

7/8
2019

A portrait of František Vlček, a man with short brown hair and a light beard, wearing a light purple button-down shirt. He is standing with his arms crossed, looking directly at the camera with a slight smile. The background is a blurred clinical setting.

Ředitel pro procesy, kvalitu a efektivitu
AKESO holding a.s. **František Vlček:**

„Pacient se stává významným hráčem
v hodnocení kvality.“

Více od str. 8

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

ZAM
Zdravotnictví a medicína

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



Neváhejte!

**Tato nabídka platí jen
do 29. 9. 2019.**

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



Předplatte si bezpečně e-mailem

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

Do předmětu napište kód **ZM0719**. Předplatit si můžete
také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



Volejte 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje
a info o požadovaném předplatném
a periodiku. Uveďte kód **ZM0719**.
Nezapomeňte operátorce sdělit,
zdali jste, či nejste lékař/odborný
pracovník ve zdravotnictví.

Více peněz na rozhovor

S úžasem se vždy dovidám o inovacích, které se firmy snaží neúnavně prosadit do zdravotnických systémů. Představuji si, jaké to jednou bude, až přijdu do nemocnice a anamnézu mi místo drahých zdravotníků odebere robot. Lékař se mi ukáže, až už půjde skutečně do tuhého, nebo se mi možná neukáže vůbec. Ušetřené peníze za administrativní, ale i medicínské úkony se promítnou do moderních prostor, zkrácené čekací doby, lepších kloubních náhrad a inovativních léků. V nových technologiích vidím samá pozitiva a těším se, až české zdravotnictví v novém zákoně konečně dá zelenou elektronickému zdravotnictví v celé jeho šíři.

Jak to vypadá, když jsou v systému peníze, ovšem peníze i od pacientů, jsem se přesvědčila na jedné pražské oční klinice, kde jsem absolvovala preventivní vyšetření. Za své prostředky jsem očekávala nadstandard a zcela jistě jsem ho dostala. Strávila jsem 2,5 hodiny v příjemném klimatizovaném prostředí a moje oči zíraly do hledáček přístrojů za miliony. Ocitla jsem se v 3D nebo 4D filmu a výstupním pocitem měla být maximální spokojenost. Téměř jsem se zastyděla, když jsem kýžený vděk necítila. Spíše mě to vedlo k úvahám, co nejvíce ve zdravotnickém systému jako pacient potřebuji. Jsem možná ze staré školy, ale i v tak luxusním prostředí mi scházel lidský přístup. Robotické zacházení ze strany personálu, který byl ve vlídnosti pouze proškolen, mi zkrátka nestačilo.

Rozhovor s českou sestrou, která již 20 let pracuje v americké nemocnici, se netočil

kolem ničeho jiného. Předpokladem úspěšné léčby je a bude profesionální přátelský rozhovor, při němž se pacient necítí ponižován pro svůj věk, vzdělání nebo otázky, které jsou díky sdíleným informacím stále poučenější. A ani v zemi, kde ekonomická bilance zdravotnického zařízení je na prvním místě, nikdo nevěří, že robot dokáže v tomto ohledu nahradit člověka. I když je úchvatné sledovat, co dokáže digitalizace a telemedicina, stejně se všichni jednou ocitneme na smrtelné posteli, kde si budeme přát pouze soukromí, empatický personál a opíaty.

V českém zdravotnictví se prý velmi plýtvá s penězi a doufám, že eHealth v budoucnu přispěje k větší efektivitě. Přála bych si, aby se uspořeny čas a peníze, kterými se všichni ohánějí, využil ve prospěch pacienta. Dozvědět se diagnózu nevyčísitelného onemocnění na chodbě nebo po telefonu, tak jako pacientka s roztroušenou sklerózou z Unie ROSKA, o níž v tomto čísle časopisu také píšeme, je trestuhodné. Biologická léčba je sice průlomová, ale skvěle může fungovat pouze ve spojení s podpůrnou a následnou péčí, která se v Česku zoufale zanedbává.

A jsme od inovací zpátky u lidských zdrojů. A také peněz, kterých je v českém zdravotnictví málo (nebo moc?), jak se můžete dočíst v komentářích navrhovaného rozpuštění rezerv zdravotních pojišťoven. Ať už je to jakkoli, finanční zdroje mají být vždy nakonec investovány zpět do lidí – do pacientů, ale



i do zdravotníků, aby nám nevyhořeli už čerstvě po škole.

V letním dvojčísle se samozřejmě dočtete i mnohem více. Třeba o stále skvělém Revmatologickém ústavu prof. Pavelky, o geriatрии, která už dávno není popelkou interní medicíny, nebo o nových zdravotnických oborech pro střední zdravotnický personál. Přečtete si určitě i o tom, jak správně řešit krizové stavy při fyzické zátěži vrcholových a amatérských sportovců. Všichni přece chceme jednou být seniory s elastickými arteriemi, abychom co nejméně zatížili zdravotnický systém.

Za redakci časopisu Zdravotnictví a medicína Vám přeji příjemný zbytek léta.

Pavlína Pevňáková

šéfredaktorka

OBSAH

ZAM

Zdravotnictví a medicína

■ O čem se mluví	2
■ Rezervy na účtech zdravotních pojišťoven	3
■ Rozhovor: František Vlček	8
■ Kdy může použít lékař „pia fraus“?	12
■ Experti diskutovali v Praze o významu probiotik	14
■ Žilní onemocnění na cestách	16
■ Geriatrie nabývá na významu	19

■ Virologové mění pohled na pronikání virů do buněk	20
■ FNUSA rozšiřuje své výzkumné aktivity	20
■ Konference odhalila přelomové výsledky studie	22
■ Nová metoda klasifikace nádorů prsu	22
■ Riziko klíšťových infekcí souvisí s přemnoženými hraboši	24
■ Farmabyznys	26
■ Je lékový emergentní systém nezákonný?	28
■ Aktuality v podiatrii pro podiatrické sestry	29

■ Neasistuji, ale spolupracuji	32
■ Revmatologický ústav – srdce oboru v ČR	34
■ Vzdělávání ve zdravotnictví	35
■ Dobrý management krizových stavů	37
■ Představujeme patientské organizace: Unie ROSKA	38
■ Zprávy z regionů	40
■ Elektronizace na trhu zdravotnických prostředků	42
■ Cena Josefa Hlávky	44
■ Křest v Banské Bystrici	45
■ Personálie	46
■ Nabídka práce	46

Senát „schválil“ novelu zákona o léčivech

Zákon o léčivech, který obsahuje opatření pro distribuci a zajištění léčiv v českých lékárnách i zavedení lékového záznamu, doputoval na konci července do horní komory parlamentu poté, co jej v červnu schválili poslanci. Senátoři novelu poslancům vrátili s úpravami. Jedna z nich se týká právě lékového záznamu a přístupu lékárníků do něj. Senátoři Václav Hampl a Jitka Seitlová totiž navrhuje, aby přístup lékárníků do záznamu byl možný v režimu opt-in, na rozdíl od lékařů, u kterých se počítá s režimem opt-out. Znamená to, že zatímco lékaři se budou moci do záznamů svého pacienta podívat automaticky, lékárníci pouze na základě výslovného souhlasu pacientů. S touto úpravou nesouhlasí nejen ministerstvo, které zákon předložilo, ale pochopitelně i lékárníci. „Uděláme maximum pro to, aby poslanci potvrdili své rozhodnutí a Senátem navrženou změnu tak odmítli,“ uvedl prezident lékárnické komory Lubomír Chudoba.

Druhá úprava se týká poslanci schváleného pozměňovacího návrhu Daniela Pawlase, který však Senátoři odmítli. Navrhovaný distribuční systém měl zaručit, že distributoři léčiv, kteří přislíbí, že výrobci dodané léky nebudou reexportovat do zahraničí, zajistí zásoby léků v lékárnách do dvou pracovních dnů od objednávky.

Zatímco lékárníci tento pozměňovací návrh vítali, Asociace inovativního farmaceutického průmyslu ho důrazně kritizovala: „Novela v aktuální podobě počítá s povinností dodávek na základě průměrné poptávky lékáren u distributora po dobu dvou týdnů. To je v praxi nepředstavitelné. Vždyť deset pacientů, kteří při hledání léku obejdou pět lékáren, by vytvořilo poptávku za padesát pacientů,“ řekl ředitel AIFP Jakub Dvořáček.

Nejistá nemocniční péče na Šluknovsku

3. července demonstrovalo v Ústí nad Labem asi 200 občanů ze Šluknovského výběžku za zachování Lužické nemocnice v Rumburku provozované městem. Obávali se, že nemocnice, která dlouhodobě hospodaří se ztrátou, zamíří do insolvence. Tato jejich obava se začala

naplňovat, když zastupitelé Rumburku neschválili úhradu padesátimilionového dluhu z loňského roku. Insolvenční řízení nakonec s nemocnicí zahájil Krajský soud v Ústí nad Labem už o pár dní později v polovině července.

Demonstranti i ministr také požadovali převzetí nemocnice Krajskou zdravotní, kterou provozuje ústecký kraj. Podmínky dojednané Andrejem Babišem s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, za kterých k tomu mělo dojít, se však zástupcům kraje nelíbily. Kraji se nechtělo přebírat nemocnici v katastrofální hospodářské kondici a avizoval, že je třeba počkat na výsledky auditu a insolvenčního řízení. Nakonec se představitelé Krajské zdravotní sešli v Praze se zástupci VZP a už druhý den bylo oznámeno, že došli k dohodě. Úhrady budou navýšeny a podmínkou převzetí je oddlužení nemocnice městem. Město již obdrželo návrh smlouvy o převodu nemocnice. Pokud město smlouvu odsouhlasí a dluhy uhradí, insolvenční řízení bude přerušeno a Krajská zdravotní by nemocnici mohla převzít již na podzim tohoto roku. „Jsme zde připraveni poskytovat zdravotní služby v rozsahu ambulantní péče a akutní lůžkové péče v odbornostech vnitřní lékařství, chirurgie, multioborová jednotka intenzivní péče a dlouhodobá lůžková péče,“ řekl předseda představenstva Krajské zdravotní Jiří Novák.

Pfizer se rozděluje a akvíruje Mylan

Zprávou roku z oblasti farmaceutického průmyslu se na konci července stala informace o akvizici Mylanu společností Pfizer. Americký farmaceutický kolos tak učinil rázný krok směrem k rozdělení svého portfolia a separaci vývoje inovativních léčiv od prodeje starších zaběhlých léčiv. Pfizer od sebe oddělí svoji divizi Upjohn specializující se na léčiva, která již nejsou chráněná patenty, a spojí ji s výrobcem generických léčiv společností Mylan, čímž vznikne nová obří farmaceutická společnost s předpokládanými tržbami dosahujícími výše 20 miliard dolarů ročně. Akcionáři Pfizeru budou v novém podniku držet 57 % akcií a akcionáři Mylanu zbylých 43 %. Akvizice by měla pomoci jednak Mylanu, který se v poslední době potýkal s problémy. Samotná společnost Pfizer

se svým rozdělením zestihl a z hlediska očekávaných tržeb vypadne z první pětky největších farmaceutických firem, nicméně okleštění Pfizeru by mu mělo pomoci se soustředit čistě na vývoj a prodej nových, vysoce ziskových léčivých přípravků.

Zdroj: Pfizer, Reuters, Bloomberg

Ředitelé nemocnic se bojí zhoršení kvality i dostupnosti

V průzkumu Barometr českého zdravotnictví z pohledu ředitelů nemocnic naprosta většina respondentů uvedla, že považují český zdravotnický systém za kvalitní i v celoevropském měřítku. Mezi řediteli nemocnic však již několik let přibývá těch, kteří se obávají zhoršení kvality (79 % respondentů) i dostupnosti péče (85 % respondentů). S touto obavou souvisí i stále silněji pocítované problémy s nedostatkem lékařů a sester. Největší rezervy nicméně ředitelé vidí tradičně v komunikaci, ať už mezi zdravotnickým personálem na daném pracovišti (91 %), mezi zdravotníky a managementem (81 %), mezi zdravotníky a pacienty (86 %), nebo mezi nemocnicí a poskytovateli primární péče (93 %).

Prostor pro zlepšení vidí ředitelé také v oblasti efektivity práce a optimalizace pracovních procesů v nemocnici (85 %) a elektronizace zdravotní péče jako prostředku ke zvýšení její efektivity (84 %). Ředitelům lze přiznat vysokou míru sebekritičnosti: 70 % představitelů nemocnic vnímá potřebu přijmout opatření, která povedou k zefektivnění chodu jejich nemocnice, a 90 % z nich vnímá možnosti zlepšení kvality zdravotní péče v nemocnici, kterou řídí.

„Nevím, kdy nastává čas začít bít na poplach. Pokud počet ředitelů nemocnic obávajících se zhoršení kvality poskytované péče dosáhl 79 % a 85 % z nich se obává snížení její dostupnosti, tak bych asi začal,“ okomentoval výsledky průzkumu Pavel Vepřek, předseda Občana z.s. a bývalý poradce ministra zdravotnictví.

Průzkum organizace HealthCare Institute proběhl v březnu letošního roku a zúčastnilo se ho 80 ze 154 oslovených ředitelů fakultních krajských městských i soukromých nemocnic.

Zdroj: HCI (mal)

Rozpustit, nebo nerozpustit?

Možná nejožehavějším letním tématem ve zdravotnictví je otázka, jak v příštím roce naložit s rezervami na účtech našich zdravotních pojišťoven. Ty letos přesáhnou 50 miliard. Spor se však možná nevede pouze o to, jak vysoká částka by měla na účtech pojišťoven „viset“, ale i o to, v jakém stavu je ve skutečnosti české zdravotnictví a úhradový systém.

Dohodovací řízení letos neskončilo natolik úspěšně jako v minulém roce a bylo zřejmé, že ne všichni poskytovatelé budou s financováním péče v příštím roce spokojeni. Konkrétně se nedohodli poskytovatelé akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích, poskytovatelé následné lůžkové péče a poskytovatelé domácích zdravotních služeb. S výsledkem se neztotožnili ani lékárníci, byť zde byla dohoda uzavřena. Jak známo, ministr zdravotnictví Adam Vojtěch však rozpouštění zdravotnických rezerv nepodporuje a do výše úhrad nechce vstupovat.

Nyní se stále silněji ozývají hlasy, které volají po tom, aby se rezervy, které letos nečekaně hodně narostly a které jsou na účtech zdravotních pojišťoven, rozdělily mezi poskytovatele. Ve společném prohlášení vyzývají prezidenti České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory (které zveřejňujeme na straně 7) ministra zdravotnictví, aby v úhradové vyhlášce rozdělil nad rámec dohodovacího řízení

dalších 25 miliard korun z těchto rezerv. „Je ale potřeba, aby finanční prostředky poskytnuté nad rámec dohodovacího řízení byly rozděleny rovnoměrně. Nesmí dojít ke znevýhodnění soukromých lékařů, stomatologů a lékárníků vůči státním a krajským zdravotnickým zařízením, která na rozdíl od soukromých podnikatelů dostávají na investice i provoz nejruznější dotace,“ stojí tam.

Odbory (LOK-SČL) i nemocnice (AČMN) již dříve volaly po rozdělení stejné částky z pojištění s odvoláním, že rezervy v současnosti zdaleka převyšují zákonem požadovanou úroveň 1,5 % z výběru. Ve svém prohlášení požadují:

- Rozdělit do všech segmentů 45 mld. (25 z účtů ZP).
- Zvýšit úhrady nemocnicím minimálně o 12 %, racionální zvýšení je o 15 % (srovnávání úhrad).
- Zvýšit úhrady za následnou péči o 1000 Kč na lůžko a den.
- Zvýšit úhrady za domácí péči o 40 %.
- Zvýšit úhrady za zdravotní péči poskytovanou v sociálních službách o 40 %.

- Ostatním segmentům zvýšit úhrady proporcionálně.

Rétorika odborů a zástupců nemocnic se nyní vyostřila, když společně vyzvali premiéra Andreje Babiše, aby řešil financování nemocnic, kterým údajně pojišťovny dluží stovky milionů korun.

Argumenty pro a proti rozdělování rezerv naleznete na následujících stránkách a nemá smysl je zde shrnovat. Je zřejmé, že diskusi lze vést různými směry. Lze hovořit o výši podílu HDP, který u nás putuje do zdravotnictví, o výši ideálních finančních rezerv v systému, o fungování úhradového systému jako takového, o výši platů ve zdravotnictví (a výpočtu této výše), o ekonomických vyhlídkách České republiky, o zkušenostech z minula, o očekávaném demografickém vývoji, o tom, jak vypadá krize ve zdravotnictví a jestli náhodou již nastala. Jak říká ve svém komentáři Michal Čarvaš, každý si najde svoji pravdu.



Mgr. Lukáš Malý

Petr Fiala: Horší časy už nastaly

Naše „zdravotní pojištění“ nemá nic společného s pojištěním aut či domů. Je to solidární daň, kterou povinně odvádíme, abychom měli k dispozici peníze na péči, až ji budeme potřebovat. Je nastavena jako průběžný systém: vždy začátkem měsíce sem proudí peníze z odvodů, aby vzápětí odešly těm, kdo zdravotní péči poskytují. A další měsíc znovu.

Nehrozí zde živelné pohromy jako pojišťovně, když přijdou povodně. Proto jsou ze zákona rezervy jen ve výši 1,5 % výběru kvůli překlenutí nepravidelností v platbách. Při výběru kolem 300 miliard je to 4,5–5 miliard.

Teď je na účtech ZP přes 55 miliard korun, tj. 10krát víc, než ukládá zákon a podle premiéra Babiše to má být příští rok až 64 miliard! Jak si to vyložit? Existují nejméně tři důvody, proč se to vládě hodí:

1. Opticky klesá vládní dluh, neboť kladné saldo se započítá do veřejných

financí. V roce 2019 by bez toho byl deficit 100 miliard korun, a ne jen plánovaných 40 miliard.

2. Premiér nechce navyšovat platby na státní pojištěnce. Zde má důvod, proč tak neučinit – vždyť má zdravotnictví peněz víc než dost!
3. Přebytky lze použít na cokoliv jiného, co se právě hodí, například na sanaci zadlužených (fakultních) nemocnic. Proti tomu jdou požadavky pacientů a zdravotníků, aby byly disponibilní zdroje využity v jejich prospěch teď, jak to má být.



Foto: archiv MF

Ilustrační foto: Shutterstock



Existují pro to nejméně tři dobré důvody:

1. ČR dává na zdraví jen 7 % HDP, vyspělé země EU 10–11 %. 55 miliard je 1 % našeho HDP, takže by se výdaje našeho zdravotnictví navýšily využí-

tím těchto peněz aspoň na 8 %.

2. Zavírají se oddělení i celé nemocnice, péče v regionech vážne ve všech krajích, už i v Praze a Brně. Vzpomeňme namátkou na Rumburk, Sušice, Karlovarsko, Jeseňníky, Severní Moravu atd. Kolabuje i následná a domácí péče – u obou ZP hradí jen asi 60 % jejich nákladů. Kam pak mají pacienti jít?! Kdyby mohli

nemocnice nabídnout sestrám víc než supermarkety, mohly by ve zdravotnictví zůstat a řada dalších by se vrátila.

3. Pacienti potřebují péči teď a v celé zemi, ne až někdy a jen někde. Kdo

jim ji poskytne, když personál odejde a zavřou se další nemocnice? Mají pocit, že jsou okrádáni o to, co jim právem náleží (což je podraz). Mnozí z nich se už žádných lepších zítřků nemusí dožít.

Klinicky je na tom náš pacient – rozuměj zdravotnictví – bídně. Možná nejhůř po roce 1989. Systém se řízeně rozpadá. A co hůř, naděje slábne, když vidíme, že vláda nechce podat život zachraňující transfuzi, kterou má po ruce! Jaké má vláda úmysly s těmito penězi pacientů, kteří je potřebují právě teď, ví jen Bůh, možná premiér. Jisté je jen to, že na žádné „horší časy“ to není. Ty jsou totiž právě teď.

MUDr. Ing. Petr Fiala,
místopředseda AČMN,
ředitel Léčebného a rehabilitačního
střediska Chvaly

Radovan Kouřil: Rezervy je třeba vytvářet, ne projídat

Rezervy na účtech zdravotních pojišťoven slouží k tomu, aby vyrovnávaly cyklické poklesy ekonomiky. To, co může v čase hospodářského růstu vypadat jako na první pohled neopodstatněná rezerva, bude dříve nebo později klíčovým zdrojem stability celého systému.

Když utratíte všechny peníze z rodinného rozpočtu a najednou přijdete o práci, taky se pak budete drbat na hlavě a přemítat, proč jste alespoň trochu nešetřili.

Stačí se podívat jenom pár let do historie na situaci po roce 2008, kdy by zdravotnictví bez rezerv hodně tvrdě narazilo. Rozsah recese, která v té době přišla, také nikdo dopředu neočekával.

Navíc stávající výše rezerv zdravotních pojišťoven se teprve letos v absolutních hodnotách vrací na úroveň rezerv v předkrizovém období. Přepočteno na dny, na které by peníze stačily, se rezervy ještě ani nenavrátily na úroveň před lety 2008 / 2009.

Zároveň, rozpuštění rezerv, pokud by k němu mělo skutečně dojít, by se v praxi provedlo navýšením úhrad za péči. Dovedu si jen velmi těžko představit, jak by takové navýšení proběhlo skutečně jenom jednorázově. V takovém případě by totiž bylo nutné úhrady v dalších letech opět krátit. Aniž bych chtěl předjímat, myslím si, že takový krok by se u poskytovatelů nesetkal s nadšením.



Foto: archiv OZP

Jednorázové rozpouštění rezerv tak ve skutečnosti znamená skokové navýšení pravidelných úhrad.

Za nejdůležitější ale považuji, že skokové navýšení úhrad nepovede ke skokovému navýšení kvality péče poskytované pacientům. Místo toho povede spíše ke snížení efektivity celého systému.

Proti tomu si musíme postavit situaci, kdy by se vlivem poklesu ekonomiky dostalo zdravotnictví

postupně s rezervami na nulu a následně s hospodařením do červených čísel. Taková situace by naopak bez pochyb měla na kvalitu péče negativní dopady.

Prostředky v rezervách nelze použít na nic jiného, než na úhradu zdravotních služeb. Tyto peníze tedy v systému zůstávají a k poskytovatelům se dostanou. A odejdou k nim ve chvíli, kdy to bude nejvíc potřeba, tedy v době, kdy bude nutné zdravotnictví stabilizovat navzdory poklesu ekonomiky.

Náklady na zdravotnictví každoročně stoupají vlivem stárnutí populace, inflace a vstupu nových terapií do praxe. Stačí, aby jeden rok zůstal výběr pojistného na stejné úrovni, a ve zdravotnictví bude rázem chybět až dvacet miliard korun.

Z těchto důvodů, pokud máme zodpovědně pečovat o prostředky na úhradu zdravotních služeb, a tím pádem i o zdraví klientů, je třeba v současné době, v době růstu ekonomiky, rezervy vytvářet, ne projídat.

Ing. Radovan Kouřil,
generální ředitel OZP



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.

Finanční vypořádání předběžných úhrad: kdy je zasíláno a jak probíhá

Přestože je finanční vypořádání předběžných úhrad popsáno ve smlouvě Všeobecné zdravotní pojišťovny s poskytovatelem zdravotních služeb či v úhradovém dodatku ke smlouvě na daný rok, stále panují v této problematice nejasnosti. V dnešní poradně tedy stručně shrneme, o co se vlastně jedná, jakými způsoby je poskytovatel zdravotních služeb informován o provedeném finančním vypořádání a jaké možnosti má při realizaci doplatku či přeplatků.

Do systému ročního výpočtu výsledné úhrady a vypořádání předběžných úhrad spadají poskytovatelé akutní lůžkové péče, poskytovatelé ambulantní specializované péče, odbornost gynekologie, dále laboratorní odbornosti, RTG a UZ diagnostika, fyzioterapie, domácí péče atd.

Předběžná měsíční úhrada je zálohová platba, která se za hodnocené období finančně vypořádává **v rámci celkového ročního vyúčtování** (po výpočtu výsledné úhrady, včetně regulačních omezení), a to **nejpozději do 120–180 dní po skončení hodnoceného období** (dle platné úhradové vyhlášky pro daný segment poskytovatelů a rok).

Zaslání informace – oznámení výsledné úhrady

O provedeném finančním vypořádání předběžných úhrad (dále jen „vyúčtování“) za daný kalendářní rok informuje Všeobecná zdravotní pojišťovna poskytovatele zdravotních služeb zasláním dopisu. Dopis je odeslán v závislosti na předem sjednaném způsobu komunikace s poskytovatelem zdravotních služeb.

1. V případě, že je smluvně sjednán způsob elektronické komunikace, pak je dopis s vyúčtováním prioritně doručen elektronicky přes ověřený komunikační kanál příslušného IČZ **na VZP Point**, kde je k dispozici téměř okamžitě po vytvoření. O doručení dopisu s vyúčtováním (stejně tak jako o další elektronické ko-



Ing. Bc. Eva Vavřínová, MBA
vedoucí oddělení ekonomiky
zdravotní péče

respondenci z VZP) může být poskytovatel zdravotních služeb informován využitím funkcionality VZP Pointu, která umožňuje aktivaci tzv. denních přehledů. Aktivaci notifikačních e-mailů, které informují o veškerých zprávách doručených do Schránky, si však musí uživatel VZP Pointu nastavit. Ve výchozím nastavení tato funkcionality aktivní není.

2. Pokud není smluvně sjednán elektronický způsob komunikace, ale je zřízena (a ve smlouvě uvedena) datová schránka, pak je dopis doručen elektronicky **do datové schránky**.

3. Poslední možností je doručení **poštou**. Tento způsob je dnes již výjimečný a je využíván pouze u poskytovatelů zdravotní péče, u kterých není možno využít uvedené způsoby spolehlivého a rychlého elektronického doručení.

Realizace doplatků a přeplatků vyúčtování

V případě, že finanční vypořádání vykazuje **doplatek**, bude tato vypočtená částka připsaná na účet poskytovatele zdravotních služeb samostatnou platbou.

Je-li výsledkem finančního vypořádání **přeplatek**, bude započten proti následující splatné faktuře. Existuje však více možností, jak přeplatek vypořádat.

1. Započtení celé pohledávky z následující splatné faktury či více faktur.
2. Započtení části pohledávky ve výši 50 % z fakturované měsíční částky až do zaplacení pohledávky.
3. Úhrada celé pohledávky na účet VZP v ČNB (variabilní symbol je uveden ve vyúčtování pod výsledkem finančního vypořádání).
4. Dohoda o uznání dluhu ve splátkách.

Pro dohodu o způsobu úhrady přeplatku je nutné kontaktovat odpovědného pracovníka Všeobecné zdravotní pojišťovny, jehož telefonní kontakt i e-mail je vždy uveden v záhlaví vyúčtování. Na tohoto pracovníka je možné se obrátit i v případě reklamace vyúčtování.

Michal Čarvaš: Každý si najde svoji pravdu

Otázka adekvátní výše rezerv na účtech zdravotních pojišťoven (ZP) je velmi kontroverzní a složitá. Lze se na ni dívat z celé řady pozic. Kdybych nebyl ředitel nemocnice a neřešil její každodenní problémy, pak bych jako nezávislý ekonom moudře poznamenal, že rezervy jsou nutné v každém systému a čekáme-li recesi či zpomalení ekonomiky, jejich okamžité rozpuštění je předčasné – rezervy mají být rozpuštěny až v době stagnace. Pokud se rozpustí nyní, kdo a z čeho bude hradit navýšené náklady v dalších letech?

Budu-li se na to dívat z pohledu ministerstva financí, budu vnímat, že rezervy ZP leží de facto na účtech ČNB a samozřejmě mají pozitivní vliv na bilanci státu v řadě ekonomických statistik a výkazů. Paní ministryně proto určitě nebude mít zájem na jejich rozpouštění. Bilance by se zhoršila a v následujícím období by se zvýšil tlak na ministerstvo financí, aby do systému dalo další peníze, například za státní pojištěnce.



Foto: archiv Michala Čarvaše

Budu-li se na věc dívat z pohledu poskytovatelů, pak musím říci, že tyto prostředky jsou jediné, které jsou v systému dostupné či viditelné a které mohou řešit aktuální problémy a dlouhodobé křivdy v systému. Upozorňuji, že v dobách velkého růstu ekonomiky klesal či stagnoval podíl na HDP, který je navíc výrazně nižší, než je průměr v evropských státech. Veškeré prostředky, které systém generoval, šly do platů nebo do rezerv ZP. Platy rostly a růst musely, protože rostly v celé ekonomice a ve zdravotnictví byly dlouhodobě podhodnocené, zejména v některých segmentech a profesích. Došlo k menšímu napravení skutečnosti, že ambulantní specialisté byli dlouhodobě placeni lépe než personál v nemocnicích.

Na druhou stranu všem poskytovatelům rostou náklady na služby, energie i materiál, protože i tyto jsou taženy rostoucími osobními

náklady ve všech odvětvích. Nelze očekávat, že společné nákupy to vyřeší a objeví se ohromné úspory. Ta doba je dávno pryč. Je tedy třeba, aby si ZP a zejména stát uvědomily, že náklady na péči v celém systému rostou, a to zásadním způsobem. Kosmetické zvyšování úhrady za státní pojištěnce, kteří čerpají největší podíl péče a stát za ně hradí nejnižší pojistné, je nedostatečné. Místo razantního navýšení alespoň na výši minimální platby OSVČ, uvažovalo ministerstvo financí o zrušení této platby. Požadavky poskytovatelů jsou adekvátní a je na státu a jeho autoritách, aby se rozhodly, jak je pro ně zdravotnictví důležité, uvědomily si, kolik to stojí, a našly prostředky, stejně jako je našly například pro dotaci veřejné dopravy.

Budu-li se na to dívat z pohledu pacienta, pak budu mít pocit, že se mne tato otázka vůbec netýká. Jako pacient mám přece z ústavy zaručenou neomezenou a bezplatnou zdravotní péči dle nejnovějších znalostí medicíny a mohu si svobodně zvolit lékaře. Nejsem-li s ním spokojen, mohu si najít dalšího a dalšího, nikdo mi to nezakáže a ZP a systém to zaplatí. Ale zaplatí to?

Opakovaně každý rok svádí poskytovatelé a plátcí souboj o úhradovou vyhlášku a o výši a způsob úhrad. Každoročně pak při vyúčtování naráží poskytovatelé na fakt, že řada regulačních opatření a paušálů, které jsou v úhradových mechanismech nastaveny, aby chránily kasy ZP před nekontrolovatelným a neomezeným čerpáním péče, dopadají na poskytovatele, tedy v našem případě na nemocnice. Ty poskytnou pacientům péči a žádají o její úhradu. Lékař a nemocnice péči poskytnout musí, i když ví, že ji poskytují přes sjednaný objem péče a zřejmě ji poskytují na vlastní náklady bez ohledu na to, zda je to levné základní vyšetření či drahá specializovaná léčba. Pak půjdou s prosíkem na ZP, aby jim tuto péči za jejich pojištěnce alespoň částečně uhradily. Rukojmím systému je tak často nemocnice, ale velmi rychle jím může být pacient. Menší okresní a krajské nemocnice mají své nezastupitelné místo v systému. Poskytují základní

i specializovanou, akutní i plánovanou péči nejlépe pacientovi. Náklady rostou stejně jako u specializovaných center, která ale mají výrazně lepší úhrady.

Každý si tedy v tomto sporu najde svoji pravdu. Určitě jsem nevyjmenoval všechna pro a proti. Nicméně pravdou jest, že v systému zdravotní péče není dostatek prostředků a jejich rozdělování je dlouhodobě nespravedlivé. Čekání na Godota v podobě DRG Restart je marné. Jestliže se mají udělat systémové změny, bez dalších prostředků to nepůjde. ÚZIS v projektu CZ-DRG výborně posbíral čísla a náklady na existujícím trhu a podle nich vypočítává náklady za jednotlivé báze a DRG skupiny. Odvozuje je ale od trhu, který je dlouhá léta pokriven řadou paušálů. Jeden poskytovatel tak hradí v nákladech to, na co mu stačí platby od ZP. Jiný generuje ztráty, které zřizovatel dotuje či se hromadí, projevují se opožděnými platbami dodavatelům nebo omezeními nutných investic a žitím na dluh budoucnosti.

CZ-DRG je stejně jako IR-DRG klasifikační systém, nikoli úhradový systém. Jak bude využit pro úhrady, je zatím neznámá. Má-li se zlepšit situace ve zdravotnictví a mají-li se nastavit nová pravidla a rovné podmínky na trhu, pak je třeba do toho investovat. Pokud se to neudělalo v době rekordního růstu ekonomiky, bude třeba to udělat nyní, byť to bude pro stát finančně bolestivější. Pokud se to neudělá, bude to v budoucnu ještě dražší. Až se to projeví kolapsem zdravotního systému a zhoršením péče – a tím i zdravotního stavu pacientů a poklesem využitelnosti pracovních sil, který bude mít za následek pokles výkonnosti celé ekonomiky –, bude pozdě a ztráty budou mnohonásobně vyšší. Využití části aktuálních rezerv ZP je jednorázové a krátkodobé opatření. Je třeba najít další prostředky a systém správně nastavit.

Ing. Michal Čarvaš, MBA,
předseda představenstva Nemocnice
Prachatic a.s.,
člen představenstva skupiny
Jihočeské nemocnice a.s.,
místopředseda AČMN

Pavel Hroboň: K čemu jsou dobré rezervy v ZP?

Jako v každé vyhrocené debatě dochází v diskuzi o rezervách zdravotních pojišťoven k polarizaci a zjednodušení stanovisek: Mají se rozpustit rezervy teď, nebo je ponechat na „horší časy“? Problematika je přitom mnohem širší.

Nejprve ale příklad z nedávné historie. Ke konci roku 2008 bylo na účtech zdravotních pojišťoven cca 40 miliard korun. Požadavky na jejich rozdělení zdravotnickým zařízením byly tenkrát stejně kategorické jako dnes. Naštěstí k němu nedošlo a – byť to určitě nepřiznají – byli nakonec všichni rádi. Proč? České zdravotnictví, na rozdíl od většiny evropských zemí, díky těmto rezervám prakticky nepocítilo dopad finanční krize v roce 2009. Nejen, že nedošlo ke snížení prostředků určených pro zdravotnictví, naopak byly v jinak opravdu krizovém roce navýšeny. Z toho mělo prospěch nejen zdravotnictví, ale i celá země – to, že se ve zdravotnictví nemusely přiškrcovat výdaje, prospělo zprostředkovaně i jiným oblastem ekonomiky a tedy všem občanům.

Dnes jsme ve velmi podobné situaci – po několika „úrodných“ letech hospodářského růstu máme nashromážděno alespoň trochu rezerv a každý dobrý hospodář ví, že by se neměly projít, když nás v budoucnu nesporně čekají i léta hubená.

Tolik jasná odpověď na základní otázku. Stojí ale za to, podívat se blíže na argumenty těch, kdo okamžitě rozpuštění rezerv požadují. Ano, máme problém s nedostatkem personálu a v důsledku toho

v některých oblastech s dostupností péče. A když se podíváte na věkovou strukturu praktických (i některých jiných) lékařů, je jasné, že bude hůř. Kdyby ale nedostatek lékařů i sester záležel jen na výši platů, už bychom ho měli vyřešený.

Pravda je taková, že pro zajištění dnešní dostupnosti péče i v nijak vzdálené budoucnosti potřebujeme udělat celou řadu jiných kroků – změnit strukturu péče a procesy v menších nemocnicích, zlepšit spolupráci nemocnic různých typů a nemocnic a ambulantního sektoru, zlepšit vzdělávání mladých lékařů a sester, podpořit elektronizaci zdravotních dat, systematicky měřit kvalitu péče, zajistit hladký přechod pacientů ze zdravotní do sociální péče a celou řadu dalších. Pokud by měly být současné rezervy účelně investovány do řešení těchto problémů, jsem rozhodně pro. Takové požadavky jsem ale nezaznamenal.

Existuje ještě třetí dimenze diskuse o rezervách. Skutečné rezervy nám totiž chybí. Ty dnešní stačí na pokrytí poskytované péče na pár dní, maximálně týdnů. Celkově ale platí, že peníze, které se vyberou, se také hned utratí. Jinými slovy, dnešní pracující generace si nešetří na péči, kterou bude potřebovat v budoucnu, ale platí zdravotní péči dnešním seniorům



Foto: archiv Pavla Hroboně

(a samozřejmě i sami sobě a svým dětem, ale to jsou menší částky). Takový systém dobře funguje, dokud je poměr pracujících k důchodcům 3:1 jako dnes (a v minulosti byl tento poměr ještě výrazněji ve prospěch pracujících). Nás ale v příštích desetiletích čeká posun k méně než dvěma pracujícím na jednoho seniora. Nebylo by lepší požadovat místo rozdělení dnešních nevelkých rezerv seriózní diskuzi o tom, jak budeme financovat zdravotnictví v budoucnu?

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.,
Advance Institute


Kubek, Šmucler, Chudoba: Peníze je třeba rozdělit rovnoměrně

Na společném jednání předsedy vlády a ministra zdravotnictví s prezidenty České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory bylo mimo jiné konstatováno, že růst HDP a neočekávaně vysoký výběr zdravotního pojištění umožňuje investovat významné finanční prostředky, které leží nevyužité na účtech zdravotních pojišťoven, do zdravotnictví. To by pomohlo udržet až zlepšit úroveň zdravotnických služeb poskytovaných čes-

kým pacientům. Je ale potřeba, aby finanční prostředky poskytnuté nad rámec dohodovacího řízení byly rozděleny rovnoměrně. Nesmí dojít ke znevýhodnění soukromých lékařů, stomatologů a lékárníků vůči státním a krajským zdravotnickým zařízením, která na rozdíl od soukromých podnikatelů dostávají na investice i provoz nejrůznější dotace. Představitelé zdravotnických profesních komor zřízených ze zákona proto společně navrhuji, aby prostřednictvím úhradové

vyhlášky ministerstva zdravotnictví pro rok 2020, bylo nad rámec závěrů dohodovacího řízení spravedlivě mezi poskytovateli zdravotnických služeb rozděleno dalších 25 miliard korun. Peníze, které občané platí na zdravotní pojištění, musí posloužit ke zvýšení kvality a bezpečnosti zdravotnických služeb.

MUDr. Milan Kubek,
doc. MUDr. Roman Šmucler, CSC.,
PharmDr. Lubomír Chudoba

A portrait of František Vlček, a man with short brown hair and a serious expression, wearing a dark grey suit jacket, a white shirt, and a patterned tie. He is standing outdoors with a background of green foliage.

„Dáváme přednost osobnímu jednání
před zdlouhavým papírováním.“

František Vlček

V roce 2018 vznikl pod vedením Sotiria Zavalianise holding AKESO, pod nějž spadá desítku společností působících v oblasti zdravotnictví. Po Agelu jde o druhou největší skupinu na českém trhu. Uspořádání do holdingové struktury má zjednodušit řízení a posílit roli při vyjednávání s pojišťovnami, regulátory i dodavateli. Stěžejními zařízeními skupiny AKESO jsou Nemocnice Hořovice, Rehabilitační nemocnice Beroun a Onkologické a radiologické centrum Multiscan Pardubice. O tom, jak se pracuje pod vedením podnikatele roku Středočeského kraje a co charakterizuje aktivity holdingu AKESO, jsme hovořili s ředitelem pro procesy, kvalitou a efektivitu společnosti MUDr. Františkem Vlčkem, Ph.D., MHA.

Můžete čtenářům představit holding? Co předcházelo vzniku AKESA a kam nyní směřují jeho aktivity?

Vše se odvíjí od přistěhování majitele a jednatele společnosti Sotiria Zavalianise do České republiky. Ten v rámci svých podnikatelských aktivit získal v roce 1998 podíl v Mediscan Group a díky tomu i první zkušenosti s provozem ambulantního a diagnostického centra. V roce 2002 pak vznikl na jeho podnět Multiscan Pardubice s tím, že investice půjdou do zobrazovacích zařízení. Kromě toho Multiscan nakonec investoval i do lineárního urychlovače a přebral péči o onkologické pacienty, což bylo podmínkou pardubické nemocnice. V současnosti onkologické oddělení poskytuje ambulantní péči pro Pardubický kraj a přilehlé regiony a současně spolupracuje s lůžkovým onkologickým oddělením a dalšími odděleními nemocnice v rámci Komplexního onkologického centra Pardubického kraje. V roce 2007 v rámci privatizace Sotirios Zavalianis převzal Nemocnici Hořovice a Nemocnici Beroun. Berounská nemocnice se postupně proměnila na zařízení stojící na jednodenní péči a akutní rehabilitaci. Z hořovické nemocnice se stala akutní nemocnice s širokým spektrem oborů. Obě nemocnice se přitom dobře doplňují.

Jak byste charakterizoval Sotiria Zavalianise jako manažera?

Umíněný a netrpělivý puntičkář. Člověk, který má jasnou vizi toho, čeho chce

dosáhnout, a který současně chce všechno hned a v té nejlepší kvalitě. Pracovat pro takového šéfa je možná někdy vyčerpávající, ale pro mě je to ideální situace. Je skvělé spolupracovat s někým, kdo má jasnou vizi a chce pro české pacienty to nejlepší. Poskytovat péči na nejvyšší úrovni, a to nejen po odborné stránce, ale i co se zázemí týče. Když se podíváte na naše nemocnice, jsou všechny vybudované tak, aby se v nich pacienti i personál cítili dobře. V České republice je to unikát. Náš majitel je navíc člověk, který dá šanci každému, kdo přijde s nějakou zajímavou myšlenkou. Takže je zde ideální prostor pro toho, kdo se chce realizovat a myslí to vážně. V holdingu se mu dostane podpory, zázemí i prostředků.

Chceme pacienty nejen léčit, ale i vyléčit.

Jaké je vlastně krédo a vize společnosti AKESO?

Mottem holdingu je „Zdraví člověka. Lidskost. Vstřícnost“. Chceme se starat o zdraví lidí a chceme je nejen léčit, ale i vyléčit. Poskytujeme péči komplexně, a nikoli jen ve finančně výhodných segmentech. Současně usilujeme o to, aby se lidé u nás cítili dobře, bereme vážně jejich potřeby a klademe důraz na ohleduplné chování vůči pacientům. Chceme být dostupná, přístupná a lidsky vstřícná organizace.

Můžete říci, jaké jsou vaše osobní kompetence a cíle?

Definice méj pozice je záměrně široká. V každodenním provozu vlastně nikoho v rámci zdravotnických pracovišť přímo neřídíme. Naší rolí je projektové zavedení některých mechanismů do fungování organizace. V oblasti kvality se věnuji především metodickému řízení kvality a bezpečí zdravotní péče, tedy dozorují mechanismy, které toto zajišťují. Mým záměrem je, aby to bylo co nejpřijatelnější pro zdravotní personál. Na starosti mám procesní fungování, to znamená práci se zdravotní dokumentací, léky, pohyb pacienta po pracovišti, optimalizaci veškerých procesů – personálních i logistických – i analýzu a sjednocování těchto procesů. Hlavními nástroji jsou automatizace, standardizace a centralizace.

Jaké certifikace mají pracoviště holdingu? Usilujete také o mezinárodní akreditaci?

Nemocnice v Berouně a v Hořovicích získaly akreditace od Spojené akreditační komise; radioterapeutické pracoviště v Pardubicích má certifikaci ISO. O mezinárodních certifikátech prozatím neuvažujeme. Působím jako auditor při mezinárodních akreditacích JCI, takže mám poměrně jasnou představu o tom, jaké požadavky musí být pro udělení certifikátů splněny. Snažím se tyto nástroje přenášet do naší každodenní praxe, ale současně ušetřit zdravotnická pracoviště zavádění postupů, které jsou buď zcela samozřejmé, nebo příliš nákladné na finance a personál, či nekompatibilní s provozem daného zařízení.

Jedním z velkých témat současného zdravotnictví jsou „čisté prostory“, „cleanrooms“, bez nichž by byl nemyslitelný výzkum a výroba řady produktů stejně jako zdravotnické provozy. Jak důležitá je pro vás tato oblast?

Velkou kapitolou řízení provozu zdravotnických zařízení a zajištění bezpečí pracovišť je prevence nemocničních nákaz. Česká legislativa udává v tomto ohledu dobré standardy a při dodržování norem a zákonů lze fungovat na velmi vysoké úrovni. V superčistých prostorech probíhá v současnosti příprava cytostatik, chemoterapeutik a řady dalších léčiv, přičemž nároky na čistotu prostředí jsou extrémně vysoké. Totéž se týká dezinfekce a sterilizace. Samozřejmě této oblasti věnujeme zvýšenou pozornost, snažíme se aplikovat nová klinická doporučení. Patří sem například zajištění izotermie pacienta na sále, izoglykemie či antibiotická profylaxe. Naší snahou je nastavit nutná opatření a zajistit, aby fungovala napříč celou nemocnicí. Víme totiž, že nedostatky na některém z oddělení mohou ovlivnit provoz celé nemocnice. Velký důraz tedy klademe na konzistenci.

Jaké nástroje využíváte pro monitorování a zajištění bezpečí pacientů?

Naší prioritou je předcházet veškerým chybám a událostem, které mohou pacienta poškodit. Samozřejmostí je identifikace pacienta pomocí náramku, předoperační bezpečnostní proces jako prevence záměny pacienta nebo výkonu,

prevence pádů, bezpečné předávání pacientů, řešení náhlých situací, jako je kardiopulmonální resuscitace a podobně. Primárně se snažíme pacientům neubližovat. Obecně se udává, že se výskyt nežádoucích událostí během hospitalizace celosvětově pohybuje mezi 5–10 % hospitalizací. To je vysoké číslo. Proto jsou u nás tyto události hlášeny a následně se zavádí nápravná opatření. Smyslem je, aby se tyto události neopakovaly nejen na daném pracovišti, ale v celé organizaci.

Jak řešíte stížnosti pacientů a personálu?

Veškeré stížnosti se snažíme řešit hned na místě – dáváme přednost osobnímu jednání před zdoluhavým papírováním. Pacienti to oceňují, takže formálních stížností máme minimum. Pro personál máme zaveden systém hlášení nežádoucích událostí. V minulosti se ukázalo, že řada těchto událostí nebyla hlášena proto, že personál na to neměl čas, případně to nepovažoval za

dostatečně důležité. Zavedli jsme proto systém centralizace, takže nahlášení nežádoucí události trvá několik vteřin a zbytek vyřeší pověřený pracovník.

Všechny projekty vedou k jasně definovanému cíli a pozitivně ovlivňují pracoviště.

Jaké inovativní trendy a technologie se ve zdravotnictví uplatňují? A jak si stojí Česká republika ve srovnání se západními zeměmi?

Obecně má Česká republika přístup ke všemu, co existuje jinde ve světě: inovativní léky, inovativní technologie, nástroje, materiál i postupy. Trochu pozadu jsme v inovacích v oblasti organizace a koordinace pracovišť. Nedostatky jsou také ve výměně informací, logistice a samotném řízení.

V logistice se například dnes uplatňují velmi sofistikované počítačové systémy, které dovedou nahradit člověka v plánování, koordinaci dodávek, materiálů a podobně.

V čem dále ČR zaostává, jsou informační systémy pro zdravotnické fungování nemocnic. Ve světě jsou k dispozici digitální systémy sloužící jako lékové záznamy a obsahující řadu automatických funkcí, jako je vyhodnocování interakce léků či dávkování nebo jako analýza informací nebo software, který dokáže číst rentgenové snímky i vyhodnotit histologický obraz. Myslím, že zde čeští vývojáři informačních systémů trochu zaspali dobu a nenabízejí tentýž komfort jako vývojáři v zahraničí.

Jaká je obecně motivace poskytovatelů k inovacím? Liší se u soukromých a veřejnoprávních?

Netroufám si to hodnotit, ale logicky jsou soukromí poskytovatelé na trhu



znevýhodnění, protože mají omezený přístup k veřejným financím. To je důvod, proč se snažíme zavádět inovace, které zefektivňují provoz a životaschopnost organizace tím, že šetří peníze. Veřejnoprávní instituce jsou na tom lépe, mohou využívat různé dotace a z nich hradit nové technologie, informační systémy a podobně. Být soukromým poskytovatelem však představuje i určité výhody. Jednou z nich je, že se nemusíme při nákupu zabývat výběrovým řízením. Můžeme si vybrat materiál či zařízení, které nám zapadá do celkové mozaiky, a více přihlížet ke kvalitě. Naši konkurenční výhodou je i to, že celý proces od rozhodnutí k nákupu trvá krátkou dobu.

Užíváte elektronickou komunikaci s pacienty, mobilní aplikace či jiné nástroje?

Zatím v omezené míře. V tuto chvíli fungují různé webové poradny a snažíme se samozřejmě s pacientem elektronicky komunikovat. Dále u nás běží projekt, který by měl postupně zahrnovat automatické objednávání pacientů a připomínání návštěv. Snažíme se také centralizovat úložiště pro zdravotnickou dokumentaci, aby měli pacienti kdykoli přístup k lékařským zprávám, nebo pomocí mobilní komunikace zlepšit adherence k léčbě. Dnes je známo, že významný podíl na neúspěchu léčby chronických onemocnění má právě špatná adherence, a tu lze pomocí elektronické komunikace zlepšit. Příkladem může být projekt Itareps určený pro psychiatrické pacienty, který je v provozu již minimálně deset let.

AKESO v číslech (2018)

- 750 000 ambulantních návštěv
- 100 000 unikátních pojištěnců
- 35 000 hospitalizovaných pacientů
- 4 000 artroskopických zákroků
- 1 800 narozených dětí
- 1 000 totálních endoprotéz
- 1 000 nových onkologických pacientů
- 3 mld. korun – roční obrát holdingu

MUDr. František Vlček, Ph.D., MHA

- Všeobecné lékařství vystudoval na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.
- Doktorské studium absolvoval na Univerzitě Palackého v Ústavu veřejného zdravotnictví – obor sociální lékařství.
- Titul MHA získal na pražském Advance Institute of Healthcare Management.
- V letech 2004–2008 působil jako manažer kvality v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.
- Od akademického roku 2010/2011 učí na 3. lékařské fakultě v Kabinetu veřejného zdravotnictví.
- Na pozici ředitele pro kvalitu, procesy a efektivitu figuroval v Multiscanu od roku 2016, v AKESU pak od konce roku 2018.
- Více než 15 let je členem Spojené akreditační komise.

Brzdou zavádění podobných projektů do praxe je však legislativní rámec zahrnující například ochranu dat či úhradové mechanismy.

Pro srovnání, ve veterinární medicíně se elektronická komunikace úspěšně uplatňuje už léta. Existují různé portály, komunikace pomocí fotografií, monitoring adherence. My to bereme velmi vážně a snažíme se, abychom maximálně využili možností, které jsou k dispozici. V některých zemích již pacient funguje jako zásadní indikátor péče – například skrze tzv. „patient reported outcome measures“ (PROMs). Pacient vyplní dotazník týkající se kvality života nejprve před výkonem nebo nástupem do nemocnice a následně po dokončení rehabilitace či po propuštění do ambulantní léčby. Na základě porovnání se ukazuje, do jaké míry byla léčba úspěšná. V USA a Velké Británii má tento indikátor vliv i na úhradový mechanismus. Pacient se stává významným hráčem hodnocení kvality. Bohužel v ČR stále kvalita péče nepředstavuje faktor ovlivňující úhrady zdravotních služeb. Pojišťovny platí za kus, nikoli za kvalitu.

Můžete shrnout, co se holdingu AKESO daří a jakým čelí výzvám?

Vzhledem k tomu, že se k naší práci snažíme přistupovat citlivě a s pokorou, daří se nám všechny projekty. To znamená, že všechny projekty vedou k jasně definovanému cíli a pozitivně ovlivňují pracoviště. Navíc vedou k úspoře peněz a času, snižují administrativní zátěž, zvyšují produktivitu.

Určitou překážkou zavádění inovací jsou lidé, kteří mají různou počítačovou gramotnost, různou

motivaci a různou ochotu ke změně. Nemá to vliv na výsledný úspěch projektu, ale realizace trvá déle. Mnoho času totiž musíme trávit vysvětlováním, školením a motivováním zaměstnanců. To je něco, s čím jsem na začátku moc nepočítal. Ve chvíli, kdy přicházíte s novými myšlenkami, myslíte si, že pro ně každého nadchnete. Ale ono to tak často není, protože změna představuje problém a vyžaduje více úsilí.

Naopak jako úspěch vnímám neustálé rozšiřování spektra služeb v našich zdravotnických zařízeních. Před nedávnem jsme otevřeli nové urologické oddělení v hořovické nemocnici, spustili jsme denzitometrii, otevřeli jsme nové ambulance, stavíme operační sály, nabízíme další služby, máme v plánu zdvojnásobení lůžkové kapacity v hořovické nemocnici. Největším projektem je pak vybudování Centra duševní rehabilitace v berounské nemocnici. Půjde o komplexní psychiatrické pracoviště lůžkového typu, které by mělo splňovat náročné požadavky na psychiatrickou péči v 21. století. Na národní úrovni je to experiment, který by měl ukázat, jak může fungovat moderní psychiatrie, když se skutečně bere vážně. Velký důraz bude kladen na prostředí, které hraje v psychiatrické péči významnou roli. Výstavba zařízení byla již zahájena, k jeho otevření by mělo dojít během tří až čtyř let. V brzké době otevřeme také nové oddělení onkologie v areálu pardubické nemocnice. To vše vyžaduje zapojení a koordinaci mnoha lidí. Nicméně naše plány jsou stále stejné. Mít co nejmodernější pracoviště, být co nejvidnější k pacientům a poskytovat co nejvyšší péči.

Kdy může použít lékař „pia fraus“?

V posledních letech se komunikace mezi lékařem a pacientem stala hlavním prostředkem k tomu, aby se vytvořil základní skelet důvěry, na kterém se potom vybuduje nástavba v podobě samotného léčebného procesu. Co když je ale naopak vyžadovaná komunikace kontraproduktivní a pro pacienta má opačný efekt, než by měla mít?

Pacient, když přichází k lékaři, očekává, že mu lékař sdělí „trojedinou informaci“ v podobě diagnózy vyvozené z příznaků, které jsou projevem choroby, pro niž lékař stanoví odpovídající léčbu. Lékař by tedy měl mluvit pravdu, nic nezakrývat, nezatajovat a jen k tomu sdělit patřičné související informace.

V jednom z hlavních dokumentů velké reformy zdravotnického práva, která vstoupila v platnost v roce 2012, a sice v zákoně o zdravotních službách, je uzákoněna možnost nesděliti pacientovi pravdivé a úplné informace. Takovéto zadržování informací je ovšem možné jen za zákonných podmínek a v omezeném časovém rozmezí, a to když se jedná o nepříznivou diagnózu nebo prognózu.

Pro toto rozpětí není uvedena konkrétní časová lhůta. Je použito neurčitelného právního pojmu – tj. „po dobu nezbytně nutnou“. Podobně je stanoven i objem informací, které je možno poskytnout v „nezbytně nutném rozsahu“. K takovému omezení poskytnutých informací lze přistoupit za předpokladu, že lze důvodně očekávat, že by jejich podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví.

Obecně každé pravidlo, a v právu nevyjímaje, má své výjimky, které jsou

v tomto případě tři. Z toho dvě jsou zaměřeny individuálně na pacienta samotného a jedna je zaměřena všeobecně vůči pacientovu okolí. První výjimkou je situace, kdy poskytnutí informace o určité nemoci nebo predispozici k ní je jediným způsobem, jak pacientovi umožnit podniknout preventivní opatření nebo podstoupit včasnou léčbu. V takovém případě hraje hlavní roli čas – promeškání včasné léčby by mohlo mít fatální důsledky.

Další výjimka se dotýká přímo pacientova rodinného a společenského života – pacient může výslovně požádat o přesnou, pravdivou a nezavádějící informaci o své diagnóze nebo prognóze, a to z toho důvodu, aby si mohl vyřídit své osobní záležitosti. Může se jednat o dědické záležitosti, přípravu závěti nebo dědické smlouvy, ale i o ukončení podnikání v podobě převodu nebo prodeje rodinné firmy.

Poslední výjimka se týká pacientova okolí a uplatní se v případech, kdy by mohlo být neposkytnutí informace



Foto: archiv MF

o pacientově zdravotním stavu rizikem pro jeho blízké. Zákon má na mysli ty případy, kdy je pacient roznašečem a šířitelem nakažlivých infekčních nemocí, což je ostatně samo o sobě trestným činem.

Milosrdnou lež, neboli „pia fraus“, může lékař volit i tehdy, kdy se jedná o nezletilého pacienta nebo o pacienta s omezenou svéprávností,

a to v případě, že má podezření, že se pacientův zákonný zástupce podílí na jeho zneužívání, týrání nebo ohrožování zdravého vývoje.

Nabízí se otázka, jak by se měla řešit situace, kdy pacient trpí nevléčitelnou chorobou. Má lékař využít svého práva a po dobu nezbytně nutnou zadržet nepříznivou informaci, nebo by měl pacientovi tuto informaci říci za každých podmínek? Emeritní členové lékařského sboru tvrdí, že by se informace pacientovi měla dát, protože i lékařská prognóza se nemusí vždy vyplnit. Mocná matka příroda dovede někdy zcela nečekaně pomoci.

S výše uvedeným souvisí i problematika přechodu od klasické intenzivní léčby k následné paliativní léčbě – kdo a kdy o tomto přechodu rozhoduje a má to vůbec oporu v zákoně? Odpověď zní, že rozhodovat bude vždy ošetřující lékař. Měl by se ale také poradit a zjistit stanoviska a názory ostatních zdravotnických pracovníků, kteří přišli s pacientem do styku. Ošetřující lékař ovšem musí své rozhodnutí sladit s poznatky lékařské vědy a uznávanými postupy. Lékařovo počínání obhazuje i Česká lékařská komora a jí vydaný etický kodex, který stanoví, že u nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů je nutné, aby lékař účinně tišil bolesti, šetřil lidskou důstojnost a mírnil utrpení.

Mgr. René Šifta,
Ústav práva a právní vědy





GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner
v hematologii-onkologii

Gilead Sciences s.r.o.
Empiria (Regus), Na Strži 1702/65
140 00 Praha 4, Česká republika

Experti diskutovali v Praze o významu probiotik

Mezinárodní vědecká konference IPC 2019 s názvem Probiotika, prebiotika, střevní mikrobiom a zdraví, která proběhla v polovině června v pražském kongresovém centru, byla zaměřena na pokroky ve výzkumu a využití prebiotik a probiotických mikroorganismů v prevenci a léčbě nemocí a ve výživě. V letošním roce zaznamenala konference rekordní účast: na akci přijelo více než 400 účastníků z 80 zemí.

Konference se zúčastnili špičkoví experti působící v oblasti výzkumu probiotik a prebiotik včetně specialistů na jejich využití v humánní a veterinární medicíně a výživě. Témata pokrývala celou oblast problematiky od vývoje probiotických přípravků po jejich využití v léčbě vybraných chronických onemocnění. O bližší informace jsme požádali zástupce organizačního výboru MVDr. Alojze Bombu, DrSc., vedoucího Ústavu experimentální medicíny Lékařské fakulty UPJŠ v Košicích.

Co dnes již víme, a naopak nevíme, o střevním mikrobiomu a jeho vztahu k chronickým onemocněním?

Výzkum střevního mikrobiomu zaznamenává v posledních letech nebyvalý rozmach. Ukazuje se, že mikrobiom nejen reguluje fyziologické funkce imunitního systému a metabolismu, ale také že narušení jeho diverzity a funkce je spojeno s téměř všemi chronickými chorobami včetně metabolického syndromu, kardiovaskulárních onemocnění, alergických a nádorových onemocnění. Uvedený poznatek odstartoval výzkum zaměřený na modulaci střevního mikrobiomu v prevenci a léčbě těchto

onemocnění. Jeho součástí je jednak tradiční využití probiotik a prebiotik, ale v poslední době zejména možnosti transplantace fekálního mikrobiomu. Hlavní mechanismy účinku probiotik zatím nejsou plně objasněny. Nevíme také, zda dysbioza je příčinou, či důsledkem chronických onemocnění. Nicméně výzkum zde směřuje k personalizované medicíně. Fekální transplantace se zdá být velmi efektivní metodou například v léčbě infekcí vyvolaných bakterií *Clostridium difficile*. Tato infekce je velmi nebezpečná, především pro starší jedince. Fekální transplantace zde představuje život zachraňující zákrok i tam, kde již nejsou účinná antibiotika. Metoda je ovšem zatím spojena s určitými riziky, která představují možná patogenní agens od dárců. Obecně se v současnosti výzkum zaměřuje na cílenou modulaci střevního mikrobiomu, která by využívala postupy personalizované medicíny. Pro to je třeba analyzovat mikrobiom pacienta a nastavit modulaci střevního mikrobiomu specificky podle potřeb daného pacienta.

V současnosti již některé společnosti nabízejí zájemcům analýzu střevního mikrobiomu a přípravu „probiotického koktejlu“ na míru.

Mezinárodní konference IPC 2019 se zaměřila na tato hlavní témata:

- **Probiotika** – jak fungují a jak vyvinout inovativní preparáty
- **Humánní mléčné oligosacharidy** jako jsou probiotika a imunomodulátory
- **Jak získat schválení od regulačních orgánů** pro zdravotní tvrzení uvedená u probiotik
- **Jak identifikovat funkční probiotika**
- **Jak probiotika účinkují** – objasnění mechanismu účinku
- **Jak charakterizovat probiotické kmeny** – genetika a funkční genomika u probiotik
- **Klinické zkoušky s probiotiky** – účinky u vybraných nemocí
- **Budoucnost probiotik, inovativní probiotika**

Jsou důkazy pro to, že tato individuální směs je opravdu účinnější než běžná probiotika zakoupená v lékárně? A nemohou vlastně „univerzální probiotika“ někomu škodit? Víme, že probiotika mají takzvaný kmenově specifický efekt. Není tedy probiotikum jako probiotikum. Každý kmen má jiné vlastnosti a nemůžeme proto očekávat stejný efekt u všech lidí. Některá probiotika mají imunostimulační vlastnosti, jiná imunomodulační efekt. Další mají metabolické účinky a některá také ovlivňují takzvanou osu mozek – střevo. Obecně jsou probiotika považována za bezpečná. S opatrností je však třeba je podávat u některých jedinců, například u imunokompromitovaných pacientů nebo pacientů se zánětem pankreatu. Současný trend směřuje opravdu k individualizovanému podávání



Pohled do sálu konference

Foto: 2x archiv pořadatele

probiotik na podkladě analýzy střevního mikrobiomu. Zajímavé je v tomto ohledu zjištění, že každý zdravý člověk má zcela specifický mikrobiom. Naproti tomu při konkrétních chorobách nacházíme obdobně patologické změny. Například u Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy se potvrdil deficit butyrátu. Na základě toho je možné pacientovi nabídnout vhodná probiotika. Zatím se ovšem pohybujeme jen kolem složení mikrobiomu. Pro efektivnější terapii potřebujeme určit také poruchy jeho funkce. Snažíme se podpořit účinek probiotik jejich kombinací s prebiotiky a také omega-3 mastnými kyselinami. U nich se ukázalo, že zlepšují adhezní schopnost probiotik přilnout na střevní sliznici a společně mají lepší imunomodulační efekt.

Probiotika

Probiotika jsou nepatogenní živé mikroorganismy, které přinášejí zdravotní benefit svému hostiteli. Prebiotika představují nestravitelné sloučeniny na bázi vlákniny, které podporují růst těchto mikroorganismů. Užívání probiotik v kombinaci s prebiotiky má rozmanité zdravotně prospěšné účinky. Probiotika přijímáme v různých druzích potravin, zejména v mléčných výrobcích, dále je možné je užívat jako doplňky stravy. Recentní studie naznačují, že vybrané probiotické kmeny mají silný imunomodulační efekt a mohou mírnit průběh chronických onemocnění jako je astma bronchiale, revmatoidní artritida či atopická dermatitida.

Pokud si člověk nechá připravit individualizovanou směs probiotik, dá se předpokládat jejich širší efekt? Tím mám na mysli prevenci více onemocnění nebo zmírnění těch stávajících.

Určitě. Probiotika jsou určena primárně k prevenci, neboť upravují různé funkce v organismu, například imunitní a metabolické. Mohou se však využít i při podpurné terapii v kombinaci s dalšími léky. Tradičně se využívají v podpurné léčbě střevních zánětů, během antibiotické léčby a po ní s cílem obnovy mikrobiomu nebo během zátěžových období a rekonvalescence.

V posledních letech se ve vztahu k chronickým onemocněním stále častěji

hovoří o významu chronického zánětu a prozánětlivého prostředí v organismu. Souvisí tento zánět s patologickými změnami složení nebo funkce střevního mikrobiomu? Ano. Zjistilo se, že při střevní dysbioze dochází k pomnožení gramnegativních bakterií ve střevě. Ty produkují lipopolysacharidy, které narušují střevní permeabilitu, přecházejí do krevního řečiště a vlivem toho dochází k zánětlivým změnám v různých parenchymatózních orgánech. To pak vede k rozvoji metabolických a dalších chorob. Takže předpokládáme, že poruchy střevní mikroflóry jsou opravdu spojené s chronickým zánětem v organismu.

V souvislosti s funkcí mikrobiomu jste zmínil osu střevo – mozek. Dysbioza se dává do souvislosti například s některými psychiatrickými a neurodegenerativními poruchami. O jaký vztah se jedná a jakou roli zde hrají probiotika?

Ve vztahu střevo – mozek jde o neurohumorální propojení. Většina probiotik produkuje metabolity, které prostupují do krevního řečiště, čímž se dostávají až do mozku a zde mohou ovlivňovat některé jeho funkce. U psychiatrických onemocnění byla skutečně zjištěna dysbioza, a proto se uvažuje, že by podávání probiotik mohlo vést ke zlepšení některých duševních poruch. Některé experimentální práce již toto dokladují.

Na trhu je řada produktů s různými probiotickými kulturami. Které kmeny se nejčastěji používají a které by měly být zastoupeny ideálně?

V dostupných probiotických produktech převažují Laktobacily a Bifidobakterie. V některých jsou také kvasinky jako třeba *Sacharomyces*. Nyní se uvažuje též o probiotických nové generace, které by měly obsahovat bakterie *Faecalibacterium prausnitzii* a *Akkermansia muciniphila* a jsou také velmi účinné. Určitým problémem směsi probiotik jsou však možné vzájemné interakce. Je třeba exaktně určit vhodné složení, aby výsledný efekt nebyl antagonistický, ale synergický.

Které další nové poznatky byly prezentovány na kongresu?

Téměř každá prezentace přinesla něco nového. Hodně se například hovoří o farmabiotických. To znamená, že je zde snaha, aby nabízené produkty měly status léčiva. Většina dnes dostupných probiotik jsou doplňky stravy. Dalším atraktivním tématem je zmíněná fekální transplantace. A do budoucna bychom se mohli dočkat také cílených personalizovaných probiotik



MUDr. Alojz Bomba

a syntetických mikrobiálních terapeutik. Donedávna jsme znali jen efekt probiotických kmenů, dnes se objevují nové poznatky týkající se mechanismu jejich účinku, například toho, jakými signálními drahami jsou tyto účinky zprostředkovány. Výzkum probíhá na molekulární úrovni a využívají se nové „-omik technologie“ – genomika, metabolomika a další. Objevují se také nové probiotické kmeny. A hovořili jsme i o využití probiotik u zvířat, dokonce u včel. Pracovníci našeho ústavu v současnosti vyvíjejí novou originální metodu cílené modulace střevní mikroflóry pro prevenci a terapii střevních zánětlivých nemocí s využitím přístupů personalizované medicíny. Uvedená metoda eliminuje rizika transplantace fekální mikroflóry a umožní cílenou modulaci střevního mikrobiomu v souladu se specifickými potřebami příjemce.

Jaké faktory ovlivňují vznik a správnou funkci střevního mikrobiomu? A je možné ho vedle probiotik ovlivňovat i pomocí dalších látek?

K osídlení střeva mikrobiotickými bakteriemi dochází krátce po narození. Ukazuje se, že již způsob porodu hraje důležitou roli. Například u dětí matek, které rodily císařským řezem, dochází již v raném dětství k narušení střevního mikrobiomu, což způsobuje narušení funkce imunitního systému na dlouhé roky a dává se do příčinné souvislosti s autoimunitními alergickými onemocněními. V prvé řadě ovšem ovlivňuje funkci střevního mikrobiomu výživa. Významnou roli mají zejména prebiotické potraviny a vláknina. U nás na Slovensku je v tomto ohledu populární bryndza, která má velmi příznivý nutriční efekt. Také japonské kimči je přínosné, a to právě díky obsahu probiotik.

MUDr. Andrea Skálová



Žilní onemocnění na cestách

Cévní onemocnění u diabetiků, terapie varixů, neinvazivní cévní diagnostika či žilní tromboembolismus u onkologických pacientů, to byla letošní témata, o nichž se hovořilo na 25. česko-slovenském angiologickém sympoziu 12.–14. června na zámku Lednice.

Součástí programu bylo i sympozium organizované ve spolupráci se společností Servier, věnované (nejen) cestování s žilním onemocněním.

Nakolik je právě cestování spojené se závažnějšími riziky chronického žilního onemocnění (CVD) a jak moc se máme obávat cestovní trombózy, vysvětlil ve svém příspěvku doc. MUDr. Dalibor Musil, Ph.D., z I. interní kliniky – kardiologické FN Olomouc.

Patofyziologie CVD

Přednášející se zprvu zamýšlel nad tím, zda jsou žíly dolních končetin v souvislosti s rozvojem žilního onemocnění „viníkem, nebo obětí“. V té souvislosti připomenul patofyziologii vzniku chronického žilního onemocnění. Ačkoli mechanismy rozvoje a progresu CVD nebyly dosud plně objasněny, předpokládá se, že se zde uplatňují dva hlavní procesy: narušení toku krve a chronický zánět, který má za následek remodelaci cévních stěn, rozvoj nedostatečnosti žilních chlopní a žilní hypertenzi. Degenerativní změny a chlopní insuficience vedou k refluxu do žilní mikrocirkulace, a to způsobuje patologické kožní změny. Působení gravitace spojené s dlouhodobým sezením a stáním, společně s genetickými, hormonálními a metabolickými faktory a nevhodným životním stylem, jsou důvodem, proč se CVD stává v současnosti epidemií. Žíly dolních končetin jsou podle doc. Musila jak viníkem, tak obětí našeho životního stylu.

Určit a léčit příčinu otoků

Jedním z projevů CVD jsou otoky dolních končetin. Jedná se o častý problém, s nímž se setká každý praktický lékař ve své ordinaci. Edém DK může být spojen se systémovým onemocněním, nebo mít lokální příčinu. V praxi je proto důležité diferenciatně diagnosticky rozlišit chronickou žilní insuficienci, hlubokou žilní trombózu a lymfatický edém z jiné příčiny (tab. 2).

Základní fakta

Chronické žilní onemocnění

(chronic venous disease – CVD) CVD je jedno z nejčastějších onemocnění. Jeho výskyt se udává u 50–80 % dospělé populace. Riziko vzniku onemocnění stoupá s věkem a je častější u žen. Podle statistik jím trpí každá druhá žena a každý čtvrtý muž.

Mezi nejčastější symptomy v počáteční fázi nemoci patří bolesti a pocit těžkých nohou, otoky, noční křeče, později se přidává zánět tkáně a bérkové vředy. Onemocnění bývá často podceňováno a řada pacientů přichází až v pozdních fázích nemoci, které mohou být obtížně terapeuticky ovlivnitelné. Až 78 % osob trpících žilními symptomy zůstává neléčeno. Náklady na léčbu CVD v ČR se odhadují na 350 milionů ročně.

Spojovacím článkem všech stupňů CVD je žilní hypertenze.

Léčba otoků se odvíjí od jejich příčiny. U celkových příčin spočívá v léčbě základního onemocnění. Akutní žilní trombóza vyžaduje antikoagulační léčbu. Základním pilířem konzervativní terapie CVD je léčba zevní kompresí – obinadly a punčochami. V posledních letech přibývají důkazy pro preventivní i léčebné podávání venofarmak, a to ve všech stadiích CVD. Smyslem jejich užívání je omezení zánětlivé odpovědi ve všech stadiích onemocnění, čímž dochází ke zpomalení rozvoje a zamezení recidiv onemocnění, jeho viditelných manifestací a komplikací.

Venofarmaka, MPFF

Diuretické a protizánětlivé účinky některých rostlinných silic jsou známe již dlouho. Z dalších rostlinných látek se pak osvědčily zejména flavonoidy, a to především diosmin a hesperidin. Pacienti

Průběh onemocnění zhoršuje nadváha, nedostatek fyzické aktivity, dlouhé stání a sezení, horké koupele, nevhodná obuv a oděv. Nejčastěji používanou klasifikací CVD je CEAP klasifikace zahrnující klinické etiologické, patofyziologické a anatomické faktory. V praxi se nejčastěji využívá kritérium C – klinické známky – a rozeznává se sedm stadií CVD (tab. 1).

Léčba CVD musí být komplexní, dlouhodobá až celoživotní a začít musí co nejdříve. Terapie má vycházet z nejnovějších vědeckých poznatků a zahrnuje dodržování režimových opatření, nošení kompresivních punčoch, užívání venofarmak, eventuálně chirurgické zákroky (laser, radiofrekvence atd.).

Diagnostika a léčba CVD patří do rukou flebologa a probíhá ve spolupráci s praktickými lékaři lymfology, angiology, proktology, chirurgy, dermatology, internisty a dalšími specialisty.

by se však neměli spoléhat na doplňky stravy s obsahem těchto látek, neboť léčebný efekt potravinových doplňků je sporný.

Termínem venofarmaka se označuje heterogenní skupina látek většinou

Tab. 1: Stadia CVD

C0	Subjektivní příznaky bez viditelných známek žilního onemocnění (bolesti a pocit těžkých nohou, otoky, noční křeče)
C1	Teleangiektázie a retikulární varixy
C2	Kmenové varixy
C3	Otoky žilního původu (v oblasti kotníku a dolní části lýtky)
C4	Trofické kožní změny
C5	Bérkový vřed zhojený
C6	Bérkový vřed aktivní

Představujeme publikaci

Léčba obézního diabetika



Kniha se věnuje patogenezi diabetu 2. typu u obezity, především novým poznatkům o tukové buňce a tukové tkáni, hormonech svalové a tukové tkáně, střevní flóře a dalších faktorech, které se uplatňují v patogenezi diabetu.

V nejrozsáhlejší části knihy se autor zaměřuje na moderní léčbu obézního diabetika 2. typu a její perspektivy včetně bariatrické chirurgie. Samostatná kapitola pojednává o komorbiditách u obézních diabetiků a léčbě obezity u diabetu 1. typu.

Autor: Štěpán Svačina
Doporučená cena 880 Kč

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

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

rostlinného původu. Na trhu je k dispozici několik venofarmak. Obsahují například směs extraktu z listnatce (*Ruscus*), hesperidinu metylchalconu (HMC) a kyseliny askorbové, extrakt z *Gingko biloba* s heptaminolem a troxerutinem, extrakt z jirovce maďalu (HCSE) či mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakci (MPFF).

Nejsilnější doporučení odborných společností včetně doporučení v nových mezinárodních „guidelines“ pro léčbu CVD z roku 2018 má právě MPFF, u nás dostupná jako léčivý přípravek Detralex. MPFF obsahuje 90 % diosminu a 10 % dalších účinných flavonoidů (hesperidin, diosmin, linarin, isorhoifolin), které podporují farmakologický účinek tohoto léčiva. MPFF je v řadě doporučení uveden jako lék první volby u příznaků CVD a edému. Současně jde o jediné venofarmakum indikované jako přídatná léčba k terapii bércových vředů. Mezi jeho hlavní účinky patří efekt na žilní tonus, antioxidační působení, účinky na kapilární permeabilitu, účinek na lymfatické cévy a protektivní efekt proti poškození chlopní. MPFF díky svému složení a vlastnostem prokázala významnou protizánětlivou

Tab. 2: Hlavní příčiny edému DK

Generalizované (symetrické)	Lokalizované (asymetrické)
Kardiální	Hluboká žilní trombóza
Jaterní	Chronická žilní insuficience
Renální	Lymfedém
Hypoproteinemický	Lipedém
Idiopatický	Zánětlivý alergický
Statický	
Navozený léky	

a venoprotektivní aktivitu. Ve studiích se ukázalo, že MPFF poskytuje trvalé zmírnění symptomů souvisejících s CVD u všech stadií CEAP a že přínosná by mohla být zejména v časném stadiu C0.

Máme se bát cestovní trombózy?

Při akutně vzniklém jednostranném otoku je vždy nutno pomýšlet na akutní žilní trombózu. Za jeden z rizikových faktorů se udává cestování. Jak připomenul Dalibor Musil v prezentovaném příspěvku, na jejím vzniku se podílí známá Virchowova triáda – hyperkoagulační stav, venostáza

a porušení cévního endotelu. Cestovní trombóza je charakterizována jako vzniklá v průběhu dlouhé cesty nebo až 4–8 týdnů po ní. Negativní vliv má imobilizace, těsné oblečení a dehydratace během cesty. Riziko cestovní trombózy stoupá s věkem (u osob nad 75 let je až 1 %) a při cestování na velké vzdálenosti (riziko se zvyšuje 2–4krát). Vyšší riziko je též v těhotenství, při omezené hybnosti a u závažné trombofilie. Riziko trombózy lze snížit použitím kompresních punčoch během cesty, cvičením a procházením se. Preventivní efekt podávání antikoagulancií se nepotvrdil. Podle doc. Musila se však cestovní trombózy bát nemusíme. Podle recentních zjištění je vzácná. Postihuje převážně rizikové jedince, osoby nad 75 let při délce letu nad 5 hodin, přičemž u zdravé populace je riziko jejího vzniku zanedbatelné.

Nohy jako symbol krásy

Zajímavé zpeřtení a neobvyklý pohled na problematiku chronické žilní nemoci přinesla v druhé části symposia psycholožka a sexuoložka doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc. Účastníkům odborného bloku připomenula, že krásné, zdravé a dlouhé nohy představují od nepaměti mocný sexuální symbol a významně se uplatňují také v řeči těla. I to je důvod, proč je třeba o zdraví nohou a žilního systému pečovat. Naše sebezpejetí a sociální vztahy jsou totiž nedílnou součástí celkové kvality života – aspektu, který v současné medicíně nabývá na významu.

MUDr. Andrea Skálová

Více informací o CVD pro pacienty naleznete na:
www.zilniporadna.cz
 a v nové mobilní aplikaci
Bolí vás nohy?



Ilustrační foto: Shutterstock

Geriatricie nabývá na významu

Změny v náhledu na geriatricii, výsledky geriatrické evaluace v ambulantní praxi, vize do budoucna a řadu dalších témat přiblížil Pracovní den České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP, za účasti členů výboru Evropské unie geriatrické medicíny. Proběhl 6. června v pražském Lékařském domě.

Švédská studie AGE-FIT – ambulance na míru

Doktorka Anne Ekdahlová z Univerzitní nemocnice v Lundu hovořila o komplexní geriatrické evaluaci v ambulantní praxi, výsledcích výzkumu Age-FIT (Ambulatory Geriatric Frailty Intervention) a vlastních zkušenostech z praxe ve Švédsku. Tam, stejně jako v ostatních zemích, péče o seniory s multimorbiditou pohlcuje velký podíl všech nákladů na nemocniční péči. I ve Švédsku je nemocniční péče o tyto pacienty velmi fragmentovaná, drahá a málo kvalitní. Cílem studie Age-FIT týmu Anny Ekdahlové bylo porovnat výsledky ambulantní geriatrické péče s péčí „obvyklou“ a vytvořit nejlepší možnou péči pro ty „nejdražší“ seniory ve Švédsku, a to v ambulantním formátu na míru každému pacientovi.

Studie AGE-FIT sbírala data v letech 2011–2013 a měla 382 účastníků. Výchozí hodnoty intervenční a kontrolní skupiny nebyly na začátku projektu příliš rozdílné. Ve výsledku se podařilo snížit počet dní strávených v nemocnici – po 24 měsících o 27 %, po 36 měsících o 28 %. Snížil se počet hospitalizací, zvýšil se (ale nevýrazně) počet hodin péče poskytnuté v domácnostech. Mortalita v intervenční skupině byla oproti skupině kontrolní nižší o 30 %, tedy velmi významně. Výrazný rozdíl se začal ukazovat po 12 měsících od zahájení intervencí.

Výrazně lepší bylo v intervenční skupině vnímání bezpečnosti. Mírný, nikoli výrazný nárůst byl u intervenční skupiny patrný v celkových nákladech na zdravotní a sociální péči. Účastníci intervenční skupiny vícekrát navštívili lékaře, ale péče o ně v ambulantním režimu nebyla nákladnější než běžná. Výrazně nižší zato byly náklady na jejich hospitalizace. Intervenční skupině se lépe žilo, zlepšení kvality života těchto lidí bylo evidentní. Studie byla ukončena po dvou a půl letech z důvodu nedostatku financí. Týmu Anny Ekdahlové se ale podařilo získat peníze na podobnou studii, která už probíhá. Jde o studii GERMOT (GERiatric MOBILE Team), se stejně

definovanou populací a větším počtem (450) respondentů.

Člověk je tak starý, jak jsou staré jeho tepny

„Stárneme všichni. Ne všichni ale stárneme stejně rychle. A staří jsme tak, jak stárnou a tuhnou naše tepny,“ uvedl svoji přednášku profesor Athanase Benetos z Univerzitní nemocnice v Nancy. Hovořil o vlivu stárnutí kardiovaskulárního systému na proces stárnutí, o základních patologických změnách v arteriích souvisejících se stářím, o měření stárnutí arterií, o stárnutí arterií a nemocech souvisejících s vyšším věkem a o akcelerátorech stárnutí arterií.

Tuhnutí arterií se spojuje i s jinými projevy stárnutí včetně těch, které nejsou kardiovaskulární, ale souvisejí s věkem – například s větší ztrátou svalové hmoty. Arteriální tuhost velmi silně koreluje s funkčními omezeními. Průkazná je také souvislost arteriální tuhosti se stavem kognitivních funkcí, a to nejen v souvislosti s vaskulární demencí, ale i s neurodegenerativními onemocněními. Tuhnutí arterií akceleruje nekontrolovaná hypertenze u lidí mladšího a středního věku, metabolický syndrom, dieta s vysokým obsahem sodíku (zejména jde ale o vysokou konzumaci soli už v mladším věku).

Arterie padesátiletého člověka s diabetem a mikroalbuminurií vypadají jako arterie člověka o 15 let staršího. Diabetes 2. typu přidává 10 let, stejně tak metabolický syndrom, hypertenze a vysoká tepová frekvence. Arteriální stárnutí se projevuje dvěma základními způsoby: atheromatem a tuhostí. Ne všechny rizikové faktory mají stejný nebo stejně podstatný efekt na obojí. Dyslipidemie například působí mnohem víc na vznik atheromatu než na arteriální tuhost, kouření přispívá k obojímu, tachykardie má mnohem větší efekt na arteriosklerózu, na obojí působí negativně fyzická pasivita. Hodnocení arteriální tuhosti u stárnoucích jedinců by se mohlo podílet na vytváření preventivních opatření.

Geriatricie musí být posílena i v rámci medicíny

O významu geriatrické medicíny v péči o lidi žijící s demencí a zkušenostech z České republiky hovořila docentka Iva Holmerová, předsedkyně České gerontologické společnosti ČLS JEP a ředitelka Pražského gerontologického centra. V současnosti v ČR pracuje 442 geriatrů z celkového počtu 48 000 lékařů, registrováno je 395 akutních geriatrických lůžek a 28 000 postakutních. Geriatrických ambulancí je celkem 18, což je velmi málo. „Data o stárnutí populace sice bývají v titulcích novin, ale odpovědní činitelé i tak zapomínají na to, že bychom potřebovali posílit geriatrickou medicínu. Paradoxně jsme dokonce museli usilovat o zachování oboru, protože opakovaně hrozilo jeho zrušení,“ upozornila přednášející.

V současné době je geriatricie nástavbou jak na interní kmen, tak na všeobecné praktické lékařství. Potenciál geriatricie je především v jejím preventivním zaměření. Důležitá role geriatricie je i v jejím interdisciplinárním a interprofesním zaměření, často může pomoci ve spolupráci i s naprosto odlišnými profesemi nebo státní správou v řešení komplexních situací a geriatrických syndromů. Geriatrici rozhodně nejlépe rozumějí problematice multimorbidních geriatrických pacientů. O historii a současnosti geriatrického vzdělávání u nás hovořila profesorka Eva Topinková, přednostka Geriatrické kliniky I. LF UK a VFN v Praze.

V letech 2012–2018 v ČR se v geriatricii atestovalo průměrně 10 lékařů ročně. Podle Evy Topinkové je na lékařských fakultách pregraduální vzdělávání v geriatricii nekonzistentní, roztržité do obsahu, formy i délky. „Je třeba rozšířit výuku geriatricie na všechny lékařské fakulty pro studenty magisterského oboru lékařství. Cílem je samostatný obor. Výuku geriatricie by měli mít i studenti nelékařských profesí. V rámci postgraduálního vzdělávání je jedním z témat k další diskusi doporučená délka vzdělávacího programu,“ míní prof. Topinková.

(11)

Virologové mění pohled na pronikání virů do buněk

David Buchta spolu s kolegy z výzkumných skupin Pavla Plevky a Roberta Váchy, kteří pracují v institutu CEITEC Masarykovy Univerzity, nedávno vyvrátili desetiletí panující představy o tom, jak vlastně infikování buněk enteroviry probíhá. Odhalený mechanismus může v budoucnu pomoci v návrhu nových protivirotických léčiv, která zabrání infekci.

Poprvé byla struktura enterovirů popsána před více než čtyřiceti lety. Jejich genom obklopuje bílkovinná obálka – kapsida, která jej chrání v prostředí mimo buňku. Dosud se vědci domnívali, že když virus vstoupí do buňky, vytvoří se v obálce malý pór, kterým pronikne virová genetická informace do nitra buňky. Brněnští strukturní virologové ale pozorovali na izolovaných virových částicích něco jiného.

„Popsali jsme nový mechanismus, při němž se virový obal široce otevře jako pacman, jeho části se odtrhnou, a to umožní rychlé uvolnění celého genomu,“ stručně přiblížil objev, který publikoval časopis Nature Communications, vedoucí výzkumného týmu Pavel Plevka.

Odborníci z institutu CEITEC pracovali na tomto výzkumu dva roky a výsledek je překvapil. „Předchozí teorie jsme nijak nerozporovali a čekali jsme, že budeme pozorovat, jak genom viru prochází malým otvorem v kapsidě, a my



určíme, v jakých místech se tyto otvory tvoří,“ řekl Pavel Plevka.

Výsledky výzkumu ale byly jiné. Za pomoci kryo-elektronové mikroskopie a počítačových simulací vědci ukázali, že virová částice po průniku do buňky nejprve trochu nabobtná a pak se široce otevře. Během následného rychlého uvolnění genetické informace, tedy RNA, může dojít k odlomení části virového

obalu, což vysvětluje existenci prázdných virových obálek s chybějícími částmi v infikovaném organismu.

Vědci budou ve výzkumu dál pokračovat, chtějí postoupit od sledování izolovaných virů k pozorování jejich interakcí s membránou buňky a zkoumání toho, co se odehrává po průniku viru do buňky.

Zdroj a foto: Magazín M (red)

FNUSA rozšiřuje své výzkumné aktivity

Agentura pro zdravotnický výzkum podpořila v rámci veřejné soutěže VES 2019 šest nových výzkumných projektů Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA). Vybrané projekty se zaměřují na buněčnou terapii onkologických onemocnění, zlepšení péče o epileptiky, výzkum Alzheimerovy nemoci, akutního infarktu myokardu, struktury DNA a protinádorové terapie či na prevenci infarktu.

Do soutěže o podporu projektů aplikovaného zdravotnického výzkumu v letech 2019–2022 bylo doručeno celkem 391 projektů, úspěšných jich bylo 79. Z šesti schválených projektů FNUSA jsou dva řešitelské a čtyři společní řešitelské.

Vybrané projekty se zaměřují na buněčnou terapii onkologických onemocnění, zlepšení péče o epileptiky, výzkum Alzheimerovy nemoci, akutního

infarktu myokardu, struktury DNA a protinádorové terapie či na prevenci infarktu.

Jeden z řešitelských projektů, který řeší Irena Koutná, vedoucí výzkumnice Centra buněčného a tkáňového inženýrství, se bude zabývat nejmodernější technologií v cílené buněčné terapii onkologických onemocnění.

„To, že naše nemocnice je hlavním řešitelem dvou projektů a u dalších

čtyř společníkem s institucemi jako je Masarykova univerzita, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady nebo Ústřední vojenská nemocnice, je pro nás velký projev důvěry ve vztahu k výzkumu, který v nemocnici děláme. Naši lékaři a výzkumníci na projekty získali 20,7 milionu korun,“ sdělil Martin Pavlík, ředitel FNUSA.

Zdroj: FNUSA (red)

Představujeme publikaci

Náš současník Purkyně – největší Čech?

Životaběh s dvaceti zastaveními



Tato publikace vychází z obsáhlé monografie „Jan Evangelista Purkyně a jeho význam pro současnou i budoucí medicínu“, kterou při příležitosti 230. výročí narození J. E. Purkyně vydala v roce 2017 v nakladatelství Mladá fronta Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. V této zkrácené podobě je text určen převážně mládeži. Jeho autor Jaroslav Hořejší představuje Purkyňův život a dvacet zastavení u jeho nejvýznamnějších vědeckých aktivit a objevů a vyjadřuje naději, že v Purkyněm školáci, studenti, učni a vlastně veškerá mládež objeví jiný vzor, než jsou nejrůznější zpěváčci, baviči či fotbalisté. Kdyby tento největší český vědec 19. století, a možná i největší český vědec vůbec, učinil své objevy dnes, dostal by za ně několik Nobelových cen. Jeho renesanční osobnost je srovnatelná snad jen s Janem Amosem Komenským.

Autor: Jan Hořejší

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

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

Konference odhalila přelomové výsledky studie

Pět a více let přežívá 29,6 % pacientů s metastatickou formou rakoviny plic, kteří jsou léčeni imunoterapií pembrolizumabem (Keytruda) v monoterapii a v první linii léčby. Vyplývá to ze studie KEYNOTE-001, jejíž dlouhodobé výsledky představili onkologové na největší světové konferenci ASCO, jež proběhla v Chicagu.

Výsledky studie považuje odborná veřejnost za přelomové, dříve totiž tato diagnóza automaticky znamenala velmi krátký život, a to v řádu měsíců. „Ačkoli se jedná o multikohortovou studii, fáze 1b, výsledky jsou významné vzhledem k nejdelšímu mediánu sledování pacientů – 60,6 měsíců v klinických studiích, kde je imunoterapie podávána v první linii lidem s nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC). Třetina pacientů – 29,6 % (95% CI: 7,7–56,1), kteří byli léčeni pembrolizumabem v monoterapii v první linii léčby a kteří vykazují vysokou expresi PD-L1 (TPS \geq 50 %), přežívá 5 let a více,“ říká prof. Luboš Petruželka.

Kromě toho, jiná studie KEYNOTE-189 (randomizovaná studie, fáze 3, hodnotící účinnost a bezpečnost pembrolizumabu v kombinaci s chemoterapií) prokázala téměř dvakrát delší dobu přežití než při léčbě chemoterapií samotnou. Při léčbě v kombinaci s pembrolizumabem činil medián celkového přežití 22 měsíců, při léčbě chemoterapií 10,7 měsíců. „Klinický

benefit léčby pembrolizumabem již v první linii nemalobuněčného karcinomu plic potvrzuje rovněž fakt, že po 2 letech je bez progresu onemocnění pětina pacientů (20,5 %) léčených pembrolizumabem v kombinaci s chemoterapií. Při léčbě chemoterapií samotnou je nepřítomnost progresu výjimečná (1,5 % bez progresu onemocnění),“ doplňuje Luboš Petruželka.

V České republice je touto imunoterapií v první linii léčeno přibližně 100 pacientů v metastatickém stadiu rakoviny plic. Nemusí tak jako doposud před zahájením léčby imunoterapií pembrolizumabem podstupovat léčbu chemoterapií, která řadu z nich vyřadila z následné léčby imuno-onkologické. Přípravek Keytruda je z veřejného zdravotního pojištění hrazen od letošního března.

Na rakovinu plic zemře ročně v České republice 5 400 lidí. Patří jí tak smutné prvenství mezi všemi nádory vůbec – přichází se na ni totiž v drtivé většině případů pozdě, ve stadiích, kdy ji nelze vyléčit.

O přípravku Keytruda:

Přípravek Keytruda je v monoterapii indikován v první linii k léčbě metastazujícího NSCLC u dospělých pacientů, jejichž nádory exprimují PD-L1, se skóre nádorového podílu (tumour proportion score – TPS) \geq 50 % bez pozitivních nádorových mutací EGFR nebo ALK. Přípravek Keytruda je u dospělých, jejichž nádory nevykazují pozitivní mutace EGFR nebo ALK, indikován v kombinaci s chemoterapií pemetrexedem a platinou k léčbě metastazujícího neskvamózního NSCLC v první linii a v kombinaci s karboplatinou a paklitaxelem nebo nab-paklitaxelem k léčbě metastazujícího skvamózního NSCLC v první linii. Přípravek Keytruda je v monoterapii indikován k léčbě lokálně pokročilého nebo metastazujícího NSCLC u dospělých pacientů, jejichž nádory exprimují PD-L1 s TPS \geq 1 % a kteří již byli léčeni nejméně jedním chemoterapeutickým režimem. Přípravek je rovněž indikován pro léčbu maligního melanomu, uroteliálního karcinomu a nádorů hlavy a krku. (red)

Nová metoda klasifikace nádorů prsu

Novou metodu, která umožňuje přesněji rozlišovat mezi jednotlivými podtypy nádorů prsu a která by tak mohla v budoucnu přispět k lepší volbě léčby, otestovali jako první odborníci z Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity ve spolupráci s Masarykovým onkologickým ústavem a švýcarskou polytechnikou ETH Curych.

Tým složený z biochemiků, molekulárních biologů, bioinformatiků a lékaře-patologa využil pro zařazení nádorů do podtypů metodu stanovující hladiny několika tisíc bílkovin v každém vzorku nádorové tkáně. Jejich práci zveřejnil vědecký časopis Cell Reports.

Nádory prsu se aktuálně dělí do pěti podtypů, které se liší z hlediska molekulární podstaty onemocnění, jejího průběhu i prognózy. Jejich rozpoznání umožňuje vybrat nejúčinnější léčbu. V současnosti lékaři pro stanovení typu nádoru využívají metody, kterými stanovují přítomnost několika konkrétních bílkovin v nádorové tkáni, určení jejich množství je ale mnohdy

orientační. Právě to nová metoda na bázi SWATH hmotnostní spektrometrie zlepšuje, a může tak v budoucnu pomoci k přesnější diagnostice i léčbě.

Základ metody vyvinuli odborníci v laboratořích ETH Curych ve spojení s firmou Sciex. Brněnští vědci ve spolupráci se švýcarskými kolegy pak s její pomocí analyzovali téměř sto vzorků z Masarykova onkologického ústavu.

„Z tisíců bílkovin měřených metodou SWATH jsme vybrali tři, které jsou klíčové pro zařazení nádorů prsu do základních subtypů. Naše metoda umí nejen rozlišit stávající subtypy, ale ukázala, že agresivnější subtypy jsou samy o sobě velmi variabilní.

Právě proto je chceme dál analyzovat a klasifikovat,“ uvedl hlavní autor práce, biochemik Pavel Bouchal z Masarykovy univerzity.

Výzkum trval pět let a podpořila ho Grantová agentura ČR a interní Grantová agentura Masarykovy univerzity. Podle Bouchala může být tato metoda použita i pro klasifikaci dalších nádorových onemocnění. Aktuálně se vědci zaměřují na nádory ledvin a jejich metastazující formy.

I když možnost lépe zařazovat pacienty do molekulárních subtypů vypadá velmi slibně, jde zatím o základní výzkum.

Zdroj: MUNI (red)



Existuje více způsobů, jak pomáhat

**Zúročte vaše zkušenosti
s živou medicínou
v Lékařské posudkové službě.**

Lékařská posudková služba nabízí zaměstnání ve 13. a 14. platové třídě s příplatky, bez přesčasů a nočních, s možností práce z domova, částečnými úvazky a hrazeným vzděláváním.

Více o možnostech práce pro LPS na
+420 608 119 048
nabor.posudkovasluzba@mpsv.cz



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

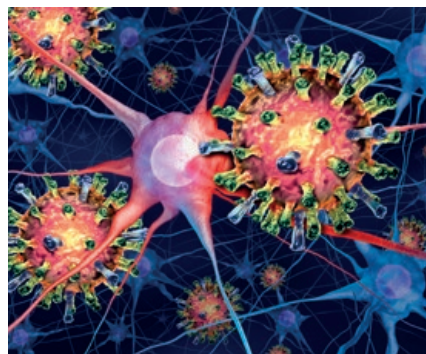
Riziko klíšťových infekcí souvisí s přemnoženými hraboši

K včasnému a přesnému varování obyvatelstva před zvýšeným rizikem nakažení lymfskou boreliózou a klíšťovou encefalitidou by v budoucnu mohl výrazně přispět objev týmu vědců z Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého a Fakulty veterinární hygieny a ekologie Veterinární a farmaceutické univerzity Brno. Ti totiž prokázali spojitost mezi mírou výskytu těchto nebezpečných infekčních nemocí a množstvím hrabošů.

Hlodavci jsou hlavními hostiteli larev i nymf klíšťat, která napadají větší savce včetně člověka. Na základě znalosti početních stavů drobných hlodavců lze v Evropě předpovědět riziko onemocnění klíšťovými chorobami s ročním předstihem. „Ukazuje se, že roky zvýšeného rizika nakažení lymfskou boreliózou a klíšťovou encefalitidou lze jednoduše předpovídat pomocí početnosti hraboše polního z minulého roku. S pomocí dat o rozmnožení hraboše polního v České republice jsme úspěšně předpověděli výskyt chorob nejen v Česku, ale také v Německu, Rakousku a Slovinsku,“ popsal výsledky tříletého výzkumu vedoucí katedry ekologie a životního prostředí přírodovědecké fakulty Emil Tkadlec.

Vědci sledovali početnost našeho nejhojnějšího hlodavce hraboše polního (*Microtus arvalis*), k jehož přemnožení pravidelně dochází ve dvou až čtyřletých intervalech. Například letos se hraboši přemnožili na Moravě. „Metodou analýzy časových řad jsme prokázali, že kolísání výskytu obou klíšťových nemocí je silně závislé na cyklickém kolísání početnosti hraboše polního,“ upřesnil Tomáš Václavík z katedry ekologie a životního prostředí téže fakulty.

Vědci tak mají za jisté, že vysoká početnost hraboše polního i jiných hlodavců má za následek lepší přežívání larev a v následujícím roce i vyšší počet infekčních nymf klíšťat.



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

Modely postavené na souvislosti mezi populacemi hrabošů a klíšťat, které předpovídají riziko nakažení lymfskou boreliózou a klíšťovou encefalitidou, jsou velmi jednoduché. Potřebná data lze snadno získat z veřejných databází. „Tento model proto může být okamžitě aplikován. Tím se otevírá možnost obecné předpovědi rizika nakažení i dalšími klíšťovými chorobami, které mají závažné dopady nejen na zdraví lidí, ale také zvířat,“ podotkl Pavel Široký z VFU Brno.

Předpovídání rizika onemocnění klíšťovými chorobami se stalo důležitým předmětem výzkumu po celém světě. K nejvýznamnějším klíšťovým nemocem patří lymfská borelióza a klíšťová encefalitida. Zatímco lymfská borelióza postihuje lidi v Severní Americe, Evropě a Asii, klíšťová encefalitida je onemocněním, které je rozšířeno ve střední Evropě a Asii. Česká republika bohužel vyniká ve výskytu obou nebezpečných onemocnění. „Virus klíšťové encefalidity byl dokonce poprvé izolován v bývalém Československu v roce 1948,“ řekl Tkadlec.

Výskyt onemocnění v různých letech u obou chorob značně kolísá a vědci po

celém světě již několik desítek let usilovně hledají příčiny této meziroční variability. Výzkumníci se proto zaměřili na ekologii hlavního vektora onemocnění, klíšťate obecného, které tyto patogeny přenáší.

Americká skupina vedená profesorem Richardem Ostfeldem se ve výzkumu lymfské boreliózy dostala nejdále. Prokázala, že kauzální řetězec začíná rokem bohatým na úrodu semen, který v dalším roce vede k růstu populace drobných hlodavců, kteří jsou hlavními hostiteli larválních stádií klíšťate. Následující rok potom dochází vlivem lepšího přežívání k nárůstu početnosti nakažených nymf, které napadají středně velké savce včetně člověka. „Drobní hlodavci jsou klíčovými hostiteli pro larvy klíšťat a současně rezervoárovými zvířaty, která uchovávají v přírodních ohniscích jak spirochety způsobující lymfskou boreliózu, tak virus klíšťové encefalidity,“ uzavřel Pavel Široký.

Článek popisující výsledky výzkumu bude publikován v mezinárodním infektologickém časopisu *Emerging Infectious Diseases*.

Zdroj: UPOL (red)

Unikátní TV projekt s odborným zpravodajstvím o zdravotnictví



NATOČTE S NÁMI ROZHOVOR!

- Dostaneme Vaše téma mezi tisíce lékařů, farmaceutů a specialistů.

Kontaktujte nás na:
medical-tv@mf.cz

Sledujte aktuální rozhovory:

Host: **MUDr. Iva Hoffmanová, Ph.D.**, internistka z 2. interní kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
Téma: **Pšenice je vinna – pravda a mýty o celiakii**



Host: **MUDr. Václava Adámková**, primářka Oddělení klinické mikrobiologie z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
Téma: **Budoucnost antibiotik není vůbec růžová**



Moderuje: MUDr. Michaela Lízlerová

Expedice Neuron prozkoumá účinky ayahuasky

Vědci z Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ) spolu se zahraničními kolegy uzavřeli v rámci Expedice Neuron spolupráci na výzkumu psychoaktivního nápoje ayahuaska s indiánskými kmeny Huni Kui a Ashaninka. Indiáni se stali partnery vědeckého výzkumu a jde tak o první expedici svého druhu. Zpočátku byla financována Nadačním fondem Neuron. Průběh dobrodružství zachycoval štáb režiséra Davida Čálka, který točí o expedici dokumentární film „Doktor na tripu“.

Hlavní část expedice je plánována na začátek roku 2020. Záměrem výzkumníků je sbírat data od dobrovolníků, kteří se zúčastní několika ceremonií s ayahuaskou. Vědci doufají, že by mohli prozkoumat roli tradičního ceremoniálního „settingu“ ve spojení s domorodými praktikami. Vedoucí expedice Tomáš Páleníček, vysvětluje záměr: „Studie by měla odpovědět na to, zda tradiční prostředí může přinést dlouhodobé pozitivní účinky na náladu a obecnou pohodu. Zároveň nás zajímají neurobiologické biomarkery těchto změn. Abychom je mohli změřit, vezeme si s sebou mobilní EEG. Za druhé, věříme, že rituální psychedelické zážitky mohou navodit propojení mezi lidmi. Když budeme během ceremonie nahrávat EEG, budeme také hodnotit propojení mozku mezi jednotlivými účastníky včetně šamana. Také se domníváme, že zkušenosti s ayahuaskou mohou dlouhodobě změnit mezilidské vztahy, zvýšit společenskou odpovědnost a podpořit schopnost propojení s ostatními, nebo dokonce ovlivnit náš vztah k sobě samým a vztah k přírodě.“

Přestože práce na projektu započaly již v roce 2016, hlavní přípravná část expedice proběhla v květnu tohoto roku. Vybraný tým expedice se skládal z vědců z NÚDZ pod vedením lékaře Tomáše Páleníčka, jejich zahraničních kolegů. Zbývajících členy expedice byli dokumentární režisér David Čálek a jeho posádka Václav Flégl a Eva Césarová. Společně úspěšně navštívili rodilce obyvatele Amazonie v Brazílii a Peru, aby zmapovali místní podmínky, navázali vztahy, představili místním lidem cíle výzkumu a technologie a otestovali schopnosti technologických vymožeností v podmínkách deštného pralesa.

Navzdory tomu, že studie byla eticky schválena českou etickou radou, stále potřebuje souhlas brazilských a peruánských úřadů. Počáteční kroky byly financovány českým filantropem Václavem Dejčmarem prostřednictvím Nadačního fondu Neuron. Nyní byl projekt vybrán jako jeden z prvních, které budou podpořeny fundraisingovou kampaní Nadačního fondu pro psychedelický výzkum PSYRES.

Zdroj: psyresfoundation.eu (asa)

Naděje pro pacienty se sklerodermií

Studie SENSICIS, fáze 3, prokázala účinek nintedanibu na zpomalení poklesu plicních funkcí u pacientů se systémovou Sklerodermií s intersticiálním plicním onemocněním. Výsledky studie byly zveřejněny v *New England Journal of Medicine* a prezentovány na konferenci *American Thoracic Society* v Dallasu.

Intersticiální plicní onemocnění (Interstitial Lung Disease – ILD) je hlavní příčinou smrti pacientů se systémovou sklerodermií (Systemic Sclerosis – SSc), přičemž v současnosti neexistují žádné schválené možnosti léčby. Americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) proto udělil prioritu žádosti ke schválení nintedanibu k léčbě SSc-ILD. Nintedanib byl již schválen ve více než 70 zemích jako přípravek k léčbě pacientů s idiopatickou plicní fibrózou. Dosud jej užívalo více než 70 000 pacientů.

Studie SENSICIS splnila primární cíl: snížení roční míry poklesu usilovné vitální kapacity (FVC1). Nintedanib podle výsledků studie signifikantně zpomaluje pokles plicní kapacity u pacientů se SSc-ILD ve srovnání s placebem. U pacientů užívajících nintedanib došlo ke 44% snížení míry poklesu plicních funkcí měřeného pomocí FVC po 52 týdnech.

Studie byla největší randomizovanou kontrolovanou studií u pacientů s SSc-ILD. Zúčastnilo se jí 576 pacientů ve více než 32 zemích. Výsledky dále prokázaly podobný profil bezpečnosti a snášenlivosti nintedanibu jako u pacientů s IPF; nejčastějším nežádoucím účinkem byl průjem.

Systémová sklerodermie je vzácné nevyčísitelné autoimunitní onemocnění postihující pojivové tkáně. Může vést k fibróze kůže a dalších orgánů včetně srdce, plic, trávicího ústrojí a ledvin s život ohrožujícími komplikacemi. Přibližně u 25 % pacientů dochází do tří let od diagnózy k významnému plicnímu postižení. Přidružené plicní intersticiální onemocnění je hlavní příčinou úmrtí pacientů se systémovou sklerodermií.

Zdroj: Boehringer Ingelheim (asa)



Foto: Eva Césarová

Jak pracovat na počítači s tělesným hendikepem?

I lidé s hendikepem chtějí být online a bez omezení surfovat na internetu. Aby na internet mohli opravdu všichni, je třeba, aby existovaly takové webové stránky, které se dají snadno ovládat. Lukáš Pazderka (na snímku) ze společnosti Seznam.cz se dlouhodobě věnuje právě „zpřístupňování“ internetových služeb a usiluje o to, aby byl internet opravdu pro každého. Přinášíme jeho tipy pro všechny, kteří nemohou ovládat horní končetiny, nevidí nebo mají jiné problémy, které jim brouzdání na internetu ztěžují.

Místo klávesnice volte jen tlačítka

Rozhodně neplatí, že každý může pohybovat kurzorem nebo kliknout na pravé tlačítko myši. Je potřeba, aby se uživatel dostal na všechny ovládací prvky na webové stránce bez nich, pouze s použitím klávesnice. Ta přitom nemusí být jen klasická, používají se také speciální se zvětšenými tlačítky, nebo jiná zařízení. Tyto pomůcky pak simulují klávesnici.

Pomohou odečítače obrazovky

Uživatelé s problémy se zrakem se na webových stránkách, například na domovské stránce Seznam.cz či realitním portálu Sreality.cz, orientují díky odečítači obrazovky, který jim předčítá, kde se na stránce právě nacházejí. Pro uživatele je klíčové, aby věděli, ve které části stránky zrovna jsou. Všechny ovládací části dobře přístupných stránek musí být dostupné klávesou tabulátor.

Tmavé pozadí a světlý text ulehčí život světloplachým

Lidé, kteří jsou světlopláší, si mohou pracovní prostředí v operačním systému upravit tak, aby měli vždy tmavé pozadí



„Je potřeba, aby se uživatel dostal na všechny ovládací prvky na webové stránce bez použití myši.“

a světlý text. Potlačí se všechny obrázky a barvy na pozadí. Přístupné stránky, konkrétně dobrý kontrast textu a pozadí, navíc ocení i uživatelé, kteří používají svá mobilní zařízení v exteriéru na slunci.

I mapa se dá osahat

Někteří lidé dokonce mohou díky speciálním vychytávkám používat internetové služby i offline.



Zdravý člověk, když někde bloudí, vytáhne mobil a na mapách si najde přesnou trasu. I nevidomí se ale mohou v okolí zorientovat,

a to díky službě Mapy.cz.

Pro ně jsou tu takzvané haptické mapy (na snímku), kompenzační pomůcka s unikátním automatickým řešením.

Informujte se, dobré stránky v pozdějším věku oceníme všichni

Přístupné webové stránky jsou v pozdějším věku pro většinu lidí o poznání důležitější. Už jenom z toho důvodu, že starší lidé mohou mít horší zrak, sluch, mohou se jim třást ruce nebo zhoršovat kognitivní schopnosti. Stejně tak se každý může dostat do situace, kdy je třeba krátkodobě zraněný a nemůže používat myš nebo klávesnici. I lidé s těmito problémy mohou navštěvovat dobře přístupné stránky Seznamu.

Je lékový emergentní systém nezákonný?

Divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta uspořádala 25. června v prostorách Art Café Mánes další Business Breakfast, tentokrát na téma lékový emergentní systém. O novém pozměňovacím návrhu §77c zákona o léčivech, který reexport povoluje držiteli rozhodnutí o registraci a jím pověřenému distributorovi, přišli diskutovat: PharmDr. MUDr. Jan Šimon, statutární zástupce Asociace evropských distributorů léčiv (AEDL), která byla zároveň partnerem akce, PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident České lékárnické komory, MSc. Kasper Ernest, generální sekretář Evropské asociace euro-farmaceutických společností (EAEPIC) a JUDr. Jakub Svoboda, Ph.D., z advokátní kanceláře Arzinger & Partners. Akci moderoval Mgr. Jan Novotný z týdeníku EURO.

Emergentní systém dodávky léčivých přípravků přichází jako jedna z dalších úprav zákona o léčivech a jeho cílem je reagovat na výpadky, které postihují trh s léčivými přípravky hrazenými z veřejného zdravotního pojištění. Jde o doplňkový způsob distribuce určený pro výjimečné situace, který by neměl mít vliv na dosavadní dodavatelskou síť. V případě výpadku umožní automatizovaný systém lékárně obrátit se přímo na držitele rozhodnutí o registraci, který bude muset dodat požadovaný přípravek do dvou pracovních dnů. Součástí objednávky by měl být identifikátor receptu, který ověří, zda pacient lék potřebuje a zda si jej neobjednal už někde jinde.

V rozporu s evropskou legislativou

AEDL byla jednou z oslovených institucí, která měla novelu zákona o léčivech č. 378/2007 Sb. připomínkovat, ale výhrady asociace nebyly akceptovány. Jan Šimon shrnul, že úprava formulovaná paragrafem 77c nově povoluje distribuci léčivých přípravků mimo území ČR držiteli registrace (MAH), který k tomu může pověřit distributora. Tím se zároveň na držitele registrace přesouvá zodpovědnost za dostupnost léčiv hrazených ze zdravotního pojištění. Tuto pravomoc kritizoval Úřad na ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) i AEDL, které nesouhlasily s tím, aby soukromý subjekt mohl určovat, který distributor může vyvázet léčivý přípravek. Distributor získává konkurenční výhodu, čímž jsou narušena pravidla tržního prostředí.

Podle AEDL mají ministerstvo zdravotnictví a SÚKL už dnes dostatečné nástroje k tomu, aby zajistily dostupnost

léčivých přípravků, a všichni distributori tyto nástroje akceptují. A stejně jako ÚOHS pokládá za dostatečné ponechat v zákoně §77d, který řeší individuální předběžná opatření a navrhuje, aby §77c omezující reexport byl zcela vypuštěn. Připomínky vznesl kromě jiných institucí také Odbor vládní legislativy Úřadu vlády a poukázal na rozpor s čl. 35 a 36 Smlouvy o fungování Evropské unie (EU). EU ostatně již také kritizovala dva roky platící obdobný zákon na Slovensku, kde rozhodování o reexportu je rovněž v pravomoci soukromého subjektu a ne státního orgánu.

Dále se Jan Šimon věnoval příčinám výpadků léčiv, které v drtivé většině neleží na straně distributora, ale výrobce, který není schopen zajistit dodávku nejčastěji kvůli logistickým důvodům nebo závadám na jakosti.

Za výpadky mohou výrobci

Lubomír Chudoba zdůraznil, že České lékárnická komora neustále upozorňuje na chybějící léčivé přípravky a potvrdil, že

důvody leží na straně výrobce a reexport v tom hraje jen okrajovou roli. Problém výpadků od roku 2016 přetrvává, což potvrzuje i dotazníkové šetření ze zemí EU, které má komora k dispozici. Výpadky ve všech lékových skupinách někdy mohou trvat i půl roku, což lze považovat za velmi vážný stav. Prezident lékárníků míní, že by státní úřady měly výrobce více sledovat a za výpadky je také přísněji sankcionovat. Následně uvedl návrhy ČLnK, které by mohly vést k lepší dostupnosti léčivých přípravků. Komora by například uvítala, kdyby lékárník mohl rozhodnout o tzv. terapeutické substituci. V Česku je možné provést pouze generickou substituci. Pokud chce lékárník zaměnit léčivý přípravek za jinou lékovou molekulu, musí mít souhlas lékaře, což není v plném provozu lékárny realizovatelné. Lubomír Chudoba si slibuje zlepšení od lékového záznamu a sdílené zdravotnické dokumentace, díky které by šlo rychle rozhodnout o změně terapie. Dále vyzval státní správu, aby reagovala flexibilně, podrobně informovala



Účastníci Business Breakfast

Foto: archiv MF

o důvodech výpadku a případně okamžitě zakázala reexport. Kriticky se vyjádřil k návrhu ministerstva zdravotnictví, které prosazuje, aby sankční období v případě výpadků léků bylo 180 dní, což je i v porovnání s ostatními státy neúměrně dlouhá doba. Co se týče emergentního systému, považuje tuto úpravu stejně jako AEDL vzhledem k aktuální české legislativě za nadbytečnou.

Z paralelního obchodu profitují všichni

Dostupnost a výpadky léčivých přípravků jsou také dvě hlavní výzvy neziskové organizace EAEPC sídlící v Bruselu, která se věnuje paralelnímu obchodu, kde je ziskovost založena na rozdílných cenách za stejné výrobky v jednotlivých státech. Organizace sdružuje stovku paralelních importérů z 23 států EU. Generální sekretář Kasper Ernest stručně shrnul, že roční objem prodeje sdružených firem činí 5,5 miliard eur za rok, ovšem loni výdaje stouply o 30 %, což svědčí o klesajícím objemu paralelního obchodu. (Do ČR léky nejvíce proudí z Rumunska,

Polska a Spojeného království. Jedním z největších exportérů je Německo.)

Dále zdůraznil hlavní benefit paralelní distribuce, což je především tlak na cenu a přímé i nepřímé úspory, z nichž profituje stát i pacienti. Příkladem politiky EAEPC je cena přípravku Mirena v České republice, který bylo možné dovézt za 2 500 korun, zatímco cena výrobce byla téměř 4 000 korun. Importéři pomáhají řešit i dostupnost léčiv na evropském trhu a dokáží velmi rychle reagovat na výpadky. Podle Kaspera Ernesta platí závazek, že léčivé přípravky se neexportuje, pokud je ho na domácím trhu nedostatek.

Závěrečný příspěvek patřil právníkovi Janu Svobodovi, který zopakoval, že návrh §77c kopírující slovenský model je problematický a v rozporu s evropským právem a vyjmenoval subjekty, které k této úpravě vznesly připomínky. Zatím ovšem není jasné, jak zákonodárci s danými připomínkami naloží. Připomněl také povinnost, kterou má Česká republika v případě, že hodlá zavést vládní předpis omezující volný pohyb zboží. V takovém případě musí ČR zaslat notifikaci

Evropské komisi tři měsíce před tím, než daný předpis nabyde účinnosti. Evropská komise a další státy tak získají prostor se k opatření vyjádřit, což může znamenat další odklady v nabytí účinnosti opatření. Pokud by povinná notifikace nebyla v souladu se směrnicí učiněna, je ustanovení takového zákona v České republice nerealizovatelné. I když všechny povinnosti budou nakonec splněny a novela začne platit, článek 35 a 36 o fungování Evropské unie má stále přednost před tuzemským právem. Což ale jen celou situaci ještě více problematizuje. Poškozené subjekty se sice mohou této skutečnosti u českých soudů dovolávat, ale s velmi nejistým výsledkem.

I když už bude „paragraf“ součástí zákona, je možné ho zrušit další novelou nebo podat prostřednictvím Ústavního soudu stížnost a docílit zrušení zákona nebo jeho části. V případě aplikace zákona v praxi pak mají distributoři možnost domáhat se ušlého zisku soudní cestou. Což je i případ EAEPC, který zahájil soudní spor na Slovensku.

Mgr. Pavlína Perliková



Aktuality v podiatrii pro podiatrické sestry

Novinky i upozornění na stávající problémy v podiatrii s ohledem na praxi podiatrických sester přinesla konference Aktuality v podiatrii pro podiatrické sestry. Proběhla 21. června v pražském IKEM.

Podiatrie je u nás oborem s dlouhodobě a velmi pečlivě rozvíjeným a propracovaným systémem vzdělávání lékařských i nelékařských pracovníků, kteří pečují o pacienty se syndromem diabetické nohy. V úvodu konference proto prof. Alexandra Jirkovská mohla připomenout mimo jiné i nynější desáté výročí fungování oblíbených certifikovaných kurzů pro všeobecné sestry v podiatrii. V první fázi byly jejich frekventantkami především sestry mířící do podiatrických ambulancí, ve kterých zpočátku takto specializované sestry velmi chyběly a bylo třeba je proškolení.

Především péči podiatrické sekce České diabetologické sekce a diabetologie v IKEM mají tyto kvalifikační kurzy vysoké renomé a přednášejí v nich špičkoví odborníci

nejen z diabetologie, ale i souvisejících oborů (chirurgie, interna, psychologie atd.) Kurzy mají „vysokou laťku“ i pro samotné účastnice, jejich součástí je nejen praxe, ale i testy či kazuistiky. Absolventů je nyní cca 200.

Složení účastníků se postupně mění, přibývají například i sestry z domácí péče. Pokud jde o perspektivy dalšího vývoje podiatrických kurzů pro sestry, cílem je vyškolení sester z různých oborů (domácí péče, chirurgie, praktické lékařství) a navýšit počty podiatrických ambulancí a sester v nich pracujících. V budoucnu by podiatrické sestry mohly samostatně a ve větší míře preventivně ošetřovat ulcerózní léze (například v odborné pedikúře) a drobné defekty na doporučení lékařů.

Podiatrické ambulance jsou základní jednotkou v péči o SDN

„Dobře víme, jak špatnou prognózu mají naši pacienti s diabetickou nohou. Například po vysokých amputacích jich do 5 let umírá téměř 70 %. Jsou to opravdu „hodně nemocní“ pacienti a navíc stojí hodně peněz. Pokud se nám podaří pacienta na podiatrické ambulanci do roka zahojit a k vysoké amputaci nedojde, náklady jsou třetinové oproti tomu, když k vysoké amputaci přikročí musíme. Směřujeme k tomu, abychom pacienty před amputací zachraňovali,“ řekl předseda Podiatrické sekce ČDS ČLS JEP MUDr. Robert Bém v příspěvku o současné situaci a perspektivách podiatrie u nás.

Prevence syndromu diabetické nohy (SDN) u praktičtů není téměř prováděna, minimálně ji dělají i diabetologické ambulance. Podiatrické ambulance jsou přetížené a je jich málo (v ČR je nyní celkem 33 podiatrických ambulancí, nejčastěji vedených diabetologem při diabetologických centrech, ale faktické potřebě by vyhovělo přibližně 100 těchto ambulancí). Reálně je tak celá řada pacientů s SDN léčena na chirurgických ambulancích nebo na ambulancích hojení ran, kde je léčba SDN spíše okrajovou záležitostí, což se odráží i na kvalitě poskytované péče.

Další bariérou je nemožnost preskripcce běžných pomůcek používaných v podiatrii některými odbornostmi (např. diabetolog nemůže předepsat ortézu, berle, vozík). Problémem je i nedostatečné hrazení péče. Praktici pečují o 25 % diabetiků, ale nemohou například vykazovat vyšetření rizika SDN. „Hlavní problém je, že se zaměřujeme málo na prevenci, pacienty bychom měli co nejvíce ušetřit vzniku SDN. Proto by měl být vytvořen program prevence a léčby. Nositelem programu by měly být odborné společnosti, které o diabetiky pečují. Už pracujeme na ustanovení pracovní skupiny, jejímž cílem by mělo být zlepšení kvality péče o pacienty s SDN tak, aby amputačních výkonů bylo co nejméně. Ústřední roli by hrál podiatr,“ řekl přednášející.

Ve prospěch programu optimalizované péče hovoří i finanční rozvaha: v ČR se s diabetem léčí cca 900 tisíc pacientů a pro SDN se ročně léčí cca 42 tisíc z nich. Pokud se do programu zapojí podobný počet pacientů jako v okolních zemích (okolo 60 %), lze předpokládat nárůst nákladů na ambulantní péči (vyšetření, častější

kontroly atd.) o cca 10–12 %. Náklady na vyšetření rizika u všech pacientů v programu by byly 50–60 milionů korun. Zároveň však lze předpokládat pokles nákladů na akutní péči a léčbu komplikací o cca 20–25 %. Velmi podstatný je i fakt, že při efektivní prevenci lze předejít až 50 % všech ulcerací. Při 10% redukci incidence SDN by nakonec úspora činila ročně 500 milionů korun.

Výsledkem reorganizované péče v oblasti prevence SDN by měli být motivovaní pacienti (kteří se pravidelně starají o své nohy, nosí vhodné boty a ponožky, pravidelně chodí k edukovanému pedikérovi) a více zapojení praktičtů, diabetologů, ale i pedikérů. Péče by měla být adekvátně hrazena zdravotními pojišťovnami. K dispozici by měly být edukační programy zaměřené na prevenci SDN pro pacienty, edukační materiály a třeba i „helplinky“ v případech vzniku nové ulcerace.

Opatření významná neméně než farmakoterapie

Sdělení MUDr. Bedřicha Sixty se týkalo chirurgické léčby SDN. Přiblížil novinky z letošní mezinárodní podiatrické konference v Haagu. Hovořil o úloze chirurgie v prevenci akutní atace SDN a o významu zevních fixací. Varovně je stoupající riziko ulcerací v průběhu života diabetiků (z předchozích 15–25 % na 19–34 %). 85 % amputací předchází právě diabetická ulcerace. Polovina pacientů umírá do 5 let po vysoké amputaci – přežití je horší než u karcinomu plic, tlustého střeva nebo prostaty.

Lokální terapii jako součásti komplexní terapie SDN se věnovala MUDr. Vladimíra Fejfarová. Neadekvátně

zvolená lokální léčba může pacienta hodně poškodit a je třeba si vždy uvědomovat, že diabetické rány se nechovají jako rány pacientů bez diabetu. Lokální terapie ulcerací je u nich jiná, zejména pro častější přítomnost infekce a ischemickou chorobu dolních končetin. Moderní krytí a technologie lze využít v lokální léčbě SDN – v debridementu, eliminaci mikrobiálních agens, zvýšení granulací a epitelizace, odlehčení – a tím k akceleraci hojení SDN.

O novinkách v diagnostice neuropatií hovořila MUDr. Jarmila Jirkovská. Jedna ze zajímavých nových praktických doporučení je měnit monofilamenta (používají se při vyšetření kožní citlivosti), protože se užíváním opotřebovávají. MUDr. Emil Záhumenský svůj příspěvek věnoval odlehčení a zdravotní obuvi v léčbě a prevenci ulcerace. Jde o základní nefarmakologické opatření pro všechna stádia SDN, svým významem je na úrovni farmakoterapie s vysokým rizikem v případech prodlání. Neposkytnout je může zmařit výsledky předchozích nákladných výkonů.

Při návrhu typu odlehčení, zejména v sekundární prevenci, je nutné respektovat kategorizaci rizika a závažnost postižení. Závažná cévní problematika SDN byla tématem přednášky MUDr. Pavliny Piňhové. O významu a praxi mezioborové spolupráce v léčbě nohou diabetiků hovořil MUDr. Miroslav Koliba, prezident České podiatrické společnosti. S teorií i praxí provádění odborné pedikúry u diabetiků účastníky konference seznámila Jana Výmolová, předsedkyně Podologicko-pedikérské sekce České podiatrické společnosti.

(J)

Inzerce ▼ M191000010

**CERTIFIKOVANÝ
MANAŽER
V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Jedinečné vzdělávání
pro vedoucí pracovníky v sociálních službách
v rozsahu 20 dnů po 8 vyučovacích hodinách během 2 let

Jedinečné vzdělávání
pro vedoucí pracovníky
v sociálních službách

CERTIFIKOVANÝ MANAŽER V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

**rozsah 20 dnů
po 8 vyučovacích hodinách
během 2 let**

Tematické bloky:

Právní minimum, Ekonomika, Manažerské dovednosti, Strategický management, Řízení lidských zdrojů

Zahájení:

2. října 2019, Praha

Kontakt: Mgr. Magda Dohnalová, mob.: 724 940 126, institut@apssc.cz
Přihláška na www.institutvzdelavani.cz v záložce Certifikovaný manažer.





GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner
v hematologii-onkologii

Gilead Sciences s.r.o.
Empiria (Regus), Na Strži 1702/65
140 00 Praha 4, Česká republika

Neasistuji, ale spolupracuji

Bc. Martina Kačurová odešla v roce 2002 na zkušenou do Spojených států a nakonec se tam usadila. Podařilo se jí získat v Massachusetts licenci jako registrovaná sestra (Registered Nurse), čímž se jí otevřela možnost kvalifikované, respektované a dobře placené profese. Povídali jsme si o tom, co práce sestry v Americe obnáší. Respekt a profesionalita zde určitě nepřicházejí samy od sebe. Pojí se s kompetencemi, které sestry mají, stojí o ně a nebojí se jich využít. Být partnerem pro lékaře je výhodné pro všechny. Lékař není přetížený a pacient je spokojený, že dostane všechno, co potřebuje – zdravotní péči i informace.

Jak se vám podařilo dostat se do Ameriky?

Jsem vystudovanou zdravotní sestrou ze SZŠ Krnov s nástavbou pro sestry pro intenzivní péči z Brna a také bakalářkou z Univerzity Palackého v Olomouci. Pracovní agentury tehdy vyhledávaly profesionály, kteří by ve Státech pečovali o hendikepované osoby. Člověk dostal studijní vízum na 18 měsíců a na konci měl možnost procestovat Ameriku. V Čechách jsem měla praxi z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO) v Nemocnici Na Bulovce a pak z Olomouce z fakultní nemocnice. Po návratu z Anglie, kde jsem pracovala jako au pair, jsem se starala o postižené v diakonii v Bruntále. Rok a půl jsem pracovala v Beverly a v Denveru v Massachusetts a po vypršení kontraktu mě můj český manžel povzbudil, abych se ucházela o licenci. Oslovila jsem CGFNS (Komise pro absolventy zahraničních ošetrovatelských škol), ti mě ohodnotili a následně jsem mohla požádat o ohodnocení i státní Board of Nursing.

Uznali vám vzdělání?

Pomohlo mi bakalářské vzdělání, což byla v roce 1997 v Česku novinka, takže jsem si nemusela žádné předměty doplňovat. Byla jsem ohodnocena jako Registered Nurse (RN). Bez bakaláře bych byla Practical Nurse, což je podstupeň licencované sestry. V Americe je veliký tlak, aby si sestry doplňovaly vzdělání, proto existuje nepřeborná nabídka oborů. Vyšší vzdělání znamená víc pravomocí, což pak usnadňuje práci s lékařem. Abych dostala licenci a mohla začít pracovat, musela jsem absolvovat NCLEX, což je závěrečný standardizovaný písemný test organizovaný Board of Nursing. Nebylo úplně jednoduché připravit se na test o 250 otázkách. Na písemné zkoušky jsem tehdy nebyla moc zvyklá, navíc američtí studenti se na test učí třeba i celý poslední ročník. A také jsem neznala realie z amerických nemocnic. Ale uspěla jsem.

A kde jste nakonec začala pracovat?

Odešla jsem do Yuba City v Kalifornii kousek od Sacramenta, kde jsem si prostřednictvím

pracovní agentury sehnala práci na jednotce intenzivní péče. Zaměstnavatel mě od začátku sponzoroval, jinak bych vlastně vůbec nemohla začít. Sponzoroval mi nakonec i zelenou kartu. Musela jsem ale v nemocnici vydržet alespoň dva roky. Později už sehnat zelenou kartu tak snadné nebylo.

Jakých rozdílů v akutní medicíně jste si všimla?

Asi největší rozdíl byl v tom, že v Americe sestra mnohem více spolupracuje s lékařem. Dvanáctihodinová služba spočívá v tom, že dostanu report a sama si naplánuji den. V deset hodin se u pacienta sejde multidisciplinární tým, který se domluví na dalším postupu, a mým úkolem je péči na celý den zajistit.

Kontakt s pacientem je mnohem intenzivnější, sama ho i vyšetřuji, což v Čechách nešlo, se vším se čekalo na lékaře. Tady je na sestře, aby posoudila, kdy je správný okamžik lékaře zavolat. Cítila jsem se jako profesionál, měla jsem více pravomocí. Ale zase jsem měla kolem pěti pacientů, na JIP je standard i kolem dvou. Pamatuji si ještě českou chirurgii a internu, kdy sestra na noční měla na starosti i třicet pacientů.

Je v Americe povolání sestry respektovaná profese?

Určitě. Práce sestry je všeobecně uznávaná a také je dobře zaplacená, takže ji chtějí dělat i muži. V Čechách mi vždycky připadalo, že tu převládá představa z „Básníků,“ hezké usměvavé holky s bílou zástěrkou, která drží pacienta za ruku. Nemám iluze, že by se všeobecné mínění zásadně změnilo. Přitom díky vzdělání máme znalosti, které nám pomáhají s doktorem lépe spolupracovat. Ale zdejší studium medicíny doktory k respektu k sestřím moc nevede.

Po skončení kontraktu jste byla 18 měsíců na mateřské dovolené. Rok a půl je na Ameriku docela luxus.

Mě naštěstí v této době živil můj muž, ale v Americe to funguje tak, že sestře zaměstnavatel platí zhruba čtyři měsíce mateřskou a pak dva měsíce nemocenskou.

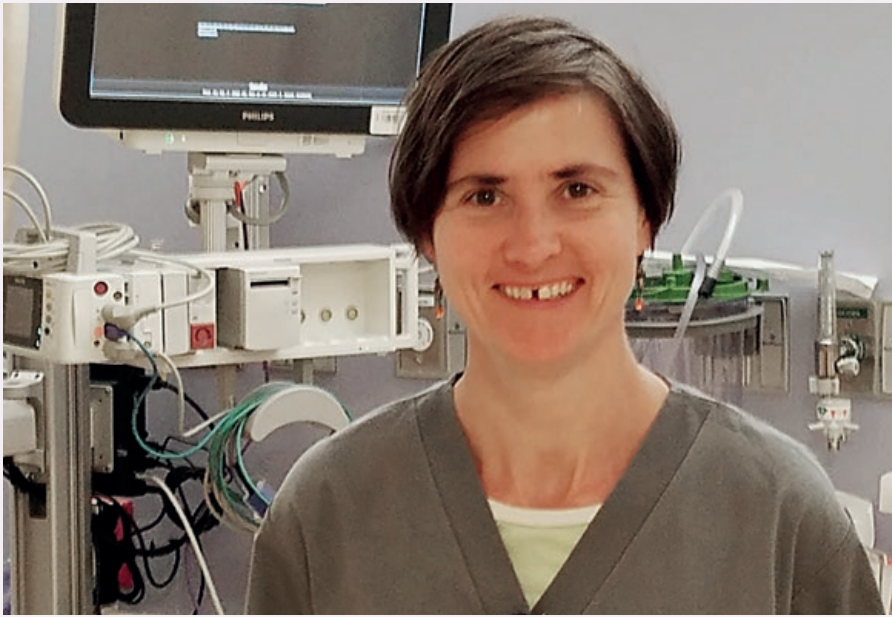
Po půl roce se většina mých kolegyně vrací do práce. Což je ale krásné, protože obvykle se ženy v jiných povolání vracejí zpět už po šestinedělí. Za obrovskou výhodu považují flexibilitu úvazku. Já jsem třeba pracovala Per-Diem, na kontrakt. Přijdeš sice o zaměstnanecké benefity, ale zase chodíš do práce, jak chceš a potřebuješ, třeba i na dvě služby za měsíc. Pro zaměstnavatele je to výhodné, protože na tobě ušetří, a zároveň si tě udrží do budoucna. V současnosti mám částečný úvazek 20 hodin týdně, ale můžu pracovat klidně i víc. Na druhou stranu, když můj muž chvíli nepracoval, byla jsem v nemocnici i 36 hodin týdně. Rodinu jsem však uživila bez problémů. Což by se v Čechách ani při plném úvazku nepodařilo. Na druhou stranu ani já si tady z kopytka nevyhazuji, nemám třeba žádnou víkendovou chatu.

V jaké nemocnici teď pracujete?

Nakonec jsme se usadili v Massachusetts ve městě Northampton, což je takový americký Písek. Pracuji v denním chirurgickém centru na pooperační jednotce. Naše „okresní“ nemocnice Cooley Dickinson Hospital provádí menší a většinou plánované zákroky. Pak zajišťujeme běžné akutní operace jako je slepé střevo nebo žlučník. Ty složitější, jako třeba kardiovaskulární operace, jsou pak směřovány do specializovaných center ve fakultní nemocnici ve Springfieldu. Nemocnice má jinak 140 jipových lůžek „ER“ a chirurgické, interní, ortopedické a dětské oddělení. Jsme komunitní nemocnice, vycházíme tedy z potřeb dané komunity. Zdravotní péče je plánovaná a poskytovaná s ohledem na skladbu obyvatelstva, což je velice ekonomické.

A jaké máte směny?

V současnosti pracuji třikrát týdně, deset hodin denně. Jsme ambulantní centrum, nemáme tedy noční služby. Jednou týdně jsem na Call 19-0700, ale jednou za šest týdnů mám 48 hodinovou pohotovost na telefonu, kdy mě můžou kdykoli zavolat a já jedu ošetřit třeba i jen jednoho člověka. V Americe



v běžném provozu to většinou funguje tak, že sestru přijímají buď na noční, nebo denní služby. Ale pracovat v noci znamená, že děláš víceméně to samé, co přes den. Je normální, že v noci sestra přijímá lidi z akutního příjmu na oddělení, vyšetřuje je a vůbec pacienty dost „vyrušuje“. Pamatuji si, že před dvaceti lety byla sestra v noci na některých odděleních pouze přítomna, ale tady pracuješ, aby se oddělení řádně využívalo. Pokud je někdo hodně nemocný, pojišťovna chce taky vidět, že se o něho hodně staráš. Což vždy dokumentuje sestra. Ta je vůbec hlavní operační jednotkou nemocnice. Pokud se nic vážného neděje, lékař se pacientům aktivně věnuje třeba jen tři hodiny denně, rozhodně na něm chodí zařízení nevisí. Což neznamená, že lékař nic nedělá, ale jen se věnuje jiné činnosti.

O americkém zdravotnictví kolují zprávy o tom, jak je asociální.

To vůbec nemůžu říct. Třeba Massachusetts je velice sociální stát. Zdravotní péče se poskytuje kdykoli a komukoli. Pracovala jsem ve třech státech a všude jsem viděla, že každý, kdo přijede na „emergency“, je ošetřen, a to i když nemá pojištění. Až později, třeba se sociálním pracovníkem, se začne vymýšlet, jak se péče bude platit. Pokud nemáš peníze, nemocnice to zaplatí, čímž samozřejmě přichází o spoustu peněz. V současnosti existuje federální nařízení o povinném pojištění, což trochu pomohlo. Kdo ale nemá peníze, stát mu zdravotní pojistku dotuje. Vždycky se najde cesta, jak situaci vyřešit. Samozřejmě je to velká země, takže nevím, jak to chodí jinde.

Hospitalizace ale asi budou kratší než u nás. Můj známý z Memphisu šel po transplantaci jater po týdnu domů.

Je pravda, že se v Americe velmi zkracuje doba pobytu v nemocnicích, protože pojišťovny by to nezaplátily. A také to souvisí s bezpečností. Kratší pobyt znamená menší riziko komplikací z hospitalizace. Lidi jsou do domácí péče propouštěni v podstatě ještě nemocní. Ale úkolem nemocnice je všechno tě naučit, abys doma zvládl. Což patří do kompetence sestry, která s pacienty a jejich rodinami stále hovoří a vše jim vysvětluje. Pacient je pro nás klient. Určitě neplatí jako v Česku, že pacient něco dělá, protože mu to řekl „pan profesor“, a přitom v podstatě neví, proč to má dělat. Pacient rozhodně není pasivním článkem, který sedí způsobe v posteli a čeká, až si ho při vizitě přijde prohlédnout primář. Je zvyklý se pořád ptát, někdy třeba i trochu naivně, ale všichni mu musíme trpělivě a vlídně odpovídat. Je to jeho nemoc, jeho tělo, má na to plné právo.

V Americe se také nemocnice hodnotí podle toho, jak jsou v nich lidé spokojeni. Ale nic není černobílé. Nemocný člověk většinou moc spokojený není a uzdravený rychle zapomene, že mu někdo pomohl. Pokud si pacient hodně stěžuje, může to znamenat, že zase tak moc nemocný nebyl, což bude asi dost univerzální pravidlo. Ale i lidé v medicíně dělají chyby a někdy si jeden stěžovat musí.

Jak se pracuje s mladými lidmi, kteří přijdou po škole a moc toho neumějí?

Když jsem přišla po škole na Bulovku, chovali se k nám pěkně a respektovali, že jsme baka-lářky. Také jsme se dokázaly rychleji zapojit do provozu, než třeba holky ze „zdrávky“. Ale když se kouknu zpátky, musím přiznat, že se od nás moc neočekávalo a taky moc nepožadovalo. Jinak to funguje dost podobně.

Po škole máš „orientaci“ – zkušební dobu, která je kolem šesti týdnů až dvou měsíců a pracuješ se zkušenější sestrou, která tě pozoruje a radí ti. A nakonec i řekne, jestli se na tu práci hodíš nebo ne. Což se zvláště na JIP občas stává, že adept na to nemá, chybí mu třeba kritické myšlení a lépe mu vyhovuje interna, kde má delší dobu na zaučení. Ale nemocnice začátečnickům platí stejný plat jako zkušeným. Počítá se s tím, že mladý člověk musí začít splácet dluhy za svá studia a potřebuje normální příjem. A také motivaci, aby tam zůstal. Ale obecně platí, že sestře trvá tři roky, než se zaučí a pět let, než se vypracuje, což je asi všude stejné. Ale i v Americe je velký odpad sester. Odcházejí, protože je to fyzicky a psychicky náročná práce.

Jak se problém chybějícího personálu řeší?

Například se motivují muži. Ve zdravotnictví panuje naprostá rovnost mezi platy mužů a žen. Mužů přibývá, protože práce sestry je prestižní a dobře zaplacená. Skvělé uplatnění najdou třeba na urgentních příjmech, tam se vloženej hodí, když s těžce zraněnými nebo opilými lidmi jedná chlap. Také se změnila struktura ambulantní péče, aby personál byl řádně využit. Ambulance bývají spojené. Šest pediatrů má třeba dvě tři sestry. Za přepážkou sedí „medical clerk“ – administrativní pracovnice, takže sestra poskytuje jen odbornou péči. A vždycky má někdo 24hodinovou službu na telefonu, aby pacient nemusel hned jezdit do nemocnice. Také se hodně zřizují ambulantní urgentní příjmy, aby se ulevilo urgentním příjmům v nemocnicích, kam lidé chodí i se zadřenou třískou.

Je důležité se kontinuálně vzdělávat?

Určitě je to velmi důležité. Každé dva roky si musíme obnovovat licenci. K tomu potřebujeme mít určitý počet vzdělávacích hodin. Což není samoúčelné. Je potřeba sledovat trendy v diagnostice a léčbě a bránit se rutině, která po čase logicky přichází. Vzdělaná sestra je pro nemocnici a lékaře obrovskou pomocí.

Lékař je zvyklý se s ní radit, sestra je pro něj skutečnou autoritou. Lékař si také sám zakládá na tom, aby se sestrami dobře komunikoval. Pokud by se choval nadřazeně nebo arogantně, měl by problém, protože by k němu sestry ztratily důvěru a nakonec by si stěžovali i sami pacienti. V Česku je lékař na piedestalu a bude těžké změnit společenské mínění. Možná by pomohlo více filmů a seriálů o sestřích.

Mgr. Pavlína Perlíková



Revmatologický ústav – srdce oboru v ČR

Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch navštívil během července Revmatologický ústav a Revmatologickou kliniku 1. LF UK v Praze. Setkal se zde s ředitelem ústavu prof. Karlem Pavelkou a jeho týmem vedoucích spolupracovníků. Prof. Pavelka ministrovi představil Revmatologický ústav jako moderní, superkonziliární zařízení s celostátním rozsahem činnosti. Současné fungování ústavu jeho ředitel shrnul v následujícím článku i pro čtenáře časopisu Zdravotnictví a medicína.

Na lůžkové části se koncentrují pacienti především se systémovými onemocněními pojiva, těžké případy refrakterních forem revmatoidní artritidy a spondyloartritid, dále pak diferenciálně diagnostické případy a též pacienti po komplikovaných revmato-chirurgických výkonech. Máme i rozsáhlé ambulantní oddělení kde v loňském roce proběhlo 78 000 výkonů. Existují zde speciální ambulance pro biologickou léčbu, pro léčbu časně artritidy, ambulance myozitologická, osteocentrum, oddělení léčby chronické bolesti. V současné době je v ústavu léčeno 2300 pacientů se zánětlivými, revmatickými onemocněními biologickou léčbou. Samozřejmě jsme vedeni snahou provádět biologickou léčbu co nejefektivnějším způsobem a současné zlevnění biologické léčby je vítané.

Druhou významnou činností je výzkum. V roce 2018 byly vydány 3 monografie a kapitoly v dalších 8 monografiích. Celkem bylo publikováno 37 článků s impakt faktorem a dalších 80 odborných článků. V roce 2017 bylo citováno celkem 794 prací v 4838 citacích. V současné době je řešeno 10 grantových projektů a další výzkum je podporován pro-

středky koncepčního rozvoje výzkumné organizace. Významná je i spolupráce s výzkumnými pracovišti ve Stockholmu, v Curychu a v Dánsku, ústav je zapojen do evropských projektů, jako jsou například Elector v rámci Horizont 2020 nebo Foreum. V současné době je zde v přípravě také 15 doktorandů.

Třetí významnou činností je výuka. Velmi důležitý byl v minulosti vznik Revmatologické kliniky 1. LF UK. Studenti 1. LF UK tak mají k dispozici curriculum z revmatologie, které odpovídá představám UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes). Lékaři – učitelé z Revmatologického ústavu považují možnost výuky za důležitou a prestižní záležitost.

V ústavu také sídlí Subkatedra revmatologie IPVZ, takže zde kontinuálně probíhá atestační příprava budoucích revmatologů, ale svoji povinnou stáž v revmatologii zde absolvují i budoucí internisté a pediatři. Kromě lékařských oborů je zde vyučována fyzioterapie a ergoterapie.

Z dalších institucí, které v Revmatologickém ústavu sídlí, je možné jmenovat sekretariát České revmatologické společnosti

a patientské organizace. Také zde sídlí redakční rada časopisu Česká revmatologie (který pro ČLS JEP připravuje Mladá fronta v divizi Medical Services – pozn. red).

Ústav se nachází v příznivé personální i finanční situaci. Problémem je relativně dlouhá objednávací doba na vyšetření. Snažíme se tuto situaci řešit speciální ambulancí pro časně artritidy. Mírné zvýšení ambulantní kapacity by bylo dosažitelné za souhlasu pojišťoven.

Revmatologický ústav je srdcem oboru v České republice. Tím, že zde sídlí Česká revmatologická společnost, se může i spolupodílet na celostátních koncepcích péče. Ostatně tento úkol dal ústavu již jeho zakladatel prof. Lenoch v 50. letech. Ve spolupráci s ÚZIS a VZP vznikají analýzy stavu dostupnosti revmatologické péče. Pan ministr během své návštěvy slíbil vstřícnost a eventuelní možnost uvažovat například o zřízení rezidenčních míst pro budoucí revmatology v oblastech, kde je jich kritický nedostatek.

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.,
ředitel Revmatologického ústavu
(Původní text byl redakčně zkrácen)

Inzerce ▼ M191000152

Poradatel: Česká revmatologická společnost ČLS JEP, organizační složka ČLS JEP za podpory partnerů
www.revmatologicka-spolecnost.cz/78kk2019

Organizace:

 CONGRESS
 PRAGUE
congress and conference organizer



On-line registrace:
www.congressprague.cz/kongresy/78kk2019.html



25. 10. 2019, 09.00 h.

Kongresové centrum
 – Masarykova kolej ČVUT Praha
 Thákuřova 1, 160 41 Praha 6



KLINICKÁ KONFERENCE
RÚ PRAHA



Svět managementu bohužel pořád patří mužům

Mgr. Zuzana Wojewodová (43) je zkušenou manažerkou, která nyní druhým rokem působí na pozici členky představenstva společnosti AGEL, kde je zodpovědná za oblast personalistiky a lidských zdrojů. V rozhovoru mluví nejen o tom, jaké problémy a výzvy řeší při každodenní práci pro zdravotnickou skupinu, která zaměstnává 13,5 tisíce zaměstnanců, ale prozrazuje také specifika práce ženy manažerky.

Nejzásadnějším problémem českého zdravotnictví je nedostatek personálu. Jak s tím bojovat?

Nedostatek pracovních sil ve zdravotnictví má několik příčin. Tou primární je, že většina absolventů zdravotnických oborů se po ukončení střední či vyšší odborné školy rozhodne pracovat ve zcela jiném oboru. Práce ve zdravotnictví ztratila v očích mladých lidí prestiž, navíc je to obor náročný psychicky i fyzicky. Bohužel, nepomáhá tomu ani současná doba hledání mediálních senzací, kdy namísto konstruktivních řešení se volají televizní štáby a novináři, kteří mají tendenci realitu prezentovat spíše negativně. Proto jsme si dali za úkol ukazovat, a to především mladším generacím, že ve zdravotnictví světlé stránky převažují nad těmi stinnými. V roce 2017 otevřela společnost AGEL vlastní střední zdravotnickou školu a aktivně působíme také na školáky a středoškoláky, a to formou přednášek, workshopů či účastí na veletrzích.

Práci ve zdravotnictví si vybírají převážně ženy, podle statistik tvoří téměř čtyři pětiny všech zaměstnanců.

Ano, ženy v tomto oboru převládají, a to jak mezi nelékařskými odbornými pracovníky a farmaceuty, tak i mezi lékaři. Příčinou budou i vžitá stereotypy, kdy zdravotní sestra či ošetrovatelka je pro mnoho lidí výhradně ženské povolání. Problémem ale je, že tato statistika platí s výjimkou nejvyšších pozic. Čím výše se podíváme, tím nižší zastoupení žen je. Sanitářky, ošetrovatelky, sestry, vrchní a staniční sestry jsou ženy. Primářem oddělení už je ale obvykle muž. A kolik znáte ředitelek nemocnic? Bohužel, stejně jako v jakémkoliv jiném oboru, svět managementu pořád patří mužům.

Jak si to vysvětlujete? V dnešní době se společnost tváří, že rovnoprávnost je samozřejmá věc.

Roli hraje více faktorů. Na ženy jsou kladeny vysoké nároky ze strany rodiny a domácnosti, proto se dobrovolně rozhodnou, že nechtějí být pod tlakem i v práci. Není to o jejich kvalitách a schopnostech, ale jde o dobrovolné



zřeknutí se ambic se v práci prosadit. Ženy si raději zvolí jednodušší životní cestu, což je velká škoda, protože pro každý manažerský tým je diverzita obrovským přínosem. Každý z týmu může nahlížet na problematiku svou optikou a následná společná řešení bývají ta nejlepší.

Jaké jsou další příčiny?

Dalším důvodem může být obecně nižší sebevědomí a přílišná sebekritika žen. Již několik měsíců v naší skupině běží program ManAGEL, kde si vedoucí zaměstnanci prohlubují manažerské schopnosti a dovednosti. Ukázalo se, že zatímco muži své výkony hodnotí excelentně, ženy si věří málo a hodnotí se naopak velmi kriticky. Manažerky byly velmi překvapeny, jak pozitivně je hodnotí okolí, když samy sebe viděly v horším světle.

A nakonec, musíme si přiznat, že mezi ženami funguje spíše ženská rivalita, než spolupráce.

Jsem přesvědčena, že zapojení žen do řídicích struktur jakékoliv společnosti napomáhá ke komplexnímu řešení většiny firemních cílů. Muž i žena se na věci mohou dívat odlišně, ale skloubením jejich pohledů na problematiku se dá najít řešení vyhovující většině. Osobně vnímám to, že jsem nastoupila na pozici ve vrcholovém vedení, jako „blýskání na lepší časy.“

Sama působíte jako vrcholová manažerka. Je možné skloubit manažerské povinnosti s rodinným životem?

Ano, je to možné. Mám dvě děti ve věku 11 a 10 let a osobní život je pro mne velmi důležitý. Klíčovou roli pro skloubení kariéry a osobního života hraje sebedisciplína a také dostatečná regenerace. Proto když přijdu domů z práce, věnuji se dětem, domácnosti i sobě. Ráda běhám, s dcerou jezdím na kole, syn se mnou občas vyběhne. Načerpám tak novou energii a nadhled pro řešení pracovních problémů.

Jaké problémy v personální oblasti aktuálně řešíte?

Na zdánlivá negativa se vždy snažím dívat se z různých úhlů pohledu, aby bylo naopak možné z nich vylézt maximum ve prospěch skupiny. Například mezigenerační střet. Čerství absolventi mívají jiný přístup k práci než jejich zkušenější kolegové a obě skupiny se navzájem kritizují. Na toto téma jsme se zaměřili a na podzim spouštíme projekt s názvem Mezigenerační setkání. Zdravotníci napříč obory a zařízeními budou mít možnost absolvovat workshop, kde se obě skupiny obohatí navzájem. Chceme, aby každá skupina předala té druhé zkušenosti, které postrádá.

Na co dalšího je třeba ve zdravotnické personalistice nezapomínat?

Kromě nábory nových zaměstnanců je důležité myslet na ty stávající. Je třeba s nimi komunikovat, vzdělávat je a předávat jim informace tak, aby nejen neodcházeli, ale zároveň aby byla jejich chuť zůstat co nejvyšší. I v této oblasti se snažíme neusnout na vavřínech. Využíváme také velikosti naší skupiny, ve které je v Česku a na Slovensku 22 nemocnic, síť poliklinik, 30 lékáren a další společnosti, a aktivně spolupracujeme a společně hledáme řešení různých problémů, která mezi sebou následně sdílíme.

A myšlenka na závěr?

Žijeme v době, která se vyznačuje zvýšeným časovým tlakem na plnění úkolů a efektivitu. To nás často nutí chovat se rychle a někdy i bezohledně. Život není tak krátký, abychom si nenašli čas jednat s respektem a pozitivním nadhledem.

Zdroj a foto: AGEL

ZČU otevře nové zdravotnické obory

Fakulta zdravotnických studií (FZS) Západočeské univerzity v Plzni (ZČU) je připravena otevřít v Chebu v akademickém roce 2020/2021 bakalářské studium oborů fyzioterapie a všeobecná sestra v prezenční formě. Na společném jednání s hejtmankou Karlovarského kraje Janou Mračkovou Vildumetzovou v Plzni to potvrdil rektor ZČU Miroslav Holeček a děkan FZS Lukáš Štich. Univerzita bude jednat s Národním akreditačním úřadem o navýšení počtu studentů pro svoji pobočku v Chebu.

Kromě fyzioterapeutů a sester chybějí v regionu také radiologové, a i ti by mohli v budoucnu v Chebu studovat. Novým oborům by poskytla potřebné zázemí pro praxi Karlovarská krajská nemocnice. „S výsledkem našeho jednání jsem velmi spokojena a děkuji zástupcům Západočeské univerzity za jejich aktivitu. Do 15. července bychom od pana děkana měli dostat rozhodu, jaké bude zapotřebí materiální i personální vybavení pro působení Fakulty zdravotnických studií v Chebu, a na základě toho získáme i představu o potřebném finančním krytí. Ráda bych se domluvila s ministry školství a zdravotnictví, aby měl Karlovarský kraj možnost získat

finance na zajištění této vysoké školy z programu Restart,“ vysvětlila hejtmanka Jana Mračková Vildumetzová.

„Velký zájem Karlovarského kraje o rozšíření nabídky vysokoškolského studia v chebské části Západočeské univerzity, kde již dlouhodobě působí naše Fakulta ekonomická, nás těší. Je to oboustranně prospěšná aktivita, která může v regionu zajistit tolik potřebné kvalifikované odborníky pro oblast zdravotnictví a v budoucnu třeba i pro další obory,“ řekl rektor ZČU Miroslav Holeček.

Spolupráci s Karlovarským krajem vítá také Fakulta zdravotnických studií. „Vnímáme ji jako vstřícný krok vůči zájmu studentů a současně

jako příspěvek k řešení situace na trhu práce, kdy je nedostatek zdravotnických pracovníků značným problémem. Jako součást akademické obce cítíme společenskou potřebu přispět k řešení tohoto problému,“ konstatoval děkan FZS Lukáš Štich.

Se Západočeskou univerzitou by kraj mohl propojit i činnost nově založeného Institutu lázeňství a balneologie, který se má zabývat mimo jiné výzkumem účinků působení přírodních minerálních zdrojů a lázeňské léčby. „Institut by mohl využít odborné kapacity ZČU a navázat úzkou spoluprací s jednotlivými fakultami,“ dodala hejtmanka.

Zdroj: FZS ZČU (red)

Jihočeská univerzita otevře program pro vzdělávání dětských sester

Pro zájemce o práci na dětském oddělení nemocnic či v ordinacích pediátrů otevře Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích od října nový studijní program Pediatrické ošetrovatelství. Právě teď vyhlásila zkrácené přijímací řízení, takže uchazeči se mohou hlásit do 10. srpna a přijímací zkoušky budou skládat 26. srpna. Fakulta tím reaguje na nedávné legislativní změny ve vzdělávání dětských sester a také na obrovskou poptávku po dětských sestřích. Tento program nabízí jak v prezenční, tak v kombinované formě.

V minulých letech bylo možné získat odbornost dětské sestry teprve až po dokončení tříletého bakalářského studia oboru všeobecná sestra, což fakulta nabízela formou odborného modulu Ošetrovatelská péče v pediatrii v rámci navazujícího magisterského programu Ošetrovatelství ve vybraných

klinických oborech. Díky tomu má pro otevření programu Pediatrické ošetrovatelství všechny předpoklady:

zázemí včetně moderních výukových modelů i zkušené pedagogy.

Zdroj: JCU (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

Dobrý management krizových stavů

V tréninkovém centru B. Braun Dialog na pražské Bulovce proběhl 19. června v pořadí již 101. kurz Aesculap Akademie zaměřený na prevenci a řešení kolapsů u vytrvalostních sportovců. Zúčastnily se jej tři desítky trenérů, sportovců a organizátorů sportovních akcí, kteří se tak měli možnost seznámit s nejmoderněji vybaveným výukovým centrem simulační medicíny v Česku.

Osmihodinový kurz probíhal formou přednášek, diskusí a praktických nácviků kolapsových situací, které mohou vést i k vážnějším stavům, jako je srdeční zástava nebo tepelné trauma z přehřátí. Náhlá srdeční smrt postihuje přibližně jednoho z 50 000–100 000 mladých atletů ročně, u starších je poměr 1 ku 7000 ročně. Podle prof. Martina Matějoviče, přednosta I. interní kliniky LF a FN Plzeň mohou kolapsy vyústit v nezvratnou tragédii, pokud nejsou včas rozpoznány a řešeny. Nejrizikovější skupinou jsou „hobíci“, amatérští atleti mezi 39–45 lety, kteří mají na závodech typu maraton nebo dlouhý triatlon největší zastoupení a kteří nechodí na preventivní prohlídky a varovné signály svého těla přehlížejí. Kurz Aesculap Academie byl však především zaměřen na pořadatele, jejichž úkolem je koordinace rychlé a účinné pomoci.

Nácvik reálných situací

Kurz proběhl v simulačním centru v pavilonu B. Braun Dialog na Bulovce, kde mají účastníci k dispozici reálnou JIP s lůžkem a celotělovým trenažérem. „Pomocí figuríny simulujeme prakticky všechny krizové stavy v intenzivní péči,“ řekl primář ARO FN Královské Vinohrady a lektor simulačních kurzů Michael Stern, který připomněl, že simulační medicína vznikla z přirozené potřeby neustále zvyšovat bezpečí pacientů. Což je možné jen v případě, pokud je zdravotnický personál řádně vytrénován. Ideální pole k sebezdokonalování nabízí simulační laboratoř, kde si zdravotníci v bezpečném prostředí mohou opakovaně nacvičovat reálné situace. Kurzy v simulačních laboratořích vhodně propojují teoretické a praktické dovednosti, nacvičují komunikaci v krizových situacích a týmovou spolupráci.

MUDr. Stern doplnil údaje ze Spojených států, kde třetí nejčastější příčinou úmrtí pacientů je preventabilní chyba zdravotníků. V Česku údaje



Jiří Chvojka ze záchranné služby předvádí, jak správně provádět masáž srdce

Foto: Aesculap Akademie

chybějí, ale lze očekávat podobné výstupy. Simulační kurzy by měly být proto povinnou součástí postgraduální, ale i pregraduální výuky. Na tu bude zaměřen simulační projekt LF Masarykovy univerzity, který představil jeho odborný garant, přednosta Kliniky dětské anesteziologie a resuscitace (KDAR) LF MU a FN Brno doc. Petr Štourač. Projekt má být dokončen v roce 2020 a bude jedním z největších na světě se třemi patry plně vybavenými jako nemocnice. Doc. Štourač věří, že se postupně podaří prolomit přístup

k výuce, který stále klade důraz spíše na teoretické znalosti.

Tréninkovým centrem B. Braun Dialog prošlo od roku 2014 1500 lidí. „Kromě JIP je klíčovým místem tzv. debriefingová místnost, kde se rozebírají simulace pomocí audiovizuálních záběrů ze tří kamer. Zdravotníci sami sebe vidí v akci, mnohem lépe si do podvědomí fixují správné a uvědomují špatné postupy, uzavírá za Aesculap Akademie MUDr. František Vojík, který stál u zrodu centra simulační medicíny v pavilonu B. Braun Dialog.

(pp)

Představujeme patientské organizace: Unie ROSKA

„Hlavy vzhůru – furt se jde,“ snažil se v sedmdesátých letech propašovat známý citát Jana Masaryka do informační brožury o roztroušené skleróze (RS) jeden z jejích autorů. Věta vztahující se k válečným okolnostem Československa přesně vystihuje vůli, s níž nemocní musí čelit fyzickým omezením a psychickým obtížím, které se s neurogenerativním onemocněním pojí. I když jsou dnes informace o nemoci mnohem dostupnější, stále je komu pomáhat. Protože pacienti nepotřebují jen včasnou diagnózu a moderní léky, ale také celý komplex služeb, kterým se říká podpůrná péče. A tu se snaží zajistit patientský spolek Unie ROSKA – Česká MS společnost, z. s.

Historie organizace sahá do roku 1983, kdy vznikl první klub ROSKA, který založili sami pacienti s RS ještě pod Svazem invalidů. „Postupně se přidávala další města, která organizovala cvičení, plavání, přednášky a rekondační pobyty,“ uvádí nynější předsedkyně výkonné rady Ing. Jiřina Landová. Unie ROSKA jako občanské sdružení byla zaregistrována 1. července 1992. V současnosti má 28 pobočných spolků s působností po celé České republice. „Ne všechny fungují naplno, ale občas se na nás obrací pacienti nebo jejich známí, že by rádi založili nový spolek. Máme přes 1400 členů a jsme největší organizací, která pomáhá pacientům s RS. Z našich řad se vyčlenilo Sdružení mladých sklerotiků, kteří se zaměřují výhradně na mladé čerstvě diagnostikované lidi, kteří už raději hledají rady na internetu a vyměňují si zkušenosti přes sociální síť,“ upřesňuje Jiřina Landová. A její kolegyně, členka výkonné rady Ing. Veronika Borkovcová dodává, že to není jen otázka životního stylu, ale neochoty otevřeně se přiznat k diagnóze nevyléčitelné choroby. Dokud nemoc není viditelná nebo není třeba vyřídít nějaké potvrzení, mladí lidé pomoc spolku příliš nevyhledávají.

Individualizovaná péče

Pacienti se s činností ROSKY mohou seznámit v 15 MS (z anglického Multiple Sclerosis) centrech České republiky, kam by se každý nově diagnostikovaný pacient měl podle vyhlášky z roku 2009 do čtyř týdnů od stanovení diagnózy dostat. „Pokud je kapacita jednoho centra plná, je možné se obrátit na jiné, což pacientům i radíme, aby léčba mohla být zahájena co nejdříve. Všichni nemohou být na Karlově náměstí u prof. Havrdové,“ říká s úsměvem Jiřina Landová, která připomíná skvělou spolupráci například s MS centrem v Olomouci, kde je vedoucí



lékařem prof. Jan Mareš. Ten také potvrzuje, že ve specializovaném centru dostane pacient díky standardizovaným diagnostickým a léčebným postupům nejen adekvátní léčbu, ale také je pod stálým medicínským monitoringem, aby v případě nutnosti mohl být převeden na jiný preparát. „Zohledňuje se léčebně-bezpečnostní profil konkrétního jedince. Tento princip tzv. individualizované medicíny je právě v oblasti léčby RS velmi důležitý,“ dodává prof. Mareš.

Podle plánů ministerstva by MS center mělo být v budoucnu i více, ale záleží na personálních možnostech nemocnic a také ochotě jejich vedení.

Léčba nestačí

„Snažíme se, aby náš spolek byl v MS centrech viditelný. Informujeme veřejnost o našich aktivitách, a je také na jednotlivých lékařích, jestli nás svým pacientům doporučí,“ říká Jiřina Landová a dodává, že lékaři dnes bohužel mají na své pacienty velmi málo času. Proto ROSKA pořádá ve svých klubech přednášky, kde se nemocní mohou zeptat na vše, co potřebují.

Podle Jiřiny je pro pacienty s RS klíčová psychická podpora, a to zejména na samém začátku onemocnění. Sama je pacientkou a svoji diagnózu se dozvěděla telefonicky

na služební cestě v zahraničí. Vůbec nic o nemoci nevěděla. Podobnou zkušenost má i řada pacientů, kteří se diagnózu nevyléčitelného onemocnění dozvídají ve spěchu bez potřebné empatie. Všichni by uvítali, kdyby se mohli dozvědět více, třeba i v přítomnosti příbuzných. V Česku je nedostatek psychologů a psychoterapeutů, často je jeden psycholog na celou nemocnici, který akutní problémy objednáva ve lhůtě 14 dní, méně akutní i ve lhůtě několika-týdenní. „A vy potřebujete pomoc od zkušeného člověka, který se s diagnózou už setkal, a potřebujete ji okamžitě. Internet vás spíše vyděsí,“ dodává Jiřina Landová. Krušné začátky potvrzuje i Veronika Borkovcová, která připomíná jiný častý problém pacientů s RS – přehlížení symptomů onemocnění a ne zcela optimální kvalitu primární péče. Sama příznakům dlouho nevěnovala pozornost a přičítala je únavě z přepracování.

Také Jiřina si zpětně uvědomila, že měla dlouho problém se zhoršujícím se zrakem. Navštívila očního lékaře, ale ten nic závažného nezjistil. I obvodní lékař byl bezradný. Teprve když měla ataku a částečně ochrnula, bylo zřejmé, že je neurologickou pacientkou. Nedostatečné povědomí o symptomech onemocnění, ať už mezi laiky, nebo praktickými lékaři, potvrzuje i Jan Mareš. „Jedná se o široké spektrum nespécifických příznaků onemocnění, jako jsou brnění, přechodně snížená citlivost a podobně. Pokud iniciální příznaky nebudou správně rozpoznávány, nebude nemoc také včas diagnostikována a léčena. Díky léčbě je možné oddálit progresi onemocnění a rozvoj invalidity.“ Upozorňuje vedoucí lékař MS centra Olomouc.

Chybí následná péče

Za velmi cenné považuje Landová i Borkovcová, když se mohou lidé

s diagnózou RS setkávat a vyměňovat si zkušenosti. „Když řeknete zdravému člověku, že jste unavený, nebo máte křeče, moc nechápe, o čem mluvíte a jak moc omezující tyto problémy jsou. Únava při RS vás totiž dokáže zcela odrovnat a vůli ji určitě nepřekonaáte,“ popisuje Jiřina Landová. Lidé z ROSKY proto budou pořádat webinář pro nově diagnostikované pacienty a příští rok i víkendová setkání s lékaři a dalšími odborníky pro pacienty a jejich rodiny, aby některá tabu pomohli rozptýlit.

Kromě praktických informací zaznívá na pořádaných akcích i důležitá zpráva, že i se závažným onemocněním se dá prožít plnohodnotný život. Překážkou není ani těhotenství. Loni se narodilo pacientkám, které užívaly biologickou léčbu, kolem 150 dětí. Obě dámy se shodují v tom, že je dnes diagnostika a léčba na velmi vysoké úrovni a dnešní mladí pacienti mají podstatně lepší start než jejich předchůdci o dvě desetiletí dříve. Podle Jiřiny Landové by bylo ideální, kdyby každý pacient měl bezproblémový přístup k lékům, které jsou mu indikovány, a nebylo nutné žádat o jejich úhradu ze zdravotního pojištění na základě výjimek.

Podle prof. Mareše směřuje současný léčebný koncept k dosažení stability, kdy je pacient bez známek progresse onemocnění. Hodnotí se klinické parametry (ataky) a dále ložiska na magnetické rezonanci (MR). „Posledním trendem je volumetrie mozku, tedy měření objemu mozkové tkáně, kdy víme, že přirozený úbytek, v důsledku stárnutí u zdravé populace je < 0,4 % objemu mozkové tkáně. Jedním z hlavních autorů tohoto moderního léčebného konceptu (NEDA 4 – No Evidence of Disease Activity) je prof. Eva Kubala Havrdová. Léčebně postupujeme v duchu tohoto schématu a usilujeme o to, aby byl pacient léčen lékem, který se v co největší míře přiblíží ‚ideálnímu‘ stavu, kdy je nemoc pod kontrolou a nejeví sledovatelné známky aktivity. Významnými léky, které přispěly ke stabilizaci onemocnění, jsou léky s vyšší účinností, kam patří mimo jiné monoklonální protilátky (MP) natalizumab, alemtuzumab a ocrelizumab. Posledně zmíněná MP je rovněž indikována u primárně progresivní formy RS a má léčebný potenciál tuto formu stabilizovat zejména v časnějších fázích onemocnění,“ vysvětluje prof. Mareš.

ROSKA se snaží také upozornit na nedostatky, které vidí především v podpurné a následné péči narážející na chybějící finance, personál a špatně nastavený systém sociálních služeb. Chybějí například i lůžková zařízení pro pacienty s pokročilou formou onemocnění a omezenou hybností. Existuje



Roskiáda

Foto: Unie ROSKA

jediné, Domov svatého Josefa v Žirčích u Hradce Králové, které ale disponuje pouze 33 lůžky. Většina nemocných je odkázána na LDN a domovy pro seniory, kde vzhledem ke své diagnóze nikdy nemohou dostat adekvátní péči. „Bohužel chybí evidence lidí, kteří jsou třeba doma, a pečují o ně rodina. A přehled nemá ani ministerstvo sociálních věcí, které vyplácí sociální dávky, ale nerozlišuje lidi podle jednotlivých diagnóz,“ říká Jiřina Landová. Tyto rodiny často žijí v hmotné nouzi nebo se potýkají s jinými problémy, ale nikdo se o nich nedozví, pokud se sami nepřihlásí.

Nemoc musí být vidět

Pro pacienty s RS je velice důležitý pravidelný pohyb, proto se v některých klubech cvičí i pětkrát v týdnu. I na rekondičních pobytech, jejichž program je schválený ministerstvem zdravotnictví, se cvičí několikrát denně. Unie ROSKA pro své klienty organizuje také Roskiádu – sportovní hry pacientů s RS. Letošní třetí ročník se bude konat od 13. do 15. září v Nymburce. Dále zajišťuje rekondiční pobyty v bezbariérových zařízeních, poskytuje sociální a právní poradenství, protože pacienti mají často problémy s úhradou léčby či zdravotnického prostředku. Veronika Borkovcová, rovněž pacientka s RS, potřebovala příspěvek na schodišťovou sedačku, která stojí přes 400 tisíc korun, což se jí podařilo až po půl roce, kdy se proti zamítnuté žádosti odvolala. „Největším paradoxem je, že se snažíte být aktivní, cvičíte, aby vám bylo lépe, ale abyste získala pomůcku, musíte doložit, že do schodů nevylezete. Jenže kdybych

nemohla vůbec chodit, už bych sedačku nepotřebovala,“ popisuje potíže s žádostmi Veronika Borkovcová. „Snažíme se pacienty vzdělávat ve všech oblastech, aby mohli žít plnohodnotný život,“ dodává Jiřina Landová. Informace poskytuje i internetový časopis, který je volně přístupný na webových stránkách sdružení.

ROSKA má širokou členskou základnu, s níž se poji agenda vyžadující každodenní práci. „Máme sedmičlennou výkonnou radu, ale pouze jediného zaměstnance, na víc nemáme finance. Většina z nás má ještě svoji práci.“ Organizace žije z grantové podpory a darů soukromých subjektů, které ale přispívají na akce, nikoli na chod organizace. „Velmi bychom uvítali, kdybychom se o přiděleném státním grantu na daný rok mohli dozvědět o něco dříve než koncem června,“ říká předsedkyně výkonné rady spolku. Organizace by potřebovala mít větší ekonomickou jistotu, jež by dovolila plánovat aktivity na tři čtyři roky dopředu a také zaplatit fundraisera nebo PR pracovníka. „My státu pomáháme, protože zajišťujeme služby, které zde chybějí, a uvítali bychom z jeho strany větší vstřícnost. Fungujeme jen díky nadšení zakladatelů, nemocných a jejich rodin,“ uzavírá Veronika Borkovcová.

Mgr. Pavlína Perlíková

Kontakty:

Unie ROSKA – Česká MS společnost, z. s.
Senovážné náměstí 994/2
110 00 Praha 1
www.roska.eu
roska@roska.eu

Revitalizace pozemků FN Olomouc ukončena

Zhruba čtyři měsíce trvaly práce na jedné z nejdlejších částí areálu Fakultní nemocnice Olomouc – totiž na pozemcích mezi ulicemi Mošnerova a Hněvotínská. Stavební firma zde od poloviny ledna do konce května prováděla terénní a demoliční práce za účelem kultivace plochy, která v budoucnu poslouží dalšímu rozvoji největšího zdravotnického zařízení v kraji.

„Demolice všech bývalých vojenských objektů včetně následných zásypů a terénních úprav je již ukončena.

V současné době zajišťujeme vymazání zbouraných budov z katastru nemovitostí a zároveň vedeme jednání s magistrátem města o možnostech a podmínkách zpřístupnění areálu veřejnosti,“ říká vedoucí odboru investic FN Olomouc František Valíček.

Bourací práce vymazaly ze zemského povrchu v městské části Nová Ulice někdejší ubytovací budovu, dílnu, kotelnu s komínem, vrátnici, správu budov a skleník. Všechny tyto objekty byly již delší dobu nevyužívány

a z některých se dochovaly pouze základové konstrukce. Nemocnice areál o rozloze necelé tři hektary získala na podzim 2017 od Úřadu práce ČR. „Jsem rád, že jsme přispěli ke kultivaci prostředí v našem městě a zároveň získali kvalitní prostor pro další rozvoj podle vznikajícího generelu,“ pochvaluje si ředitel Fakultní nemocnice Olomouc Roman Havlík, podle nějž by v budoucnu mohlo na těchto pozemcích vyrůst třeba nové sídlo kliniky zubního lékařství nebo ústavu pro navazující následnou péči.

Zdroj a foto: FN Olomouc (red)



Ocenění pro Neurologickou kliniku FN Brno a LF MU

V květnu letošního roku proběhla v Miláně 5th European Stroke Organisation Conference, které se zúčastnil z Neurologické kliniky FN Brno a LF MU MUDr. René Jura jako spoluautor posteru: Analysis of the logistics of the thrombolytic treatment in stroke centers in Czech Republic – results of a questionnaire study. Za kolektiv Neurologické kliniky převzal na konferenci diamantové ocenění ESO Angels Awards udělené brněnské nemocnici za kvalitu péče poskytované pacientům s akutní cévní mozkovou příhodou.

O kvalitě péče o nemocné s akutní cévní mozkovou příhodou rozhoduje

například fungování rutinního screeningu poruch polykání, míra zavedení sekundární prevence nebo

doba mezi příjmem pacienta a zahájení léčby.

Zdroj a foto: FN Brno



Nemocnice Třinec zrekonstruovala JIP

Nemocnice Třinec slavnostně otevřela zrekonstruované oddělení interní jednotky intenzivní péče. Práce na obnově oddělení trvala necelých pět měsíců a investice do stavebních úprav a modernizace vybavení si vyžádala téměř 40 milionů korun. Většinu nákladů hradil ze svého rozpočtu Moravskoslezský kraj, který nemocnici zřizuje.

Stávající prostory z roku 1997 již nesplňovaly prostorové a hygienické požadavky a odborné nároky v péči o pacienta na jednotce intenzivní péče.



Během přestavby došlo k úpravě dispozičního řešení, k výměně elektroinstalace, vzduchotechniky, podlahových krytin, oken, včetně venkovních žaluzií. Rovněž byly instalovány stropní rampy s rozvody medicínálních plynů. Rekonstrukcí prošlo i zázemí pro zdravotnický personál.

Díky rekonstrukci vzniklo na interní JIP šest samostatných boxů a jeden box příjmový. Samostatné boxy zajišťují pacientům soukromí, zlepšují

hygienicko-epidemiologický režim a minimalizují vznik nozokomiálních nákaz. Ve dvou boxech byl nainstalován závěsný systém, který umožňuje manipulaci s obézními pacienty s tělesnou hmotností do 270 kg. Další čtyři boxy slouží Iktovému centru. Ve spolupráci s neurology pečují lékaři naši interní JIP i o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou a dalšími závažnými akutními neurologickými stavy.

Zdroj a foto: NEMTR (red)

Nemocnice Prostějov otevřela oddělení paliativní péče

Nové oddělení s 24 lůžky vzniklo v Nemocnici Prostějov po půlroční rekonstrukci. „Pět lůžek je na nové stanici LDN vyhrazeno pro nevléčitelně nemocné pacienty s potřebou paliativní péče. Tyto pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením, klimatizací a televizorem a bude na nich umožněn nepřetržitý pobyt rodinných příslušníků,“ řekla dnes novinářům předsedkyně představenstva Středomoravské nemocniční a ředitelka prostějovské nemocnice Marie Marsová. Podle odborného garanty paliativní péče Nemocnice Prostějov Miroslava Kaly není úkolem paliativního týmu pouze tlumit bolesti a zvyšovat kvalitu života nevléčitelně nemocných. Jejich úloha

zahrnuje také řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů. Pobyt na standardní jednotce proto není pro nevléčitelně nemocné vhodný, jelikož tato oddělení nedovolují nepřetržitý pobyt blízkých a mnohdy neposkytují ani dostatek intimity.

„Věřím, že nové oddělení paliativní péče bude důkazem toho, že i v nemocničním prostředí je možné prožít závěr života kvalitně a důstojně v přítomnosti svých nejbližších,“ podotkl Miroslav Kala.

Kromě přípravy prostor musela nemocnice zajistit pro hladký chod nového oddělení také personál paliativního týmu. „Přijali jsme dva nové lékaře, sedm zdravotních sester, sedm

sanitářů a další nelékařský zdravotnický personál. Zároveň bylo nutné navýšení lůžek následně a paliativní péče nasmlovat u zdravotních pojišťoven za podmínky restrukturalizace akutní péče,“ uvedla Marsová.

Vybudování nové stanice LDN v Nemocnici Prostějov s oddělením paliativní péče stálo 30 milionů korun, přičemž 27,3 milionů pokryla dotace Olomouckého kraje. Nemocnici v Prostějově má od kraje v pronájmu spolu se zdravotnickými zařízeními v Přerově a Šternberku společnost Agel ocelářského magnáta Tomáše Chrenka prostřednictvím společnosti Středomoravská nemocniční.

Zdroj: ČTK (red)

Elektronizace na trhu zdravotnických prostředků

Společnost Hartmann – Rico uspořádala v Praze 11. a 12. června výroční desáté setkání zástupců zdravotnických zařízení, poskytovatelů sociálních služeb a pojišťoven a zdravotnických expertů. Hlavním tématem byla elektronizace a rostoucí poptávka po ní v procesních řízeních.

Konferenci Kvalita-Bezpečnost-Efektivita zahájila Britta Fünfstück, generální ředitelka Hartmann Group, která vyzdvihla význam společnosti na poli inovací a zdůraznila, že trh prochází dynamickým vývojem a populace stárne. Zvyšuje se tedy poptávka po zdravotní péči a rostou náklady, což trápí poskytovatele zdravotní péče i plátce.

Situaci trefně vystihl MUDr. Ján Dudra. „Nesmíte být tam, kde míč je, musíte být tam, kde míč bude. Zatímco svět se posouvá výrazně ve všech aspektech digitalizace, my snad na tom hřišti ani nejsme. Nemáme kvalitní lidi, legislativní podpora je slabá,“ řekl ve své prezentaci Ján Dudra.

Účastníci jednoho ze specializovaných zdravotnických bloků se shodli na tom, že spokojenost pacientů s danou nemocnicí se odvíjí od úrovně komunikace. „Web je absolutní základ, povinností jsou však i sociální sítě. Používáme a točíme vlastní videa a doporučujeme také tištěné nebo elektronické publikace, které jsou průvodci pacientů,“ prezentoval Pavel Žára, vedoucí komunikace FN Brno. Ale to je jen začátek, který by měl být pro každé větší

zdravotnické zařízení samozřejmostí. Dále jsou tu elektronické a digitální nástroje, které mohou pomoci nemocnicím lépe nastavit vnitřní procesy a více se zaměřit na pacienta a kvalitu poskytované péče.

Závazek nabízet moderní a efektivní řešení ctí i společnost Hartmann – Rico, která „v loňském roce oslavila 200 let existence především inovacemi“, jak upozornil člen představenstva v České republice Tomáš Groh.

Ten zároveň uvedl několik příkladů inovativních řešení. Společnost je jedním z hlavních světových výrobců dezinfekce, díky níž lze bojovat s nozokomiálními nákazami. Těm čelí zhruba 4 miliony pacientů ročně. Společnost proto přišla na trh se softwarovým nástrojem, který dokáže suplovat lidskou práci při zpracování velkého objemu dat. Získané informace centralizuje, vyhodnocuje a pomáhá s vytipováním rizikových pacientů.

Propracované aplikace pomáhají i při plánování operací v sálech nebo zajišťování skladových kapacit. Jejich úkolem je především snížit administrativu, která dnes ošetřující lékaře a sestry tolik zatěžuje.

Efektivní řízení zdravotnických zařízení je nedosažitelným snem všech majitelů a manažerů. Jak ve své prezentaci poznamenal zdravotnický manažer Oldřich Šubrt: „Prostředí je proměnlivé a informační a komunikační technologie musejí najet na nové metody práce, svět je propojený, informace se sdílejí rychle, což způsobuje vysokou míru konkurence. Musíme na to reagovat novými organizačními strukturami.“

Naštěstí se objevují i první kvalitní nástroje procesního řízení. V zahraničí se prosazuje třeba i automatizace logistiky – pro zdravotní prostředky to platí o to více. Společnost Hartmann – Rico přišla s řešením pro nemocnice a v rámci servisu tzv. automatických boxů vybavených senzory dodává své výrobky způsobem, který si zdravotnický personál vybere dle vlastní volby.

Účastníci konference se shodli na tom, že nabídka inovativních řešení se neustále rozšiřuje, ale do českého zdravotnictví proniká jen pomalu. I když je rok 2019, zdravotnická dokumentace je stále na papíře u praktického lékaře. Všechny výsledky od specialistů a zdravotnických zařízení se musejí fyzicky přenést zpět k praktikům k založení. Vzhledem k nedostatku personálu a stále se zvyšujícím nákladům na zdravotní péči by elektronizace zdravotnictví měla být prioritou číslo jedno. Ale nejen na papíře.

Aby data mohla být sdílena, je zapotřebí zákon o elektronizaci zdravotnictví, který má vymezit jasná pravidla pro sdílení dat a zavést autoritativní státní certifikaci jednotlivých služeb a produktů. Pacienti budou udělovat mandát, kdo se na jejich záznamy může dívat. Nepočítá se s žádným centrálním úložištěm zdravotnické dokumentace. Obsah dokumentace a procesy zůstanou v rukách pacienta nebo ošetřujícího lékaře. Zákon také předpokládá, že elektronická dokumentace bude rovnocenná s listinnou.



Účastníci konference o elektronizaci

Foto: Hartmann – Rico

(pp)

Memorandum podepsáno

Ministr zdravotnictví spolu s představiteli všech sedmi českých zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP podepsal memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR.

Memorandum má zajistit rozvoj paliativní péče a zároveň má pomoci v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy nastavit optimální model její koordinace.

Účelem memoranda je mimo jiné vytvoření podmínek pro udržitelnost rozvoje a financování zdravotních služeb v oblasti paliativní péče, jejichž pilotní provoz je podpořen v rámci dotačních programů zaměřených na zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče a na zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče. Dále bude nastavena spolupráce MZ, plátců, ČSPM ČLS JEP a poskytovatelů zdravotních služeb na celkovém systematickém definování a následném rozvoji bezpečné, klinicky přínosné, dostupné a nákladově efektivní paliativní péče, včetně péče hospicového typu. Memorandum taktéž umožní spolupráci smluvních stran na vyhodnocování a zpřesňování již existujících forem a modelů poskytování a úhrady paliativní péče.

„Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP bude svolavatelem jednání, koordinátorem této spolupráce a prostředníkem při jednáních s kraji, ministerstvy zdravotnictví a práce a sociálních věcí, poskytovateli a odbornými společnostmi sdruženými v ČLS JEP. Zajistíme a garantujeme, že potřebné vstupy týkající se paliativní péče, výstupy vzniklé podle memoranda a především definované standardy, doporučené postupy a metodické pokyny paliativní péče budou všechny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy,“ dodal předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP Ondřej Sláma.

Zdroj: MZČR
(red)

13. SYMPOZIUM AGEL 2.–3. 10. 2019 NH CONGRESS OLOMOUC 30 LET VE ZDRAVOTNICTVÍ



SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU

Ing. Tomáše Chrenka, Ph.D.
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

symposium.agel.cz

 **Vzdělávací
a výzkumný institut
AGEL**

 **AGEL**

Kniha o následné intenzivní péči získala Cenu Josefa Hlávky

Tradiční ceny pro nejlepší vědeckou literaturu byly vyhlášeny 17. června na zámku v Lužanech u Plzně. V kategorii lékařských věd zvítězila již podruhé v řadě publikace vydaná v divizi Medical Services nakladatelství Mladá fronta.

Cena Josefa Hlávky je udělována Nadací Český literární fond společně s nadací Nadání Josefa, Marie a Zdeňky Hlávkových nejlepším odborným a vědeckým knižním publikacím vydaným vždy v uplynulém roce. V kategorii lékařských věd, do které bylo přihlášeno dvacet titulů, získaly ocenění Jarmila Drábková a Soňa Hájková za knihu *Následná intenzivní péče*, kterou pod vedením šéfredaktorky Michaely Lízlerové připravila odpovědná redaktorka Jindra Bláhová v nakladatelství Mladá fronta v rámci specializované divize Medical Services v edici *Postgraduální medicína*. „Myslím, že vzhledem k velké konkurenci se jedná o obrovský úspěch obou autorek i naší redakce,“ zhodnotila vítězství publikace šéfredaktorka Lízlerová.

Vítězové Ceny Josefa Hlávky:

Společenské vědy:

PhDr. Dagmar Hájková, Ph.D.,
PhDr. Pavel Horák, Ph.D., a kol.
za knihu *Republika Československá 1918–1939 (Lidové noviny)*

Vědy o neživé přírodě:

prof. RNDr. Michal Křížek, DrSc.,
za knihu *Abelova cena: Nejvyšší ocenění za matematiku (Academia)*

Vědy o živé přírodě:

prof. MUDr. Oldřich Eliška, DrSc.,
za knihu *Lymfologie: Teoretické základy a klinická praxe (Galén)*

Lékařské vědy:

doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.,
Mgr. Soňa Hájková, MSc.,
za knihu *Následná intenzivní péče (Mladá fronta)*

Kniha je určena lékařům i nelékařským zdravotníkům – především sestřám na pracovištích následné intenzivní péče –, ale i fyzioterapeutům a ergoterapeutům, klinickým

psychologům, pracovníkům v paliativní intenzivní medicíně. Publikace však může posloužit také jako učebnice studentům lékařských fakult.

(mal)



Zleva: Michaela Lízlerová, Soňa Hájková a Jarmila Drábková

Foto: Jindřich Nosek

Křest v Banské Bystrici

Slovenský pediatrický kongres, který se konal v Banské Bystrici od 6. do 8. června, přinesl referáty o oborových aktualitách a přednášky například k tématům pediatrické intenzivní medicíny, chirurgie, vakcinologie nebo primární péče. Mimo to zde však také proběhl křest druhého a přepracovaného vydání knihy *Očkovanie v špeciálnych situáciách* od autorů prof. Miloše Jeseňáka, MUDr. Ingrid Urbančíkové a kolektivu.

Publikace, kterou vydává divize Medical Services nakladatelství Mladá fronta v rámci edice Aeskulap, je svým obsahem ojedinělá v Česku i na Slovensku. Představuje nadstavbový text, jenž navazuje na všechny do této doby vydané základní knihy o očkování. V rámci více než čtyřiceti kapitol nabízí komplexní pohled na problematiku očkování specifických skupin populace ve zvláštních a nestandardních

onkologická onemocnění, transplantace krvotvorných buněk a orgánů, předčasně narozené děti, těhotné a kojící ženy), při celkové anestezii i imunomodulační léčbě. Několik kapitol je též věnováno přítomnosti adjuvancií ve vakcínách, lidským embryonálním buňkám a výrobě vakcín.

Druhé, rozšířené vydání pak přináší řadu nových témat a kapitol, jež jsou věnovány mimo jiné očkování v nestandard-

ve spojitosti s očkováním.

V úvodu každé kapitoly je nastolen konkrétní problém ve vztahu k očkování, následně se autoři věnují problematice účinnosti a bezpečnosti očkovacích látek a doporučením při jejich aplikaci. V závěru kapitol čtenář nalezne souhrn



Zleva: Miloš Jeseňák, Zuzana Krišťúfková, Ingrid Urbančíková, Šárka Mašková, Mária Avdičová, Svetozár Dluholucký Foto: pořadatel kongresu

situacích (při definovaných zdravotních problémech, rizikových faktorech apod.).

Autoři se zabývají očkováním ve vztahu ke vzniku určitých onemocnění (např. autoimunitních, alergických, infekčních, neurologických či diabetu), ve specifických klinických, eventuálně fyziologických situacích (HIV pozitivní pacienti, imunitní trombocytopenie, hematologické malignity,

ních schématech, postupu při očkování pacientů s nespecifickými střevními záněty, mastocytózou, CHOPN či psychiatrickými chorobami. Ryze aktuální je téma věnované očkování ve vztahu k migraci a riziku infekcí, stejně tak i téma očkování zdravotníků. Další nové kapitoly jsou věnovány například hodnocení vedlejších příhod po očkování v klinické praxi nebo bioetice

nejdůležitějších informací, respektive doporučených postupů v rámci dané problematiky, a seznam použité či doporučené literatury.

Kniha je určena především pediatrům, ale zajímavé informace zde nalezou lékaři všech specializací, medicínští teoretici i vědci.

(red)

Ředitelem FNUSA v Brně Vlastimil Vajdák



Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch jmenoval s účinností od 1. srpna ředitelem Fakultní nemocnice

u svatě Anny v Brně Vlastimila Vajdáka, který byl dosud ekonomicko-provozním náměstkem a členem představenstva Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Doporučila ho výběrová komise. K poslednímu červenci skončí z vlastního rozhodnutí ředitel Martin Pavlík, bude ale dál v nemocnici pracovat jako lékař.

Komise byla složená z představitelů odborných společností, profesních komor, odborů, lékařské fakulty,

zástupců města i kraje a ministerstva. „Vlastimil Vajdák nebude mít lehký úkol, nicméně jeho dlouholeté zkušenosti s financováním a ekonomickými problémy nemocnic a úspěšným nastartováním ekonomiky Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, kde doposud působil, jsou velmi dobrým předpokladem pro vedení lůžkového zdravotnického zařízení, jako je právě svatoanenská fakultní nemocnice v Brně,“ uvedl Vojtěch.

Podle něj by se měl Vajdák zaměřit na vyvedení nemocnice ze ztrát, ale také na rozvoj medicíny a vědecko-výzkumné činnosti i na personalistiku s cílem motivovat a udržet zaměstnance a přilákat do nemocnice nové. „Prioritou je také budování dobrých vztahů s Masarykovou univerzitou a její lékařskou fakultou,“ dodal Vojtěch.

Šestačtyřicetiletý Vajdák je bankéř, ekonom a manažer. Ve zlínské nemocnici Tomáše Bati pracoval od roku 2017. Předtím pět let působil jako člen představenstva a ekonomický náměstek Uherskohradištské nemocnice. V minulosti působil 11 let v bankovníctví, byl regionálním ředitelem ČSOB. Vystudoval Fakultu managementu a ekonomiky ve Zlíně Vysokého učení technického v Brně.

Fakultní nemocnice u svatě Anny v Brně patří k nejzadluženějším v zemi. Celkové závazky má kolem dvou miliard korun, po splatnosti je zhruba miliarda. Pavlík se rozhodl opustit vedení po pěti letech a vrátit se na místo lékaře ARO. Za jeho vedení se nemocnice loni poprvé po několika letech dostala do hospodaření v kladných číslech, když byla v plusu čtyři miliony korun.

Zdroj: ČTK,
foto: Nemocnice Zlínského kraje

Nový ředitel Horské služby



Ředitelem Horské služby ČR se stal šestatřicetiletý Patrik Jakl. O jeho jmenování rozhodla správní rada Horské služby ČR, jejímž zřizovatelem

je Ministerstvo pro místní rozvoj. Jakl ve funkci vystřídal Františka Hadáčka, který dal k 30. červnu výpověď. Jakl má podle ministerstva bohaté zkušenosti

NABÍDKA PRÁCE

IKE+M

**ŘEDITEL INSTITUTU KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa:
přednosta Pracoviště laboratorních metod IKEM**

Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
 - specializovaná způsobilost preferenčně v oboru klinická biochemie nebo alergologie a klinická imunologie nebo hematologie a transfúzní lékařství, případně v jiném klinickém laboratorním oboru,
 - vědecká hodnost (CSc., Ph.D.),
 - vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.),
 - praxe v laboratorním provozu minimálně 10 let,
 - z toho 3 roky v řídicí funkci,
 - pedagogická aktivita,
 - vědecko-výzkumná aktivita – řešitel nebo spoluřešitel grantových projektů,
 - publikační aktivita v odborných časopisech s impakt faktorem včetně kvalitní citovanosti,
 - bezúhonnost,
 - organizační a řídicí schopnosti,
 - výhodou znalost transplantační problematiky
- Předpokládané datum nástupu je 1. 10. 2019.**

K přihlášce je nutno přiložit:

- strukturovaný profesní životopis s přehledem publikační činnosti a vědecko-výzkumné práce (projektová činnost),

- fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře,
- osvědčení a čestné prohlášení podle zákona
- č. 451/1991 Sb., v platném znění (nevztahuje se na uchazeče narozené po 1. 12. 1971),
- způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení,
- pisemnou koncepci své práce v uvedené funkci.

Písemné přihlášky se všemi náležitostmi a telefonním spojením zasílejte do 31. 8. 2019 na adresu:

Mgr. Libuše Puchingerová
Institut klinické a experimentální medicíny
náměstek ředitele pro ekonomiku a provoz
Videňská 1958/9, 140 21 Praha 4 – Krč

Podrobnější informace na telefonním čísle 236 055 150.

V souladu s § 33 odst. 3 písm. f) zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších právních předpisů, se pracovní poměr na tuto vedoucí pracovní pozici zakládá jmenováním.

Institut klinické a experimentální medicíny si vyhrazuje právo výběrové řízení zrušit, případně nevybrat žádného uchazeče.

Institut klinické a experimentální medicíny, IČ 00023001, se sídlem Praha 4, Videňská 1958/9 tímto informuje uchazeče, že poskytnuté osobní údaje budou zpracovávány na základě zákonného podkladu pouze za účelem opatření souvisejících s realizací výběrového řízení, nejdéle však 6 měsíců od ukončení platnosti inzerce. Po uplynutí této lhůty budou shromážděné osobní údaje skartovány. Uchazeč má právo na opravu, výmaz a omezení zpracování osobních údajů.

MMN, a.s., Metyšova 465, 514 01 Jilemnice

přijme radiologického asistenta na odd. radiologie nemocnice Jilemnice



Kvalifikační předpoklady:

odborná způsobilost dle zák.č.96/2004 Sb. ■ vhodné i pro absolventy ■ zdravotní způsobilost a bezúhonnost

Nabízíme:

- možnost náborového příspěvku ve výši 40 000–50 000 Kč ■ možnost čerpání stipendia na poslední rok studia ve výši 5 000 Kč/měsíc pro studenty VŠ a VOŠ ■ adekvátní platové a pracovní podmínky (široké spektrum výkonů, v dohledné době také magnetická rezonance) ■ pracovní poměr na dobu neurčitou ■ týden dovolené navíc (tzv. dodatková dovolená) ■ benefity v hodnotě 2 000 Kč/rok na sport, rekreaci nebo vitamíny ■ výhodný mobilní tarif v síti Vodafone (i pro rodinné příslušníky) ■ podpora dalšího vzdělávání a profesního rozvoje ■ dotované stravování ■ příspěvek na penzijní a životní pojištění při splnění daných kritérií (500 Kč) ■ hrazené jazykové kurzy Aj, Nj

Kontakt: prim. MUDr. Ivana Mašková, tel.: 481 551 300, e-mail: ivana.maskova@nemjil.cz

s řízením společností působících v cestovního ruchu a při konkurzu prokázal znalost horského prostředí. Je také dlouholetým členem Českého spolku horských průvodců, pracoval v soukromém i neziskovém sektoru. „Věřím, že pan Jakl uspěje, pokud bude otevřeně komunikovat uvnitř organizace i se zakladatelem. V organizaci má vedle sebe zkušeného ústředního náčelníka Pavla Antla, který je profesionálem s bohatými záchrannými zkušenostmi,“ uvedla ministryně pro místní rozvoj a předsedkyně správní rady Horské služby ČR Klára Dostálová. Jakl uvedl, že se chce zaměřit na efektivní řízení, ekonomickou stabilizaci horské služby, na spolupráci s ostatními složkami integrovaného záchranného systému a na přípravu nové legislativy. „Mým cílem je záchranářům zajistit odpovídající materiální zázemí pro výkon jejich nelehké práce,“ uvedl. Podle údajů v obchodním rejstříku je Jakl vlastníkem a jednatelem několika společností. K Jaklovu podnikání mluvčí Horské služby ČR Radek Zeman řekl, že dneškem řízení cestovní kanceláře předal svému kolegovi. Další společnosti téměř žádnou činnost nevykonávají. Dodal, že žádná z Jaklových firem nepobírá evropské či státní dotace a ani se státem neobchoduje.

Ředitel Horské služby ČR je jejím statutárním orgánem a nejvyšším představitelem. Má především na starosti její finance a administrativní chod. Ústřední náčelník odpovídá za hlavní činnost horské služby, což je záchranářství a prevence. Antl je ústředním náčelníkem od srpna 2018. U Horské služby ČR, jejímž zřizovatelem je stát, je zaměstnáno asi 100 lidí, dalších 360 záchranářů je dobrovolných. Horská služba působí v sedmi českých pohořích. Předloni Horská služba ČR hospodařila s příjmy 170 milionů korun, z nichž provozní dotace od státu činila 141 milionů korun.

Horská služba ČR zejména organizuje a dělá záchranné a pátrací akce na horách, poskytuje první pomoc a zajišťuje transport zraněných. Také informuje veřejnost o povětrnostních a sněhových podmínkách na horách, hlídkuje na hřebenech, sjezdových tratích. Spolupracuje s ostatními záchrannými organizacemi v ČR i v zahraničí.

Zdroj: ČTK,
foto: Horská služba ČR



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

Lékaře/ku pro oddělení ARO Lékaře/ku pro Chirurgické oddělení Lékaře/ku pro Neurologické oddělení

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru
- specializovaná způsobilost v daném oboru popř. zařazení v přípravě na specializaci
- vhodné i pro absolventy
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti
- nástup ihned nebo podle dohody
- plný pracovní úvazek
- po zapracování možnost trvalého pracovního poměru
- výhodné mzdové ohodnocení v souladu s vnitřními předpisy dle dosažené praxe a kvalifikace

- možnost absolvování specializačního vzdělání bez smluvního závazku
- možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro další vzdělávání
- 5 týdnů dovolené + 1 týden navíc
- pracovní doba, včetně ÚPS v souladu se zákoníkem práce!
- možnost ubytování na ubytovně v areálu nemocnice
- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně
- příspěvek na penzijní připojištění (při plném pracovním úvazku a pracovním poměru trvajícím alespoň 1 rok)
- zaměstnaneckou slevu do lékárny 10%
- parkovací místo zdarma

• Nástup dle dohody

- Nemocnic Tábor, a.s. má akreditaci na vzdělávání lékařů

Bližší informace podá:

MUDr. Radovan Prchlik, primář oddělení ARO tel. 381 605 000 radovan.prchlik@nemta.cz
MUDr. Zdeněk Valásek, primář CHIR tel. 381 605 100; 733598971; zdenek.valasek@nemta.cz
MUDr. Alexandr Orel, primář NEUR tel. 381 606 200; 603224804; alexandr.orel@nemta.cz

Inzerce ▲ M191000244



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

Lékaře/ku pro oddělení Centrálních laboratoří - odbornost mikrobiologie

Náplň práce:

- diagnostická činnost v oboru lékařské mikrobiologie včetně činnosti Antibiotického střediska
- po zapracování v pracovní náplni důraz na konzultace antibiotické léčby s klinickými lékaři
- aktivní spolupráce s klinickými lékaři a oddělením nemocniční hygieny v rámci surveillance a prevence nozokomiálních nákaz

Požadujeme:

- VŠ vzdělání v oboru všeobecného lékařství - základní kmen v oboru interního lékařství nebo atestace v oboru mikrobiologie, infekční lékařství, interní lékařství, nebo v přípravě na atestaci z mikrobiologie výhodou
- trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost, samostatnost

Nabízíme:

- práce v mladém dynamickém kolektivu, moderní vybavení laboratoře (MALDI TOF)

- plný pracovní úvazek
- po zapracování možnost trvalého pracovního poměru
- výhodné mzdové ohodnocení v souladu s vnitřními předpisy dle dosažené praxe a kvalifikace
- náborový příspěvek 50 000 Kč
- možnost absolvování specializačního vzdělání bez smluvního závazku
- možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro další vzdělávání
- 6 týdnů dovolené
- možnost ubytování na ubytovně v areálu nemocnice v případě volné kapacity
- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně
- příspěvek na penzijní připojištění (při plném pracovním úvazku a pracovním poměru trvajícím alespoň 1 rok)
- zaměstnaneckou slevu do lékárny 10%
- parkovací místo zdarma

• Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

- Centrální laboratoře jsou držitelé NASKL II pro odbornost Mikrobiologie

Bližší informace podá:

MUDr. Pavla Novotná, primářka oddělení, tel. 381 607 300; e-mail: pavla.novotna@nemta.cz
MUDr. Alice Kuchařová, lékařka CL-MKB, tel 381 607 302, email: alice.kucharova@nemta.cz

Inzerce ▲ M191000245



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

FYZIOTERAPEUTA/KU ERGOTERAPEUTA/KU FARMACEUTICKÉHO ASISTENTA/KU

Požadujeme:

- zdravotnické vzdělání v oboru (SZŠ se specializací v oboru, VOŠ nebo VŠ)
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- odborná praxe vítána, není podmínkou
- zájem o práci v nemocničním prostředí

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek

- pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr
- mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání
- dobré podmínky pro další vzdělávání
- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně
- příspěvek na penzijní připojištění (při plném pracovním úvazku a pracovním poměru trvajícím alespoň 1 rok)
- zaměstnaneckou slevu do lékárny 10%
- parkovací místo zdarma

- **Nástup ihned, popřípadě dle dohody**

- **Nemocnice Tábor, a.s. má akreditaci na vzdělávání lékařů**

Bližší informace podá: **paní Gabriela Mazancová, DiS.**, vrchní fyzioterapeutka RHBO, mobil: 778 487 641, e-mail: gabriela.mazancova@nemta.cz
paní Miloslava Novotná, vrchní farmaceutický asistent oddělení, mobil: 721 981 850, e-mail: miloslava.novotna@nemta.cz. nebo **Mgr. Dana Podholová**, hlavní sestra mobil: 606 643 147, e-mail: dana.podholova@nemta.cz

Inzerce ▼ M191000246

Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace přijme

Lékaře/ku

obory: chirurgie a urologie

Požadujeme:
lékař s atestací v oboru, popř. v přípravě na atestaci

Nabízíme:
náborový příspěvek
možnost získat byt
výhodné odměny za ÚPS
dovolenou 5 týdnů
možnost dalšího vzdělávání bez kvalifikační dohody
příspěvky FKSP na stravování

Bližší informace: e-mail: menouskova@nemvy.cz, tel.: 517 315 130

Inzerce ▼ M191000230

Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

je přijímána na e-mailu: personalni.inzerce@mf.cz
nebo telefonicky: +420 225 276 380

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 7–8/2019

Šéfredaktorka

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

Redakční rada ZAM

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

Editor

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

Redakce

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

PhDr. Jana Jilková

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

Stálý spolupracovník redakce

Mgr. René Šifta

Výkonný manažer redakce, grafika a technické zpracování

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

Obchodní ředitelka

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

Personální inzerce

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



Generální ředitel

Ing. Jan Mašek

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

Marketing a distribuce

Ředitel marketingu, výroby a distribuce:

Jaroslav Aujezdský

Brand Manager:

Veronika Kocánková

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

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

Adresa redakce: Zdravotnictví a medicína,

Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,

sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,

e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyzraje:

SEND Předplatné, spol. s r.o.,

Ve Žitbku 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 komerčního povahy.

Snímky označené jako „Shutterstock“ použity

na základě licence od Shutterstock.com.

Tisk TRIANGL, a. s.

Číslo dáno do tisku 1. 8. 2019

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2019

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

Inzerce ▼ M191000232

SPLACHOVATELNÉ SÁČKY AURUM[®] XTRA

Kombinace dvou revolučních novinek v jednom unikátním splachovatelném sáčku.

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



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



zelená linka: 800 100 644

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

UZS

UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY



MLADÁ FRONTA

POZVÁNKA

ODBORNÁ KONFERENCE

pod záštitou předsedy vlády Andreje Babiše
a ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha

ZDRAVOTNICTVÍ 2020

HOTEL GRANDIOR
NA POŘÍČÍ 42, PRAHA 1

7.–8. LISTOPADU 2019

Hlavní témata:

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

Registrace a bližší informace:

www.medical-services.cz, www.uzs.cz

Generální partner



Hlavní partneři



Partner sekce



Vystavovatelé



Mediální partneři

