budou společně pracovat na zvýšení informovanosti a zdravotní gramotnosti pacientů. A v neposlední řadě se podpisem memoranda obě strany zavázaly k rozvoji elektronizace českého zdravotnictví, snížení administrativní zátěže zdravotnických pracovníků a zvýšení bezpečnosti pacientů.

„Jsem velmi rád, že jsme toto memorandum podepsali. Považuji to za jasnou deklaraci toho, že ministerstvo má upřímný zájem o spolupráci s praktickými lékaři a zároveň za oboustranný závazek do budoucna. Praktický lékař je základním kamenem

primární péče a primární péče je základem zdravotního systému. Bez dobře fungující primární péče nelze vystavět dobře fungující zdravotní systém. V ČR není potenciál praktických lékařů dobře využit a je velmi důležité, že to ministerstvo chce změnit. Zvláště v současné době, kdy se české zdravotnictví potýká s personálními problémy a začíná v některých regionech pociťovat nedostatek praktických lékařů. Věřím, že potřebná reforma primární péče, na které s ministerstvem spolupracujeme, pomůže vyřešit řadu problémů, které trápí české zdravotnictví, a přinese pacientům lepší kvalitu a komfort,“ řekl po podpisu memoranda předseda Sdružení praktických lékařů ČR Petr Šonka.



# Novela zákona o zdravotních prostředcích

*V polovině roku 2017 Ústavní soud zrušil stávající úpravu stanovování úhrad zdravotnických prostředků, protože podle ÚS vymezení práva občanů na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky v ní bylo nedostatečně určité a předvídatelné. Čas na prosazení novely zákona o zdravotních prostředcích má vláda do konce roku.*

V současnosti se novela nachází v legislativním řízení v poslanecké sněmovně a je diskutována zdravotnickým výborem. Poslanci mají na projednání zkrácenou 30denní lhůtu, očekává se však, že tato část legislativního řízení zakončená případným předložením pozměňovacích návrhů by měla skončit v září tak, aby v říjnu mohl novelu projednat Senát. V tomto čísle časopisu se novele věnuje recenze Ondřeje Dostála na stranách 4 a 6 i rozhovor s náměstkem ministra zdravotnictví Filipem Vrublelem, který začíná na straně 7.



# České zdravotnictví z pohledu zahraničních ekonomů

20. června se v Národohospodářském ústavu AV ČR uskutečnilo další setkání iniciativy Zdravotnictví 2.0. Tentokrát byla podnětem k diskuzi zpráva o stavu českého zdravotnictví, kterou pro The Economist Intelligence Unit (EIU) sepsala novinářka Andrea Chipmanová.

Úvodní příspěvek přednesla Elizabeth Sukkarová, editorka prezentované zprávy *Optimising Czech Healthcare: Completing the Transition*, která bilancuje přechod českého zdravotnického systému od státního, centrálně řízeného, k systému decentralizovanému, založenému na financování prostřednictvím zdravotního pojištění. Autorky vycházely z rešerší týkajících se struktury a fungování systému. Zohledňovaly stav zdravotnické legislativy, kvalitu péče, míru elektronizace, využití informačních technologií, způsob financování, alokace finančních prostředků a další, statistické údaje. Nutno dodat, že výsledná zpráva není pohledem čistě zahraničním, protože jejím zdrojem jsou velmi často i názory a komentáře českých expertů a akademiků.

## Hlavní zjištění

EIU v první řadě konstatuje, že přechod z centrálního, státem řízeného zdravotnictví na moderní zdravotnický systém, který je založený na veřejném pojištění, nebyl zcela dokončen. Projevuje se to například nedořešeným rozdělením kompetencí mezi Ministerstvem zdravotnictví (MZ) a zdravotními pojišťovnami a nevybalancovaná rovnováha moci. MZ je nepřiměřeně vlivné, je přímo zodpovědné za většinu nemocničních lůžek a zároveň vstupuje do vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. Silná pozice státu je jedním z důvodů, proč se nedaří zdravotnictví modernizovat. K tomu zpráva upozorňuje na panující představu ve společnosti, že zdravotnické služby hrazené pojišťovnami jsou zajišťovány státem. Stát je stále považován za garanta individuálního zdraví, což mimo jiné vede i k liknavému přístupu řady lidí k prevenci a malé ochotě pacientů platit za péči navíc.

Na rozporuplnost kompetencí upozorňuje zpráva i v případě Státního ústavu pro kontrolu léčiv, který reguluje uvádění nových léčiv na trh a zároveň



Foto: archiv Zdravotnictví 2.0

hodnotí zdravotnické prostředky (je zodpovědný za Health Technology Assessment – HTA), rozhoduje o cenách a výši úhrad. V Evropě, včetně Velké Británie, bývají tyto kompetence rozděleny mezi více institucí. Co se týče nových léků, není problém v jejich dostupnosti, ale v dlouhé době schvalování jejich úhrad, které může trvat až dva roky.

Obecně, HTA je oproti okolním zemím ve střední Evropě méně rozvinuté. Za léky je zodpovědný SÚKL, ale má jen omezené možnosti provádět vlastní analýzy a vychází z materiálů poskytnutých farmaceutickými firmami. Především však nemáme instituci, která by prováděla HTA zdravotnických technologií, léčby a péče, v čemž za okolními zeměmi zaostáváme. Dosud vládl nedostatek dobré vůle zavést transparentní HTA a zároveň se problematice HTA nedostatečně věnujeme na úrovni univerzitní.

## Nadprůměrný počet lékařů

Mezi zásadní systémové problémy patří neadekvátní rozložení péče. Máme ve srovnání s průměrem zemí OECD nadprůměrný počet lékařů na tisíc obyvatel (3,7 v ČR oproti 3,4 v rámci OECD). Nedostatek však panuje především mezi praktickými lékaři. Z těch, kteří navštívili pohotovost, ji 52 % navštívilo proto, že primární péče byla v jejich okolí nedostupná (v EU jen 27 %). S tím pak

souvisí i množství a vytížení akutní lůžkové péče, které je také neúměrně vysoké – v ČR připadá 6,5 lůžka na 1000 obyvatel, v zemích OECD pouze 4,7. Bude třeba najít nové modely ambulantní péče, posílit roli praktických lékařů, zavést lepší prevenci, screening, propagaci zdravého životního stylu. Vzhledem k stárnutí lékařské populace lze očekávat další zhoršení situace, pokud ke změnám nedojde.

Z kritických bodů zmiňme ještě upozornění na nedostatečné měření kvality, které vede k neefektivnímu hospodaření a účetnickému přerozdělování peněz; nerozvinuté e-zdravotnictví; ve srovnání s Evropou stále ještě nízký, byť rostoucí, podíl HDP směřující do zdravotnictví. Zpráva se zvláště věnuje psychiatrii a mimo jiné podotýká, že je tento sektor v ČR podfinancovaný a že zaostává v rozvoji moderních komunitních center, má špatně, totiž kvantitativně nastavený systém úhrad, a podobně.

Zpráva EIU není pouze kritická. Na českém zdravotnictví oceňuje například dostupnost všeobecné zdravotnické péče, příspěvky na lázeňské zotavování, dostupnost stomatologické péče. Pozitivně hodnotí také skutečnost, že dostupnost nejnovějších léků je v ČR vyšší než kdekoli jinde ve střední a východní Evropě.

Mgr. Lukáš Malý



# Recenze návrhu zákona o zdravotnických prostředcích

*V červnu byla Parlamentu jako sněmovní tisk 199 předložena novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která má řešit úhrady zdravotnických prostředků v ambulantní péči. Jde o první významný legislativní produkt nové administrativy Ministerstva zdravotnictví. Stojí proto za pozornost, jakými koncepčními úvahami se tým poradců ministra řídí a do jaké míry jsou technicky schopni převést je do konkrétních paragrafů.*

Novela má mnoho podporovatelů, mezi něž bohužel nepatřím, z důvodů, které by rozsahem vydaly na samostatnou publikaci. V první části následujícího článku nejprve uvedu ty nejvýznamnější, týkající se především Přílohy novely. Potom si zkusíme dle paragrafů novely zařadit do úhrad dva hypotetické produkty – „medicínskou inovaci“ a „šmejď“. V závěru zhodnotím, co se může stát v případě neschválení novely.

## Pojištěnci a lékaři ze hry

Novela v paragrafové části vychází z koncepce, že zařazení produktu do úhrad je řešeno výhradně mezi výrobcí a dodavateli a zdravotními pojišťovnami. To, co se mezi nimi dohodne nebo stanoví, budou lékaři přinuceni předepisovat a pacienti konzumovat. Projevem tohoto přístupu v nynější novele je vyřazení pojištěnců i lékařských společností z úhradových řízení v § 39s odst. 7) nebo v § 39u odst. 5), a možnost pojišťoven „trestat“ regulačními srážkami lékaře, kteří pacientům indikují medicínsky nejvhodnější pomůcky místo těch, s jejichž výrobcem se pojišťovna dohodla, dle § 39v odst. 8). Pojištěnci se tak stávají v řízeních o rozsahu svých nároků procesně bezprávními. Lékaři budou stavěni před rozhodnutí mezi lékařskou etikou a prosperitou své praxe, problematické pravidlo z úhradových vyhlášek se nám tak poprvé výslovně dostává přímo do zákona. Reforma se nekoná, ministerští se „nic nového nenaučili a nic starého nezapomněli“.

## Příloha č. 3 – seznam místo pravidel

Největší část novely je obrovská Příloha č. 3, obsahující na 95 stránkách seznam skupin zdravotnických prostředků, korunových výší, podmínek a omezení úhrady. Zákon nemá obsahovat kazuistické výčty, ale obecná



Foto: archiv MF

a předvídatelná pravidla aplikovatelná na jakýkoliv případ z praxe. Trestní zákon nemusí mít v příloze, že když Maryša otráví Vávru kafem, je to za deset let, a když rasista zapíchne příslušníka menšiny nožem, je to za patnáct let; stačí mít v zákoně stručný paragraf o vraždě a obecná pravidla o polehčujících a přitěžujících okolnostech. Stejně tak do zákona nepatří, že „ortézy kolenní s limitovaným rozsahem pohybu, předepisují chirurg, ortopéd atd., 1 x za rok, úhrada do 2 783 Kč“, ani stovky dalších podobných položek. Takový seznam je projevem neschopnosti legislativy zformulovat obecné pravidlo o mezích ochoty solidárního systému platit, uplatnitelné stejně na libovolný existující i budoucí produkt.

## Soustavné novelizace nebo zafixování úhrad

Nevýhodou Přílohového seznamu s konkrétními částkami je totiž zafixování úhrad. Stačí jakákoliv změna na trhu, namátkou předvídaný výkyv eura či dolaru vůči koruně, a spousta položek Přílohy najednou „nebude pravda“. Totéž může způsobit i vývoj na poli medicínské

vědy a technologií, očekávatelný zejména u zdravotnické elektroniky. Aby na to mohl systém reagovat, musel by být proces zvýšení či snížení úhrady v zákoně popsán jako více dynamický.

Náhrazkou takového procesu nemůže být záměr předkladatele, dle mého názoru nereálný, že zhruba každý rok vyrobí v ministerských komisích inovovanou stostránkovou Přílohu, ve které se skupiny přecení a která se následně s odpuštěním „přepasíruje“ přes nebohé poslance jako osmdesátá třetí novela zákona 48/1997 Sb. Proveditelné to není proto, že novelám do cesty pravidelně přicházejí volby, pády vlád a ministrů. Novelizace se může zdržet o řadu let, a po tu dobu budou platit zastaralé ceny. Zákon se má psát tak, aby měl životnost alespoň 20–30 let, už kvůli právní jistotě. Sněmovna nemá suplovat úředníky výkonné moci a každoročně zákonem upravovat ceník plenkových kalhotek.

## Netransparentnost Přílohy

S tím souvisí další výtka, a to naprostá netransparentnost Přílohy. Zcela chybí důvodová zpráva, která by vysvětlovala, jak tvůrci novely došli právě k těmto cenám (resp. úhradám) konkrétních produktů a kdo odpovídá za správnost jejich zjištění; kdo a na základě čeho rozhodl o preskripčních a frekvenčních omezeních; kdo a podle čeho rozhodl o spoluúčastech. Vysvětleno není dokonce ani to, jak byly tvořeny samotné úhradové skupiny, které jsou někdy velmi úzké, jindy zase široké a nehomogenní, což je také velký zásah do práv pojištěnců. Ujišťování předkladatelů, že se tvorby Přílohy účastnila spousta lidí v různých komisích, není dostatečnou náhražkou. Minimem by bylo zveřejnit u každé skupiny alespoň ve stručnosti něco, jako jsou „Technology appraisal guidance“ britské NHS (ze kterých bylo ostatně možno, v případě nedostatku času, leccos opsat a dostat se tak na racionálnější



## 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).

# Komunikujete s námi přes VZP Point? Na došlou poštu vás upozorníme

Již více než 80 % našich smluvních partnerů využívá aplikaci VZP Point, díky které s námi mohou komunikovat zabezpečenou elektronickou formou. Předávání potřebných dokumentů je tak snadné a přehledné. Výhodou tohoto způsobu je také rychlost, možnost sledování průběhu zpracování a získání informace o jeho výsledku. Vše je navíc prováděno bez nutnosti osobní návštěvy pracoviště VZP.

Již více než 80 % našich smluvních partnerů využívá aplikaci VZP Point, díky které s námi mohou komunikovat zabezpečenou elektronickou formou. Předávání potřebných dokumentů je tak snadné a přehledné. Výhodou tohoto způsobu je také rychlost, možnost sledování průběhu zpracování a získání informace o jeho výsledku. Vše je navíc prováděno bez nutnosti osobní návštěvy pracoviště VZP.

Všem poskytovatelům zdravotních služeb nabízí VZP Point ještě další výhodu, a tou je funkcionality Schránka ve VZP Pointu. Do této Schránky pojišťovna zasílá poskytovatelům dokumenty v elektronické podobě. Ty pak již nemusí posílat poštou, což je rychlé a komfortní pro obě strany. Vzhledem k současnému trendu, který preferuje digitální podobu dokumentů, a také kvůli lepší přehlednosti a dohledatelnosti se snažíme, aby maximum dokumentů bylo poskytovatelům zdravotních služeb dostupných právě v této platformě.

**Ve Schránce** poskytovatelé nalezou například:

- oznámení o zpracování dávek výkonů,
- protokol o zpracování dávek,
- protokol o uznaných a odmítnutých registracích,
- dopisy o úhradě a regulaci s přílohami,
- dopis se sdělením referenčních hodnot,
- a **nově také dopisy k vyúčtování.**

Do elektronických schránek jsme předali již více než 20 tisíc dokumentů. Tento způsob komunikace se týká všech poskytovatelů, kteří mají zřízený **přístup do aplikace VZP Point.**



*Ing. Miroslav Hák  
garant aplikace VZP Point  
pro poskytovatele zdravotních služeb*

O přístup do VZP Pointu je možné požádat osobně na kterékoliv pobočce VZP nebo doručením vyplněných dokumentů, které jsou k dispozici na stránce [www.vzp.cz/e-vzp/registrace/vzp-point](http://www.vzp.cz/e-vzp/registrace/vzp-point). Po schválení žádosti bude s poskytovatelem následně podepsána smlouva a bude mu zřízen přístup do VZP Pointu. Přes něj je možné v případě potřeby zastupovat i více poskytovatelů zdravotních služeb najednou.

## Denní přehled zpráv

Zejména pro ty poskytovatele a jejich zástupce, kteří se do VZP Pointu nepřihlašují pravidelně, bude přínosná **nová funkcionality Denní přehledy**. Stačí si ji aktivovat přímo v nastavení účtu v aplikaci VZP Point.

Jakmile je funkce aktivní, začnou uživatelé VZP Pointu chodit na jím zvolený e-mail upozornění na zprávy ve Schránce, a to formou **Denního přehledu zpráv**, které za přechodích 24 hodin obdrží. Není tedy třeba se obávat zahlcování e-mailové schránky upozorněními na každou jednotlivou zprávu. Vždy chodí celkový přehled zpráv za předchozí den.

Tento **přehled** obsahuje informace:

- o přijetí zprávy do Schránky,
- jaká zpráva to je,
- kterého zařízení se týká,
- zda zpráva obsahuje přílohy.

Samozřejmostí pro naše uživatele je pak přímý proklik, který je přesměruje na přihlášení se do aplikace VZP Point, kde si následně zobrazí detail zprávy.

Ze zasílání těchto zpráv je také možné se kdykoliv **odhlásit**.

V této souvislosti je nutné připomenout důležitost udržování aktuálnosti zastupujících uživatelů, včetně jejich kontaktních údajů (e-mailových adres a čísel mobilních telefonů) a platných přístupových prostředků. Jen tak lze totiž zabezpečit, že zpráva doručená do Schránky VZP Pointu bude dostupná.

Věříme, že tyto nové funkcionality uvítáte.

**VZP hledá revizní lékaře a lékařky.**  
Nabízíme flexibilní úvazky  
a pracovní dobu.

Více na [www.zdravakariera.cz](http://www.zdravakariera.cz)





medicínské indikace a exaktněji zjištěné ceny, než jsou ty v Příloze).

### Kdo bude doplácet?

Po věcné stránce není zřejmé, co má předkladatel novely proti skupinám pacientů, kterým stanovuje spoluúčasti a doplatky. Namátkou, u některých protéz jde o 1 %, u trupových ortéz 5 %, u inkontinenčních pomůcek od 2 % až do 25 %. U bionických kloubů je zase stanovena maximální úhrada 626 087 Kč (novela neuvádí, kde přišli zrovna na toto číslo), cokoliv nad to si pojištěnec zaplatí ze svého.

Čl. 31 Listiny sice netrvá na tom, aby bylo vždy hrazeno vše, ale omezení musejí být přiměřená a řádně zdůvodněná. Na tom by měli poslanci trvat, už proto,

že nastavení spoluúčastí budou muset vysvětlit svým voličům. A pokud se na tvorbě Přílohy opravdu podíleli zástupci pacientů, jak Ministerstvo tvrdí, budou muset férovost doplatků obhájit před těmi, které tvrdí, že zastupují. Totéž platí i pro indikační omezení a množstevní limity, která nepochybně značnou část pacientů od plných úhrad odstaví.

### Preskripční omezení

Dalším problémem jsou preskripční omezení, tedy pravidlo, že určité zdravotnické prostředky mohou na pojišťovnu napsat jen lékaři s určitou specializací. Připomeňme, že z medicínského hlediska může zdravotnický prostředek předepsat i lékař

jiné specializace; pokud však pacient bude chtít úhradu, bude muset běžet k příslušnému specialistovi. Nejde tedy o záležitost kvality, ale o ryze ekonomické opatření, činěné na úkor dostupnosti hrazené péče, omezení dodatečných komplikací pro pacienta a patrně i zbytečných návštěv u specialisty jen kvůli úhradě. Ani zde návrh neuvádí žádné důvody, proč se toto omezení zavádí; patrně šlo o shodu zájmu pojišťoven na snížení nákladů a zájmu určitých specializací na ohraničení trhu na úkor ostatních kolegů dle principu „lékař lékařů vlkem“, ale pro absenci důvodové zprávy o tom lze jen spekulovat.

**JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.,**  
odborník na zdravotnické právo  
(pokračování příště)

# Chybí rozumný systém postgraduálního vzdělávání

*Čím více přemýšlím nad zdravotnictvím v naší zemi, tím je mi smutněji. Stále máme úroveň lékařské péče srovnatelnou se světem, někde dokonce nadprůměrnou. Například kardiologie, kardiochirurgie, onkologie, chirurgie ruky, péče o novorozence, preventivní programy a mnoho dalších oborů. Nemusí tomu tak být navždy.*

Ubývá pracovníků ve zdravotnictví. Chybí sestřičky, lékaři i ošetrovatelský personál. U sester je to problém nízkých mezd, obzvláště ve velkých městech dostanou za jinou, nekvalifikovanou práci více peněz. V poslední době je to i chování pacientů a jejich rodin, narůstá verbální, občas i fyzická agresivita, neskutečnou měrou pak roste administrativní zátěž zaviněná množstvím podivných akreditací, které odvádí sestru od pacienta k papírům a nezlepšuje to ani o píd' úroveň péče. Mimo obor pak sestřička získá za menší odpovědnost větší peníze.

U lékařů je to podobné, jen příčin je více. Navzdory tvrzením, že jde na prvním místě o peníze, nejvíce mladým lékařům chybí rozumný a přívětivý systém postgraduálního vzdělávání. Rozbili jsme před lety dobře fungující vzdělávací systém (snad prý kvůli EU). Ten stál na tom, že mladý lékař nastoupil v menších nemocnicích a primář ho zaučoval a zodpovídal za něj a jeho vzdělání. Absolvent viděl ihned v praxi většinu onemocnění, které ho pak čekaly po atestaci v každodenní lékařské praxi.

Současné jezdil na stáže na kliniky, kde viděl vzácnější onemocnění, resp. diagnostické a léčebné metody, které se v běžné praxi nepoužívají a jsou pouze na vyšších pracovištích. Chybí školitelé, kteří by dohlíželi na odborný růst těchto lékařů. Naše pracoviště právě přichází o dětskou neuroložku, lékařka v důchodovém věku chce logicky odejít na odpočinek a věnovat se vnoučatům, ráda by předala své mnohaleté zkušenosti mladému kolegovi, ale nejde to. Ten musí nastoupit na tři roky na kliniku, ani na jeden den nemůže působit na pracovišti svého zaměstnavatele, který mu však musí po celých 36 měsících platit plnou mzdu. Toto si ambulance na periferii nemohou dovolat.

Největším nebezpečím je v současnosti stárnutí lékařů. Pokud se nic nestane a demograficky poběží vše



Foto: archiv PS PČR


samospádem, velmi reálně hrozí, že v roce 2020 až 2025 bude 25 až 30 % péče zajišťováno lékaři v důchodovém věku. Tento poměr je mnohem horší mimo velká města na vesnicích a v menších městech.

Pořád slyšíme, že je nadbytek nemocnic ve srovnání s ostatními státy. Pravda je jen částečná. Velkých (fakultních) nemocnic je

na počet obyvatel nadbytek ve srovnání s Rakouskem a Německem. Malých nemocnic je u nás naopak méně než v těchto zemích. Medicína však začíná na vesnici u babičky v chaloupce, která za celý život potřebuje maximálně svého praktického lékaře, eventuálně specialistu nebo nemocnici. Mnozí venkovští pacienti nikdy nepoznají fakultní nemocnici.

**MUDr. Jaroslav Dvořák**  
poslanec za SPD,  
člen Výboru pro zdravotnictví PS





„Méně byrokracie v úhradovém systému povede k méně žádostem o mimořádnou úhradu,“ říká v rozhovoru

Filip Vrubel



*V den, kdy jsme dělali tento rozhovor, tj. 12. července, byla novela zákona o zdravotnických prostředcích (ZP) poprvé projednávána ve zdravotnickém výboru poslanecké sněmovny. Poslanci mají na projednání zkrácenou 30denní lhůtu. Ministerstvo zdravotnictví spěchá, protože novelu musí prosadit do konce roku. Nejen na toto téma jsme se bavili s náměstkem ministra zdravotnictví Mgr. Filipem Vruble.*

**Můžete shrnout důvody, proč novelu zákona o ZP nyní předkládáte?**

Nález Ústavního soudu (ÚS) z jara loňského roku říká, že dosavadní právní úprava stanovování úhrad ZP není v souladu s Listinou základních práv a svobod. Listina stanoví, že pacienti mají nárok na bezplatnou péči v rozsahu, který stanoví zákon a ÚS říká, že z příslušného zákona musí být patrné, kde přesně nárok pacienta na úhradu pojišťovnou začíná a končí. Dosavadní úprava byla bohužel už roky netransparentní. Základní problém spočíval v tom, že výše úhrady stanovovaly pojišťovny samy, a sice na základě tzv. „průzkumu trhu“. Pro tento „průzkum“ však nebyla jasně vymezená pravidla a proti výsledkům stanovovacích procesů nebyla možná právní ochrana. To všechno ÚS ve svém nálezu zohlednil a vládě dal čas do konce tohoto roku, aby připravila a prosadila novou legislativu. Proto musel ministr Adam Vojtěch připravit novelu v poměrně krátkém čase po svém nástupu do funkce.

**Ministerstvo říká, že na vytváření kategorizačního stromu se podílely pracovní skupiny složené z poskytovatelů, odborných společností i patientských organizací. Ale do samotného úhradového řízení, v rámci kterého se bude rozhodovat o zařazení konkrétního ZP, jsou v novele začleněni pouze dodavatelé a pojišťovny.**

Zvažovali jsme mnoho konceptů. Chtěli jsme se hlavně poučit z úhradové regulace léčiv. I tam jsou účastníci řízení pouze výrobci a pojišťovny. Nicméně i přesto, že jde o formalizovaný schvalovací proces, nedokázali jsme zajistit, aby byl zcela předvídatelný nebo aby se dodržovaly zákonné lhůty. Chtěli jsme tentokrát připravit proces co nejjednodušší a nejrychlejší. Tudíž nenavrhujeme schvalovací proces zařazování ZP do úhradových skupin, ale proces ohlašovací. Výrobce bude ohlašovat příslušnost svého výrobku do určité skupiny na SÚKL. Ten bude vyhodnocovat, zda je ohlášení bez vad. Teprve pokud bude mít SÚKL pochybnosti o správnosti zařazení ohlašovaného ZP, spustí se plnohodnotné správní řízení, v rámci kterého bude

SÚKL sbírat důkazy ze strany odborných společností, patientských organizací a dalších zainteresovaných. Takže si nemyslím, že bude někdo z úhradového řízení vyčleněn.

Ta největší část práce byla však udělaná samotnou kategorizací v Příloze 3 zákona, na které se podíleli všichni vámi zmiňovaní „stakeholderi“. Ohlašování konkrétního produktu je už jen formalita, která ve většině případů nebude vznášet pochybnosti, protože ta specifikace kategorií je velmi detailní.

**Podrobná specifikace ZP měla zřejmě vyhovět požadavku transparentnosti. Nebylo by ale lepší vytvořit obecná pravidla, která by se dokázala vypořádat i se ZP, které budou teprve uvedeny na trh?**

Ta transparentnost a předvídatelnost je opravdu důležitá. ÚS striktně požaduje, aby pacient už na základě zákona měl jasno ohledně svých nároků. Například limity úhrad nemohou být řešeny na jiné úrovni.

My jsme zvažovali obecnější ráz kategorií s tím, že podmínky by byly precizovány na úrovni vyhlášek, ale narazili jsme na stanoviska legislativců, kteří nám potvrdili, že míra spoluúčasti pacientů musí být dána na úrovni zákona. ÚS tento názor potvrzuje.

Zároveň ale nedochází k omezení konkurenčních mechanismů nějakou rigidností. Novela počítá s cenovou soutěží, a pokud přijde výrobce s novým prostředkem za nižší cenu a uzavře smlouvu s pojišťovnou, úhrada automaticky spadne na tuto částku. Takto ušetří pojišťovny, a protože je spoluúčast dána procentuálně, ušetří i pacienti.

**Ministr vydal interní příkaz, na základě kterého budeme uveřejňovat všechny poradní orgány ministerstva.**

**Nemůže tato cenová soutěž vést k poklesu kvality ZP?**

Ochranných mechanismů, které by průniku nekvalitních prostředků měly zabránit, je více. Hlídkání kvality je dnes na jiné úrovni než před několika lety. Zpřísňují se pravidla při vstupu nových ZP na trh, je připravena evropská legislativa, která bude klást mnohem přísnější požadavky na kvalitu ZP – čili tomuto průniku by se mělo zabránit už při registraci.

**Co když se výrobci s cenou do výše úhrady nevejdou? Nebudou pak muset pacienti doplácet?**

V takové chvíli, například při změně měnového kurzu, půjdou náklady primárně

na vrub veřejného zdravotního pojištění – úhrady se zvýší. Platí to i obráceně při nadhodnocení úhrad. SÚKL může udělat cenovou soutěž a přepočítat výši stanovených cen a úhrad. Pokud by na straně výrobců došlo k nějakému excesivnímu navýšení cen, které by ukazovalo na nefunkčnost konkurence, je tady ještě cenová regulace ZP zakotvená cenovým předpisem MZ.

**Zákon počítá se dvěma lhůtami: měsíční, která se týká aktualizace seznamu konkrétních ZP, a roční, která se vztahuje na kategorizační strom v Příloze. Jak to bude fungovat?**

Podobně jako u léčiv. Ta měsíční lhůta tam není proto, aby se měnilo úplně všechno. Dosud měly tento seznam na starosti pojišťovny, které ho aktualizovaly třeba jen dvakrát do roka. Díky měsíční lhůtě budou moci být do seznamu zařazovány nové ZP flexibilněji.

Co se roční lhůty aktualizace Přílohy týče, nejde o povinnost, neznamená to, že bychom ji každý rok aktualizovat museli. Znamená to, že pracovní skupina, která na Příloze pracovala, bude ve své práci pokračovat jako stálý poradní orgán a bude průběžně vyhodnocovat, zda kategorizace odpovídá současným vědeckým a klinickým poznatkům. Je to však lhůta maximální, nikoli minimální.

**Bude zveřejněn seznam členů poradní skupiny?**

Už je zveřejněn. Ministr vydal interní příkaz, na základě kterého uveřejňujeme všechny poradní orgány Ministerstva. Vytvořili jsme portál poradních orgánů, kde si kdokoli může najít složení pracovní skupiny, její výstupy, zápisy atd. Tento portál postupně plníme daty, nicméně v tuto chvíli je již téměř kompletní.

**Inovativní produkty, které se do žádné kategorie nevejdou, budou hrazeny pouze ve výši 75 %, i kdyby byly sebelepší. Není to škoda?**

Obecně, tento novelizovaný zákon nesmí být horší než současný zákon. Pacienti budou platit buď méně, nebo stejně. Toto je případ, kdy výše úhrad, respektive míra spoluúčasti zůstává stejná, jako tomu bylo doposud. Právě v takovém případě bude úkolem pracovní skupiny vytvořit v kategorizačním stromu novou skupinu s vlastní výší úhrad. Úhrada ve výši 75 % musí být jen dočasná a motivační pro všechny strany, aby byla vytvořena plnohodnotná úhradová skupina v zákoně.

**Novela říká, že určité zdravotnické prostředky mohou předepisovat pouze specialisté, takže třeba praktičtí lékaři je nepředepíší. Proč?**





Preskripční omezení se uplatňují naprosto všude v oblasti úhrad zdravotní péče. Celou řadu léků mohou předepisovat jen specialisté. Nejdůležitější důvody jsou odborně medicínské. Pokud se jedná o nějaký specifický produkt, lék nebo ZP, měl by ho předepisovat lékař, který má o něm dostatečné znalosti.

Další důvody jsou ekonomické. Nové inovativní produkty je třeba nejdříve „otestovat“ v reálné klinické praxi. Nelze je hned uvolnit k preskripci všem lékařům, pokud nedokážeme predikovat, jaký by byl finanční dopad na systém zdravotního pojištění. Úkolem ministerstva je i hlídat jeho stabilitu. Nicméně pokud jde právě o praktické lékaře, pak platí, že se jim rozsah jejich preskripčních oprávnění touto novelou rozšiřuje.

#### **Z jakého důvodu se novela dotýká jen ambulantní léčby?**

ÚS mluví speciálně o ZP na poukaz. Zvlášť účtované materiály při lůžkové péči nebyly ÚS napadeny a my v praxi nevidíme, že by v tomto případě byl dosavadní způsob fungování změnitelný bez navazujících mechanismů úhrad celé lůžkové péče, což je vázáno na dokončení projektu DRG restart. Navíc v časové lhůtě, kterou nám ÚS dal, by ani nebylo možné novou legislativu připravit.

Pro pacinety je klíčové, že mají ZP poskytnuté v lůžkové péči plně hrazeny.

#### **Kritici poukazují na to, že v případě nových zdravotnických technologií se neprovádí HTA – Health Technology Assessment. Jaké má v tomto ohledu MZ plány?**

Ani u léčiv nemáme plně aplikované HTA. Jsme daleko, ale není to ještě úplně dokonalé. I tam budeme chtít proces posílit. U ZP se HTA dosud neaplikoval. V novele pracujeme s takovým mezikrokem. U inovativního ZP, který bude hrazen ze 75 %, dostane podnět pracovní skupina zodpovědná za kategorizaci. Ta zhodnotí přínos, efektivitu a nákladovost ZP a doporučí výši úhrad. Cílem do budoucna je však připravit zcela novou koncepci stanovování výše cen a úhrad jak u léčiv, tak u ZP.

#### **V případě posuzování léčiv SÚKL nedělá vlastní analýzy, ale vychází z materiálů dodaných výrobcem. Je to vyhovující?**

Nemyslím si, že je to úplně špatně. I v zahraničí je fungování některých HTA agentur založené na rešerších dostupné dokumentace. Výrobce musí připravit materiály k nákladové efektivitě, přínosech, dopadu na systém pojištění. Úkolem SÚKL je posoudit, zda jsou tyto materiály pravdivé. Kromě toho se SÚKL také dívá na

hodnocení zahraničních úřadů a agentur – například v Británii, Německu, Francii. Byl bych ale rád, kdyby se zohledňovalo více parametrů – socioekonomické dopady, přínos pro pacienta a podobně. Protože nákladovost nových léčiv a ZP v budoucnu poroste a systém si nebude moci dovolit hradit všechno, bude také nutné hledat společenský konsenzus o prioritách úhrad v rámci zdravotnického systému. Povedeme také diskuzi o tom, zda SÚKL má mít takový rozsah kompetencí – rozhoduje o cenách a úhradách a zároveň reguluje nové léky a provádí HTA – nebo zda by bylo vhodné jeho kompetence rozdělit. Zamýšlet se o tom budeme během příštího roku.

#### **Jak si stojí § 16 týkající se žádostí o mimořádnou úhradu. Ročně se jich podá přes dvacet tisíc. Lze předpokládat, že soudních sporů bude přibývat a náklady se budou zvyšovat. Jak MZ hodlá tento problém řešit?**

Stávající koncepce § 16 není z dlouhodobého hlediska udržitelná. Ani ne tak proto, že by byl špatný, ale protože chybí návaznost mezi standardní a mimořádnou úhradou. Problém § 16 je v tom, že nedostatky jsou ve standardním úhradovém systému. Zmiňované procesy, které má na starosti SÚKL, jsou velmi byrokratické

a zdlouhavé. Není výjimkou, že trvají i dva roky. Během té doby se k léčbě snaží pacienti dostat jinou cestou – pomocí § 16. Méně byrokracie a rychlejší posuzování povede k méně žádostem o mimořádnou úhradu.

#### Pojďme k jinému tématu. V jaké fázi se nachází příprava lékového záznamu?

Částečně už zprovozněn je. Každý pacient už v tuto chvíli může prostřednictvím speciální aplikace nahlédnout do svého záznamu. Na tom, aby do této dokumentace mohli nahlížet i lékárníci a zdravotníci, pracujeme. Návrh se nachází v mezirezortním připomínkovém řízení. Na přelomu července a srpna bude návrh předán vládě, aby o něm mohl parlament jednat od podzimu.

#### Souhlas pacienta bude defaultně nastaven v režimu opt-out – čili pacient bude souhlasit, dokud nebude trvat na opaku. Máte zákon právně ošetřený z hlediska ochrany osobních údajů?

Otázka ochrany osobních údajů pro nás byla stěžejní. Hodně jsme komunikovali s Úřadem na ochranu osobních údajů, který byl součástí pracovní skupiny vytvořené k e-receptu a lékovému záznamu. Výsledek je kompromis mezi ochranou údajů a funkcí. Je-li zákon postaven na vyšším principu – v tomto případě na ochraně veřejného zdraví a bezpečí pacienta – je opt-out režim v souladu i s GDPR. Lékař bude oprávněn nahlížet do záznamu jen v přesně definovaných případech – toto oprávnění bude mít například ošetřující nebo registrující lékař. Neoprávněné nahlížení do dokumentace ze strany lékařů bude zaznamenáváno a tvrdě postihováno.

Od začátku příštího roku povedeme kampaň, ve které budeme veřejnosti vysvětlovat přínosy lékového záznamu. S plným zprovozněním systému se počítá od 1. července příštího roku. Pacient bude mít dostatek času, aby případně aktivně vyjádřil nesouhlas se sdílením.

#### Lékařníci prý byli na e-recepty připraveni lépe než lékaři. Jak se tato situace vyvíjí?

Informační kampaň s hrozbou sankcionování listinných receptů vedla na přelomu roku k tomu, že mnoho lékařů si na poslední chvíli přístup na centrální úložiště zřídilo. Jednalo se o tisíce lékařů. Počet předepsaných e-receptů každý měsíc razantně narůstá, takže se domníváme, že většina lékařů už umí systém využívat.

#### Mluvil se o možnosti osvobodit některé skupiny lékařů od povinnosti předepisovat e-recept.

My jsme tuto eventualitu zvažovali velmi důkladně. Existovaly dva návrhy na výjimky – jeden navrhoval vyčlenovat určité specializace, druhý navrhoval vyčlenit starší lékaře. Obě možnosti jsme analyzovali. Hodně jsme se zaměřovali na seniorní lékaře, protože tam byl tlak na vyčlenění mnohem větší. Na základě dat od SÚKL jsme ale zjistili, že poměr lékařů nad 60 let vystavujících e-recept je stejný jako u mladých 30letých, 40letých lékařů. Takže pro generální pardon fakticky není důvod.

#### Ministerstvo avizovalo, že chce podporovat malé, periferní lékárny. Jakým způsobem?

Snažili jsme se, aby pojišťovny a lékárny došly v rámci dohodovacího řízení ke konsenzu, což se nakonec podařilo, byť v tomto případě bylo jeho dosažení vůbec nejtěžší. Navýšení příjmů lékáren je podle mého názoru slušné zejména z hlediska malých lékáren, nicméně toto navýšení nevyřeší všechny problémy. Pojišťovny aktivně navrhly systém podpory venkovských lékáren a vyčlenily fond necelých 50 milionů na jejich podporu. Nyní budeme ve spolupráci s pojišťovnami stanovovat pravidla přerozdělování. Musíme vytipovat lokality, kde lékárenská péče není dostupná – tam pak bude směřovat ona finanční podpora na zachování, respektive vznik nových lékáren podobným způsobem, jako je tomu v případě podpory tzv. malých praxí praktických lékařů.

#### Lékárna bude mít právo se přímo obrátit na výrobce a ten bude povinen lék do dvou dnů dodat.

Budeme při tom zohledňovat především pacienty. Nás nebude zajímat ekonomika ani majitel. Bude nás zajímat, zda v dané lokalitě má pacient v nějaké definované vzdálenosti dostupnou lékárnu. Jaká to vzdálenost bude, chceme znovu vyhodnotit – v současnosti nařízení vlády říká, že lékárenská péče musí být dostupná v okruhu dojezdu do 35 minut.

#### Malé lékárny si stěžují, že distributoři léků upřednostňují řetězce a že některé léky jsou pro ně nedostupné. Jak tomu chcete zamezit?

To je pro nás další stěžejní záležitost. O tomto problému se mluví už dva roky. Pozměňovací návrh, který prošel do zákona o léčivech a se kterým jsme od

## Mgr. Filip Vrabel

- Vystudoval právo na Masarykově univerzitě
- V letech 2009 až 2012 pracoval na MZ ve funkci ředitele odboru farmacie.
- Od začátku roku 2013 do jara 2014 působil jako náměstek ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv.
- Od roku 2014 do února 2018 pracoval jako manažer v právnické společnosti Ambruz & Dark Deloitte Legal.
- 1. března 2018 byl jmenován náměstkem ministra zdravotnictví.
- Je vládou jmenovaným členem Správní rady VZP.

začátku nesouhlasili, nepomohl. V zákoně je nyní uvedeno, že distributor má od výrobce dostat určité množství léčiv podle svého podílu na trhu. Lékárna si může distributora vybrat a ten je povinen jí lék dodat. Pozměňovací návrh byl komplikovaný a nedomyšlený a zákon je teď obtížně vymahatelný. My nyní pracujeme na redefinici zákonných povinností dodávek léčiv do lékáren, chceme zcela redefinovat povinnosti výrobců, distributorů a lékáren. Inspirujeme se slovenským modelem emergentního systému dodávek. V tomto pojetí bude povinností výrobce zajistit léčiva do lékáren, nikoli distributora. Nebude nás zajímat, s kterým distributorem bude výrobce spolupracovat. Úkolem ministerstva je zajistit, aby pacient získal lék, ať přijde do jakékoli lékárny. Lékárna bude mít právo se přímo obrátit na výrobce a ten bude povinen lék do dvou dnů dodat. Jak, to bude na něm.

#### Mluvil se o možnosti hromadných nákupů léčiv a ZP. Jak by to mělo fungovat?

Máme domluvený pilotní projekt s přímo řízenými nemocnicemi, v rámci kterého si tyto nemocnice vytipovaly deset produktů, většinou léky, které „vysoutěží“ společně. Cílem je vyzkoušet, zda bude platit teorie, že čím větší subjekt poptává určitý produkt, tím lukrativnější je zakázka a tím lepší cenu dodavatel nabídne. Vyzkoušíme to na poměrně důležitých produktech, takže by úspory mohly být v řádu desítek milionů korun. Pokud se to osvědčí, budeme tento způsob dále rozšiřovat u produktů, u kterých to bude mít smysl.



# Informovaný souhlas již není bezbřehý

*Základním kamenem právního vztahu mezi lékařem a pacientem je informovaný souhlas. Lékař informuje, pacient souhlasí. Tento medicínskoprávní institut doznal za posledních několik let řadu změn. Poprvé v roce 2012, kdy byl přijat balíček zcela nových právních předpisů, které upravují medicínské právo. Podruhé v prvních dnech roku 2014, kdy byl přijat nový občanský zákoník. Těmi nejpodstatnějšími změnami je omezení jeho bezbřehosti a „posílení“ práv nezletilých.*

Informovaný souhlas je důležitým předpokladem úspěchu obrany, pokud je na lékaře podáváno trestní oznámení, a stejně tak důležitým „důkazem“ v případě soukromoprávní žaloby vedené pacientem. Pacient se v případech vzájemných neshod ohledně postupu léčby jeví někdy v očích lékaře jako možná přítěž v rozhodování. Lékař se proto chrání papírovou formou pacientova souhlasu. Informovaný souhlas tedy musí být ze zákona zcela svobodný, pacient k němu nesmí být nijak a nikým donucen. Než souhlas podepíše, musí získat podstatné informace pro své rozhodování. Jsou to informace o již propuknuté nemoci, jejím prvotním původu a příčině (pokud jsou známy) a jejím stadiu a předpokládaném vývoji. Následně je důležité pacienta informovat o zákroku, jeho účelu, povaze, předpokládaném přínosu a možných důsledcích a rizicích.

## Souhlas má své mantinely

A tady dochází ke změně. Nejvyšší soud ve svém rozhodnutí konstatoval, že není v silách lékaře informovat pacienta o všech možných



rizicích, která u něj mohou případně nastat. Lékař je tedy povinen vyjmenovat a sdělit pacientovi jen ty rizika, která jsou v jeho případě nejčastější. U našich sousedů v Německu je situace opačná: tamní lékař je odpovědný za všechna rizika, která s pacientem neprobere a o kterých pacienta dopředu neinformuje.

Pacient musí být i nadále informován o jiných možných postupech a pooperačních omezeních. Velmi vážným problémem zůstávají i tzv. „formulářové vzory“ známé z odvětví finančnictví, kde existují již dopředu vytisknuté smlouvy o půjčování peněz, s klientem se jen dopíše základní údaje a vůbec se s ním neprobírají podstatné náležitosti půjčky. Někteří poskytovatelé zdravotních služeb se nechali tímto inspirovat a přesně takové předem vyplněné vzory ve formě informovaných souhlasů předkládají pacientům k podpisu. Jaké je potom čeká překvapení, když při soudním jednání se v první řadě probírá otázka, kdo a jak kvalitně informoval pacienta a podrobně se studuje obsah a samotná forma informovaného souhlasu. Pacienti se často mylně domnívají, že jednou daný souhlas s léčbou nebo

zákrokem již nemohou částečně změnit anebo úplně odvolat. Opak je pravdou a mohou využít obě varianty.

## „Posílení“ práv u nezletilých

Nový občanský zákoník zavedl do našeho právního řádu novou věkovou hranici pro nezletilé pacienty – čtrnáct let. Od tohoto věku je nutné získat od mladistvého pacienta souhlas se zákrokem do jeho tělesné integrity v případě, že nebude souhlasit s názorem svého zákonného zástupce, tedy nejčastěji rodičů. A platí to i opačně, tedy v případě, že nezletilý sice souhlasí se zákrokem, ale proti jsou jeho rodiče (zákonní zástupci). Pokud souhlas není jednotný, nenastupuje jako konečný arbitr lékař, ale věc je předložena soudu a ten s konečnou platností rozhodne ve prospěch jedné z nesvářených stran. Zákon vymezuje i případy, kdy není nutné od nezletilého nebo jeho zákonných zástupců souhlas získávat. Jsou to případy, kdy jde o záchranu života a je nutné poskytnout péči bezodkladně. Obdobná situace nastává, když je ze strany rodičů podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání nebo pokud je nutné zahájit léčbu u duševních poruch.

Mgr. René Šifta,  
Ústav práva a právní vědy  
Foto: archiv autora

Inzerce ▼ M181000331

**VZP POINT**

On-line a jednoduše

Potřebujete nám předat dokument nebo získat informace z našeho informačního systému a nebaví vás kvůli tomu běhat na pobočku? Zaregistrujte se do aplikace VZP Point tak jako již 80 % našich smluvních partnerů.

Volejte 952 222 222 | Navštivte [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)





# Metody asistované reprodukce

*Díky rozvoji lékařské vědy, výzkumu a farmaceutickému průmyslu zaznamenala asistovaná reprodukce v posledních dekádách obrovský pokrok. Moderní diagnostické a léčebné metody nabízejí široké spektrum možností léčby poruch plodnosti. Úkolem lékaře je zvolit tu nejvhodnější léčbu.*



Ilustrační foto: Shutterstock

Nejjednodušší a bezpečnou metodou asistované reprodukce je intrauterinní inseminace (IUI), kdy se vpraví spermie v živném roztoku inseminačním katétrem do děložní dutiny v době ženiny ovulace. Zlatý standard asistované reprodukce představuje *in vitro* fertilizace a embryotransfer (IVF-ET). První dítě ze zkumavky se narodilo v roce 1978 v Oldhamu v Anglii a vedla k němu dlouhá cesta dvacetiletého výzkumu. V současnosti se využívají tzv. mikromanipulační techniky (např. ICSI, PICSI či AH), jejichž podstatou je manipulace s jednotlivými oocyty a spermii nebo embryi pod mikroskopem pomocí speciálních mikropipet.

Indikací pro léčbu sterility metodou IVF-ET jsou uzavřené vejcovody, zhoršená plodnost muže, endometrióza, která se zjišťuje až u 40 % neplodných žen, poruchy funkce vaječníků, imunologické příčiny, genetické nebo idiopatické příčiny. Věk

pacientky v ČR je maximálně 49 let. Před IVF musí žena absolvovat řadu vyšetření. Od běžné onkologické cytologie přes hormonální analýzu, odběr krve pro stanovení AMH, včetně vyšetření na sexuálně přenosná onemocnění. U mužů se vyhodnocuje spermioqram. Jednotlivé kroky zahrnují hormonální přípravu ženy, odběr oocytů, oplození oocytů *in vitro* a kultivace embryí, embryotransfer a luteální podpora. Úspěšnost této metody se pohybuje mezi 30–40 %.

## Nové trendy

V současnosti je snaha podávat před zahájením IVF-ET nízké dávky gonadotropinů a častěji využívat antagonisty GnRH, které snižují riziko ovariálního hyperstimulačního syndromu (OHSS). Jejich výhodou je také minimální riziko alergické reakce. Ve snaze minimalizovat vícečetnou graviditu se zavádí pouze jedno

embryo. Stále častěji také reprodukční centra pomáhají zachovat reprodukci mladým onkologickým pacientům s příznivou prognózou. U pacientů s genetickou indikací se doporučuje preimplantační genetická diagnostika (PGD) a screening (PGS) embrya před jeho zavedením do dělohy. Indikací je vyšší věk partnerů – u žen 35 let a u mužů 45 let – a také riziko přenosu monogenních chorob i dalších vzácných genetických onemocnění.

Cílem lékařů, kteří se věnují léčbě poruch plodnosti, je pomoci co největšímu počtu partnerských dvojic mít vlastní děti a minimalizovat rizika, která s léčbou souvisejí. Reprodukční medicína je progresivně se rozvíjícím oborem, který problematizuje etické otázky. Úkolem odborníků je na ně upozorňovat a vyvracet mýty. Stát by měl zajistit dostatečně pevnou legislativní oporu.

(red)

Představujeme publikaci

# Reprodukční medicína

## Současné možnosti v asistované reprodukci



Kniha je souhrnem všech informací pro lékaře, kteří se věnují problematice reprodukční medicíny. Zahrnuje všechny dílčí lékařské obory, jež reprodukční medicínu tvoří – kromě gynekologie, andrologie a embryologie také endokrinologii, genetiku, imunologii, anestezii, psychologii a sexuologii. V textu jsou zdůrazněny možné komplikace, které s reprodukční medicínou souvisejí, a zároveň je nabídnuto jejich řešení. Publikace přináší informace o nových možnostech spolupráce odborníků z jiných oborů se specialisty reprodukční medicíny (onkofertilita). Přehledná učebnice, v níž se lékař před atestací z reprodukční medicíny, gynekologie a porodnictví či urologie dozví všechny potřebné informace ke zkoušce, je určena i odborníkům „nelékařům“, kteří se reprodukční medicíně věnují – psychologům, sestrám či fyzioterapeutům.

**Autoři: Jitka Řezáčová et al.**  
**Doporučená cena 690 Kč**

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

**MEDICAL  
SERVICES**

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



# Koordinovaná péče snižuje náklady léčby ran

*V posledních desetiletích se zřetelně zvětšily znalosti o hojení ran a faktorech s tím spojených. Farmaceutický průmysl přinesl na trh širokou škálu nových krytí i obvazového materiálu.*



Ilustrační foto: Shutterstock

Tato krytí, spojená s novým a zcela odlišným způsobem ošetřování ran, nahrazují a postupně vytlačují dosud používanou klasickou léčbu, sestávající především z mastových extern a obkladů. Zlepšily se konzervativní i radikální metody ošetřování ran. Zavádějí se nové chirurgické a chirurgicko-plastické metody, používají se biologická krytí, aplikují se allo- a autotransplantáty keratinocytů.

Problematika managementu hojení ran se týká především chronických ran. Jedná se o rány vznikající v oblasti poškozené předcházejícím onemocněním a trvající déle než čtyři týdny. Často se jedná nejen o chronické, ale i recidivující onemocnění s dlouhou dobou hojení. Příčiny jsou multifaktoriální – venózní, arteriální, infekční, tlakové, autoimunitní a další. Většinu chronických ran představují bérkové ulcerace a dekubity.

Prevalence ulcerací v populaci vyspělých zemích se udává mezi 1–2 %.

Samotný proces hojení probíhá ve třech fázích: zánětlivě – exsudativní, proliferační a reepitelizační. Poruchy hojení jsou způsobeny více faktory (stagnace čistící fáze, zpomalení granulační fáze, chybění epitelizace, tvorba hypertrofických jizev, infekce atd.), roli hraje také věk, pohlaví, stav organismu, mobilita a komorbidita.

V terapii chronických ran se uplatňuje komplexní přístup respektující fázi hojení rány, zajišťující vlhké hojení, a výběr efektivních postupů. Vedle konzervativní léčby využívající moderní krytí se využívá léčba chirurgická, kompresivní, fyzikální i systémová. Pro předcházení chronickým poraněním je třeba odstraňovat vyvolávající příčiny, edukovat pacienta a dodržovat preventivní opatření.

Na základě současných poznatků z patofyziologie hojení ran a moderních

způsobů léčby se rozvíjí nová koncepce hojení ran a péče o ránu (wound healing, wound care). Tyto pojmy jsou v zemích západního světa běžně používány a slouží k zavádění koordinované péče o rány všeho druhu – wound management. Péče o chronickou ránu je multidisciplinární a jsou do ní začleněni praktičtí lékaři, dermatologové, chirurgové, plastičtí chirurgové, internisté, diabetologové, geriatři a sestry. Do péče o ránu musí být zapojeni i členové rodiny a samozřejmě pacient, od kterého se vyžaduje maximální spolupráce. Koordinovaná péče o chronické rány má za cíl nejen snížení nákladů na komplikace nehojících se ran, ale především zvýšení kvality života pacienta ve všech dimenzích.

Zdroj: Pospíšilová A. Hojení chronických ran, standard léčebné péče. Česká společnost pro léčbu rány, (red).



# Systémová enzymoterapie jako podpůrná léčba

*Léčba pacientů s kritickou končetinovou ischemií ve stadiu ischemických kožních defektů je velmi náročná a zdoluhavá. Toto závažné onemocnění výrazně omezuje kvalitu života pacientů a často končí nejen vysokou amputací končetiny, ale i ohrožením života pacienta (pětileté přežití pacientů s kritickou končetinovou ischemií je pouze 15 %).*

Základem léčby kritické končetinové ischemie je úspěšné provedení revaskularizačního zákroku, které vede k nápravě prokrvení ischemické končetiny a které ve většině případů vede i ke zhojení ischemického kožního defektu. Často se však setkáváme s případy tak výrazného postižení tepenného systému, že neumožňuje provedení žádného revaskularizačního zákroku. Tento stav označujeme jako vyčerpání možností revaskularizace. V takovém případě je jedinou možností ve snaze o záchranu končetiny s ischemickým defektem konzervativní terapie, a to jak lokální, tak medikamentózní.

Systémová enzymoterapie je léčebnou metodou založenou na komplexním působení směsi hydrolytických enzymů modulujících zánětlivý proces s již dokázaným pozitivním efektem na hojení akutních i chronických ran v jiných lékařských oborech (např. ortopedie, traumatologie, gynekologie). Na rozdíl od zmíněných oborů, které mají se systémovou enzymoterapií určitou dávku zkušeností, neexistují v rámci cévní chirurgie nebo angiologie žádná validní data nebo studie, které by popisovaly možný efekt systémové enzymoterapie při hojení ischemických kožních defektů. Tato situace nás vedla k vytvoření pilotního projektu, jehož cílem bylo zjištění, zda existuje pravděpodobnost terapeutického efektu systémové enzymoterapie jako podpůrné léčby u malého vzorku pacientů s dlouhodobě se nehojícími ischemickými defekty na dolních končetinách.

Do projektu byli zařazeni tři pacienti s kritickou končetinovou ischemií s nehojícím se kožním defektem, u kterých byly vyčerpány možnosti revaskularizace a u kterých měla standardní terapie jen omezený nebo žádný efekt na

zlepšení hojení kožního defektu. U všech tří pacientů byla dokázána stagnace v hojení defektu nebo jeho zhoršování po dobu nejméně čtyř měsíců. Pacienti užívali po dobu šesti týdnů přípravku Wobenzym® v dávkování 3 x 7 tablet denně. V průběhu užívání přípravku a dva měsíce po ukončení užívání byli pacienti pravidelně ambulantně sledováni a probíhala u nich zároveň standardní lokální terapie. Kromě sledování stavu ischemického defektu (popis, měření, fotodokumentace) probíhalo i měření transkutánní tenze kyslíku ( $TcpO_2$ ) v oblasti kožního defektu, byla hodnocena bolestivost defektu a také „compliance“ pacientů.

V průběhu projektu bylo u všech tří pacientů pozorováno signifikantní zlepšení stavu kožního defektu (Obr.). V prvních třech týdnech došlo k relativnímu zhoršení stavu defektu se zvýšením exsudace a množství povlaku – tzv. „čisticí fáze“,

následně došlo k rozvoji kvalitní granulační tkáně a signifikantnímu zatažení kožního defektu. Hodnoty  $TcpO_2$  nebyly systémovou enzymoterapií ovlivněny (hodnota zůstala u všech tří pacientů na stejné úrovni), takže původně předpokládaný efekt systémové enzymoterapie na zlepšení samotného prokrvení ischemických tkání se nepotvrdil. Byla však nalezena korelace mezi hodnotou  $TcpO_2$  a mírou efektu terapie. Normální hodnota  $TcpO_2$  je 50–60 mmHg, minimální uznávaná hodnota potřebná pro hojení měkkých tkání je 30 mmHg. Všichni tři pacienti měli hodnotu  $TcpO_2$  pod 30 mmHg. U pacientů s vyššími hodnotami (nad 15 mmHg) byl efekt terapie rychlejší a výraznější, u pacienta s hodnotou nižší byl efekt terapie omezený. V průběhu terapie došlo také k vymizení klidové bolesti v oblasti defektu u všech tří pacientů (sekundární analgetický efekt při hojení nastupující

po čisticí fázi). Dalším důležitým zjištěním bylo, že pozitivní efekt terapie přetrvával i po dobu dvou měsíců po ukončení aktivní medikace.

Výsledky naší pilotní studie poukazují na prokazatelně existující potenciál systémové enzymoterapie jakožto podpůrné medikace při hojení ischemických kožních defektů na dolních končetinách. Je zajímavé, že samotná systémová enzymoterapie – podle našich dosavadních zjištění – sice nevede ke zlepšení prokrvení postižené končetiny, ale zřejmě ovlivněním imunologických a reparativních pochodů přímo v místě kožního defektu přispívá ke zlepšení hojení i ve výrazně ischemickém terénu (s hodnotami  $TcpO_2$  pod 30 mmHg). Než však bude možné tento závěr zcela přijmout, bylo by třeba ho potvrdit i v randomizované prospektivní studii s větším počtem pacientů.

**MUDr. Luboš Kubíček**

II. chirurgická klinika,  
Centrum cévních onemocnění,  
LF MU a FN u sv. Anny v Brně



**Obr.** Změna stavu ischemického defektu u pacienta č. 1 ( $TcpO_2$  16 mmHg), pacienta č. 2 ( $TcpO_2$  5 mmHg) a u pacienta č. 3 ( $TcpO_2$  28 mmHg). U posledního pacienta byla provedena re-amputace III. prstu ve třetím týdnu z důvodu osteolýzy metatarso-falangeálního skloubení.

# 80 milionů pro studentský projekt

*Start-up DIANA Biotechnologies, který vznikl při Ústavu organické chemie a biochemie (ÚOCHB AVČR), bude rozvíjet unikátní technologii, která umožňuje citlivě stanovit množství enzymů a jiných proteinů v tělních tekutinách. Významně by se tak mohla v budoucnosti zlepšit diagnostika některých onemocnění v jejich raném stádiu. Tato technologie také dokáže přispět k vývoji nových léků.*

Nová firma bude rozvíjet technologii DIANA (DNA-linked Inhibitor Antibody Assay), kterou během svého doktorského studia vyvinul postgraduální student Mgr. Václav Navrátil v laboratoři doc. RNDr. Jana Konvalinky, CSc., v (ÚOCHB AVČR). Unikátní postup umožňuje velmi citlivě stanovit množství enzymů a jiných proteinů v roztoku – v lidské krvi, moči nebo slinách. To by v praxi mělo lékařům pomoci diagnostikovat například některá onkologická či infekční onemocnění ve stádiu, v jakém nejsou současnými prostředky zjistitelné. Technologie ale také umožňuje testovat velké množství chemických látek a rychle a spolehlivě mezi nimi nalézt ty nejvhodnější pro vývoj nových léků. Start-up si získal důvěru investorů ze skupiny bpd partners, kteří do projektu vložili přes 80 milionů korun.

## Citlivější detekce enzymů

„Naše technologie umožňuje až o několik řádů citlivější detekci enzymů v krvi než v současnosti používané metody, a proto vidíme řadu nových a významných aplikací,“ říká Václav Navrátil, jednatel nově založeného start-upu. „Firma DIANA Biotechnologies bude technologii



dále rozvíjet a nabízet různé služby a produkty pro diagnostiku a vývoj léčiv. Díky podpoře od investorů ale budeme schopni začít i vlastní vývoj léčiv. Ve spolupráci s univerzitami, Akademií věd a jinými firmami se chceme v příštích letech stát regionálním centrem vývoje léčiv propojujícím akademický výzkum a průmyslový vývoj.“

Firma DIANA Biotechnologies, která bude sídlit v českém centru biotechnologií ve Vestci u Prahy, vzniká s podporou akademického inkubátoru i&i Prague

a vstoupili do ní investoři ze skupin, které již delší dobu přímo podporují oblasti „biotech“ a „medtech“. Projekt DIANA Technologies je výsledkem efektivní spolupráce investiční skupiny s ÚOCHB. Ústav, z něhož vzešly i velké objevy Antonína Holého, je znám tím, že se snaží systematicky podchycovat výsledky základního výzkumu uplatnitelné v praxi a pomáhat jim rozvinout tržní potenciál. To má na starosti dceřiná společnost ústavu IOCB Tech.

Zdroj a foto: ÚOCHB AVČR, (red)

# Investice do boje s demencí

*Mezinárodní vědecká organizace Inter Academy Partnership (IAP) varuje, že počet lidí s demencí se do roku 2050 ve srovnání s dneškem celosvětově téměř ztrojnásobí. Výskyt tohoto onemocnění se bude zvyšovat vzhledem k prodlužujícím se věku lidí, jelikož právě stárnutí je nejvýznamnějším známým rizikovým faktorem pro vznik demence.*

Oficiální Výzva k řešení rostoucího problému onemocnění demencí vydaná k 5. červenci 2018 upozorňuje na rostoucí počty případů různých typů této závažné choroby. Pracovní sekce IAP zabývající se zdravotnickou tematikou (IAP for

Health) poukazuje na fakt, že lidí starších 65 let bude po celém světě stále přibývat. Očekává se tak i nárůst počtu různých forem demence ze současných asi 47,5 milionů lidí na zhruba 135,5 milionů.

Za Českou republiku se na zpracování zprávy a jejích odborných revizích v rámci příslušné pracovní skupiny IAP for Health podílel prof. RNDr. Aleš Stuchlík, DrSc., vedoucí oddělení neurofyzologie paměti Fyziologického ústavu AVČR.



Demence je komplexní a progresivní onemocnění. Jeho rozvoj podmiňuje celá řada chorob mozku, včetně cerebrovaskulárních. Demence vzniká současně i v důsledku různých degenerativních změn mozku, jako jsou např. poškození, která doprovázejí nejčastější formu demence – Alzheimerovu chorobu. Odborníci sice podle IAP získávají stále více poznatků o rizikových faktorech, demence však obvykle postupuje plíživě a často je diagnostikována až po několika letech.

Demence nepostihuje rovnoměrně muže a ženy: ženy jsou ohroženější a také s tímto onemocněním žijí déle než muži. Ženy jsou rovněž obvykle hlavními pečujícími osobami v případě, že demencí trpí někdo v rodině. Péče, kterou poskytují, je neformální, oficiálně neuznávaná a neplacená.

### Návrhy ke zmírnění dopadů

Zpráva IAP for Health se proto obrací na vlády národních států a lokální zdravotníky po celém světě s několika návrhy na řešení situace, jako například:

- Zvýšení povědomí o problematice demence: jak pečovat o své duševní zdraví, jak přistupovat k lidem, kteří již tímto onemocněním trpí, a jak jim pomoci využívat jejich zbývající schopnosti.
- Široká podpora dalšího výzkumu, zejména hledání efektivních farmakologických i nefarmakologických způsobů, jimiž lze oddálit, zpomalit, zmírnit a v budoucnu i léčit nejčastější příčiny demence.
- Investice do národních systémů zdravotnické péče, které umožní proškolení dostatečný počet zdravotníků i vybudovat nezbytnou infrastrukturu pro kompetentní a lidský přístup k lidem trpícím demencí i k osobám, které o ně pečují.

Howard Chertkow, předseda specializované pracovní skupiny IAP for Health, zdůrazňuje, že veškerá zjištění a doporučení se opírají o ověřená fakta a důkazy: „Každá země by měla zhodnotit možnosti primární prevence výskytu demence v rámci vlastní populace. Na



Ilustrační foto: Shutterstock

to by měl navazovat plán sekundární prevence, čímž je myšlena schopnost rozpoznávat příznaky demence u lidí co nejdříve, protože léčba v raných stádiích onemocnění je efektivnější.“

Léčba by měla zahrnovat nasazení již dostupných či v současnosti vyvíjených léků. Takzvaná terciární prevence, tedy zmírnění projevů demence prostřednictvím různých terapií, a rovněž péče o nemocné demencí v závěrečných stádiích jejich života, by se také měla zintenzivnit.

Zdroj: AVČR a IAP for Health, (red)

Inzerce ▼ M181000303



Do našich soukromých klinik v Praze 1 a 4 rádi přivítáme:

#### ZDRAVOTNÍ SESTRU V AMBULANCI

##### Náplň práce

- Práce v moderní ambulanci interního nebo praktického lékaře
- Drobné administrativní úkony
- Vyšetření klienta, asistence lékaři při vyšetření

##### Nabízíme:

- Podporu týmu odborníků a skvělý kolektiv
- Flexibilní pracovní dobu, možnost spolupráce na HPP, DPP, DPČ
- Individuální rozpočet na podporu osobního růstu, studijní volno
- Nadstandardní finanční ohodnocení
- 5 týdnů dovolené, Sick days, zvýhodněné mobilní a datové tarify
- Dotovanou rehabilitaci, masáže a stomatologické výkony
- Nadstandardní léčebnou péči pro Vás a Vaše rodinné příslušníky

##### Požadujeme:

- Minimálně střední zdravotnické vzdělání
- Chuť pracovat a učit se novým věcem
- Proklientský přístup

#### LÉKAŘE V ODBORNOSTECH:

##### STOMATOLOG

- Komplexní stomatologická péče pro děti i dospělé
- Profesionální vybavení ordinace - operační mikroskop, strojové endo, vybavení na stomatologickou chirurgii a implantologii
- Spolupráce s úsekem dentální hygieny

##### OFTALMOLOG

- Komplexní oftalmologická péče
- Tým složený z erudovaných oftalmologů s bohatými zkušenostmi v oboru
- Spolupráce s prestižními klinickými pracovišti

Kromě standardních benefitů, jako například týden dovolené navíc, Sick days, zvýhodněných mobilních tarifů ..., Vám umíme nabídnout profesionální zájem naší kliniky a poboček, kde najdete tým složený z vysoce kvalifikovaných odborníků, nadstandardní finanční ohodnocení i možnost odborně růst a vzdělávat se v oboru.

**Veškeré informace Vám poskytne: Eva Poláková, tel: +420 737 273 037, e-mail: eva.polakova@teamprevent.cz**

TeamPrevent-Santé, s.r.o., Member of the B-A-D/TeamPrevent Group, [www.sante.cz](http://www.sante.cz)



Team  
prevent



santé



# Průjem není nemoc

*Problematické průjmu z pohledu různých disciplín se věnovalo jedno z jarních vzdělávacích symposií Postgraduální akademie Medical Services. Garantem odborného programu byl MUDr. Karel Lukáš, CSc., ze IV. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, sympozium podpořila společnost Abbvie.*

Průjem je charakterizován jako časté vyprazdňování řídké stolice provázené dalšími projevy, jako jsou střevní kolika, zvracení, horečka, úbytek hmotnosti či příměs krve ve stolici. Jak připomenul v úvodu MUDr. Karel Lukáš, nejedná se o onemocnění, ale o příznak, u něhož je třeba léčit vyvolávající příčinu. Na jejím podkladě vzniká průjem osmotický, sekreční, exsudativní, ze zvýšené filtrace nebo průjem při porušené střevní mobilitě. Léčba průjmu spočívá na třech hlavních pilířích: rehydrataci, symptomatické léčbě a specifické terapii podle etiologie.

## Infekční průjem

V četnosti infekcí zaujímá druhé místo po onemocněních respiračního traktu. Ročně je příčinou 20 milionů úmrtí ve světě, přičemž 500 000 dětí ve věku do 5 let zemře na jeho následky. Pro neúplné údaje z některých míst může však být počet úmrtí výrazně vyšší. V ČR bylo v roce 2017 hlášeno 56 163 případů (EPIDAT SZÚ). I tato čísla představují „špičku ledovce“, neboť lehčí průběhy onemocnění nejsou vyšetřovány ani diagnostikovány. Informovala o tom MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D., z Kliniky infekčních nemocí 2. LF UK a Nemocnice na Bulovce.

Jak dále uvedla, mezi nejčastější příčiny bakteriálních infekčních průjmů patří kampilobakteriózy (*C. jejuni*) a salmonelózy (*S. enteritidis*). K přenosu dochází často alimentární cestou – v případě kampilobakteriózy jde zejména o zpracování drůbeže, salmonela se pak ukrývá především v domácích vejcích a mase. Vedle uvedených bakteriálních infekcí stoupá i výskyt závažné pseudomembranózní kolitidy vyvolané *Cl. difficile*.

Z virových původců jsou celosvětově nejčastějším vyvolavatelem infekčních průjmů rotaviry. Rotavirové infekce jsou vysoce kontagiózní a představují nejzávažnější akutní gastroenteritidy u dětí do 5 let. Přenos se děje fekálně-orální cestou, onemocnění je preventabilní očkováním. V zemích, kde probíhá vakcinace proti rotavirům, se do popředí původců infekčních gastroenteritid dostávají noroviry. Jedná se o onemocnění starších dětí a dospělých, charakterizované průjemem s nižšími teplotami a zvracením.

V diferenciální diagnostice akutní gastroenteritidy je třeba odlišit, zda je průjem hlavním příznakem (salmonelóza, kampilobakterióza, virová agens), nebo je pouze jedním z příznaků. V druhém případě se nejedná o typické střevní infekce, původcem může být například virus chřipky, hepatitidy A, malárie, meningokokové onemocnění typu C, listerióza a další.

## Léčba akutních průjmů

V léčbě infekčních průjemových onemocnění je třeba zaměřit se primárně na rehydrataci a realimentaci. Dále se uplatňují nespecifické protiprůjemové prostředky (adsorbencia, antimitilika, střevní dezinficiencia, antisekretorika, probiotika), antibiotika a chemoterapeutika. Většina průjmů, jak vyzdvihla MUDr. Ambrožová, však antibiotickou léčbu nevyžaduje. Dokonce ani vysoké CRP není důvodem k podání antibiotik.

Pozornost u léčby dětských průjmů je třeba věnovat složení rehydratačních roztoků. ESPGHAN doporučuje, aby takový roztok obsahoval: 60 mmol/l natria, 20 mmol/l kalia, 25 mmol/l chloridů, 10 mmol/l citrátů a 74–111 mmol/l glukózy. Osmolalita by se měla pohybovat v rozmezí 200–250 mOsm/kg. Naopak nápoje, jako je čaj, kuřecí vývar, ovocné šťávy a cola jsou v léčbě dehydratovaných dětí nevhodné. Konstatoval to prof. MUDr. Jiří Nevala, CSc., z Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Současně upozornil, že dřívější praxe „čajových pauz“ a hladovění na začátku léčby akutního průjmu je již opuštěna, naopak bylo prokázáno, že časná realimentace nezhoršuje ani neprodlužuje průjem a nevede k většímu zvracení.

U kojenců, jak dále uvedl prof. Nevala, nemá být během léčby akutního průjemového onemocnění přerušováno kojení. Při léčbě antibiotiky je vhodné podávat probiotika. Metaanalýzy ukázaly, že některá z nich (*Lactobacillus GG* a *Saccharomyces boulardii*) jsou také účinná v prevenci průjemového onemocnění při podávání antibiotik a mohou snížit riziko nozokomiálního průjmu. Důležitá jsou epidemiologická opatření. Předškolní dítě s virovým průjemovým onemocněním může šířit infekci. Proto je

doporučováno ukončit izolaci dítěte nejdříve po 10 dnech od začátku onemocnění.

Prof. Nevala dále upozornil na častější příčiny chronického průjemového onemocnění u kojenců. Vedle celiakie jde zejména o alergii na bílkovinu kravského mléka, která postihuje až 3 % kojenců. V 90 % případů se symptomy rozvinou v prvních třech měsících života. Mezi častější příčiny chronického průjemového onemocnění batolat a malých školních dětí patří i nespecifický funkční průjem, pro nějž je typický normální růst, chybějící projevy malabsorpce a normální nálezy při vyšetření. Typické je i to, že dítě prospívá a stolice nejsou během noci!

## Význam anamnézy

Průjem může být projevem rozličných chorobných stavů, které je třeba zahrnout do diferenciálně diagnostické rozvahy. Podle doc. MUDr. Zdeny Zádorové, Ph.D., z II. interní kliniky 3. LF UK a FNKV je anamnéza stále základem klinického vyšetření. U chorob GIT včetně průjmu má v mnoha případech ještě větší význam než u chorob jiných orgánů. Anamnestické vyšetření by mělo přinést odpovědi na otázky: Má být nemocný hospitalizován? Má průjem společný zdroj a jsou nutná příslušná opatření? Jedná se o onemocnění akutní, nebo první projevy choroby chronické? Lze z charakteru průjmu uvažovat o lokalizaci příčiny průjmu, tedy na tenké nebo tlusté střevo? Vedle laboratorního vyšetření se v diagnostice významně uplatňují zobrazovací a endoskopické metody – sonografie břicha, rektoskopie a koloskopie, pomocí nichž lze odhalit typický obraz idiopatických střevních zánětů a další patologické stavy, vyžadující ne pouze symptomatickou, ale kauzální či cílenou léčbu.

V rámci sympozia zazněly ještě příspěvky zaměřené na malabsorpční příčiny průjmu (MUDr. Iva Hoffmanová) a řešení průjmů souvisejících s chirurgickými výkony (prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc.), jímž se budeme věnovat v některém z dalších čísel ZAM.

MUDr. Andrea Skálová



# První porodní asistentky ukončily bakalářské studium

*Před třemi lety otevřela 1. LF UK na své Gynekologicko-porodnické klinice ve VFN jako první a jediná státní vysoká škola v Praze nový obor Porodní asistentka v bakalářském studijním programu. V těchto dnech studium absolvovalo prvních 17 porodních asistentek.*

„V dnešní době stoupají nároky na vědomostní a dovednostní úroveň pracovníků ve zdravotnictví, porodní asistentky nevyjímaje. Porodní asistentka je nezastupitelným článkem týmu, který pečuje o prevenci, eventuálně diagnostiku a včasný zásah v případě nepravidelností v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí,“ vysvětluje vedoucí lékař Perinatologického centra Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc. Prof. Pařízek zdůrazňuje, že porodní asistentky mají náročnou profesi, a proto i studium. Kromě znalostí anatomie a zejména fyziologie těhotenství, porodu a šestinedělí se musí studentky včas naučit diagnostikovat nepravidelnosti, aby bez časové ztráty mohla být organizována vyšší, tzn. lékařská péče.

Výuka na univerzitní půdě má na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN více než dvousetletou tradici. Studentky porodní asistence tak vykonávají svou praxi na pracovišti, které je jedním z nejvýznamnějších perinatologických center v ČR s řadou subspecializací. Ročně se

zde narodí bezmála 5000 dětí. „Na klinice se studentky setkávají nejen s fyziologicky probíhajícími porody, ale i s patologickými stavy v těhotenství a během porodu, se kterými nemají možnost se na jiných pracovištích seznámit. Studentky se přímo v praxi potkávají také s vyučujícími s těžšími teoretickými znalostmi do praxe. V rámci této praxe si pak upevňují praktické návyky pod dohledem mentorek – zkušených porodních asistentek kliniky,“ podotýká prof. Pařízek, kterého těší, že čerstvé absolventky na klinice zůstávají. Absolventky budou již v letošním roce zařazeny jako pomocné vědecké síly do významných grantových studií v porodnictví. Jedná se zejména o predikci a prevenci předčasného porodu a o včasnou diagnostiku diabetu v těhotenství.

## Postgraduální vzdělávání

„Na naší klinice probíhá pre- i postgraduální výuka lékařů, zároveň jsou zde organizovány i výukové kurzy a workshopy jednotlivých subspecializací



Antonín Pařízek

pro české i zahraniční lékaře. Pracovníci kliniky spolupracují s řadou zahraničních pracovišť. Zavedení bakalářského studia Porodní asistence nám umožňuje podílet se na kvalitní přípravě porodních asistentek. Část z nich zůstává na klinice, kde budou dále spolupracovat s lékaři nejen v běžném provozu, ale i na vědecko-výzkumné činnosti,“ dodal prof. MUDr. Alois Martan, DrSc., přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Slavnostní ukončení studia a předání diplomů čerstvým porodním asistentkám proběhne, mimo oficiální promoci, ve středu 25. července 2018 od 11 hodin (cca 30 minut) v kapli sv. Kříže v Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Zdroj a foto: 1. LF UK, (red)



# Koncentráty koagulačních faktorů v řešení ŽOK

*Trendy v managementu život ohrožujícího krvácení (ŽOK) a novinky z oboru intenzivní medicíny, to byla témata, jímž se věnovalo satelitní sympozium společnosti CSL Behring konané v rámci XII. Kongresu České společnosti intenzivní medicíny 21. června v Brně. Předsedajícím odborného bloku byl prof. MUDr. Roman Gál, Ph.D., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno.*

V úvodním příspěvku se Roman Gál věnoval rozdílům v postupech doporučených v USA a Evropě a vysvětloval důvody, které vedly ke změnám léčebných postupů ŽOK na jeho pracovišti. V aktuálních evropských doporučeních pro management krvácení u traumatologických pacientů se zdůrazňuje implementace lokálních „evidence based“ doporučených postupů. Průzkumy ukázaly, že je to realizováno asi v 70 % evropských traumacenter. Prof. Gál v té souvislosti připomenul výsledky dvou důležitých studií. Randomizovaná, multicentrická studie publikovaná v roce 2015 v časopise JAMA porovnávala efekt a bezpečnost transfuze plazmy, destiček a erytrocytů v poměru 1:1:1 vs. 1:1:2, respektive 24hodinovou a 30denní mortalitu u 700 pacientů s masivním krvácením. Ve studii nebyly prokázány statisticky významné rozdíly v mortalitě mezi oběma skupinami. U pacientů, kteří dostali poměr 1:1:1, však bylo během 24 hodin častěji dosaženo hemostázy a současně byla nižší mortalita z důvodu vykrvácení. Další studie, publikovaná v Critical Care, srovnávala implementaci nových postupů zaměřených na podání koagulačních faktorů, zejména fibrinogenu, oproti starším postupům z roku 2011. Výsledky ukázaly, že podávání krevních derivátů má lepší efekt a přináší též významné finanční úspory. V současných amerických doporučeních pro léčbu ŽOK jsou na základě těchto studií uvedena antifibrinolytika na prvních místech.

## Spotřeba fibrinogenu narůstá

Roman Gál pak informoval o doporučených postupech s důrazem na podání koncentrátů koagulačních faktorů na urgentním příjmu FN Brno. Na uvedeném pracovišti klesá v posledních letech spotřeba mražené plazmy ve prospěch podávání

fibrinogenu. Úspěchy v řešení stavů závažného krvácení s využitím vlastního transfuzního protokolu demonstroval prof. Gál na čtyřech kazuistikách: mladé motorkářce s polytraumatem po vážné dopravní nehodě, 80letém muži se střelným poraněním, 27letém pacientovi s krvácejícím duodenálním vředem a 19letém muži s traumatem po skoku z výšky. Jak přednášející zdůraznil, transfuzní protokol je důležitý, ke každému případu je však nutno přistupovat individuálně. Mezioborový přístup k pacientům s ŽOK by měl být samozřejmostí.

## Co přinesou nové doporučené postupy

Co lze očekávat od nových českých doporučených postupů v oblasti ŽOK, které by měly být publikovány na

přelomu 2018/2019, nastínil ve svém příspěvku prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM, z Kliniky anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny Masarykovy krajské nemocnice v Ústí nad Labem. V obecné rovině je zdůrazněn koncept „méně je často více“, který se týká například podávání kyslíku. V intenzivní medicíně se doporučuje s ním šetřit. Z hodnocení závažnosti šoku bude vyřazen deficit plazmy – nově zůstává jen laktát. Zdůrazněna bude monitorace funkce krevních destiček, podání antifibrinolytik (kyseliny tranexamové) se posouvá do fáze transportu do nemocnice. Minimální hladina pro substituci fibrinogenu se mění z původních 1,5–2 g/l na 1,5 g/l. Větší pozornost bude věnována faktoru XIII – v doporučených postupech bude uvedeno, že za určitých okolností je vhodné znát jeho hladinu, případně zvažovat jeho suplementaci.



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 72letou tradicí...

Jedna z kapitol bude věnována také řešení ŽOK při podávání nových antikoagulancií (NOAC/DOAC).

## Nové směry léčby ŽOK

Vladimír Černý dále upozornil na výsledky tří studií s významným dopadem do oblasti managementu ŽOK. První studie, publikovaná v JAMA Surgery, analyzovala milion pacientů a potvrdila jednoznačný vztah mezi podáváním krevní transfuze během operace a výskytem hluboké žilní trombózy do 30 dnů. Další studie, REBOA, se týkala balonkové okluze u pacientů s exsanguinací. Studie ukázala, že u pacientů se zástavou oběhu v důsledku úrazové exsanguinace použití okluze aorty významně zlepšuje klinický výsledek. Poslední studie (zatím pouze s výsledky na myších kulturách) poukazuje na vztah fibrinogenu a glykokalyxu. Studie podle prof. Černého ukazuje cestu k novým

hypotézám a možná i novým léčebným postupům v řešení ŽOK.

## Eliminace efektu antikoagulantů

Přednášející se zamýšlel i nad současným postavením DOAC (přímá orální antikoagulantia). Antikoagulantia užívají dnes miliony pacientů. Z toho asi desetina podstoupí během života operaci nebo chirurgickou intervenci. Je tedy potřeba vědět, jak se k nim v perioperační péči chovat. Tradiční warfarin nahrazují DOAC. Klíčové je, zda se mají DOAC vysadit a jak eliminovat antikoagulační efekt. Současný konsensus svědčí pro nevysazování, nutno však hledat rovnováhu mezi krvácením a koagulací. Registry z Německa ukazují, že při krátkodobém vysazení DOAC je riziko KV komplikací velmi nízké. Stejně tak je nízké riziko krvácení při ponechání DOAC. Eliminovat efekt DOAC lze pomocí

antidot. Aktuálně je u nás k dispozici antidotum k dabigatranu – idarucizumab, v USA bylo schváleno antidotum andexanet, které ruší efekt všech DOAC, v EU však zatím není registrováno (je velmi drahé – jedno podání stojí 27 000 dolarů). Základní strategií při potřebě zvrácení efektu antikoagulantů, jak uvedl Vladimír Černý, spočívá ve třech krocích: antidotum, protrombinový koncentrát, tranexamová kyselina.

## Čas pro „plasma free“?

Zda nastal čas pro koncept „plasma free“ léčby ŽOK se pokusil v posledním příspěvku rozhodnout doc. MUDr. Jan Bláha, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN Praha. Velká krevní ztráta a její zásah do celého systému je problém, který řeší traumatologové i porodníci. Jedním z rozhodnutí, před kterými odborníci stojí, je, zda podávat v případě ŽOK plazmu + erytrocyty, nebo fibrinogen + erytrocyty. Jan Bláha obhajoval, proč volit koagulační faktory. Pro včasné podání koagulačních faktorů svědčí například výsledky studie RETIC. Z pohledu klinické praxe pak ve prospěch fibrinogenu svědčí časnější podání, přičemž čas je v případě ŽOK klíčový. Zatímco fibrinogen je možné podat již do 8 minut, v případě plazmy se tato doba prodlužuje až na 40 minut. Čas podání transfuze navíc prodlužuje čekání na koagulační vyšetření, výhodnější je proto využívat viskoelastické metody, jako je ROTEM. Včasné podání antifibrinolytik (kyselina tranexamová) u masivního krvácení je nezbytné a má významný dopad na klinický výsledek. Důvodem pro podání koagulačních faktorů místo plazmy je skutečnost, že potřebné vyrovnaní hypofibrinogenemie plazmou je nedostatečné. Po podání fibrinogenu se navíc snižuje potřeba dalších krevních derivátů a riziko pooperačních komplikací. Z průzkumů v USA ovšem vyplývá, že plazma je stále podávána až ve čtvrtině případů neindikovaně. Zatímco neindikované podání fibrinogenu je bezpečné, u plazmy mohou nastat komplikace. V Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK v návaznosti na tato zjištění preferují v praxi již několik let fibrinogen před podáním plazmy. V souvislosti s tím klesla i potřeba podávat další krevní deriváty.

MUDr. Andrea Skálová





# Reforma psychiatrie povede ke vzniku komunitních center

Jedním z hlavních cílů letošního XII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP, který se konal 13.–16. června v Mikulově, bylo seznámit účastníky s aktuálním stavem reformy psychiatrické péče. Bližší informace nám poskytl prezident sjezdu a předseda Psychiatrické společnosti **doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.**

Motto letošního sjezdu znělo „vzájemným partnerstvím k reformě psychiatrické péče“. Proč jste zvolili toto téma a v jakém stadiu se nachází reforma, jejímž garantem je právě Psychiatrická společnost?

V průběhu odborných akcí se snažíme účastníky informovat o stávajících projektech reformy a projednávat další postupy. Motto sjezdu vystihuje jeden z důležitých předpokladů úspěšného naplnění cílů reformy, tj. multirezortní spolupráci, což dokumentuje i fakt, že diskuse na sjezdu se tentokrát účastnili zástupci Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva pro místní rozvoj i zástupci pojišťoven. Zejména oceňujeme, že se k účasti na reformních krocích letos na jaře veřejně přihlásila ministryně MPSV. Reforma psychiatrické péče se totiž do značné míry týká sociální oblasti, přičemž náklady na tuto oblast je nutno plánovat na úrovni krajů dlouhodobě dopředu. MPSV se chce podílet na rozvoji plánovaných třiceti center duševního zdraví, z nichž prvních pět začalo fungovat 1. července tohoto roku. V pilotním projektu budou tato centra po dobu 18 měsíců financována z evropských fondů, poté dojde k vyhodnocení jejich činnosti a ukážou-li se jako přínosná, začnou se financovat z veřejných zdravotních zdrojů.

Jaký přínos se očekává od těchto center a jak se tím změní struktura psychiatrické péče?

Centra jsou určena hlavně pro lidi trpící vážnými duševními poruchami, jako je schizofrenie, bipolární porucha či těžká deprese. Cílem je, aby péče o tyto pacienty nebyla vedena frakcionovaně, jako je tomu dosud, ale aby byli v péči multidisciplinárního týmu, jehož součástí je kromě psychiatra také psychiatrická sestra, klinický psycholog nebo sociální pracovník. Důležité je, že centra budou tvořit mobilní týmy, které budou z 80 % pracovat v terénu. Nejde tedy o budování nějakých domů, naší snahou je naopak přesunout péči k psychiatrickým pacientům do jejich přirozeného prostředí, do komunity. V současné době již docházejí tyto týmy na

některá psychiatrická pracoviště ještě před propuštěním pacienta do domácí péče, navazují s ním kontakt a doporučují mu své služby. Pacient tak při propuštění nedostane pouhou lékařskou zprávu s pokynem, aby navštívil ambulantního lékaře – což bohužel ve většině případů neudělá – ale má možnost se rovnou začlenit do svého přirozeného prostředí a v něm nacházet podporu.

Jaká je dnes situace v psychiatrických léčebnách, respektive psychiatrických nemocnicích? Je známo, že dlouhodobé hospitalizace chronických pacientů byly jedním z hlavních důvodů, proč se přistoupilo k reformě.

Musím přiznat, že se zatím moc nezměnilo. Reformní aktivity jsou spojeny s potřebou získání evropských dotací, jimž předchází dlouholeté přípravy projektů a schvalování mnoha komisemi. Naše odborná společnost si musela na vytvoření projektu najmout projektový tým a do příprav bylo investováno z prostředků společnosti přes dva miliony korun. Nutno připomenout, že projekt duševních center představuje jen část z mnoha projektových aktivit, které byly vytvořeny. Evropská komise si nepřeje, aby se v tuto chvíli investovalo do psychiatrických nemocnic ve smyslu rekonstrukce budov a zkvalitnění prostředí, neboť cílem reformy je přesunout služby do přirozeného prostředí nemocných, a tím snížit nutnost hospitalizace a potažmo snížit kapacitu v těchto nemocnicích. Ředitelé nemocnic jsou motivováni k tomu, aby se stali jakýmsi koordinátory psychiatrické péče a mimo jiné zakládali centra duševního zdraví. Samozřejmě jsou tu problémy spojené s nedostatkem personálu, nicméně bychom rádi využili zkušeností současných zaměstnanců psychiatrických nemocnic, kteří by mohli pomáhat v komunitě. V budoucnu by pak psychiatrické nemocnice mohly stát v centru specifické, tj. podmínky respektující, regionální péče o duševně nemocné. Zamýšlíme si i nad systémem úhrad a nevím, zda je známo, že v současnosti není doba hospitalizace na lůžku následné péče časově



Foto: archiv Martina Anderse

limitována, takže každé lůžko si najde svého pacienta a ředitel může být spokojen – má plnou léčebnu a je „dobrým hospodářem“. Jestliže je odměňován za to, že má vyrovnané hospodaření, logicky se snaží mít pacientů co nejvíce. Pokud bude odměňován za preventivní kroky a zkracování hospitalizace, bude mít zcela jinou motivaci.

Můžete dát příklady dobré praxe, kde už funguje komunitní péče?

Zatím jsou to spíše takové ostrůvky pozitivní deviace. Centra duševního zdraví fungují například v Praze 8 při PN Bohnice nebo v Přerově, kde spolupracují s PN Kroměříž. Je však třeba brát na vědomí, že aktivity CDZ mohou pokrýt jen určitou oblast – není možné, aby za pacientem z Karlových Varů dojížděl tým z Prahy. Každé centrum má regionální působnost, proto jich musí vzniknout víc, aby obsloužily pacienty z celé republiky. Odhaduje se, že kolem stovky.

České zdravotnictví se potýká s hrozbou nedostatku personálu. Jaká je situace v psychiatrii? A co dětská psychiatrie, která je léta takzvaně „na chvostu“?

Situace v psychiatrii je stejná jako všude jinde. Potýkáme se s problémem vzdělávání, nedostatečným bodovým ohodnocením a podobně. Dětská psychiatrie je na tom ještě hůř. Proto, aby se situace změnila, je nezbytná angažovanost odborníků z oboru. Odborná společnost se všemožně snaží dětskou psychiatrii podporovat – měly by

do ní být investovány prostředky z norských fondů. V rámci pilotního projektu takzvaných nových služeb by mělo vzniknout CDZ pro děti, ale také pro gerontopsychiatrické pacienty či pacienty se závislostmi. Potřebujeme však nejprve zjistit, jak tyto funkční celky budou v praxi užitečné, a na základě toho se rozhodneme, zda do nich dál investovat. U pedopsychiatrie vidím ještě jeden problém. Zatímco geriatrické pacienty či pacienty se závislostmi často dokáže ošetřit psychiatr i bez návstavné specializace, u dětských psychiatrických pacientů je to složitější: zde se psychiatr neobejde bez hlubších znalostí a zkušeností s touto věkovou skupinou pacientů.

**S řadou duševních poruch se běžně setkává praktický lékař. Mění se něco v oblasti preskripce psychofarmak lékaři primární péče?** Primární péče má důležitou roli v záchytu duševních onemocnění. Asi polovina preskripce antidepresiv je generována praktickými lékaři. Snažíme se proto s praktickými lékaři intenzivněji spolupracovat. Jenže když

vidím, co se na ně všechno hrne, nejsem si jistý, zda jsou v tuto chvíli schopni námi nabízenou iniciativu přijmout. Rádi bychom nastolili takové prostředí, abychom pro praktiky byli partnery a lehké nekomplikované příklady duševních poruch, jako jsou úzkosti či lehčí deprese mohli zvládat sami. Jedna z nejčastějších stížností, s kterými se u nich setkávám, je to, jak je obtížné dostat pacienta k psychiatrovi. Problémem jsou však i přetížené psychiatrické ambulance. Je třeba promyslet oboustranně přijatelné podmínky, za jakých předávat stabilizovaného pacienta do péče praktického lékaře a vice versa, tak aby to bylo ve prospěch pacienta. Pomoci by měla i regionální odpovědnost ambulancí s rozšířenou psychiatrickou péčí, která bude testována, ale také vlastní CDZ.

**A co změny v doporučených postupech léčby?**

Zde jsou změny spíše v oblasti farmakoterapie než organizace léčby. Přidali jsme některé nové léky, zlepšili jsme dostupnost aktualizovaných dokumentů – jsou k dispozici

na webových stránkách Psychiatrické společnosti. Informace o léčbě jsou taktéž k dispozici pacientům a jejich rodinám.

**Kde v české psychiatrii vidíte kromě již uvedeného výzvy či problémy?**

Výzvy jsou všude, kam se podíváte. Potřebovali bychom, aby se léčilo více pacientů s demencemi. Aby se demence včas rozpoznávaly. Aby se zvýšila dostupnost dlouhodobě působících léků na léčbu psychotických poruch. Dále je potřeba mít možnost využívat celé spektrum léčby, nejen ty nejlevnější přípravky, které nemusí být u každého pacienta účinné. Pacientům je třeba nabízet komplexní léčbu, do které je zahrnuta i životospráva – pohyb či strava. Ukazuje se, že obojí má významný vliv na duševní zdraví. Neméně významná je expozice světlu. Lidé dnes žijí hodně ve tmě. Přitom jen taková pravidelná ranní procházka může výrazně zlepšit jejich duševní stav.

**MUDr. Andrea Skálová**



# Jak ještě lépe zajistit zdravotní a sociální péči?

*Zefektivnit a optimalizovat standardní procesy v nemocnicích je důležitý krok k co nejlepšímu využití vlastních kapacit. Shodli se na tom odborníci u kulatého stolu, který předcházal 9. ročníku konference Kvalita-Bezpečnost-Efektivita (KBE). Tu tradičně pořádala společnost HARTMANN – RICO v pražském hotelu Aquapalace ve dnech 14.–15. června.*

Konference KBE spojuje manažery zdravotnických zařízení, lékaře, zástupce státu a experty na zdravotnictví. Každoročně diskutuje řešení hlavních problémů, kterým zdravotnictví čelí. V rámci uzavřené debaty měli možnost vyměnit si své zkušenosti ředitelé nemocnic s odborníky ze společnosti HARTMANN – RICO.

Debatu obohatil i MUDr. Filip Čechlovský z Krajské nemocnice Liberec: „Naše audity nikdy nebudou tak efektivní jako externí výstupy, které můžeme i s odstupem času sledovat a vyhodnocovat. I proto je pro nás velmi přínosný systém pro řízení operačního provozu Operis.“ Ředitel Nemocnice Jihlava MUDr. Lukáš Velev doplnil: „Za klíčové považuji dodržovat závazné technologické postupy. Nutné technologické pauzy je třeba zkrátit na nejkratší možnou dobu, avšak ne na úkor

času potřebného k dezinfekci operačních nástrojů.“ S tím má opět pomoci Operis, který technologické pauzy hlídá a odchylku zaznamenává.

Potřebu shodnout se na systému plánování potvrzuje generální ředitel a předseda představenstva Nemocnice Pardubického kraje Tomáš Gottvald: „Dobré plánování operací vnímám jako

klíčové. V rámci procesní analýzy se velmi dobře pracuje s technologickými pauzami, a dokonce i s volným časem na akutní výkony. Pro chod sálů je nejlepší, pokud se plánuje v jednom systému, kde jsou jasně definované časy na jednotlivé výkony.“

Diskuzi uzavřel MUDr. Oldřich Šubrt, předseda správní rady Academy of Health Care Management: „Kvalita i dostupnost

českého zdravotnictví jsou zatím velmi dobré, ale velkým problémem je v současnosti nedostatek personálu. Proto je důležité myslet i na efektivitu, a to zvláště při využití finančně náročných investičních a personálních kapacit, jako jsou operační sály. Je důležité, že jsou tu společnosti, které se snaží efektivitu měřit a radit poskytovatelům, jak využít podrobné analýzy. Navíc jsou schopny na základě zkušeností najít řešení, jak jednotlivá pracoviště co nejlépe využít.“ (red)



Oldřich Šubrt, Václav Halama, Tomáš Gottvald, Lukáš Velev, Filip Čechlovský a Petr Doležal u kulatého stolu



# SÚKL informuje

## Změna registrace Guajacuranu

*U přípravku Guajacuran došlo k zúžení terapeutických indikací, posunutí věkové hranice pro použití u dětí a úpravě vyjádření síly v názvu léčivého přípravku.*

SÚKL schválil ke dni 11. 7. 2018 změnu registrace léčivého přípravku Guajacuran 5 %, inj. sol., v rámci které byly vypuštěny indikace prolongování relaxace při chirurgických výkonech, myorelaxace v anesteziologii, premedikace před bronchografií a použití jako anxiolytikum. Zároveň došlo k posunutí věkové hranice pro použití u dětí z 6 na 12 let a byla přidána kontraindikace těhotenství a kojení a použití u dětí do 6 let. Dále bylo upraveno vyjádření síly v názvu léčivé přípravku – vyjádření síly v procentech (5 %) bylo nahrazeno vyjádřením síly v mg/ml (50 mg/ml). V souvislosti s výše uvedenými změnami došlo k úpravám souhrnu údajů o přípravku, příbalové informace a údajů uváděných na obalech.

Sekce registrací, 24. 7. 2018

## Předběžné opatření MZ ČR – Valsacor, Valsacombi

SÚKL upozornil držitele povolení k distribuci léčivých přípravků na předběžné opatření obecné povahy Ministerstva zdravotnictví ČR vydané pod č. j.: MZDR 29196/2018-2/FAR dne 20. 7. 2018, kterým se zakazuje užít k další distribuci či vývozu mimo území České republiky léčivé přípravky Valsacor a Valsacombi.

Oddělení správné distribuční praxe, 20. 7. 2018

## Ciprofloxacin Kabi se závadou jakosti

SÚKL informoval o umožnění distribuce, výdeje, uvádění do oběhu nebo používání při poskytování zdravotních služeb

léčivého přípravku CIPROFLOXACIN KABI, 200MG/100ML INF SOL 10X100ML a CIPROFLOXACIN KABI, 400MG/200ML INF SOL 10X200ML se závadou v jakosti. U vybraných šarží léčivých přípravků držitele rozhodnutí o registraci společnosti Fresenius Kabi se vyskytuje závada v jakosti, která nepředstavuje ohrožení života nebo zdraví osob.

Oddělení závad v jakosti, 23.7.2018

## Stažení vybraných šarží Thiopentalu Valeantu

SÚKL informoval o stažení několika šarží (uvedených na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)) léčivého přípravku Thiopental Valeant 0,5 g inj. plv. sol. 10 a Thiopental Valeant 1 g inj. plv. sol. 10 až z úrovně zdravotnických zařízení. Stahování se týká všech šarží s platnou dobou použitelnosti, včetně načatých balení. Léčivý přípravek uvedených šarží nelze nadále distribuovat, vydávat ani používat při poskytování zdravotních služeb.

Oddělení závad v jakosti, 19. 7. 2018

## Podezření na výskyt padělků v Německu

*SÚKL obdržel hlášení o možném odcizení léčivých přípravků v Řecku a následném podezření na výskyt padělků léčivých přípravků v Německu.*

Německá regulační autorita informovala o možném odcizení léčivých přípravků a podezření na výskyt padělků. Jedná se o přípravky Alimta, Afinitor, Herceptin, Mabthera, Neulasta, Velcade, Xgeva a další. Kompletní seznam s uvedenými názvy, čísla šarží a jazykovými verzemi nalezete na stránkách SÚKL.

Podezřelá balení pocházející z řecké lékárny Pharmacy Ozbagdiz haralampidis Stilianos, Dimosthenous & Skra 40, 17673 Kallithea, byla dodána německému

distributorovi Lunapharm Deutschland GmbH, který zahájil stahování. Dle sdělení německé autority výše uvedená řecká lékárna nelegálně distribuovala léčivé přípravky bez příslušného povolení přibližně až do počátku roku 2018.

V souvislosti s touto zprávou SÚKL upozorňuje všechny subjekty, aby tomu věnovali maximální pozornost a odebírali léčivé přípravky výhradně od oprávněných subjektů. SÚKL současně žádá všechny provozovatele o neprodlené poskytnutí jakékoliv informace v případě, že nakoupili přípravky od výše uvedeného subjektu a/či se setkali s baleními výše uvedených šarží na [zavady@sukl.cz](mailto:zavady@sukl.cz).

Oddělení závad v jakosti, 19. 07. 2018

## Výskyt padělku léčivého přípravku Epclusa

*SÚKL obdržel hlášení o výskytu padělku léčivého přípravku Epclusa v Mexiku.*

Mexická regulační autorita informovala o výskytu padělku léčivého přípravku Epclusa 400 mg/100 mg, tbl. flm. 28, číslo šarže 19SPFD201, doba použitelnosti 10/2019 v Mexiku. Podle mexické regulační autority držitel rozhodnutí o registraci v Mexiku, společnost Gilead Sciences México, šarží neidentifikoval jako originální. Vnitřní obal padělaného balení byl v německé jazykové verzi. Epclusa je v ČR registrována centralizovaným postupem Společenství a je indikována k léčbě chronické virové hepatitidy C u dospělých. SÚKL žádá všechny provozovatele o neprodlené poskytnutí jakékoliv informace v případě, že se setkali s podezřelým balením výše uvedené šarže léčivého přípravku, na [zavady@sukl.cz](mailto:zavady@sukl.cz).

Oddělení závad v jakosti, 23. 7. 2018

(asa)



# IKEM školícím centrem pro implantaci umělého srdce

Nové biokompatibilní umělé srdce CARMAT dostalo zatím deset pacientů na celém světě. Dalších deset se ho dočká v druhé fázi klinické studie, která nyní odstartovala.

Prvnímu pacientovi z ČR bylo implantováno nové umělé srdce loni na podzim během náročné osmihodinové operace, při které spolupracoval čtrnáctičlenný tým pod vedením přednosty Kliniky kardiovaskulárních chirurgie IKEM prof. MUDr. Ivana Netuky, Ph.D., a prof. MUDr. Jana Pirka, DrSc. Tým se nyní stal celosvětovým hlavním řešitelem klinické studie umělého srdce a Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) školícím centrem pro všechny odborníky ze zapojených zemí.

Pacienti dostali nové biokompatibilní umělé srdce v rámci první fáze klinické studie PIVOTAL. Umělé srdce plně

nahrazuje funkci lidského srdce a zachraňuje tak pacienty s terminálním srdečním selháním. ČR je teprve třetí zemí na světě, kde byla tato unikátní operace provedena. Odborníci IKEM se na implantaci biokompatibilního srdce připravovali několik let a měli několikaměsíční intenzivní trénink přímo ve Francii, kde bylo implantováno úplně první biokompatibilní umělé srdce na světě v roce 2013. Po osmi měsících usilovného rozvoje programu a díky vynikajícím klinickým výsledkům se nyní z IKEM stalo školící středisko pro lékařské týmy z celého světa, které byly do studie vybrány. Biokompatibilní umělé srdce je od lidského

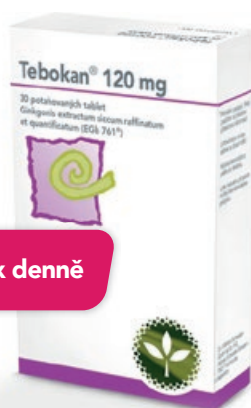
srdce trochu odlišné, ale z hlediska vnitřní konfigurace ho zcela nahrazuje. Váží 800 gramů, je tedy asi třikrát těžší než srdce zdravého člověka. Některým pacientům umělé srdce pomáhá překlenout dobu, než dojde k transplantaci srdce od dárce, jiným zachraňuje a zkvalitňuje život a je pro ně finální variantou. Umělé srdce obsahuje 17 integrovaných senzorů, které aktuálně vyhodnocují klíčové parametry pacienta. Systém dokáže regulovat i „srdeční tep“ v závislosti na aktuální zátěži pacienta při denních činnostech a působí tak mnohem více fyziologicky oproti předchozím generacím náhrad.

Zdroj: IKEM, (red)

Inzerce ▼ M181000235

## Tebokan®

EGb 761®



1x denně



Vertigo



Tinnitus



### Tebokan 120 mg, potahované tablety: zkrácená informace o přípravku

**Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje: 120 mg Ginkgonis extractum siccum raffinatum et quantificatum (EGb 761) 35 - 67:1. **Indikace:** Syndrom demence (primární degenerativní demence Alzheimerova typu, vaskulární demence, smíšené formy demence), jejímiž hlavními symptomy jsou: poruchy paměti, poruchy koncentrace, depresivní nálada, vertigo, tinitus, bolesti hlavy. Okluzivní choroba periferních tepen ve stadiu II dle Fontaineho škály. Vertigo a tinitus cévního nebo involučního charakteru. **Dávkování a způsob podání:** Syndrom demence: 1 – 2 potahované tablety denně, minimální doba léčby by měla být nejméně 8 týdnů, po tříměsíční terapii je třeba posoudit prospěšnost pokračování v léčbě. Okluzivní choroba periferních tepen: 1 potahovanou tabletu denně, minimálně po dobu 6 týdnů. **Vertigo a tinitus:** 1 potahovanou tabletu denně, léčba delší než 6 – 8 týdnů nepřináší další terapeutický prospěch. Užívání tablet je nezávislé na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podávání přípravku Tebokan 120 mg se nedoporučuje dětem a dospívajícím do 18 let. Protože extrakty z Ginkgo biloba nejsou dostatečně prověřené v případech depresivní nálady a bolesti hlavy, které se nevyskytují v souvislosti se syndromem demence, může být Tebokan 120 mg užíván při těchto symptomech pouze pokud vezmeme v úvahu všechna potřebná bezpečnostní opatření. Jednotlivá hlášení naznačují možnost, že přípravky s obsahem Ginkgo biloba by mohly zvýšit sklon ke krvácení. Klinické studie neposkytují žádné důkazy o interferenci s krevní srážlivostí. Nicméně u pacientů s hemoragickou diatézou nebo pacientů užívajících antikoagulační je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Nelze vyloučit, že použití přípravků z Ginkgo biloba podporuje výskyt záchvatů u pacientů s epilepsií. Příčinná souvislost mezi těmito výsledky a užíváním přípravku nebyla prokázána. Přípravek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, vrozeným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy by tento přípravek neměli užívat. **Interakce:** Žádné klinicky relevantní interakce nejsou dosud známy. V placebem kontrolované dvojité slepé studii, která byla provedena s 50 osobami s denní dávkou 240 mg speciálního extraktu EGb 761 v kombinaci s 500 mg kyseliny acetylsalicylové nebyl prokázán žádný účinek na koagulační parametry (včetně PTT, Quick testu a doby krvácení). **Nežádoucí účinky:** Nejsou žádné ověřené údaje týkající se frekvence nežádoucích účinků pozorovaných při léčbě přípravky obsahujícími Ginkgo biloba, jelikož tyto nežádoucí účinky jsou známy z jednotlivých hlášení pacientů, lékařů nebo lékárníků: bolesti hlavy, krvácení z jednotlivých orgánů, mírné gastrointestinální potíže, kožní alergické reakce (zčervenání, otok, svědění). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Nevýžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum registrace:** 30.4.2014. **Datum revize textu:** 30.4.2014. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Lék je též k dispozici v lékárnách bez receptu.



# Jak zvládat závratě a problémy s rovnováhou

*Závrat (vertigo) je častým zdravotním problémem, zejména ve stáří. Udává se, že jí trpí asi desetina populace a až polovina lidí starších 50 let. Častým důsledkem vertiga u seniorů jsou pády. Léčba vertiga může zabránit následkům těchto pádů, mezi něž patří zejména zlomeniny, a zvýšit i kvalitu života pacientů.*

Problematické vertigo se věnovaly některé z příspěvků, které zazněly na XXVII. otoneurologickém kongresu pořádaném Otoneurologickou sekci České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP. Akce zaměřená především na tinnitologii a závratě proběhla v dubnu v pražském Iris hotelu Eden. Níže čerpáme mimo jiné z příspěvku profesora Matthiase Tische z Ústřední nemocnice v Ulmu, v Německu, který seznámil účastníky se zkušenostmi s využitím EGb761 (patentovaný extrakt z listů jinanu dvoualoločného) a novou mobilní aplikaci určenou pro pacienty s vertigem.

Vertigo je symptom, který může být projevem různých onemocnění. Příčiny mohou být vestibulární, centrální, infekční, kardiovaskulární, metabolické, oční, psychogenní a další. Na jejich vzniku se mohou podílet také nežádoucí účinky některých léků. Projevy a subjektivní vnímání vertiga se individuálně liší. Fyzikální vyšetření zahrnuje především vyšetření interní, neurologické a ORL vyšetření (nystagmus, chůze, Rombergova zkouška). Multidisciplinární přístup umožňuje identifikovat příčinu problému a nasadit cílenou terapii. Podobně jako v případě tinnitu je optimální terapie výsledkem kombinace farmakologických a nefarmakologických přístupů. U některých typů závratí může významně pomoci fyzikální léčba a fyzioterapie.

## Zlomeniny krčku mohou být důsledkem závratí

Určit typ a příčinu závratě má pro další osud pacienta zásadní význam. V rámci

vyšetření by měl lékař pátrat nejen po možné vyvolávací příčině, ale podrobně se pacienta vyptat na charakter vertiga, jeho frekvenci, intenzitu a průvodní příznaky. Pacienti obvykle popisují vertigo jako točení hlavy, kývání či nejistotu v prostoru. Akutní stavy vertiga mohou být provázeny pocením, palpitací, nevolností i zvracením. Mezi takzvané fyziologické typy závratí patří kinetózy a výškové závratě. Periferní vestibulární vertigo vzniká jako porucha vzájemné rovnováhy vestibulárních aparátů. Častou příčinou závratí bývá nedostatečné prokrvení mozku a orgánů regulujících rovnováhu. Chronické vertigo je pak součástí takzvané kognitivní dysfunkce mozku, k níž dochází během stárnutí.

## Pády způsobené závratí zvyšují náklady na léčbu komplikací

Farmakoterapie závratí zahrnuje různé typy preparátů – anticholinergika, antihistaminika, steroidy, antidepresiva, antivertiginóza, u Meniérových chorob se uplatňuje především betahistin, u centrálních vestibulárních symptomů nootropika, v případech nedostatečného prokrvení nebo změn spojených se stárnutím se osvědčuje extrakt z Ginkgo biloby. Řada randomizovaných, kontrolovaných studií ukázala, že lék s patentovaným extraktem EGb 761 nejen zlepšuje prokrvení mozku a vnitřního ucha, ale působí též regeneračně a antioxidačně.

Závrat je častým zdravotním problémem zejména u starších pacientů. Jako varovný signál organismu vyžaduje lékařskou pozornost, v níž má nenahraditelnou roli praktický lékař. V mnoha případech lze vertigo úspěšně léčit a předcházet tak především nechtěným pádům s jejich až fatálními důsledky.

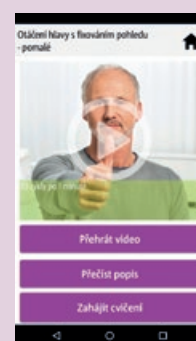
MUDr. Andrea Skálová

## „Tebokan cvičení proti závratí“

Některé formy závratí se mohou zlepšovat pomocí konkrétních fyzioterapeutických cvičení. Důležitou součástí jsou také cvičení, která pacient vykonává doma. Rozhodující podmínkou pro úspěch léčby je pravidelné, správné a časté cvičení. Brožurky s pokyny pro domácí cvičení často mají své limity. Moderní pomůckou pro zvládání závratí je zdravotnická aplikace „Tebokan cvičení proti závratí“, která je zdarma

k dispozici lékařům i pacientům. Aplikaci vyvinula německá softwarová firma Infoteam Software AG spolu s Dr. med. Andreasem Zwergalem z Německého centra pro závrat

a rovnováhu mnichovské univerzity. Finanční podporu a českou verzi zajistila společnost Dr. Willmar Schwabe – největší německý výrobce fytofarmak. Aplikace je certifikována jako zdravotnický prostředek pro léčbu a kontrolu reakce na terapii při benigním polohovém vertigu, akutním vestibulárním syndromu nebo chronické závratí. Aplikace určená pro tablety a smartphony poskytuje informace o klinickém obrazu vertiga a nabízí program cvičení přizpůsobený diagnóze pacienta. Součástí je i funkce připomenutí pravidelného cvičení, monitoring závažnosti závratí a odezvy na léčbu a dokumentace úspěšnosti léčby. Aplikaci si můžete zdarma stáhnout a více informací získat na: [www.tebokan.cz/app](http://www.tebokan.cz/app).



# Péče o chronicky nemocné děti stojí na lidech

*Hořovické Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče poskytuje multidisciplinární péči pacientům všech věkových skupin od novorozenců po náctileté do 18 let. Spektrum diagnóz, se kterými jsou pacienti na tomto oddělení dlouhodobě hospitalizováni, je velmi široké.*

Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP), které se nachází v jihozápadním traktu hořovické nemocnice, vzniklo v roce 2014 a oficiálně se tak stalo prvním oddělením tohoto typu u nás. Nemocnice Hořovice se nachází na půl cesty mezi Prahou a Plzní, ale na OCHRIP přicházejí pacienti z celé České republiky. Je o něj obrovský zájem a v podstatě bylo obsazené několik měsíců před zahájením provozu. Na vzniku OCHRIP se podílel současný primář MUDr. Daniel Blažek, který dostal nabídku z Hořovic v době, kdy již řadu let působil jako zástupce primáře na lůžkovém oddělení ARO pro děti FN Motol.

Po hořovickém OCHRIP nás provedla jeho zástupkyně MUDr. Jana Djakow, Ph.D., která dříve rovněž působila ve FN Motol, konkrétně na Pediatrické klinice. Během předatestační stáže na oddělení ARO se také setkala s Danielem

Blažkem, na jehož popud do Hořovic přešla už v roce 2014. Vystudovala na 2. LF UK, má atestaci z dětského lékařství a v současnosti si dodělává atestaci z intenzivní medicíny. Působí také jako lektorka resuscitace dětí a dospělých při Evropské resuscitační radě a pro zajímavost dodejme, že byla vedoucím českého resuscitačního týmu, který v roce 2015 zvítězil na mezinárodní soutěži European CPR Competition.

## Široké spektrum vážných diagnóz

Jana Djakow se se svými kolegy stará o dětské pacienty s různorodými diagnózami, které spojuje jejich závažnost. Hospitalizováni tu jsou jednak pacienti s přetrvávajícími následky těžkých traumat – jedná se například o kraniocerebrální poranění s různou hloubkou poruchy vědomí nebo o poranění horní části

míchy s nemožností spontánního dýchání. Dále jsou tu hospitalizováni pacienti s vrozenými vývojovými vadami, neurologickými, neuromuskulárními nebo metabolickými nemocemi, pacienti s poporodními patologiemi, které vyvolalo perinatální poškození. S danými diagnózami se vždy pojí dlouhodobé ohrožení základních životních funkcí, v některých případech jsou diagnostikované nemoci nevyléčitelné. Navzdory očekávání veřejnosti na oddělení od počátku provozu nebyl léčen ani jeden onkologický pacient.

Diagnózy, se kterými se lékaři a sestry na OCHRIP setkávají, jsou často velmi vzácné. V současnosti je tu například pacientka s aplázií několika žebér na jedné straně hrudního koše, která narušuje dynamiku dýchání. Zpravidla přicházejí pacienti již s diagnózou, ale ve zcela výjimečných případech může po nějakém čase dojít k diagnostickému přehodnocení.



Nový pavilon OCHRIP



„Máme čtyřletého pacienta, který byl od narození připojen na dýchací přístroj. Po přeložení na naše oddělení v necelém roce, jsme u něj diagnostikovali mimořádně vzácné onemocnění: Moebiov syndrom. Jeho stav se zlepšuje, vydrží nyní již několik hodin bez ventilátoru a podle posledních vědeckých poznatků se zdá, že jeho stav má chirurgické řešení,“ dodává k tématu vzácných nemocí Daniel Blažek.

Spektrum diagnóz je mnohem širší, než s jakým se lze setkat na obdobných odděleních pro dospělé. O dalších rozdílech hovořila během našeho setkání Jana Djakow: „U většiny dospělých pacientů na odděleních následné intenzivní péče lze předpokládat, že buď budou poměrně rychle odpojeni od plicní ventilace a přejdou do domácí péče nebo jiné péče nižšího typu, nebo po nějakém čase přejdou do paliativního režimu. Intenzivní péče netrvá většinou tak dlouho. Ale u dětských pacientů se mnohem častěji setkáváme s diagnózami, které umožňují dlouhodobé přežití s pomocí přístrojové techniky (nejčastěji umělá plicní ventilace). Paliativní a intenzivní péče není v tomto kontextu v rozporu. Spektrum diagnóz je takové, že musí být obě složky propojené a mění se v čase jejich poměr. U pacientů s některými druhy diagnóz – jako jsou například myopatické nebo neuromuskulární poruchy – víme, že pacient nakonec zemře předčasně, ale kdy to bude, nevíme. Pokud onemocnění progreduje, prognóza je špatná a my už nejsme schopni nabídnout zlepšení kvality života ani jeho udržení, rozšiřuje se zastoupení paliativní složky. Můžeme využít i pomoc paliativního týmu, který v nemocnici působí a v jehož čele stojí primářka dětského oddělení MUDr. Mahulena Mojžíšová.“

## Multidisciplinární péče

Někteří pacienti OCHRIP se mohou rozvíjet, i když jsou nepřetržitě napojeni na ventilátor. Oddělení spolupracuje s řadou fyzioterapeutů, pediatriů a dětských psychologů, připravuje různé herní programy a podobně. Lékaři musí například řešit otázku, jak komunikovat s batoletem, které má tracheostomii, nemůže mluvit, ale jehož mentální funkce jsou více méně neovlivněné. „Snažíme se, abychom nejen zajišťovali základní funkce života pacientů, ale abychom jejich život v rámci možností co nejvíce zkvalitňovali,“ dodává Jana Djakow.



Dětské lůžko intenzivní péče

Na hořovickém OCHRIP aplikují tzv. „patient and family centered care“, což znamená, že rodina je integrální součástí péče o nemocné dítě. Návštěvní doba je prakticky neomezená a pokoje lze v rámci možností uzpůsobovat a individualizovat. V budoucnosti by nemocnice ráda vybudovala ubytovací kapacity nejen pro zaměstnance, ale právě i pro rodiče dětí. Zdravotnický personál s rodiči setrvale spolupracuje. „Rodiče se ze začátku instinktivně obávají nám tu své dítě nechat, ale když vidí, jakou péči jsme jim schopni nabídnout, obavy postupně ustupují,“ říká Jana Djakow. Součástí péče je i psychologické poradenství pro rodiče, kteří se třeba roky připravují na to, že jejich dítě zemře.

Ve chvílích, kdy je třeba rozhodnout, zda má smysl v léčbě pokračovat, či nikoliv, má poslední slovo vždy lékař, ale s rodiči se vedou dlouhodobé diskuze o jejich preferencích. „Snažíme se s rodiči neustále komunikovat a informovat je o aktuálním stavu dítěte i dlouhodobější prognóze. Navzdory rodinné tragédii si tak neodnáší hořké pocity s tím, že se něco mělo udělat jinak. Někdy nám dokonce od rodičů zemřelých dětí chodí děkovné dopisy za to, jak jsme o jejich dítě pečovali,“ říká Jana Djakow.

Oddělení zajišťuje nejen konzultace s psychologem, ale na žádost rodičů i spirituální služby. „Měli jsme tu případ, kdy si rodiče přáli své dítě ještě těsně před smrtí pokřtít, i tomuto přání jsme byli schopni vyhovět,“ dodává k tomu zástupkyně primáře.

## Otevření nového pavilonu

31. května došlo k otevření nově vybudovaného pavilonu OCHRIP. Dosavadní kapacita šesti lůžek tím byla rozšířena na třináct. Navštívili jsme nový pavilon na konci června, v době, kdy ještě čekal na své pacienty, kteří měli přijít po svátcích věrozhvěstů. V tuto chvíli je nový pavilon již obsazen (přešli do něj pacienti z původních lůžek). Jak se bude dařit rozšířenou kapacitu oddělení využívat, záleží na stavu sester, o které je nouze.

V minulém čísle jsme psali o konferenci IHS, kde jedna z přednášejících referovala o tom, jak se současné medicínské požadavky promítají do architektury zdravotnických zařízení. Nový pavilon OCHRIP je oním dobrým příkladem. Architekt Mostafa Tousson navrhoval budovu v součinnosti s lékaři a výsledkem je moderní jednotka intenzivní péče s boxovým systémem a s centrálním velínem pro sestry uprostřed, který z architektonického hlediska představuje atrium. Sestry tak mají neustálý vizuální přehled o všech pokojích (v případě návštěvy lze jednoduše zatáhnout žaluzie a poskytnout tak rodinám soukromí).

Pokoje jsou rozděleny do tří zón – zázemí s přípravnou léků, patientská část, prostor pro rodiče. Všechny pokoje jsou naprosto totožné. „Aby se předešlo chybě, jsou až na vybavení specifické pro danou diagnózu v každém pokoji stejně uspořádané i šuplíky,“ dodává k tomu Jana Djakow.

Samozrejmosťou je polohovateľné intenzivistické lôžko, ktoré je v prípade nutnosti vybavené antidekubitní matrací. Nad lôžkom je ve stropě instalovaná multifunkčná rampa s flexibilnými ramenami, na ktorú lze pripojiť téměř veškerou potřebnou techniku. To umožňuje volný pohyb personálu kolem pacienta, což je podle Jany Djakow důležité zejména při resuscitaci a jiných akutních situacích.

Každý pokoj je vybaven tak, aby zajistil celý rozsah intenzivistické a anesteziologicko-resuscitační péče pro pacienty od novorozenců po osmnáctileté. „Pokoje jsou vybavené injektomaty, infuzními pumpami, moderními ventilátory s inteligentními režimy ventilace (např. ASV – adaptive support ventilation), máme tu kompletní resuscitační vybavení, můžeme monitorovat centrální žilní i arteriální tlak, koncentraci CO<sub>2</sub> na konci výdechu, mozkovou aktivitu. Tyto a další parametry, které se na jednotkách intenzivní péče běžně sledují, jsou nepřetržitě monitorovány v centrálním velínu,“ vypočítává zástupkyně primáře. Součástí oddělení je také administrativní zázemí a hovorňa pro rodiče.

### Otázka psychické náročnosti

Každého hned napadne, že péče o vážně nemocné děti, která mnohdy končí smutně, bude mimořádně psychicky náročná. Podle Jany Djakow obzvláště pro



OCHRIP nám představila Jana Djakow

sestry, které jsou s dětmi v každodenním úzkém kontaktu, a je pro ně proto těžší vyhnout se citovým vazbám. Mnozí se z těchto důvodů bojí na OCHRIP nastoupit. Paradoxně má však oddělení zároveň jednu z nejmenších fluktuací personálu v nemocnici: „Máme velice stabilní tým skvělých sester, v jejichž čele stojí vrchní sestra Mgr. Pavlína Hesounová, která má na chodu oddělení velké zásluhy a je tady vlastně nejdůležitější osobou. Lékaři a sestry v intenzivní péči jsou nejrizikovější

z hlediska možného syndromu vyhoření. Snažíme se mu bránit spíše důslednou prevencí. Máme bezpečné prostředí, kde je možné ventilovat své pocity, diskutujeme nad mimořádnými událostmi, nepřetěžujeme personál nad rámec jejich pracovních povinností a podobně. Krizové intervence a skupinové programy, se kterými se také počítá, se příliš nevyužívají,“ dodává k tomu Jana Djakow.

Mgr. Lukáš Malý



## Lidé z Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče o děti

**Primář:**  
MUDr. Daniel Blažek



- Absolvent LF Univerzity Jana Evangelisty Purkyně
- Atestační zkouška z oboru anesteziologie a resuscitace I. a II. stupně a z intenzivní medicíny.
- Ve vedlejším pracovním poměru lékař Letecké záchranné služby.

**Zástupkyně primáře:**  
MUDr. Jana Djakow, Ph.D.



- Absolventka 2. LF Univerzity Karlovy
- Atestace z oboru dětské lékařství (dodělavá si atestaci z intenzivní medicíny)
- Obhájená dizertační práce: Aspekty identifikace pacientů s primární ciliární dyskinezi

**Vrchní sestra:**  
Mgr. Pavlína Hesounová



- Absolventka Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (Bratislava)
- Absolventka specializačného studia ARIP



# Edukace pacientů před koloskopií

*Koloskopické vyšetření umožňuje lékaři prohlédnout celý vnitřek tlustého střeva, od konečníku přes celý tračník až k dolnímu konci tenkého střeva. Aby bylo vyšetření přesné a bezpečné, musí být před vyšetřením střevo řádně vyprázdněné. K tomu je nutné dodržovat jistá režimová opatření. Většina zdravotnických zařízení se proto snaží pacienty řádně edukovat.*

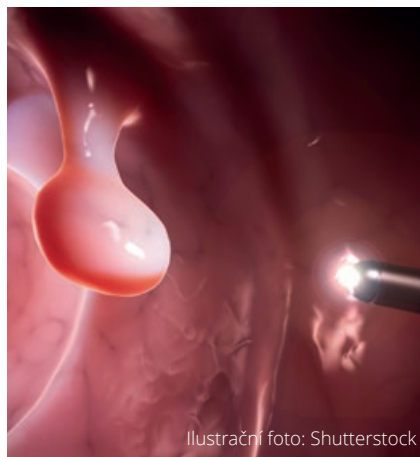
Optimální příprava – kvalitní očista tlustého střeva – je podmínkou efektivní a bezpečné koloskopie. Forma přípravy se navrhuje každému pacientovi vždy individuálně, s ohledem na komorbiditu a užívané léky.

Gastroenterologové za zlatý standard považují podání roztoku polyetylglykolu (PEG) v celkovém objemu 4 l. Podobný efekt mají nízkoobjemové přípravky (PEG s kyselinou askorbovou, citrát hořečnatý s pikosulfátem sodným, roztok sulfátů), nezbytný je však zvýšený příjem tekutin. Příprava musí být správně načasována a spočívá v rozděleném podání přípravku večer před vyšetřením a ráno v den vyšetření. V případě odpoledních procedur se roztok podává ráno v den koloskopie. Poslední dávku pacient dostane nejlépe čtyři hodiny před výkonem a nejpозději dvě hodiny po něm. Nezbytnou součástí přípravy k elektivní koloskopii tvoří dietní opatření, o němž bývá pacient poučen písemně i ústně.

## Dieta

Pacienti by neměli jíst potraviny s vyšším obsahem vlákniny a semínek: ovoce, zeleninu, oříšky, neloupanou rýži, celozrnné pečivo, psyllium, kmín, mák apod. Doporučuje se pouze tekutá nebo kašovitá strava. Za vhodné potraviny se považují: mléčná rýže, jogurty, dětské výživy, bramborová kaše (bez slupek), jemné, doměkka uvařené těstoviny, pudinky, piškoty, bílé pečivo, čajové sušenky, vývary. Diabetik by měl dávat přednost tekuté stravě a nezapomínat měřit si častěji glykémii. Pacient by měl dodržovat pitný režim a vypít alespoň dva litry tekutin – jeden před vyšetřením. Je vhodné konzumovat pouze tekutiny, popřípadě vývar, polévku (bez masa, nudlí, zeleniny). Nedoporučuje se ale pít mléko, džusy s dužinou a hnědě, červeně nebo fialově zbarvené potraviny či nápoje, protože znesnadňují vyšetření.

V dokumentaci před vyšetřením má být vždy uveden způsob střevní očisty a výsledná kvalita přípravy. Z validovaných škál se používá tzv. Bostonská škála BBPS



(Boston bowel preparation scale). Adekvátní střevní očista by mělo být dosaženo u > 90 % vyšetření. Nedostatečně připravený pacient by měl podstoupit kontrolní vyšetření v průběhu jednoho roku v závislosti na indikaci. Pokud se prokáže pokročilá neoplazie v nedostatečně připraveném tračníku, indikuje se kontrolní koloskopie v nejbližším možném termínu.

## Grant ve FN v Brně

Vzhledem k tomu, že příprava je stejně důležitá jako samotné vyšetření, stále více pracovišť se snaží vylepšit systém edukace pacientů, aby nedocházelo ke zmaření koloskopického výkonu. Jedním z nich je i Endoskopické centrum Fakultní nemocnice v Brně-Bohunicích, které v roce 2016 získalo grant na projekt Edukace laické a odborné veřejnosti před koloskopickým vyšetřením.

K vypracování tohoto projektu autory grantu vedla skutečnost, že v praxi často musejí opakovat vyšetření vinou nedokonalého vyprázdnění střeva. Hlavním řešitelem grantu je zdravotní sestra Martina Kyanková, DiS.

V roce 2017 podstoupilo v Endoskopickém centru koloskopické vyšetření 3462 pacientů, v roce 2016 to bylo 3547. Mimo screeningových a kontrolních koloskopií se navyšují počty terapeutických koloskopií, které jsou časově náročnější, a jejich provedení proto vyžaduje

hospitalizaci pacienta. Na terapeutické ošetření při koloskopii musí být pacient řádně připraven – je nutné absolvovat interní vyšetření – a pacientovi se rovněž rezervuje lůžko. Pokud celý tento proces zastaví špatná příprava pacienta, jde o velmi nepříjemnou komplikaci nejen pro samotného pacienta, ale i pro celý zdravotnický personál.

## Zlepšení informovanosti

V první fázi projektu řešitelé grantu shromáždili data o tom, jak se pacienti na koloskopii připravují a jaké mají o vyšetření informace. Použili k tomu dotazníkové šetření, jehož se zúčastnilo 111 pacientů. Z tohoto souboru bylo 12 pacientů vyšetřeno opakovaně pro nedostatečnou přípravu. Zjistilo se, že povědomí pacientů o koloskopickém vyšetření je velmi nízké. Pacient indikovaný k vyšetření často neví, co ho čeká. Výsledky autoři očekávali, ale považovali je za neuspokojivé.

V druhé části projektu, která stále probíhá, se tým Martiny Kyankové zaměřuje na edukaci pacientů i personálu FN Brno. Po celý rok 2018 probíhají semináře Endoskopického centra. V rámci grantu byl vytvořen Praktický průvodce – příprava střeva před koloskopií, který se distribuoval do ambulantních částí FN Brno. Cílem však není pouze předat informace v písemné podobě, ale také získat zpětnou vazbu. To je možné na základě osobního setkávání s veřejností během tzv. edukačních hodin. V rámci grantové práce je možné konzultovat s personálem i mimo pracovní dobu, ve středu v odpoledních hodinách a v sobotu od 14 do 16 hodin.

Za ideální stav považují řešitelé grantu edukaci každého pacienta, který podstupuje koloskopii poprvé. Díky informovanosti o výkonu by se minimalizovalo nedokonalé vyprázdnění. Úkolem sestry je také snížit obavy z vyšetření a vysvětlit možnosti farmakologického i nefarmakologického tlumení bolesti při vyšetření.

Zdroj: FN Brno

a Renáta Grossová Klementová, (red)

# Věřím, že mladé kolegyně posunou obor dál

Vítězkou v soutěži Sestra roku 2017 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání si odnesla Hana Rittsteinová, emeritní vrchní sestra Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Svůj profesní život zasvětila práci na této klinice. V pozicích porodní asistentky, úsekové a vrchní sestry ovlivnila několik generací zdravotnických pracovníků. Hana Rittsteinová vyhověla naší žádosti a zavzpomínala na léta strávená v oboru.

„Vždy jsem se snažila být příkladem svým vystupováním a chováním, snažila jsem se podporovat nové nápady a víru sester v sebe samé. Pokud bylo třeba, snažila jsem se být pro sestry oporou. Vedení týmů a práce s různorodými povahami jsem chápala jako možnost, jak být oporou změn ve zdravotnictví.

## Vzdělávání

Někdy v roce 2001 hlavní sestra Anička Chrzová za podpory vedení nemocnice rozhodla, že se všechny vrchní a posléze i staniční sestry budou vzdělávat v managementu. První skupinka vrchních sester odjela na zasedání v Srbech u Kladna. Už při vstupním testu, který nám dala vyučující paní inženýrka Pištěláková, jsme se setkaly s výrazy, kterým jsme vůbec nerozuměly. Třeba taková SWOT analýza. Na druhou stranu i pro přednášející byly mnohé povinnosti vrchních a staničních sester – v rámci „řízení pracoviště“ – neuchopitelné. Pojmu managementu se vymykaly, respektive byly s ním obtížně slučitelné. Jistě, v bankách a rozvíjejících se společnostech bylo takové vzdělávání v roce 2000 již samozřejmostí. Také v IPVZ v Brně bylo možné absolvovat postgraduální vzdělávání v managementu. V dané podobě to však byl první počín tohoto druhu, který i nadále ve VFN úspěšně pokračuje.

Zcela jistě napomohla tato setkávání mezilidským vztahům. Nemocnice slučovala klinická pracoviště, a to mělo dopad na jejich pracovníky, kteří často reagovali – viděno zpětně – malicherně. Poznávání „druhé strany“ bylo prospěšné. Velká vstřícnost k změnám navrhovaným porodními asistentkami, neonatologickými sestrami a sestrami na úsecích gynekologie byla zjevná nejen ze strany vedení, ale i ze strany přednostů a primářů našeho pracoviště.



Hana Rittsteinová a Andrea Skálová

Foto: archiv MF



## Nové trendy

Součástí našeho týmu se stala klinická psychologka. Věnovala se nejprve onkologickým pacientkám, později i pacientkám, které se z důvodu genetické indikace rozhodly přerušit těhotenství, nejednou ve vysokém stupni. Díky psychologické péči bylo objasněno, proč se tyto pacientky často nechtěly rychle vrátit domů. Někdy byla situace v jejich rodině složitá, partner mohl situaci vnímat jako jejich chybu, takže uvítaly možnost setrvat déle v nemocnici. Začaly jsme také těmto pacientkám umožňovat rozloučení s plodem. Mnohé toužily si dítě pochovat, i když bylo závažně geneticky postižené. Než vstoupil v platnost nový zákon o pohřebnictví, domlouvali jsme jim i vstup na rozptylovou loučku, kde byly tyto plody pohřbeny, a ony jim tam nosily hračky.

Dnes se hodně hovoří o účasti otce či jiné blízké osoby u porodu. Je však třeba řešit i nešťastné situace. V této souvislosti došlo k posunu ohledně možnosti být na pokoji s umírajícím. Posouvají se však i záležitosti jiného druhu, jako je například bezbariérovost nebo zapojení asistenčních psů při hospitalizaci.

V době, kdy se ženy začínaly registrovat do zdravotnických zařízení k porodu, probíhaly u nás prohlídky kliniky. Budoucí maminky měly možnost se na základě toho rozhodnout, zda u nás chtějí rodit. Postupně se ale stávalo, že se tu objevilo naráz až sedmdesát lidí. Ženy občas přicházely s početným doprovodem a ze setkání se stávaly „diskusní kroužky“. Mnoho názorů přitom bylo, jak říkávaly mé kolegyně, až militantních. Některé ženy přicházely s velmi vyhraněnými postoji a představami o porodu a diskuse pak bývaly bouřlivé. Z provozních důvodů

jsme později otevřené prohlídky zrušili a ponechali jen předporodní kurzy.

Porodnictví a gynekologie se vyvíjelo v mnoha směrech. Pro nás bylo úžasné se na tomto rozvoji podílet. Obrovským překvapením bylo zavedení jednorázových pomůcek. Rukavice jsme najednou nemusely prát a sterilizovat, mohly se po použití odhazovat stejně jako stříkačky a jehly, roušky, ústenky nebo čepce. I ložní prádlo mohlo být při krátké hospitalizaci nahrazeno jednorázovým. Ložního prádla býval v minulosti nedostatek, žertovali jsme, že kdo vyřeší problém s nemocničním prádlem, měl by dostat Nobelovu cenu.

Také prostředí v porodnici se měnilo. Budova kliniky má díky severoněmecké novogotické architektuře stále své kouzlo – toto úchvatné dílo stavitele Josefa Hlávky k nám přitahuje filmové štáby z celého světa. Uvnitř jednotlivých křídél vznikla moderní oddělení. Nyní jsou naši prioritou úpravy porodních boxů, uvažuje se také o přístavbě k jednomu z křídél budovy. Pokud je pravdou, že trpělivost přináší růže, můžeme se těšit na další krásné zdravotnické prostory.

V ošetrovatelské dokumentaci dochází k řadě změn proto, aby nás administrativa neodváděla od toho podstatného – od samotné péče. S navyšujícím se počtem personálu ve směně máme dnes na rodičky a pacientky více času. Působí u nás porodní asistentka, instrumentářka, všeobecná sestra, neonatologická sestra, sanitář, uklízečka. Všechny pomocné činnosti dříve zastávaly sestry.

Současný nedostatek zdravotnického personálu se nás týká samozřejmě také. Přichází často ve vlnách, ať již z důvodu radostných chvil, kdy kolegyně nahlásí vlastní těhotenství, nebo proto, že se

kolegyně po 50 letech praxe rozhodnou odejít do penze či zkrátit úvazek. Někdy je „oříškem“ zajistit potřebné služby. Mladé kolegyně, které sem přijdou z mimopražských regionů, často zaskočí obrovský počet porodů, náročnost péče o riziková a patologická těhotenství či vážně nemocné ženy na gynekologickém oddělení. Nejednou se vracejí blíže k domovu, a i když vás každá taková zpráva „srazí do kolení“, chápete, že mají své důvody a že to pro ně není jednoduché.

## Přání do budoucna

V letošním roce končí absolventky bakalářského studia oboru porodní asistence při 1. LF UK. Některé z nich obohatí naše kolektivy, jiné nastoupí ve svém regionu, část bude pokračovat v magisterském studiu. Co si víc přát. To, že se podařilo toto studium otevřít, znamená, že nové absolventky budou každý rok posouvat obor gynekologie a porodnictví dál, a to všude tam, kde najdou uplatnění.

Trápí mě, když se říká, že sestry u nás nemají dostatečnou prestiž. Když se podíváte na hodnocení v žebříčku povolání, sestry jsou na třetím místě po lékařích a vědcích. Snažím se proto své studentky povzbuzovat, aby se nebály. Aby si uvědomily, že cokoli se jim stane, to je posílí. A aby věřily, že jejich obor má budoucnost a jejich práce bude vždycky potřeba. Změny, které je čekají, za to stojí. I když se to ve chvílích jejich uskutečňování hned neprojeví.

Myslím, že mladí lidé to dnes mají těžké. Ať už kvůli tomu obrovskému množství informací nebo tlaku společnosti. A já je velmi obdivuji, že do toho jdou, a věřím, že svůj obor posunou dál.“

**Připravila: MUDr. Andrea Skálová**



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

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

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

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

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



# Představujeme patientské organizace: Diagnóza leukemie

*Ve dnech 14.–17. června proběhl ve Stockholmu mezinárodní kongres Evropské hematologické asociace (EHA). Zúčastnila se ho i Jana Pelouchová, která stojí v čele patientského spolku Diagnóza leukemie. Zahraniční kontakty a výměnu zkušeností považuje ve své práci za zásadní. Díky zapojení do mezinárodní patientské komunity si před lety uvědomila, co vše se dá pro pacienty dělat.*

Jana Pelouchová ke své práci nepotřebuje ani kancelář, ani zaměstnance. Stačí jí počítač, mobilní telefon, internetové připojení, jazykové dovednosti a malý tým spolupracovníků, jimž důvěřuje. Všichni se činnosti spolku věnují z nadšení a z přesvědčení.

Současná předsedkyně se rozhodla založit patientskou organizaci poté, co sama onemocněla chronickou myeloidní leukemií (CML). Za tu dobu se mnohé změnilo, a to nejen v léčbě leukemií, ale především v přístupu k nemocným. „Před 16 lety měl pacient pocit, že se z něj ze dne na den stala nesvéprávná bytost – zažila jsem to na vlastní kůži. Nebyla například možnost nahlížet do zdravotnické dokumentace. Tento nárok byl uzákoněn až prováděcí vyhláškou v roce 2006. Řadě osvědčených lékařů vyhláška vyhovuje, protože komunikace s informovaným pacientem je pro ně mnohem snazší. Právě vztah pacienta a lékaře je u hematoonkologických onemocnění zásadní, protože je to vztah na celý život. Dřívější pasivita a odevzdanost mi nevyhovovaly. Nicméně všichni jsme trávili mnoho hodin na chodbách, protože neexistovaly objednávací termíny. Velmi nás to sblížilo. Sdíleli jsme spolu mnoho důvěrných informací a vzájemně si radili,“ vzpomíná Jana Pelouchová.

## Aktivní pacienti

„S myšlenkou založit širší platformu mně a mým kolegům pomohla lékařka z Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) a propojila nás s farmaceutickou firmou, která nás v našich aktivitách finančně podpořila. Tak v roce 2006 vzniklo Občanské sdružení Diagnóza CML. Chtěli jsme zvýšit informovanost o nemoci, o nové léčbě i o probíhajících klinických studiích a také podpořit pacienty, aby se sami o svou léčbu co nejvíce zajímali,“ popisuje Jana Pelouchová začátky.

## diagnóza leukemie

V roce 2005 se zúčastnila globálního summitu patientských skupin v Dublinu, kde proběhlo moderované diskusní fórum, na něž se pacienti a jednotlivé skupiny prostřednictvím internetu napojovali. Každý mohl představit své aktivity a především se mohl inspirovat. Potkala tam lidi, kteří byli vědomostně mnohem dál, i když to byli laici. Proto se zapojila do patientských aktivit zastřešujících evropských i globálních organizací, ve kterých se angažuje v mnoha volených funkcích. Rozhodla se organizaci více profesionalizovat. Sdružení se transformovalo ve spolek Diagnóza leukemie, z.s., a rozvíjelo své aktivity v dalších diagnostických oblastech: chronické i akutní leukemie, myelodysplastického syndromu a myeloproliferativní neoplasmie – tedy všude tam, kde je v rámci jediné diagnózy obtížné vytvořit samostatnou patientskou organizaci.

V roce 2007 se prezidentka spolku rozhodla se třemi přáteli z Izraele, Německa a z Velké Británie založit internetovou platformu, jejímž cílem bylo propojit patientské skupiny z jednotlivých zemí, aby sdílely informace o inovativních léčbách, diagnostických postupech, výstupech z konferencí a výsledcích klinických studií apod. „Dnes má síť CML Advocates Network 184 organizací, spolek Diagnóza leukemie do nich také patří. Na stejném principu vznikaly i další hematologické patientské sítě spojující patientské organizace ze všech kontinentů.

V lokálních podmínkách spolek funguje pro jednotlivce, kteří už jsou zvyklí

se na něj obracet. Pacienti dostávají kontakt v jednotlivých hematoonkologických centrech. „Jsme nadstavbou lékařské péče, protože všude na světě lékař především léčí a další služby od něj není možné očekávat, neboť na ně nemá čas. Pokud chce pro své pacienty udělat něco navíc, může je odkázat na patientskou organizaci. Spolupráce s lékaři je pro nás zásadní, protože jsou autory většiny edukačních materiálů a také přednášejícími,“ vysvětluje Jana Pelouchová.

## Komplexní poradenství

Pacientské semináře – Regionální setkání pacientů s CML a CLL – tvoří jeden

## Leukemie

Podle rychlosti nástupu choroby a průběhu se dělí na akutní a chronickou.

## Rozeznávají se čtyři hlavní typy leukemií

- Akutní myeloidní leukemie (AML)
- Akutní lymfoblastická leukemie (ALL)
- Chronická myeloidní leukemie (CML)
- Chronická lymfocytární leukemie (CLL)

Roční incidence u všech leukemií je zhruba 13 případů u mužů a 10 případů u žen na 100 000 obyvatel.

Nejčastěji se u nás vyskytuje CLL, která tvoří až 40 % všech diagnostikovaných případů. AML tvoří 25 % leukemií, CML představuje asi 15 % všech leukemií.





Foto: archiv Diagnózy leukemie

Jana Pelouchová – Za všemi našimi aktivitami jsou konkrétní a často pohnuté osudy lidí.

z pilířů organizace. Pořádají se nejméně jednou za rok v jednotlivých centrech v Praze, Brně a Ostravě, která nahradila Olomouc. „Preferujeme velká města, kde můžeme zajistit dostatečný počet účastníků. Nemá smysl organizovat akci pro patnáct lidí. Setkání jsou velmi cenná a mají jedinečnou atmosféru. Kdo nemůže přijít na seminář, najde na webu kalendář akcí, aktuality a zápisy z jednání Pacientské rady nebo může využít naši nepřetržitou telefonickou linku,“ upřesňuje Jana Pelouchová. „Pro pacienty s myelodysplastickým syndromem jsme v loňském roce zahájili cílené semináře k problematice MDS v centrech, kde byla navázána spolupráce s odborníky (Praha, Ostrava, plánuje se v Hradci Králové) a vytvořili jsme základy Virtuální knihovničky pacienta s MDS na našem webu.“ Prvních osm let směřovaly aktivity spolku výhradně k pacientům s CML, kde klinický vývoj dospěl k první cílené léčbě inhibitory tyrosinové kinázy. Tyto úspěchy jsou nadějí i pro pacienty s ostatními diagnózami a probouzí je k činnosti. Proto spolek rozšířil – za velké podpory

jednotlivých členů – své aktivity i o další typy leukemií: myelodysplastický syndrom a MPN. Na internetových stránkách najdou pacienti videoknihovničku o chronické lymfocytární leukemii (CLL), která obsahuje 30 krátkých přednášek odborníků na léčbu CLL. Videá se věnují například symptomům a diagnostice, informacím o nových cílených léčbách, managementu nežádoucích účinků, infekčním komplikacím nebo případům, kdy CLL není nutné léčit.“

Témat, jimž se pacientská organizace zaměřená na hematologickou onemocnění může věnovat, je mnoho. Ústřední téma však zůstává stejné: jak s chronickým onemocněním žít. Nemocní také potřebují vědět řadu praktických informací. Například jak postupovat v případě, že pojišťovna zamítá žádost o úhradu léčby. To se stává u nejčastější hematologické diagnózy CLL, kde po relapsu bývá onemocnění většinou rezistentnější na dosavadní léčbu a vyžaduje od lékařů velkou uvážlivost v indikaci léčby. Ne vždy může ihned nasadit léky druhé volby. Pacientská organizace může pomoci pacienty

v jednání s pojišťovnami zastoupit. Na webových stránkách a na Facebooku spolek zveřejňuje závěry z jednání s regulačními autoritami a plátcí.

## Psychická podpora

Organizace Diagnóza leukemie funguje výhradně pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, kteří jsou na jednotlivých setkáních velmi vítáni, protože jejich role v léčbě je zcela zásadní. I oni sami potřebují nabrat sílu, sdílet svoje zkušenosti a vidět diagnózu svého blízkého v souvislostech. Osvětové akce zaměřené na širokou veřejnost Jana Pelouchová neorganizuje, protože to podle ní nemá smysl. „Vzhledem k tomu, že neexistuje žádná prevence, ale jenom diagnóza, není prostor pro nějaké zásadní poselství,“ konstatuje lakonicky.

Předsedkyně spolku si velmi zakládá na tom, že organizace, kterou založila, má vlastní tvář a je za ní konkrétní příběh. „Není to žádná líbivá kulisa vytvořená PR agenturou, za všemi našimi aktivitami jsou konkrétní a často pohnuté osudy lidí.“

Jedním z lékařů, s nimiž spolek Diagnóza Leukemie úzce spolupracuje, je prof. MUDr. Michael Doubek, Ph.D., z FN Brno, který zdůrazňuje, že lékař by se měl snažit pomoci pacientovi svoji nemoc pochopit. Pacient se pak může stát partnerem pro diskusi o léčbě či prognóze onemocnění. „Stále se však setkávám s případy, že lidé o své nemoci nechťejí vědět nic, dokonce i mladí pacienti. Vybavuje se mi případ z nedávné doby, kdy jsem chtěl hovořit o onemocnění s jedním mužem středního věku, který mě ale přerušil slovy, že na podobné onemocnění zemřel jeho syn a že o něm nechce vůbec nic vědět. Pacientské organizace mohou v mnoha ohledech pomoci: „Spojují se tu lidé, kteří mají společného nepřítele, psychicky je to podporuje. Také pro lékaře je účast na akcích, které spolky pořádají, výraznou pomocí v jejich práci. Lépe tak pochopí problémy, které nemocní řeší.“

Mgr. Pavlína Perlíková

## Kontakty:

Diagnóza leukemie, z. s.

[www.diagnoza-leukemie.cz](http://www.diagnoza-leukemie.cz)

nepřetržitá telefonická linka:  
+420 728 308 360

## Ceny pro studentky Univerzity Pardubice

Nejnadanější studenti, respektive studentky chemicko-technologické fakulty UP, převzali během slavností promoce ocenění společnosti Pfizer. Na základě memoranda o vzájemné spolupráci Pfizer podporuje projekty, které jsou přínosem pro oblasti biotechnologie a farmakochemie. Autorky oceněných diplomových a bakalářských prací si rozdělí 30 000 korun.

Ceny společnosti Pfizer získaly tyto studentky magisterských programů:

Mgr. Lucie Kocourová za diplomovou práci Syntéza substituovaných 4-amino-1-arylpirazol-3-karboxylátů s využitím diazoniových solí; Mgr. Eliška Pilařová za práci Nový derivát Corey laktonu jako modelový meziprodukt syntézy vybraných prostaglandinů; Mgr. Aneta Čápková za Potenciometrické a spektrometrické stanovení postupných disociačních konstant antidepressiva Vortioxetinu a léčiva Lesinuradu.

Zdroj a foto: Kateřina Popová, (red)



## Rekonstrukce pavilonu v Příbrami

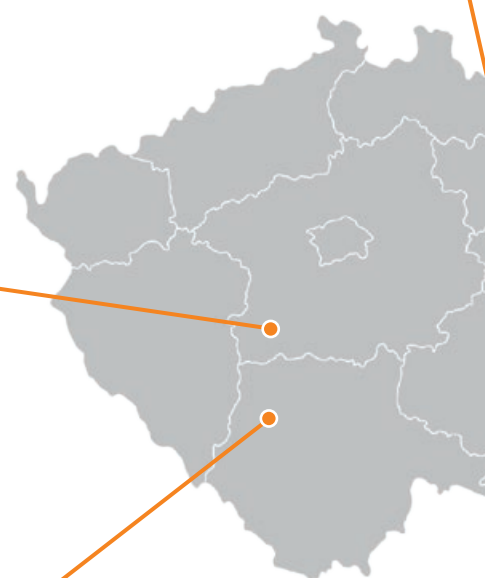
Během několika málo týdnů budou zahájeny práce na rekonstrukci zbývajících pater pavilonu D4. Přestavba se týká celkem tří nadzemních a jednoho podzemního podlaží. Trvat bude celkem 11 měsíců a práce získala s nejnižší nabídkou necelých 94 mil. příbramská stavební firma Staveko.

Projekt navazuje na rekonstrukci vrchních tří pater pavilonu D4, kde vnikla nová porodnice, oddělení šestinedělí a zázemí pro lékaře. Ve zbývajících čtyřech patrech bude

následně nové lůžkové gynekologické oddělení, gynekologické ambulance se zákrokovým sálem a denním stacionářem a dále skladovací prostory a šatny.

V rámci stavebních prací dojde k vybudování nové komunikační vertikály, která propojí všechna podlaží výtahem. Kompletně nové budou inženýrské sítě, dojde k výměně oken, zateplení a také k parkovým úpravám okolních prostor.

Zdroj: Nemocnice Příbram, (red)



## Magnetická rezonance ve Strakonících

Třileté snažení strakonických lékařů o zavedení nové diagnostické metody bylo začátkem léta završeno zprovozněním nové magnetické rezonance. Přístroj stál přes 27 mil. Kč a jeho zakoupení bylo hrazeno v rámci evropských dotací z Integrovaného regionálního operačního programu. Náklady na stavební úpravy činily více než 3 mil. Kč. Instalaci spolufinancuje Jihočeský kraj.

„V této souvislosti chci poděkovat kolegům z Nemocnice Písek a Nemocnice České Budějovice za léta

vyšetřování pacientů strakonického regionu magnetickou rezonancí na jejich pracovištích. Právě po nemocnicích v Českých Budějovicích, Písku a Táboře jsme spolu s nemocnicí v Jindřichově Hradci další jihočeskou nemocnicí, která pro své pacienty zajistí toto vyšetření,“ řekl MUDr. Tomáš Fiala.

Celkem během dvou let investuje Nemocnice Strakonice do moderních technologií z evropských zdrojů 96 mil. Kč, významný podíl kofinancování jde z prostředků Jihočeského kraje.

Zdroj: Nemocnice Strakonice, (red)

## Nový přístroj pro j

Na Oddělení nukleární medicíny a PET centrum jihlavské nemocnice byl nainstalován nový přístroj SPECT za téměř dvacet milionů korun. Sloužit bude především onkologickým pacientům. Lékaři díky němu dokáží stanovit přesnější diagnózu a určit lépe postup léčby. „Je to technologická špička v oboru,“ říká primář oddělení doc. Jiří Prášek.

Nový SPECT je důležitý pro diagnostiku nádorů. Vyšetření probíhá tak, že se pacientovi aplikuje radioaktivní látka do žíly, přístroj prostřednictvím gamakamery zachytí její





## Frýdecko-Místecká nemocnice má nová oddělení

Čtyři měsíce intenzivních stavebních prací a téměř 50 mil. korun si vyžádalo vybudování oddělení následné intenzivní péče (NIP) a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) v Nemocnici ve Frýdku-Místku. Celkem 18 nových lůžek nyní bude sloužit pacientům s potřebou zvýšené zdravotní péče.

„V posledních letech dochází k nárůstu pacientů, u kterých došlo ke stabilizaci stavu po kritickém onemocnění či traumatu a potřebují zvýšenou péči, ale již nevyžadují anesteziologicko-resuscitační či intenzivní

péči v plném rozsahu. Současně jejich zdravotní stav nedovoluje přeložení na standardní nebo následné lůžko. Proto jsme za podpory Moravskoslezského kraje vybudovali nová oddělení následné

intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, která přispějí k výraznému zvýšení kvality péče o pacienty,“ uvedl ředitel Nemocnice Tomáš Stejskal. Zdroj a foto: NEMFM, (red)



## Psychiatrická klinika FN Brno projde rekonstrukcí

Fakultní nemocnice Brno postoupila do finální fáze rekonstrukce Psychiatrické kliniky. V polovině května 2018 obdržela stavební povolení a v současnosti probíhá výběr zhotovitele stavebních prací, které by mohly začít v posledním čtvrtletí letošního roku. Hlavním důvodem oprav pavilonu je špatný technický stav.

Základní myšlenkou návrhu oprav kliniky bylo ponechat v co největší míře stávající pavilon G a rozšířit jej o dvojici nízkopodlažních hmot, která vytvářejí uzavřená atria. Tímto řešením zůstane plně zachováno využití stávajícího objektu

a současně dojde k vytvoření nových kapacit. Do návrhu se mimo jiné promítá nutnost etapizace výstavby a řešení dočasného umístění vybraných provozů, ekonomika výstavby a požadavky na energetickou úspornost.

Významným požadavkem je umístění lůžkových jednotek tak, aby byla možná jejich přímá vazba na park, který je součástí plánované investice.

Předpokládaná částka za realizaci je 577 mil. Kč vč. DPH. Projekt bude spolufinancován z EU (IROP) a MZ ČR v poměru 85/15%. Zdroj a foto: FN Brno, (red)



## ihlavské pacienty



rozložení v těle a umožní tak lokalizaci metastáz. „Díky přístroji dokážeme zjistit, jestli je dosavadní léčba vhodná a má smysl v ní pokračovat,“ oceňuje primář Prášek.

Druhým využitím nového přístroje jsou dynamické studie, díky kterým se zjišťuje, jak jednotlivé orgány pracují.

Pomůžou například pacientům, u kterých ultrazvukové vyšetření nic nezjistilo. Nejčastěji se pomocí SPECT vyšetřují ledviny, játra nebo žaludek. Na Vysočině jde o nejmodernější přístroj svého druhu.

Zdroj a foto: Nemocnice Jihlava, (red)

# Biologická léčba pacientů s idiopatickými střevními záněty

Hostem Medical TV byl **MUDr. Karel Lukáš, CSc.**, internista a gastroenterolog ze IV. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Idiopatické střevní záněty jsou chronická a celoživotní zánětlivá střevní onemocnění. Do skupiny idiopatických střevních zánětů patří především Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Jejich přesná etiologie je doposud nejasná, předpokládá se genetická dispozice, změna ve střevní mikroflóře a imunitní nerovnováha. Cílem léčby je kontrola klinických příznaků, prevence rozvoje komplikací, včetně extraintestinálních, a udržení tzv. klinické remise.

Jaké měl pan Crohn vědecké štěstí, že nemoc byla pojmenována právě po něm, jaké jsou typické klinické příznaky a komplikace idiopatických



Foto: 2x archiv MF

střevních zánětů, a proč má náš přední gastroenterolog, MUDr. Karel Lukáš, CSc.,

rád biologickou léčbu, se dozvíte v rozhovoru Medical TV.“

(red)

## Quo vadis, česká kardiologie?

Rozhovor s **prof. MUDr. Milošem Táborským, CSc., FESC, MBA**, předsedou České kardiologické společnosti a přednostou I. interní – kardiologické kliniky Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc.

Miloš Táborský, přední český kardiolog, hodnotí Českou kardiologickou společnost jako dynamickou a moderní odbornou lékařskou společnost, které se daří pro potřeby kardiologů rychle vydávat „guidelines“ v souladu s evropskými doporučeními postupy a která spolupracuje s řadou zahraničních pracovišť. Česká kardiologie je jako obor na špičkové evropské úrovni – jako příklad uvádí Miloš Táborský dramatickou změnu v léčbě infarktu myokardu. K rozvoji současné podoby intervenční katetrizační léčby infarktu myokardu významně přispěli i čeští kardiologové.

Které nejnovější kardiologické studie považuje profesor Táborský za stěžejní, zda je dostatečně účinná primární a sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění, jaké jsou novinky v léčbě srdečního selhání a dalších srdečních onemocnění a na



co se zaměří výzkum v kardiologii v nejbližších letech – to vše se dozvíte

v rozhovoru s prof. Táborským v novém rozhovoru Medical TV.

(red)

Inzerce ▼ M181000272



Inzerce ▼ M181000277





# Radiochirurgie pro pacienty s nádory mozku v ÚVN

*Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha (ÚVN) rozšíří na základě doporučení přístrojové komise MZ ČR své terapeutické portfolio o radiochirurgický přístroj, který umožňuje moderní komplexní péči o pacienty s nádory CNS.*

„Neuroradiochirurgický přístroj poskytne nemocným novou šanci na návrat k běžnému životu. Hovořím o stovkách pacientů ročně, tisících v horizontu několika let. Dlouhou dobu jsme usilovali o to, abychom tento systém se sofistikovaným softwarem mohli do ÚVN pořídit. A až nyní, po schválení přístrojovou komisí MZ, můžeme k nákupu přistoupit,“ uvádí ředitel ÚVN prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. Nemocnice se nyní stala Regionální onkologickou skupinou Komplexního onkologického centra Fakultní nemocnice v Motole.

„Intrakraniální stereotaktická radioterapie a radiochirurgie je speciální ozařovací technika, kterou se cíleně ozařují malé objemy nádorových ložisek v mozku. Historicky se rozlišuje stereotaktická radioterapie, kde je aplikovaná dávka rozdělena do několika frakcí, a radiochirurgie, u níž je aplikována celá dávka jednorázově. V současnosti se tento terminologický rozdíl stírá. Při vhodné velikosti a umístění nádoru v mozku se využívá ozařování vysokými dávkami

záření, v krajním případě pak ozáření jednou jedinou velice vysokou dávkou fotonového záření. V tomto případě pak léčba probíhá v průběhu jednoho dne a napodobuje tak chirurgický výkon,“ vysvětluje principy radioterapie prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc., přednosta Kliniky radiační onkologie LF MU při Masarykově onkologickém ústavu v Brně a místopředseda Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP (SROBF).

V letech 2015–2016 bylo v ČR s mozkovými nádory léčeno průměrně 3115 pacientů ročně (téměř 40 % v Praze). Počet takto onkologicky nemocných roste. Zvyšují se počty pacientů, kteří musí po operaci v co nejkratší době podstoupit radioterapii. Přitom místní i časová dostupnost radioterapie po operaci je pro léčbu nádorů v oblasti hlavy zásadní. Podle odborníků by ozáření mělo nastat do měsíce od neurochirurgického zákroku. Podle dat Národního onkologického registru (NOR), se ale takto rychlé péče u nás nyní dočká pouze 21 % pacientů.

„K tomu, abychom mohli deklarovat, že pacientům poskytujeme špičkovou neuroonkologickou péči v celé šíři, doposud chyběla dostupná radioterapeutická modalita. Naše vlastní zkušenost dokládá, že pokud se například po resekčním výkonu u glioblastomu ozáření neaplikuje včas, je jeho terapeutická efektivita nízká, až bezvýznamná. Koordinace a návaznost jsou v tomto případě pro výsledný účinek léčby zásadní,“ zdůrazňuje děkan 1. LF UK a přednosta Ústavu biochemie a experimentální onkologie prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Využití přístroje má i akademický rozměr. „Vytvořili jsme vědecko-pedagogickou alianci, které přístroj poslouží jako významné vědecké a akademické centrum,“ uzavírá děkan 1. LF UK Šedo. Přístroj bude určen pro spádovou oblast Čech, tedy cca 5 milionů lidí. Zahájení pilotní fáze, během které bude ozářeno prvních 250 pacientů ročně, započne v roce 2020.

Zdroj: 1. LF UK, (red)

Inzerce ▼ M181000254

Pořadatelé:  
**Česká revmatologická společnost ČLS JEP**  
a Slovenská reumatologická spoločnosť SLS  
Organizátor:  
**Congress Prague**





# 62.

## VÝROČNÍ SJEZD

ČESKÝCH  
A SLOVENSKÝCH  
REVMATOLOGŮ

**20. – 22. září 2018 / PRAHA**  
**Clarion Congress Hotel Prague**

[www.revmatologicka-spolecnost.cz/crs2018](http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/crs2018)

# Postpartální hemoragie

V edici *Postgraduální medicína* vydavatelství *Mladá fronta* vyšla publikace *Postpartální hemoragie*, která přináší přehled základních problémů souvisejících s poporodní hemoragií, diskusi o terapeutických postupech i minimálně invazivních metodách a předkládá léčebné postupy, které vyžadují laparotomii. Kniha je vychází z celoživotních zkušeností kolektivu autorů z Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – doc. MUDr. Jaroslava Feyereisla, MUDr. Petra Křepelky, Ph.D., a doc. MUDr. Ladislava Krofty, CSc., MBA.

Primární poporodní hemoragie je hlavní příčinou mateřských úmrtí a pro gynekologa a porodníka představuje jednu z nejsložitějších situací. Aby ji dokázal správně vyhodnotit, musí být vybaven dostatečnou erudiicí a operačními dovednostmi a zkušenostmi, které podle autorů monografie není lehké v rámci odborné přípravy získat. Na vině je přísná centralizace superspecializované péče a atomizace oboru. Specialisté proto volají po alternativních cestách řešení kritických stavů a mezioborové spolupráci. Zaběhlé

perinatologické postupy také musejí odrážet faktory, které se týkají změn reprodukčního chování populace, interní polymorbidity, předchozích operací nebo reprodukčního věku.

Cílem monografie je prezentovat řešení závažných forem peripartálních hemoragií s vysokou efektivitou, včetně případů, které zachovávají fertilitu. Autoři z Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze knihu sestavili na základě vzorků 60 000 porodů, do jejichž průběhu intervenovalo Koordinační centrum peripartálních hemoragií. Všechny

zájemce o nové metody ústav paralelně doškoloval na kurzech IPVZ. Vznikla tak řada pracovišť, která si dnes dokáží se život ohrožujícím stavem pomoci sama.

Kniha nejen shrnuje cenné zkušenosti operatérů, ale také vyzývá k celoživotnímu vzdělávání lékařů a efektivní týmové spolupráci. Publikace je určena lékařům oboru gynekologie a porodnictví, anesteziologům a intenzivní medicíny, hematologům, chirurgům či studentům lékařství a porodní asistencí.

(pp)

## Zeptali jsme se autorů publikace

*Jaké jsou nejčastější indikace vedoucí k rozvoji postpartální hemoragie (PPH)?* Nejčastější příčiny PPH lze rozdělit do čtyř skupin. První je reprezentována děložní atonií. Absence účinné děložní retrakce po porodu placenty vede k těžkému krvácení. Druhou skupinu tvoří případy, kdy ke krvácení dochází v souvislosti s retencí placentární tkáně v děložní dutině a v současnosti stále častěji se vyskytující případy morbidně adheující placenty. Placentární tkáň v těchto případech invaduje hluboko do myometria a vede ke kritické erozi děložních cév a krvácení, které nemůže být zastaveno fyziologickými mechanismy. Třetí skupinu tvoří případy krvácení z poranění porodních cest. Čtvrtá skupina je reprezentována nejzávažnějšími, ale ve svých důsledcích nejzávažnějšími případy poporodních hemoragií na základě poruch krevní srážlivosti a manifestací syndromu diseminované intravaskulární koagulopatie. Sem patří případy abruptce placenty, syndrom mrtvého plodu, poruchy hemokoagulace v rámci těžké preeklampsie a tzv. HELLP syndromu a obávaný syndrom embolie plodovou vodou.

*Jaké jsou možnosti prevence PPH z pohledu gynekologa / porodníka?* Prevence závažných forem PPH jsou založeny na včasné identifikaci žen ohrožených touto komplikací již v rámci prenatální péče. Zvýšená pozornost se musí věnovat ženám, které již PPH proděly v předchozích graviditách, ženy s vrozenými nebo získanými poruchami krevní srážlivosti, ženy s operacemi na děloze v anamnéze, zejména ženy po císařském řezu a všechny těhotné s placentárními patologiemi jako je např. včasně lůžko nebo ženy s podezřením na morbidně adheující placentu.

Ženy s vysokým rizikem PPH by měly být centralizovány na specializovaná porodnická oddělení poskytující multioborový přístup v řešení hemoragií. Prevencí hemoragií je i důsledná aplikace odborně vedeného porodu s profylaktickou aplikací uterotonik ve třetí době porodní, včasná identifikace nadměrné krevní ztráty po porodu a kvalifikovaný odborný tým, který neodkladně situaci krvácení po porodu rychle a efektivně vyřeší.

*Probíhá školení managementu PPH systematicky ve všech porodnicích?* Všechna porodnická pracoviště mají vypracovaný krizový plán řešení závažných porodnických komplikací, včetně PPH.



Jeho součástí je i kontinuální a systematický výcvik všech členů odborného týmu. Odbornou úroveň zvyšují i pravidelně organizované vzdělávací aktivity pořádané katedrou gynekologie a porodnictví IPVZ a další odborné workshopy v rámci akcí České gynekologicko-porodnické společnosti a Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny.

**Mgr. Pavlína Perlíková**





# Znáte všechny výhody od své zdravotní pojišťovny?

Je hodně důvodů, proč být pojištěn u největší zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, u ZP 211, která spolupracuje s **nejlepšími lékařskými týmy, nemocnicemi a specialisty** po celé ČR. Jedním z těchto důvodů je i široká nabídka **bonusů** z fondu prevence. Každý si vybere – dítě, student, žena, muž i senior.

## Bonusy z fondu prevence



ZP 211 nabízí celou škálu bonusových příspěvků na sportování, preventivní prohlídky, očkování nebo zdravotnické prostředky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a lidé si je musí hradit sami. Příspěvky jsou zajímavé a využitelné pro všechny členy rodiny, od těch nejmenších až po dospělé.

## Nabídka v roce 2018

- Příspěvky na sportovní aktivity pro všechny
- Rozšířený program pro dárce krve, děti do 18 let, těhotné ženy a ženy po porodu
- Možnost postoupení příspěvku z rodiče na dítě
- Podpora odvykání kouření



## TIP pro vás

Příspěvek ve výši 500 Kč na sportovní pohybové aktivity, a to bez ohledu na váš věk. Takže pokud jste vyznavačem například aerobiku, aquaerobiku či fitness a pořídíte si permanentku ve výši minimálně 800 Kč, pojišťovna vám na ni přispěje pětistovkou.

Maminky mohou od ZP 211 čerpat příspěvek 500 Kč dvakrát ročně. Vybrat si mohou z aktuální nabídky pro dospělé a k němu ještě příspěvek z programu pro těhotné a ženy po porodu, a to například na předporodní kurz či na 3D a 4D ultrazvuk, na poporodní cvičení, plavání s miminkem, pomůcky pro novorozence a kojence apod.

## Děti: třikrát pět set

Pro odrostlejší děti má ZP 211 přichystány mimo jiné i příspěvky na dentální hygienu včetně nácvičku, nebo na fixní rovnátka, a to vždy až do výše 500 Kč.

Příklad čerpání bonusových příspěvků pro rodinu			
Pojištěnec	Program fondu prevence	Položka	Příspěvek
Matka	Pro dospělé	sportovní pohybové aktivity	500 Kč
	Pro děti do 18 let	ozdravné pobyty v přírodě	500 Kč
	Očkování	klíšťová encefalitida	500 Kč
Dítě	NOVINKA	Prázdninový příspěvek (od 1. července do 31. srpna 2018) pro děti do 18 let až 500 Kč, a to na letní sportovní pobyt	500 Kč
	Pro děti do 18 let	sportovní pohybové aktivity	500 Kč
	Očkování	klíšťová encefalitida	500 Kč
Dítě	NOVINKA	Prázdninový příspěvek (od 1. července do 31. srpna 2018) pro děti do 18 let až 500 Kč, a to na letní sportovní pobyt	500 Kč
	Pro děti do 18 let	sportovní pohybové aktivity	500 Kč
	Očkování	klíšťová encefalitida	500 Kč
Otec	Pro dospělé	sportovní pohybové aktivity	500 Kč
			Celkem: 4 000 Kč

Další pětistovku mohou děti čerpat na prevenci infekčních onemocnění (očkování), nebo na zdravotnické prostředky pro chronicky nemocné děti. A protože u dětí platí podpora sportu dvojnásob, ZP 211 přišla navíc s novým prázdninovým příspěvkem pro děti do 18 let, a to na letní sportovní pobyt ve výši 500 Kč.

Samozřejmě také ženy a muži včetně seniorů mohou vybírat z široké nabídky příspěvků na očkování nebo na preventivní prohlídky.

## Výhodné cestovní pojištění



ZP 211 nabízí svým klientům rovněž velice výhodné cestovní pojištění, které zahrnuje i takové speciality jako je automatické pojištění trvale obydlené domácnosti, možnost prodloužení cestovního pojištění z místa dovolené či službu Letový



asistent. Studentům od 15 do 26 let nabízí možnost čerpat cestovní pojištění na studijní pobyty až na 180 dnů úplně zdarma. Studenti, kteří jen rádi cestují po Evropě, mají možnost čerpat zdarma cestovní pojištění až 60 dnů v roce.

## Slevy a výhody u obchodních partnerů



Společně se svými obchodními partnery pro vás ZP 211 přichystala celou řadu zajímavých slev – například na masáže, sauny, fitness, na nákup sportovních výrobků, dětských kočárků a celou škálu dalších.

Pokud vás zaujala nabídka ZP 211, pojištěncem se můžete stát kdykoli online na webových stránkách [www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz) či se jednoduše dostavte na kteroukoliv z poboček, kde vám zaměstnanci pojišťovny určitě rádi poradí.

## Irena Storová novou ředitelkou SÚKL

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch jmenoval **Mgr. Irenu Storovou, MHA**, ředitelkou Státního ústavu pro kontrolu léčiv s účinností od 1. července 2018.

Od nové ředitelky ministr očekává, že se bude intenzivně věnovat rozvoji eReceptu a řešení délky správních řízení u inovativních léčivých přípravků. Další prioritou nové ředitelky bude problematika vyřizování žádostí o notifikaci zdravotnických prostředků a zajištění nové agendy týkající se úhrad zdravotnických prostředků podle projednávané novely zákona o zdravotnických prostředcích.

Irena Storová v minulosti působila v managementu nemocniční lékárny v Nemocnici na Homolce či na odboru farmacie Ministerstva zdravotnictví ČR, od roku 2014 pracuje na Státním ústavu pro kontrolu léčiv na pozici zástupce ředitele SÚKL. Od rezignace bývalého ředitele Zdeňka Blahuty v prosinci



2017 do dnešního dne byla pověřena dočasným řízením ústavu. Je členkou České lékárnické komory, kde působí i jako odborný garant pro vzdělávací akce akreditované ČLK, a České farmaceutické společnosti při ČLS JEP. Vystudovala Farmaceutickou fakultu Univerzity Komenského v Bratislavě.

Zdroj a foto: MZ, SÚKL

## Michal Krejsta generálním ředitelem Lexum

**PharmDr. Michal Krejsta, MBA**, působil v top managementu řady předních farmaceutických společností v několika zemích EU déle než 17 let. V minulosti byl ředitelem farmaceutického výrobního gigantu Pfizer, největší farmaceutické velkodistribuce Phoenix nebo společnosti ViaPharma v rámci investiční skupiny Penta. Zároveň zastával pozice předsedů představenstev mnoha významných asociací (např.: České asociace farmaceutických firem ČAFF, Asociace velkodistributorů léčiv Avel), kde se aktivně podílel na formování našeho a slovenského zdravotnictví a jednal se státními regulátory, plátcí a lékovými autoritami. Ve své nové pozici se zaměří



především na další rozvoj sítě klinik a posílení jejich pozice.

Zdroj a foto: Oční klinika Lexum

## Nový primář na Homolce

1. června se ujal své funkce nový primář neurologického oddělení Nemocnice Na Homolce **MUDr. Martin Kovář**. Do nemocnice přišel v roce 2000 rovnou po studiích medicíny a od té doby je stálým členem týmu neurologie. Jeho specializací je cévní neurologie a péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou.

Zdroj a foto: Nemocnice na Homolce



## Změny ve vedení Roche

Novým členem vedení společnosti ROCHE s.r.o. se s účinností od 1. července 2018 stává **John Jennings**, který bude zastávat pozici Portfolio Strategy Director.



John Jennings vystudoval obor aplikovaná a průmyslová chemie na Liverpool John Moores University. Do společnosti Roche nastoupil v roce 2006 a do České republiky přichází z Velké Británie, kde působil ve funkci obchodního ředitele Roche UK.

Zdroj a foto: Roche

## Michal Mrázek povede Nemocnici Vrchlabí



Ředitelem Nemocnice Vrchlabí je od května **MUDr. Michal Mrázek**, který tu od srpna minulého roku zastával funkci lékařského ředitele. Teď bude řídit celé zařízení, které patří k nejnavštěvovanějším nemocnicím na Trutnovsku. MUDr. Mrázek pochází z Liberce, vystudoval 1. LF UK v Praze.

Zdroj a foto: Nemocnice Vrchlabí



## Milan Urík přednostou dětské ORL ve FN Brno

Přednostou Kliniky dětské ORL se 1. července na základě výběrového řízení stal **MUDr. Milan Urík, Ph.D.** Ve funkci střídá dosavadního dlouholetého přednostu prof. MUDr. Ivo Šlapáka, CSc. Milan Urík vystudoval LF v Brně na Masarykově univerzitě, na téže fakultě získal doktorský titul (Ph.D.) v oboru ORL a chirurgie hlavy a krku.

Zdroj a foto: FN Brno



## Odvolání ředitele Nemocnice Na Bulovce

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch 4. července odvolal ředitele Nemocnice Na Bulovce Františka Nováka. Reagoval tak na zahájení jeho trestního stíhání v souvislosti s podezřením na manipulaci nemocničních veřejných zakázek. Nemocnici nadále povede statutární zástupkyně dosavadního ředitele, náměstkyně pro léčebně-preventivní péči **MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.**

Tímto krokem chtěl ministr poskytnout maximální prostor pro nezávislé vyšetřování ze strany Policie ČR.

„Vzhledem k událostem, které ukazují na závažnou trestnou činnost v Nemocnici Na Bulovce a s tím spojená podezření, která se objevila kolem pana Nováka, který je v této souvislosti trestně stíháný, bylo nutné bezodkladně jednat. O tom, zda je pan Novák vinný nebo nevinný musí rozhodnout soud, nicméně pokud existuje podezření, že spáchal trestný čin v době, kdy působil ve vedení nemocnice, tak jeho další setrvávání ve funkci pro mě bylo zcela neakceptovatelné. Pan Novák navíc nebyl schopen danou záležitost



dostatečně vysvětlit. Jsem přesvědčen o tom, že nemocnice nyní potřebuje, aby v jejím vedení byl člověk, který se bude plně soustředit na nápravu zjištěných pochybení. Musíme dát proto prostor Policii ČR, aby celou záležitost nezávisle vyšetřila,” uvedl ministr zdravotnictví.

František Novák nastoupil do funkce ředitele 1. května 2018, poté, co získal od nezávislé odborné výběrové komise největší počet hlasů.

Zdroj: MZ, foto: Nemocnice Na Bulovce

Inzerce ▼ M181000327

# chytřá rodina je u 211 a ví proč

až 4 000 Kč pro  
4člennou rodinu třeba  
na sportovní aktivity

Přestupní termín pro změnu  
zdravotní pojišťovny platí  
od 1. července do 30. září

infolinka: 844 211 211 | [www.211.cz](http://www.211.cz)

**211**  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA VNITRA ČR

Zdraví

Bonusy

Cestovní  
pojištění

Program  
slev  
a výhod

Lékař na  
telefonu



## Nabídka volných míst lékaře / lékařka v Nemocnici Litoměřice, a.s.

Nemocnice Litoměřice, a.s. přijme lékaře a lékařky – absolventy oborů:

**RDG, ARO, neurologie, interna, chirurgie.**

### Nabízíme

- vynikající zázemí ekonomicky stabilní nemocnice
- výborné platové a pracovní podmínky
- skvělý pracovní kolektiv a přátelské prostředí
- možnost dalšího profesního růstu
- práci na akreditovaných pracovištích
- kompletní specializační vzdělávání v řadě lékařských oborů a podoborů
- možnost ubytování na ubytovně
- příspěvek na stravování, výhodný telefonní tarif a další zaměstnanecké benefity

### Požadujeme

- odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona 95/2004 Sb.
- profesionální přístup a osobní nasazení při poskytování zdravotních služeb
- morální a občanskou bezúhonnost

V případě vašeho zájmu kontaktujte či navštivte naši nemocnici:

**kontakt na manažera pro nechirurgické lékařské obory: MUDr. Fuhrmann Lukáš**

telefon: 416 723 762, 416 723 375 – sekretariát nemocnice

e-mail: l.fuhrmann@nemocnice-lt.cz ; info@nemocnice-lt.cz

Nemocnice Litoměřice, a.s., Žitenická 2048, 412 01 Litoměřice; www.nemocnice-lt.cz

## Hledám lékaře

**do ordinace  
praktického lékaře  
pro dospělé**

v Benátkách nad Jizerou.

Pravidelný zástup v PONDĚLÍ,  
dlouhodobě.

Přechodně nabízím i středu  
(srpen a září).

Uvítám brzký nástup,  
jde o zástup za MD!

### Kontakt:

MUDr. Michaela Kmentová  
tel.: 776 252 848

M181000313

**Nemocnice Na Pleši s. r. o.**  
přijme do pracovního poměru

**lékaře na oddělení  
rehabilitace do ambulance  
i na lůžka**

(možno i bez atestace,  
základní kmen výhodou)

**Nabízíme:** vhodné mzdové  
a pracovní podmínky, zaměst-  
nanecké benefity, 5 týdnů řádné  
dovolené, služební byt, možnost  
absolvování povinných stáží  
v rámci předatestační přípravy,  
podpora dalšího vzdělávání.

**Datum nástupu a úvazek  
dle domluvy.**

### Kontakt:

**MUDr. Pospíšilová, tel.: 604 707 255,  
e-mail: pospisilova@naplesi.cz**

Inzerce ▲ M181000314

Inzerce ▲ M181000308

## ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 7/8 2018

### Šéfredaktorka

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

### Redakční rada ZAM

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

### Editor

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

### Redakce

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

### Stálí spolupracovníci redakce

Mgr. Denis Drahoš, Mgr. Reně Šifta

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

### Obchodní ředitelka

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

### Personální inzerce

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

**mladá fronta**

### Generální ředitel

Ing. Jan Mašek

### Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

### Marketing a distribuce

**Ředitel marketingu a distribuce:**

Jaroslav Aujezdský

### Brand Manager:

Petra Trojanová

### Ředitelka výroby a distribuce:

Monika Šnaidrová

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4, IČ: 01847082

**Adresa redakce:** Zdravotnictví a medicína,  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,  
e-mail: zdn@mf.cz

### DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
SEND Předplatné, spol. s r.o.,  
Ve Žlíbků 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 26. 7. 2018

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2018  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

Inzerce ▼ M181000304 ▼ M181000244

Inzerce ▼ M181000304 ▼ M181000276

## Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

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

**nebo telefonicky: +420 225 276 380**



## SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM<sup>®</sup> XTRA

Kombinace dvou revolučních novinek  
v jednom unikátním splachovatelném sáčku.

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



Biologicky  
rozložitelná  
vnitřní vložka sáčku  
a podložka dělají  
sáček Aurum<sup>®</sup> Xtra  
ekologickým.



zelená linka: 800 100 644

J+A zdravotnické potřeby, spol. s r.o. - výhradní distributor a  
bezplatná zásilková služba, [www.ja-zdravotnickepotreby.cz](http://www.ja-zdravotnickepotreby.cz)

# UZS

UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH  
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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



MLADÁ FRONTA

**ODBORNÁ KONFERENCE**  
pod záštitou předsedy vlády Andreje Babiše  
a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

# ZDRAVOTNICTVÍ

## MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

# 2019

## 8.–9. LISTOPADU 2018

**HOTEL GRANDIOR  
NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1**

Generální partner



Hlavní partneři



Partner sekce

**Sprinx Pharma**

Partner



Mediální partneři



**euro**

