



10/2017

# ZDRAVOTNICTVÍ

---

# MEDICÍNA



vyšlo: 23. 10. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Konference Zdravotnictví 2018 naplnila očekávání

## VY A VAŠE KARIÉRA

*Investujeme do svých zaměstnanců,  
do svých nemocnic a do špičkové techniky.*

**JSME PŘIPRAVENI INVESTOVAT I DO VÁS!**

**PŘIDEJTE SE K NÁM  
A PRACUJTE PRO NEJLEPŠÍ!**



# Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získáte jako dárek

**kávovar**

**Cafissimo TUTTOCAFFÉ**

**v hodnotě 2999 Kč ZDARMA.**



## Postgraduální medicína

ODBOBNÝ ČASOPIS PRO LÉKÁRE



### Z obsahu

- Pacient s malou asymptomatickou proteinurií
- Starší pacient s chronickým onemocněním ledvin
- Pacient po transplantaci ledviny

## Postgraduální nefrologie v kazuistikách

4/2017  
ROČNÍK 19 • 129 Kč

## Tato nabídka platí jen do 22. 11. 2017

Cena ročního předplatného  
je 749 Kč



### Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku [mf@send.cz](mailto:mf@send.cz),  
uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**.

Do předmětu napište kód **PM 0517**.

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



### Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a info o požadovaném předplatném a periodiku.  
Uveďte kód **PM 0517**

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





# Jaké důsledky má nerovnost úhrad pro provoz nemocnic

Než se pustíme do úvahy o významu úhrad od zdravotních pojišťoven a důsledcích nerovnosti v úhradách, je třeba si připomenout, z čeho jsou tvořeny náklady a výnosy nemocnic. Platby od zdravotních pojišťoven činí zpravidla 80–90 % celkových výnosů. Zbývajících 10–20 % dělají především tržby z lékáren, z vedlejší činnosti (pronájem, ubytování, vaření a praní pro externí subjekty) a v neposlední řadě dotace, granty a dary. Je tedy zřejmé, že platby za zdravotní služby a výkony od pojišťoven jsou pro ekonomiku nemocnic klíčové a rozhodující.

Na nákladové stránce je významných položek mnohem více. Největší jsou osobní náklady. Ty tvoří okolo 40 % výdajů u velkých fakultních nemocnic (zejména, pokud je řada provozních činností outsourcována – úklid, prádelna, údržba, ostraha, stravování). U krajských a okresních nemocnic se podíl osobních nákladů pohybuje kolem 50–60 %. Obecně platí, že čím je zařízení menší, méně specializované a méně outsourcováno, tím je procento vyšší. Nejvyšší podíl osobních nákladů je u nemocnic následné péče, kde dosahuje 70–75 %. Další významné náklady v rozpočtu nemocnic jsou náklady na léky (zhruba 3–5 %), centrové léky (10–15 %), spotřební zdravotnický materiál (10–20 %), energie (3 %), provozní materiál, opravy, údržba a služby (5–10 %), náklady na prodané zboží v lékárně (5–10 %) či odpisy (3–6 %).

Pokud použijeme drobné zjednodušení, že ceny energií jsou v celé republice stejné, že všichni nakupují léky, spotřební zdravotnický materiál a služby za podobné ceny, že náklady na opravy či obnovu majetku (odpisy) jsou na jednotku produkce srovnatelné, pak lze konstatovat, že výše úhrad od ZP jednoznačně určuje výši osobních nákladů. Ta je v reálném světě samozřejmě ovlivněna i konkurencí v místě provozu nemocnice a to nejen mzdovými podmínkami okolních nemocnic, ale i výši mezd v ostatních odvětvích v daném místě. Ať jsou ale okolní podmínky jakékoli, mohu jako zaměstnavatel platit jen takové mzdy, na které mám příjmy. A ty jsou od ZP, nepočítám-li dopředu s tím, že budu tvořit ztrátu, kterou mi město, kraj či stát bude dorovnávat nějakou provozní dotací.

Odpůrci tohoto zjednodušení budou namítat, že velké nemocnice (např. fakultní) mají vyšší náklady



Specializovaná produkce dělá kolem 40 % CM celé fakultní nemocnice, zbylých 60 % produkce je stejných jako u okresních nemocnic, jen je mnohem lépe placena.

(Pokračování na straně 10)

na přístrojovou techniku nebo supermoderní technologie. Na druhou stranu lze uvažovat, že velké nemocnice s velkými objemy léků a materiálů, jsou schopny vyjednat s dodavateli lepší či nižší jednotkové ceny nebo že mají lepší přístup k dotačním prostředkům. Dalším oblíbeným argumentem, proč nelze systém narovnat a změnit je ten, že velké nemocnice dělají specializovanou a drahou péči a že mají v DRG bázích nákladově dražší pacienty. To je pravda, ale tyto specializované obory a výkony jsou v úhradě zohledněny vyšší vahou případu (CM), koeficienty specializace či stupněm závažnosti případu (CC, MCC), takže jsou samy o sobě lépe zaplacené.

## Volbami to nekončí. Naopak začíná

Minulý týden, dva dny před volbami, se ve zdravotnictví zase jednou protestovalo. Na chvíli se zavřely dveře několika tisíc ordinací praktiků a ambulantních specialistů a stovky lékáren. Bylo to pochopitelné? Rozhodně ano. Mělo to smysl? Rozhodně ne.

Vlastně šlo o velmi trefné gesto na rozloučenou s obdobím kabinetu Bohuslava Sobotky. Kabinetu, v němž se ve funkci ministra zdravotnictví vystřídali dva ředitelé velkých fakultních nemocnic. Kabinetu, který každou korunu, jež se ve zdravotnictví objevila navíc, standopéde poslal do nemocnic. Kabinetu, který se už ani neobtěžoval vetknout důležitost primární a ambulantní péče do svého programového prohlášení. Předchozí vlády to tam měly alespoň potřebu napsat, když už se tím potom neřídily. Z tohoto pohledu byl tedy každý milimetr protestu, každý gram zloby soukromých lékařů naprosto pochopitelný. Propast mezi přístupy vlády k lůžkovému segmentu a ostatním branžím českého zdravotnictví nebyla snad za žádné vlády hlubší.

Pokud jde o smysluplnost protestu, je to horší. Načasování bylo nešťastné. Období před volbami je na protesty fajn, ale ne dva dny před otevřením volebních místností. To by musel protest vypadat skutečně jinak, aby se dokázal vřadit mezi poslední a nejukrášenější předvolební témata, jako jsou lithium nebo kauzy Andreje Babiše. Takto hlas lékařů v předvolební vřavě zcela zanikl. Navíc z načasování není vůbec jasné, komu je protest určen – odcházející vládě, která si za pár týdnů sbalí fidlátko? Nebo té příští, o níž ještě

neví nikdo laur nic? Ani jeden z těchto cílů není vhodný. Ano, na Ministerstvu zdravotnictví se rodí úhradová vyhláška, ale jestli ji dopíše ještě Miloslav Ludvík, nebo někdo úplně jiný, je v tuto chvíli ve hvězdách. Kdyby lékaři uskutečnili svůj protest o měsíc dřív, když měl Ludvík ještě čas nad něčím přemýšlet, nebo o měsíc později, aby vstoupili do citlivých povolebních vyjednávání, dávalo by to větší smysl.

Pozdější načasování by bylo vhodnější také proto, že by praktiky mohli vítězným stranám mávat pod nosem jejich volebními programy. A to si autor textu troufá tvrdit, přestože v době psaní těchto řádek nemá nejmenší tušení, jak volby dopadnou. Posuďte sami. Hnutí ANO: „Posílíme úlohu praktických lékařů v péči o pacienty.“ KDU-ČSL: „Posílíme kompetence praktických lékařů.“ ODS: „Prosadíme (...) posílení role praktických lékařů.“ TOP 09: „Posílíme kompetence praktických lékařů.“ Dokonce i SPD Tomia Okamury: „Rozšíříme kompetence praktických lékařů v oblasti řízené péče.“ Starostové a nezávislí (kdyby náhodou): „Posílíme pravomoci praktických



lékařů.“ Výslovně zmínit praktické lékaře zapoměli ve volebních programech jen ČSSD, komunisté a Piráti.

I to je důvod, proč soukromým lékařům, a zvláště praktikům, rozhodně práce volbami neskončí, ale naopak začne. Úhradová vyhláška na příští rok je jedna věc, ale pokud se má něco skutečně pohnout, je třeba tlačít dál a důsledněji. Výraznější roli primární péče je třeba dostat do programu příští vlády. A je nutné se postarat, klidně chytře promyšlenými protesty, aby vláda na tento úkol nezapomněla. Namísto boje proti jednotlivostem, jako jsou povinné eRecepty nebo EET, je třeba přesvědčit vládu, že role primární péče je pro fungování moderního zdravotnictví klíčová a že bez důsledného uplatnění principu gatekeepingu jsou všechny snahy o efektivitu polovičaté. Je nutné hledat a navrhnout nástroje pro ztraktivnění oboru pro studenty medicíny. Nebude to snadné, ale mnoho silných argumentů je na straně soukromníků. Zbývá je uplatnit.

Martin Čaban,  
autor je komentátorem deníku EIS



**ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA**

číslo 10/2017

**Šéfredaktorka**

MUDr. Andrea Skálová  
(Medicína a kongresové zpravodajství),  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

**Redakce**

Mgr. Pavlína Perlíková,  
tel. 225 276 295, e-mail: perlíkova@mf.cz

**Editor**

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

**Stálí spolupracovníci redakce**

Martin Caban,  
Martin Ježek

**Grafika a technické zpracování**

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

**Redakční rada ZAM**

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA  
(předseda)

MUDr. Václava Bártů

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.

prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

MUDr. Radkín Honzák, CSc.

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

MUDr. Ondřej Měšťák

Mgr. Jana Nováková, MBA

MUDr. Hana Roháčová

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

MUDr. Jana Vojtěšková

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

**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


**mladá fronta**
**Výkonný ředitel**

Ing. Jan Mašek

**Ředitel divize Medical Services**

Karel Novotný, MBA

**DTP**

Miloslav Pařík (vedoucí), Milan Kubička, Petr Novák

**Marketing a distribuce****Ředitel marketingu a distribuce:**

Bc. David Švanda

**Brand Manager:**

Petra Trojanová

**Manažerka výroby a distribuce:**

Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

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

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

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

**DISTRIBUCE TITULU**

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
SEND Předplatné, spol. s r. o., Ve Žlábku 1800/77, hala A3,  
193 00 Praha 9, tel.: 225 985 225, mobil: 777 330 370  
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 Pressegrasso, a. s.,  
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183, Vajnorská 137,  
830 00 Bratislava 3, tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819  
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

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

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

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

**Tisk TRIANGL, a. s.**

Číslo dáno do tisku 19. 10. 2017

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2017  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

# Vize zdravotnictví 2018–2021



*Letošní programy si byly natolik podobné, že kdyby nebyly podepsané, bylo by těžké poznat, zda patří levici či pravici. Skoro všichni chtějí dbát o prevenci, dolít peníze do zdravotnictví, definovat úhradový standard, udělat „něco“ s úhradovou vyhláškou a podpořit zdravotníky.*

Tvůrci volebních programů, patrně z nedostatku odvahy, nešli do potřebných detailů. Nikdo neříká „necháme soutěžit poskytovatele podle ceny a kdo neuspěje, ať zkrachuje“, ale ani naopak „budeme platit stávající sít, ať je drahá, jak chce, a nově do ní nepustíme“. Nikdo neříká „cokoliv nad 1,3 milionu Kč/QALY vyhodíme z úhrady a kdo na to nemá, ať sbírá víčka nebo umře“, ale ani „inovativní léčbu budeme hradit za každou cenu, zato léčbu oběžných a kuřáků zatížíme 50% spoluúčastí“. Následkem neurčitosti programů může uzavřít koalici v podstatě kdokoliv s kýmkoliv, aniž by si nějak zvlášť zadal. Tvrdá rozhodnutí pak budou vznikat živelně a občané se budou divit, co že to vlastně volili.

Dostaneme to, co jsme volili?

Zdravotnictvím proteče za čtyřleté volební období bilion (10<sup>12</sup>) korun. Většinu rozhodnutí o jeho rozdělení činí ministr: vydává úhradové vyhlášky, rozhoduje o dotacích, dozoruje pojišťovny, může úkolovat nebo vyměnit ředitele státních nemocnic. Na parlament nemusí příliš dbát. Letos ale větší strany jasně neřekly, kdo je jejich



„stínový ministr“. Nemusí to vlastně ani být naši respondenti a úspěšní kandidáti. Konkrétně, Jiří Běhounek vyhrál pro ČSSD na Vysočině všechny volby od 2008 s tisíci preferenčních hlasů, ale ministři se stali jiní, kteří volbami neprošli a odpovědnost před občany nenesou ani letos. Petr Zimmernmann z ODS nekandiduje, u ANO je aspirantů více, jasný je snad jen Leoš Heger z TOP 09 a Soňa Marková za KSČM. Reálně proto hrozí, že z povolebního jednání vzejde nějaká kreatura, kterou by nikdo nevolil, přesto se

nám o zmíněný bilion bude starat.

Poslední výtky se týkají hlavně vládních ČSSD, ANO a KDU-ČSL. Jejich letošní programy se blíže podobají těm z minulých voleb i vládnímu prohlášení z roku 2014. Slíben byl zejména „předvídatelný, stabilní a průměrným nákladům odpovídající systém úhrad pro všechny typy zdravotní péče“ a „stejná úhrada za stejný rozsah a srovnatelnou kvalitu péče“. Místo toho máme úhradovou vyhlášku 2018 a projekt DRG Restart s termínem dokončení 2021. To nestačí.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.,  
odborník na zdravotnické právo



V Praze proběhla 12.–13. října odborná konference Zdravotnictví 2018. Letos po čtvrté se setkali nejvýznamnější zástupci z oblasti zdravotní politiky, ekonomiky a odborné zdravotní péče, aby společně diskutovali nad situací v českém zdravotnictví a o výhledech do dalších let. Konferenci tradičně pořádala divize Medical Services nakladatelství Mladá fronta a.s., ve spolupráci s Unii zaměstnavatelských svazů ČR. Součástí konference byla i předvolební politická debata, jejíž komentované hlavní body přinášíme níže.



**MUDr. Jiří Běhounek,**  
nestraník za ČSSD

Volební program sociální demokracie si můžete všichni přečíst. Jsou tam zásadní věci, které jsme říkali dlouhodobě. Jsem přesvědčen, že bez toho, aby se domluvili všichni hráči, to ale nepůjde. Jsem v tomhle směru asi naivní idealista, věřím totiž, že jsme schopni se domluvit. Zdravotnictví je v docela dobré kondici, ale má špatnou náladu. Budeme muset asi všichni ustoupit a začít realisticky říkat, co jsme schopni zaplatit, co vystavět i jak v systému udržet peníze. Musíme společně jednat, bude to na všech hráčích. Jsem přesvědčen, že dohoda je možná. Uvidíme. Vyzývám všechny, abychom se k ní snažili přiblížit.

#### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

ČSSD lze hodnotit jako „ministerskou“ stranu. Označujete si sami: univerzitní nemocnice, úhrady zdravotnických prostředků, vzdělávání lékařů, reforma Seznamu výkonů, férová Úhradová vyhláška, elektronizace zdravotnictví. Líbilo se?

Daňovým poplatníkům se letos vzalo o padesát miliard víc než v roce 2013, které se přiděly podle historicky křivého klíče prioritně nejdražším nemocnicím (úhradová vyhláška), vykážou se léky předražené o bonusy a část potřebné péče se naopak neuhradí. Na tom se hráči domluvili – ne všichni, ale ti silní. Slabší nikdo nepsouchal a občané, kteří celou hru platí, stěžejí dosáhli práva znát výsledky dohod (zveřejňování smluv). To je zdroj té špatné nálady a také neefektivit, které se nám v příští krizi vymstí.

Role ministra je řídit zdravotnictví výhradně v zájmu občanů, ne asistovat dohodám silných hráčů o rozdělení veřejných peněz, tedy jestli ČSSD neplánuje změnit náš stát z demokratického na korporativní.



**doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.,**  
TOP 09

Klademe velký důraz na prevenci a motivaci lidí v prevenci, protože budou-li zdraví, tak nespotečují tolik péče. Chceme dolít více financí jak ze zdrojů soukromých, tak ze státních, chceme posílit roli zdravotních pojišťoven a zvyšovat efektivitu. Klademe obrovský důraz na primární péči a myslím si, že je potřeba motivovat praktické lékaře, aby dělali činnosti, které dělají lékaři na západ od nás. Co pokládám ve finanční oblasti za nejdůležitější, je definování nároku pacienta. Kdybychom chtěli jen o jeden procentní bod zvýšit podíl financím, které jdou do zdravotnictví z HDP, potřebovali bychom 40 miliard, přičemž současná doba dovolila navýšení ze státních zdrojů o 3,5 miliardy. Definování nároku pacienta není žádný asociální program, jak je nám často podsouváno z levicového spektra. Velmi jsme se poučili v tom, že je potřeba dělat pravcovou politiku opatrně a sociálně akceptovatelně, jinak se všech zhroutí. Jsme přesvědčeni, že prostoru na to je dost třeba v oblasti nástupu nových technologií či v úhradových mechanis-

mech, kde je potřeba zavést trošku pořádek a udělat rozhodovací mechanismus, který by nepokryval jen léky, ale všechny technologie. Musíme udělat pořadí, které technologie jsou v daném roce společensky nejprospěšnější, ať se jedná o masivní jednoduchá onemocnění nebo vzácná onemocnění. Musí zde dojít ke konsenzu a nesmíme překračovat rozumné hranice.

#### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

S definováním nároku lze plně souhlasit, ale TOP 09 nemůže slíbit ani zajistit „dolit více financí ze zdrojů soukromých“. Zda si nad rámec povinného pojištění občané nějakou péči koupí nebo nekoupí z vlastní kapsy, je výhradně jejich rozhodnutí.

Rozhodování o „pořádku v nástupu nových technologií“ je eufemismus pro limit solidární úhrady na inovativní léčbu, a „pořádek v úhradových mechanismech“ je rovněž eufemismus pro krach neefektivních poskytovatelů a tvrdou restrukturalizaci sítě. Oboje je potřeba, ale konsensus bych nepředpokládal. Ministra před kritikou a Ústavním soudem spasí jen předem daná, férová, transparentní a zákonem daná pravidla. Zvládne TOP 09 reparát po zrušených nadstandardech z roku 2012?



**MUDr. Vít Kaňkovský,**  
KDU-ČSL

Ve zdravotnictví se už nějaký ten pátek pohybují a musím říct, že za těch něco víc než 20 let jsme v podstatě pořád bojovali hlavně o finance. Zásadní úkol pro nadcházející volební období je řešení personální záležitosti a to jak v nemocnicích, tak rovněž v primární a ambulantní péči. To je dnes asi jeden z největších úkolů. Kroky vedoucí ke stabilizaci zdravotnického personálu vidíme jako jeden z nejdůležitějších úkolů a rovnou také říkáme, že jeden z nejtěžších. Myslíme si, že problém není pouze v plátech, byt je potřeba je dále navyšovat ve všech segmentech zdravotní péče, ale že je potřeba udělat i kroky další. Všichni víme, že bojujeme s přemírou administrativy, proto je nutné se vážně zamyslet jednak nad zákonem o zdravotních službách a jednak nad vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Základem financování by mělo nadále zůstat veřejné zdravotní pojištění, ale jsme přesvědčeni, že revizi si zaslouží zákon o veřejném zdravotním pojištění. Jsme ochotni diskutovat o některých změnách ve smyslu výcesložkového pojištění. Potřebujeme dostat další finance do našeho zdravotního systému, a pokud budeme tvrdit, že to všechno zvládneme jen ze stávajících zdrojů, tak se vývoj naší medicíny zastaví. Je potřeba dokončit i automatickou valorizaci plateb za státní pojištěnce, protože to je velmi důležitý stabilizační krok. Je nutné se o tom bavit, abychom pacientům umožnili si na některé věci doplatit. Jsme ochotni diskutovat o nadstandardech, nicméně ty nesmí ohrozit přístup ke standardní péči pro pacienty. Za velmi důležitý úkol považujeme primární prevenci. To je oblast, která je v naší zemi zanedbaná a která prodražuje léčebnou péči. Pak je to záležitost dokončení koncepce organizace a financování paliativní hospicové péče o dlouhodobě nemocné.



## Obsah

### Z domova

- Jaké důsledky má nerovnost úhrad pro provoz nemocnic 3
- Volebami to nekončí. Naopak začíná 3
- Víze zdravotnictví 2018–2021 4
- Duel: Předčasné propuštění z porodnice 7
- Téma: IT ve zdravotnictví 8
- Jaké důsledky má nerovnost úhrad pro provoz nemocnic 10
- České zdravotnictví je nestabilní, pacientům pomůže Index zdraví... 11
- Kam kráčí péče o děti a dorost v Čechách? 12
- Na Ministerstvu zdravotnictví primární péči nerozumí 13
- Právní poradna 14
- Koho se týká příplatek za směnnost? 15

### Sestra

- Malé ohlédnutí za loňským ročníkem Sestry roku 17
- Včasná diagnostika sepse 20
- Multioborové setkání nad tématem selhání střeva 23
- Dvoudenní kongres Kožní kliniky na Bulovce 23
- Celodenní revmatologicko-ortopedické sympozium 23

### Medicína

- Sjezd ČSARIM oslavil první celkovou anestezii 25
- Paliativní péče politiky ani plátce příliš nezajímá 27
- Kam směřuje dětská paliativní péče v ČR? 27
- Ordinance bez front a bez kartoték 28
- Kdysi se toho ani za deset let neudálo v medicíně tolik, co nyní během... 29
- Cílená léčba pacientů s polycystózou ledvin... 30
- Nové cesty pro účinná antiretrovirotika 31
- Ocenění za software pro diagnostiku pacientů se srdečním selháním 31
- Cena pro publikaci Mladé fronty 31
- Atezolizumab schválen v nových indikacích 32
- Adalimumab pro neinfekční uveitidu 32
- Novým děkanem LF MU bude od února Martin Bareš 34
- Společnost ALS v Praze otevřela novou... 35
- EMGM 2017: Invazivní bakteriální patogeny na mušce 36
- Projekt Simulační centrum VFN v Praze podpořen k financování 37
- Císařský řez na přání aneb selhání předporodní přípravy 37
- Nový ultrazvuk a transportní lehátka pro FNKV 37
- Lékárník není prodávací ani hokynář, ale zdravotník 38
- Odborníci na sociální péči se setkali v Táboře 39
- Obory by měly komunikovat a fungovat jako celek 42
- Šest tisíc vystavovatelů na veletrzích MEDICA 2017 a COMPAMED 2017 43
- Péče o zdraví za zdi věznic 44
- Role lékaře ve vězení není víc nebezpečná než jinde 45
- Gravidita s roztroušenou sklerózou 46
- Metadonová substituční terapie v ČR 48
- Českému národnímu registru dárců dřeně je 25 let 49

### Personální inzerce

49

## ZDRAVOTNICTVÍ

## MEDICÍNA



### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

Sliby jako „další finance do zdravotnictví“ nebo „valorizace plateb za státní pojištění“ jsou ve skutečnosti sliby zvyšující daní a odvodů pro občany – veřejné peníze se musejí někde vzít. Určitě je nutno změnit úhradové předpisy nebo pravidla vytvářející zbytečnou administrativu. Vláda zahrnující KDU-ČSL na to měla čtyři roky, stav včeri 2013 je ale nezměněn nebo i horší. Křesťanská strana by měla předvést více schopnosti rozpoznat dobré od zlého a méně ochoty k vládnímu kompromisu.



### MUDr. Roman Sýkora, Ph.D., MHA, Realisté

Realisté se dívají na změny ve zdravotním systému České republiky ze tří úhlů. Prvním je postavení lékařů a zdravotního personálu. Postavení zdravotních sester je v ČR všeobecně špatné, proto je třeba ho zlepšovat tím, že se budou navyšovat platy. Ambulantní specialisté ve srovnání s nemocničními lékaři nebo zdravotnickým personálem v nemocnicích jsou na tom významně lépe. Je třeba velmi razantně sáhnout do postgraduálního vzdělávání, tam je absolutním zmatek. Musím říct, že věc je v praxi velice komplikovaná a složitá, což souvisí s akreditací zdravotnických zařízení. Jako ředitel záchranky nechápu, proč bych si nemohl vzdělávat svoje lékaře sám. Druhou záležitostí je podívat se na standardy a nadstandardy a na možnosti konkurence zdravotních pojišťoven. Systémy, v nichž si pojišťovny konkurují, již existují ve Švýcarsku či Holandsku. Odvod státu za státní pojištění je v zásadě docela nízký – asi jedna třetina, zatímco dvě třetiny jdou od zaměstnanců. Je třeba definovat základní nárok a najít určitou možnost, jak si připlatit, čímž se do systému vnesou kýžené soukromé peníze, které celkově navýší budget ve zdravotnictví. Úhradová vyhláška musí být zničena, protože s ní nelze pracovat a brzdí naše zdravotnictví. Kontakt pojišťoven s poskytovatelem povede k větší efektivitě, pacienti si budou u pojišťovny vybírat svůj zdravotní plán podle své vlastní potřeby a svoji vlastní vizi si budou dohrazovat u pojišťovny. Nikdy se nesmí stát, aby péče nebyla garantovaná státem. Nárok ze základního pojištění ale musí zůstat. S tím souvisí, že pacient musí být dobře informován, aby mohl do systému vstupovat a osobně se rozhodovat.

### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

Všichni by zvyšovali platy. Předtím by měl ale proběhnout „personální audit“ pro zjištění, které sestry dělají práci zbytečnou (papírování) nebo nekvalifikovanou, kteří konkrétní lékaři berou málo, kteří naopak příliš a proč. Zrušit úhradovou vyhlášku? Jasně, ale co nabízí Realisté místo ní? Tržní soutěž o cenu? Direktivní přidělování rozpočtů? O konkurenci pojišťoven a volbě zdravotních plánů už jsme tu slyšeli. Funguje to bezvadně u zdravotních, aktivních a bohatých. Ale modelovým klientem solidárního zdravotnictví je vážně nemocný, nesvéprávní senior bez majetku. Co přinese zavedení švýcarského nebo holandského modelu typické populaci na lůžkách českých okresních území?



### Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, ANO

Debata se odehrává zejména na bázi financí a kolik dalších miliard má do českého zdravotnický přídělek, jestli navýšit platy o pět nebo deset procent, myslím si, že to

ale není gró. Řešila se otázka, kolik je průměr OECD a jaká jsou doporučení. Ale OECD a Evropská komise nám každý rok dávají řadu dalších doporučení, jež se týkají toho, jak systém zefektivnit, které vůbec nereflektujeme. Přál bych si, aby se začala odehrávat spíše na systémové úrovni. Měli bychom se ptát, co udělat s českým zdravotnictvím, aby bylo efektivní, transparentní a aby byla silná role pacienta. Chceme posílení transparentnosti zdravotnictví na všech úrovních, z hlediska hospodaření nemocnic, vstupu nových výkonů do úhrad, schvalování technologií, kde je právě netransparenčnost flagrantní. Chceme posílit informovanost občanů, měřit kvalitu péče v českém zdravotnictví a zveřejňovat určitá data, která jsou k dispozici. Chceme podporovat primární péči, prevenci a motivaci občanů k odpovědnosti za vlastní zdraví. Když se podívám, co říká WHO a co hraje roli ve zdraví obyvatelstva, tak ve více než 50 % je to životní styl a rizikové faktory, zatímco kvalita zdravotní péče hraje roli tak z 10 až 15 %. Není to o tom, že budeme podporovat pouze nemocnice, musíme podpořit i primární péči a například jednodenní chirurgii. Definujeme nárok pacienta, reformujeme fungování zdravotních pojišťoven, aby byly odpovědné a měly jasné podmínky. Chceme odpolitizování VZP, elektronizaci zdravotnictví, zlepšení řízení nemocnic, benchmark hospodaření nemocnic, provázání zdravotní a sociální péče i podporu domácí péče v rámci dlouhodobé péče, zavedení systému hodnocení vstupu nových technologií do zdravotnictví a v neposlední řadě zlepšení vzdělávání a pracovních podmínek mladých lékařů, protože ze všech výzkumů vyplývá, že pro mladé lékaře není klíčový plat, ale jsou pro ně důležité pracovní podmínky.

### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

Toto vše bylo známo už v roce 2013, vláda zahrnující ANO měla čtyři roky času, výhodu hospodářské konjunktury a velké parlamentní většiny. Nyní je 2017, neudělalo se skoro nic, rezervy na účtech pojišťoven nejsou a rekordní příjmy se projedly. Že „ministra měla ČSSD“ není omůvňující. Nové zákony o pojišťovnách či o úhradách mohly být vypracovány a předloženy i tak. Nebyly. Chce ANO raději reformovat zdravotnictví až v podmínkách ekonomické a personální krize? Pokud uspěje ve volbách, asi bude muset.



### MUDr. Petr Zimmerman, ODS

České zdravotnictví stále ještě funguje. A nefunguje úplně špatně. Co ho ovšem provází celou dobu je trvalé napětí mezi neomezenými potřebami a vždy omezenými zdroji. Panuje všeobecná nespokojenost a systém by se dal označit za neefektivní, neprůhledný, nelogický, nespravedlivý. Všichni jsou nespokojeni, i když všechno funguje, dále jsou zde: nemožnost si legálně připlatit, problém předstírání, že zdravotnictví je zadarmo či problém konfliktu zájmu státu. Chceme, aby zdravotnictví bylo založeno na systému všeobecného zdravotního pojištění, jenž garantuje, že zejména v situaci vážné nemoci nebo úrazu se lidé mohou spolehnout, že budou ošetřeni a že je to ekonomicky nezneškodí. Poplatky v nemocnicích podle mne nikoho nevedly do bída. Jejich zrušení z politických důvodů ale zdravotnictví připravilo o 5 miliard. Valorizace odvodů za státní pojištění je 60 % zrušených poplatků. Chtěli bychom, aby zdravotnictví bylo více otevřené, založené na rovných podmínkách poskytování zdravotní péče bez ohledu, jestli ji poskytují soukromí lékaři, státní, městské či soukromé nemocnice. Chceme konkurenci jak mezi lékaři, tak mezi zdravotními pojišťovnami,

aby si pacienti mohli vybrat, aby měli jistotu, že budou ošetřeni, a aby dostali možnost si za péči legálně připlatit. Platby totiž v českém zdravotnictví probíhaly, probíhají a určitě dále probíhat budou. Chtěli bychom zjednodušit a zpřehlednit vyhlášku, sazebník a stanovení cen léků i zdravotnických prostředků, zásadním způsobem zjednodušit vzdělávání, aby lékaři měli jasnou perspektivu a nestalo se, že 10 let po promoci nemají ani jednu atestaci. Chtěli bychom individuální zdravotní pojištění a obnovit strop na zdravotní pojištění, jako je to u pojištění sociálního, kde je strop ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy.

### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

ODS měla svou šanci v letech 2006–2010. Právě z této doby jsou mnohá z pravidel, kvůli kterým je systém „neefektivní, neprůhledný“ atd. Namátkový výčet: libovůle ministra při tvorbě Sazebníku výkonů, těžkopádný systém úhrad léčiv před SÚKL, nemluvě o „regulačních“ poplatcích navržených tak špatně, že posílaly pacienty do exekuce. Zrušil je Ústavní soud a zdiskreditovaly spoluúčast nadlouhou dobu dopředu. Je ODS v roce 2017 dost nová, aby dostala druhou šanci? Záměry proponované doktorem Zimmermannem by stály za pozornost, stejně jako kdysi návrh reformy harvardského odborníka doktora Hroboně, muselo by být ale dáno, že po volbách nebude za ODS zavádět někdo jiný něco zcela jiného.

### JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.:

#### Jak jsou na tom SPD, KSČM a Piráti?



Kvůli volebním prognózám zaslouží zmínku ještě další strany. SPD navrhuje digitalizaci, rozšíření pravomocí praktiků, zpoplatnění studia cizinců na lékařských fakultách a větší kontrolu pojištěnců nad prostředky zdravotního pojištění. Zde by možná trocha přímé demokracie pomohla. Otázkou je, jaký přístup by SPD zaujala k arabským, ukrajinským a dalším lékařům a sestřím, kteří již dnes drží personálně nejednu okresní nemocnici nad vodou.



Na KSČM je zajímavý záměr páteční sítě nemocnic, ambulancí a lékáren, s jedinou pojišťovnou a s plně bezplatnou péčí. Jde o legitimní alternativu – koneckonců, současný systém úhrad je jen nepřiznané rozpočtové financování, které si na trh pouze hraje, tak proč to nepřiznat oficiálně. V takovém systému není ovšem potřeba ani jedna pojišťovna, peníze může rozdělovat stát rovnou. KSČM u mne má plus za bod „stanovení pravidel pro marketingové pobídky farmafirem“, protože současná politická garnitura považuje „bonusy“ za normální a prospěšné, ač tomu tak není.



Piráti mají v programu zajímavý bod voleb do orgánů zdravotních pojišťoven, který podle mého názoru není novátorský, nýbrž je vyjádřením tradičních demokratických principů podle Ústavy, jak snad brzy konečně posoudí i Ústavní soud. U Pirátů lze také ocenit důraz na samozřejmý přístup občana k informacím o penězích, jež odvedl. A protože u Pirátů je pár lidí, kteří zjevně umí používat počítač, mohla by jejich účast v politice vést k projektům elektronizace, které budou skutečně fungovat.

Připravil: Mgr. Denis Drahoš  
Foto: Jana Schrammová



# Předčasné propuštění z porodnice

O názory na předčasné propuštění z porodnice, rizicích pro maminku i miminko, jež z toho plynou, i měření kvality poskytované péče se podělili **MUDr. Miroslav Kobsa, MBA**, primář Dětského a novorozeneckého oddělení Nemocnice Nový Jičín, která patří do skupiny AGEL, a **MUDr. Alexandr Barták**, gynekolog a porodník.

Foto: archiv Alexandra Bartáka



1. Prováděli jste ve svém zařízení průzkum mezi rodičkami, jestli by měly zájem o dřívější propuštění z porodnice? Nebo u vás převažují maminky, které by raději preferovaly hospitalizaci po standardní dobu?
2. Jaké jsou podmínky propuštění maminky a miminka do domácí péče? A jaká to pro ně má vlastně rizika?
3. V současné době se hodně mluví o měření kvality poskytované péče v nemocnicích a u praktiků. Měříte a vyhodnocujete nějakým způsobem kvalitu poskytovanou vašim porodnickým zařízením?



Foto: archiv Miroslava Kobsy

## MUDr. Alexandr Barták

1. Je to různé. Jsou matky, jež by, pokud jde o dobu hospitalizace, preferovaly propuštění třeba hned následující den po porodu. Jedná se zejména o vícerodičky, které již mají doma děti, mají zkušenosti s péčí o novorozence a po porodu se obvykle cítí dobře. Ale jsou i takové, které si docela rády ty tři dny v porodnici odpočinou. A prvorodičky třeba zase oceňují, že se naučí o novorozence pečovat. Ale i mezi nimi jsou takové, které by rády domů odešly dříve, jsou to takové ty různé „alternativní“ matky. Ty dokonce někdy chtějí odcházet již dvě či tři hodiny po porodu, čemuž se pak říká „ambulantní porod“. Ale takové se v našem ústavu vyskytují zřídka.

2. Třídenní lhůtu, po kterou by matka měla být po porodu hospitalizovaná, prosazují spíše pediatrii a na důvody se musíte zeptat jich. Z našeho porodnického hlediska by vlastně matka domů ve většině případů jít mohla, žádná velká nebezpečí jí nehrozí a já si myslím, že normální, průměrně inteligentní, přiměřeně vzdělaná a poučená žena je schopná případné komplikace rozpoznat a lékaře vyhledat včas. Ale lidé jsou různí a jsou schopní dělat neuvěřitelné pošetilosti. Když se jim to pak vymstí, stěžují si a podávají žaloby na zdravotnická zařízení, že kdyby leželi v nemocnici, nemohlo se to stát. Může rovněž nastat nějaká nehoda. Znáám případ ženy, která si vymohla předčasné propuštění z nemocnice, podepsala revers a na vlastní žádost proti radě lékaře odešla domů. Druhý den pak upadla na chodníku, naneštěstí do vozovky pod projíždějící auto, a bylo z toho trestní stíhání proti lékaři, který ji propustil a nepoučil, že může upadnout... Lékaři se také bojí, a proto ženy raději nechávají ležet v nemocnici, i když obvykle je jim také jasné, že by mohly jít domů. Já sám jsem kdysi několik let pracoval v zahraničí a ženy jsme propouštěli hned druhý den po porodu. Když maminka porodila po půlnoci, tak vlastně ještě tentýž den. A nepamatuji, že by to zapříčinilo nějaký průšvih. Když došlo ke komplikacím, měli lidé dost soudnosti, aby se do nemocnice vrátili. Bylo to v severní Africe, kde se o velkém zdravotním uvědomění mluvit nedalo.

3. Ono je těžké říci, co to je vlastně ta „kvalita“ péče. Co je tedy „dobrá“ nemocnice nebo „dobrá“ porodnice? Je to ta, kde se nejvíc operuje? Nebo ta, kde se nejmíň operuje, třeba kde se dělá nejmíň císařských řezů? Nebo je to ta, která má nejlepší ekonomické výsledky? Či to zařízení, kde se pacientkám nejvíc líbí? Jednou, když jsem byl v zahraničí, ptal jsem se šéfa, co chápe pod pojmem „dobrý lékař“ (toto sousloví se tam skloňovalo často a ve všech pádech). Zjistil, že neví, zamyslel se a řekl: „Dobrý lékař je ten, se kterým nejsou problémy.“ A musím uznat, že lepší definici jsem od té doby neslyšel. Řekl bych, že se to dá vztáhnout i na nemocnice. V zařízení, v němž pracuji, jsou pro pacientky k dispozici anketní lístky, ale neřekl bych, že to alespoň my lékaři bereme nějak moc vážně. Proč? Snad jsem to již vysvětlil.

## MUDr. Miroslav Kobsa, MBA

1. Samozřejmě, že nás zcela na začátku zajímal názor samotných maminek. Z oslovených 155 rodiček preferovalo krátkou dobu hospitalizace do 48 hodin 39 %. S klasickou délkou pobytu na porodním oddělení nemá problém 45 % maminek, zbytek se neuměl v danou chvíli rozhodnout. Výsledek nás vcelku mile překvapil, protože ukazuje, že dotázané maminky nepreferovaly žádnou módnost, ale přistoupily k tomu zcela racionálně a každá podle toho, na co se cítila v době zcela čerstvé zkušenosti s porodem.

2. Podmínka je vlastně jen jedna – profit jak pro dítě, tak i pro maminku. A to ve všech aspektech. Museli jsme odlišovat reálná rizika od hypotetických. Právě ta druhá bývají často argumentem opačných názorů. Pokud bychom to mohli krátce sumarizovat – nekomplikovaný a tedy fyziologický porod s minimální lékařskou asistencí, zcela normální a bezproblémová adaptace novorozence, zajištění všech potřebných screeningových procesů a okamžitá návaznost péče po propuštění. Jsme přesvědčeni, že splnění těchto čtyř podmínek zajistí dostatečnou míru bezpečnosti. K tomu musíme ještě přidat velmi podrobnou informovanost rodičů, aby i jejich rozhodnutí bylo kvalifikované a hlavně rozumné. Rád bych podotkl, že v tomto uvažování nemáme naštěstí žádný primát a že se náš názor stává součástí podobných nebo synchronních odborných názorů. To je i naše jistota, nejsme hazardéři. Často býváme konfrontováni s metodickým opatřením MZČR na téma Postup zdravotnických zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče. Hovoříme tedy jasně o doporučení, které nemůže mít vyšší právní sílu než Zákon o péči a o zdraví a než má Listina základních práv a svobod, kde je mimo jiné ukotveno, že veškerá poskytnutá péče může být vykonávána pouze se souhlasem pacienta nebo v případě dítěte jeho zákonných zástupců. Za sebe mohu říci, že má 37letá praxe pediatra určitě nepodléhá módním trendům a že mé názory jsou opřeny právě o dlouhou praxi.

3. Sledování kvality péče je poměrně složitá záležitost a v současné době neexistují žádné specifické markery, které by vyhovovaly pohledu na hospitalizaci novorozenců po porodu jako takovou. Z toho důvodu nemůžeme zatím nic kvalifikovaně vyhodnocovat. Buďte potřeba daleko širší konsensus odborné veřejnosti, aby výsledky byly srovnatelné a použitelné.

Připravil Mgr. Denis Drahoš



# Téma: IT ve zdravotnictví

**1. V dnešní době si lze bez informačních technologií představit úspěšného manažera stěží. Je pro vás moderní technologie nepostradatelná? Zaujala vás v poslední době nějaká novinka a pomohla by k rozvoji firmy?**

**2. Hodně se diskutovalo o tzv. čtvrté průmyslové revoluci (Průmysl 4.0). Pociťujete dopady těchto vizí ve svém oboru?**

**Jan Tomčík**

předseda představenstva,  
Sprinx Systems, a.s.



Foto: archiv Jana Tomčíka

1. Pro mne osobně je chytrý telefon nepostradatelný, ať již jako pracovní prostředek (komunikace, mobilní kancelář), nebo jako nástroj pro organizaci i obohacení volného času. Z nových trendů je pro nás velmi zajímavá aplikace umělé inteligence (AI). Většina našich řešení pro farmaceutické společnosti přináší uživatelům výraznou úsporu času automatizací rutinních činností. Doplnění podpory rozhodování využívající AI je tak logickou cestou dalšího rozvoje našich služeb.

2. Čtvrtá průmyslová revoluce u nás zatím zůstává vizí. Nejen v našem oboru, ale i ve většině ostatních. Důkazem toho je mimo jiné současná nízká nezaměstnanost, přesný opak toho, co s sebou Průmysl 4.0 přinese. Je ale možné, že právě současný nedostatek pracovních sil pociťovaný napříč většinou oborů, a s tím spojený trend stoupajících nákladů na pracovní místa, povede k urychlení příchodu souvisejících změn. V našem oboru v tomto směru nicméně rychlé změny nečekáme, převažuje u nás kreativní práce, kterou nebude možné automatizovat tak brzy jako manuální.

**Petr Czak**

IT manažer, Egis Praha



Foto: archiv Petra Czaka

1. Jako člověk zodpovědný za informační technologie a jejich nasazení v naší společnosti jsem neustále obklopen nejnovějšími technologiemi a samozřejmě se pro mě některé staly nepostradatelnými. Bez chytrého telefonu či tabletu, které mi poskytují téměř neomezenou mobilitu a přístup k potřebným datům, bych se obešel již jen těžko. Přesto mám někdy pocit, že pro všechny technologické novinky jsme nepostradatelní spíše my (jako uživatelé), nežli ony pro nás. Pro tablety jsme ovšem našli nezastupitelné využití pro všechny kolegy v obchodním oddělení, především díky jejich mobilitě a schopnosti mít neustále při ruce vše, co dříve zůstávalo doma v notebooku. Dobrý hardware, ale tvoří jen třetinu úspěchu, a proto mě z novinek nejvíce zaujalo softwarové vybavení, jež dokáže do tabletu dostat všechna firemní data bezpečně a dále je spravovat při jejich odcizení nebo ztrátě. Samozřejmě i pomalu nastupující internet věcí přinese spoustu zajímavých příležitostí napříč celým průmyslem.

2. Čtvrtá průmyslová revoluce je v mých očích jen marketingový název něčeho, co již dávno začalo a co bude mít odpovídající vývoj podle možností a schopností se uplatnit v jednotlivých průmyslových odvětvích. Někdy mi přijde, že dnes se spíše hledá uplatnění a rámec pro technologické novinky, které již osobně dávno používáme, ve firemní a státní sféře, zatímco dříve tomu bylo spíše naopak. Podle mého se tedy nejedná o revoluci, ale spíše evoluci. Velmi by mě potěšilo, kdyby se dařilo některé novinky a technologie zavádět rychleji a lépe do státní sféry. Jsem přesvědčen, že připravenost lidí na změny je mnohem větší, než si myslíme. Samozřejmě i naše společnost nechce zaspát a snaží se uvedené myšlenky rozvíjet a aktivně vyhledává příležitosti a možnosti implementace všech

technologických novinek, které se objeví. Velký důraz na to klade i naše centrála v Maďarsku, která veškeré aktivity řídí.

**Ing. Luděk Čermák**

systémový analytik,  
Agentura Infosys



Foto: archiv Ludka Čermáka

1. Samotný výraz informační technologie je dnes už tak široký, že lze běžně hovořit o jeho jednotlivých segmentech od počítačů přes internet či mobilní telefony, abychom jmenovali alespoň ty nejznámější, přičemž každá z těchto součástí má svoje přednosti. Na základě osobní zkušenosti jsem přesvědčen, že opravdu vrcholový manažer počítač nezbytně nepotřebuje. Těch pár klíčových údajů, jako jsou třeba počet zaměstnanců, hlavní části rozpočtu, aktuální hodnota kontraktů a majetku, jež jsou potřebné pro jednání, si snadno zapamatuje. Musí tedy sledovat hlavně technologické a ekonomické trendy ve svém oboru, podrobnější informace mu pak na počítači monitoruje jeho asistent. Nepostradatelný je však pro něho chytrý mobilní telefon s přístupem na internet, aby byl kdykoliv dostupný a mohl pružně komunikovat s týmem svých spolupracovníků i podřízených.

2. Čtvrtá průmyslová revoluce má a bude mít ve zdravotnictví, na rozdíl od skutečného průmyslu, trochu specifickou podobu v podobě lepších diagnostických a léčebných zařízení. Vzpomeňme jen, jak dlouho byl k dispozici například jen RTG a jak v krátkém čase za sebou přišly sono, CT, magnetická rezonance nebo laboratorní analyzátoři, o vývoji v oblasti léků ani nemluvě. Je to dáno tím, že oproti strojírenství či stavebnictví v kombinaci s elektrotechnikou je zdravotnictví doslova multioborovou záležitostí s dominující a velmi proměnlivou biologickou složkou.

Připravil: Mgr. Denis Drahoš

Inzerce M17100455



## Chcete žít zdravě a aktivně?

Zveme Vás na velkou východočeskou výstavu

VSTUPENKA PRO 2 OSOBY  
ZDARMA



# DNY ZDRAVÍ

23.- 24. LISTOPADU 10 - 18 hod.

60 firem z celé ČR, přednášky lékařů

DŮM TECHNIKY PARDUBICE 770 623 217

www.dtpce.cz

Inzerce M17100362





## PORADNA

Všeobecné zdravotní  
pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz).

# Plánovaná léčba pacienta v zahraničí

České zdravotní pojišťovny běžně hradí svým klientům především zdravotní služby poskytnuté na území České republiky. Od roku 2004, kdy Česko vstoupilo do Evropské unie, se však práva českých občanů rozšířila i na další evropské státy. Český pacient má proto právo být za určitých podmínek léčen i v jiném státě Evropské unie, než ve kterém je zdravotně pojištěn. Jestliže splní zákonné podmínky, jeho zdravotní pojišťovna mu udělí souhlas s úhradou nákladů na tzv. plánované zdravotní služby v zahraničí a následně léčbu uhradí.

Ve zcela výjimečném případě, kdy je pacientovi indikována v ČR nedostupná léčba, která je prokazatelně jedinou možností z hlediska jeho zdravotního stavu, mu může být uhrazena rovněž plánovaná zdravotní péče i mimo země Evropské unie.

### Jak žádost vyplnit

Žádost o plánovanou léčbu pacienta v zahraničí se podává na speciálním formuláři, který se nazývá „**Žádost pojištěnce o udělení souhlasu s úhradou nákladů na plánované zdravotní služby v zahraničí**“. Formulář je možné stáhnout na stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) pod záložkami Pojištěnci – Formuláře.

### Předložená žádost musí splňovat tyto náležitosti:

- týká se zdravotních služeb v ČR hrazených, avšak nedostupných ve lhůtě, která je z hlediska zdravotního stavu pacienta potřebná, nebo se jedná o zdravotní péči, která není v ČR dostupná a hrazená, avšak je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pacienta
- je řádně a čitelně vyplněna ve všech požadovaných (předtištěných) bodech
- obsahuje podrobnou lékařskou zprávu o dosavadním průběhu onemocnění, o aktuálním zdravotním stavu pacienta a stanovisko příslušného českého ošetřujícího lékaře k plánovaným službám v zahraničí (vyjádření zda, event. proč nelze tyto zdravotní služby poskytnout v ČR)
- obsahuje informaci zahraničního poskytovatele o předpokládané ceně plánovaných služeb
- veškerá případná cizojazyčná dokumentace je předložena spolu s překladem do českého jazyka (nepožaduje se ověřený překlad)



*Mgr. Olga Soukupová,  
specialistka pro zdravotní péči v zahraničí*

- pokud pacient podává žádost prostřednictvím zplnomocněné osoby (např. ošetřujícího lékaře), obsahuje žádost plnou moc podepsanou pacientem i zmocněnou osobou.

Příslušný ošetřující lékař by měl vždy pečlivě zvážit, zda pacient skutečně splňuje podmínky pro souhlas s úhradou, neboť bez jejich splnění není na úhradu plánovaných zdravotních služeb v zahraničí právní nárok.

### Jak a kdy žádost podat

Žádost je třeba doručit na kterékoliv clientské pracoviště VZP ČR. Poté je na Ústředí VZP ČR po-

souzena revizním lékařem specialistou a o schválení či neschválení úhrady je vydáno rozhodnutí.

Žádost je nutné podat s dostatečným předstihem, neboť její vyřizování probíhá ve správním řízení a VZP ČR má na rozhodnutí 30, ve složitějších případech až 60 dní od jejího přijetí.

### Co následuje po schválení žádosti

V případě souhlasu pojišťovny s úhradou obdrží žadatel o plánované zdravotní služby v zemích EU zpravidla evropský formulář S2 jako garanci úhrady ze strany VZP ČR. Na základě tohoto formuláře bude zdravotní péče výpomocně uhrazena příslušnému zahraničnímu poskytovateli zvolenou zahraniční zdravotní pojišťovnou, a to za stejných podmínek a ve stejném rozsahu, jako je hrazena tamním pojištěncům. Zahraniční zdravotní pojišťovnu si volí buď žadatel, nebo příslušné zahraniční pracoviště. Úhrada ostatních položek (doprava, povinná spoluúčást pacienta, event. nadstandardní služby apod.), které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v daném státě, je na žadateli samotném.

Pokud by se jednalo o poskytnutí zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení nenapojeném na systém veřejného zdravotního pojištění, ev. mimo země EU, vydá pojišťovna v případě souhlasu pouze kladné rozhodnutí a zahraniční zdravotnické zařízení pak vyúčtuje náklady na poskytnutou péči přímo VZP ČR.

### Léčba v zahraničí bez předchozího souhlasu pojišťovny

Podstoupí-li pacient plánovanou léčbu v některé zemi EU bez předchozího souhlasu, má nárok na refundaci vynaložených nákladů, a to do výše ceny, jaká je hrazena za tuto léčbu z prostředků veřejného zdravotního pojištění v České republice. Plánovanou péči čerpanou bez souhlasu pojišťovny v ostatních zemích nelze refundovat.

# Jaké důsledky má nerovnost úhrad pro provoz nemocnic

(Pokračování ze strany 3)

Jestliže je objem osobních nákladů závislý na výši příjmů od ZP, jak je tedy vypočtena úhrada od zdravotních pojišťoven? Ta je rozdělena do několika segmentů, kde každý je omezen nějakou plánovanou produkcí a plánovanou úhradou oproti referenčnímu roku. Závisí tedy na minulosti. Právě neustálé indexování, změny mezi paušály a pseudo-výkonovou úhradou a zejména regulační mechanismy mají za následek, že se sazby mezi poskytovateli i plátcí zásadně liší. Dnes je tento rozdíl často účelově interpretován a je obhajován tím, že ti, kteří mají vysoké individuální základní sazby (IZS), mají rovněž vysoké náklady. Stejně tak není pravdivé tvrzení zejména svazových pojišťoven, že ony platí nižší IZS, protože mají nižší příjmy z pojistného, neboť díky 100 % přerozdělení podle nákladových indexů a složení svých pojištěnců odvádí spoustu peněz VZP.

U zdravotních pojišťoven lze porovnat, kolik procent ze svého zdravotně pojistného plánu dávají na jednotlivé segmenty péče. To znamená, že lze srovnat, kolik jde na akutní péči v nemocnicích, na následnou péči a hospice, na lůžně, na praktiky a ambulantní speciality či na centrové léky. Právě zde je u některých vidět dlouhodobá preference ambulantních specialistů a praktiků na úkor nemocnic. Lze se domnívat, že jedním z důvodů byly zejména akvizice nových pojištěnců v minulosti.

Nechci zde ale polemizovat o důvodech preferencí a rozdílů, spíše chci ukázat na reálných číslech, jaké jsou důsledky v praxi. To mohu ukázat na příkladu dobře fungujících a hospodařících jihočeských nemocnic (JN). Položme si jednoduchou otázku: „O kolik by se zvýšila úhrada v JN za poskytnutou a vykázanou péči, pokud by všichni pojištěnci byli uhrazeni stejně jako ti od VZP?“ Podle našich propočtů se za roky 2015 či 2016 jedná o částku 120–150 milionů Kč ročně.

Realita je ale zcela odlišná. Úhradová vyhláška (ÚV) obsahuje složité vzorce, stále více segmentů i regulací, neustálé změny mezi roky, paušál vs. pseudo-výkonová úhrada. Z pohledu nemocnice se jedná o 40 až 56 dílčích kontraktů, z nichž nelze všechny spl-



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

nit. V důsledku toho platí, že pro velká zdravotnická zařízení (ZZ), jako jsou FN či krajské nemocnice a pro VZP platí kontinuální růst úhrad podle ÚV. Čím menší ZZ a čím menší tržní podíl ZP, tím větší jsou meziroční odchylky, dochází ke kolísání úhrad i výkonnosti a IZS neroste, ale pohybuje se v rozmezí 17 000–45 000 Kč. Důsledkem historického indexování jsou zásadní rozdíly v IZS a IVCB mezi ZZ i ZP, což má logický vliv na výši a rozdíly mezi platy a mzdami.

Výsledkem je fakt, že na trhu jsou FN i okresní nemocnice, které mají u různých ZP IZS vysoko přes 40 000 Kč. Na druhé straně je velká část zejména menších nemocnic, jež mají základní sazby pod 25 000 Kč u většiny ZP. Těm by měla pomoci minimální ZS, která je stanovena v ÚV na rok 2017. Věřím, že bude navýšena a zůstane v platnosti i pro rok 2018. Je třeba si uvědomit, že právě historická výše úhrad je významným determinantem pro ekonomický úspěch každé nemocnice. I sebelepší management a zdravotníci nedokážou nemocnici udržet v černých číslech, realizovat potřebné investice a platit průměrné platy, pokud jsou špatně nastavené úhrady. Rostla totiž v minulých letech o stejné procento všem, tak zařízení, která měla vysoké IZS dostala na jednotku produkce výrazně více než ty s nízkými IZS. Pokud nemocnici s IZS 40 000 Kč narostla úhrada o 10 % a zůstala stejná produkce, pak se IZS zvýšila o 4 000 Kč. U nemocnice s IZS 25 000 Kč vzrostla taktéž o stejná procenta, ale nominálně jen o 2 500 Kč. Obě by však měly zvýšit platy o stejná procenta. To samozřejmě nelze. Leda by se platy lišily stejně, jako je tomu u IZS.

Je smutné, že postoj Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) ke snaze narovnat uvedené skutečnosti skrze institut minimální základní sazby ve vyhlášce pro rok 2017 je negativní. Prezident SZP Friedrich říká, že návrh na eliminaci takto vyjádřených cenových rozdílů cestou dalšího selektivního zvyšování úhrad, považuje za zcela nepřijatelný a že ve svých důsledcích je hrubě diskriminační

pro pojištěnce dotčených pojišťoven. Já jako zástupce Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) tvrdím, že stávající i nedávno minulá situace byla a je dlouhodobě hrubě diskriminační zejména pro malé nemocnice!

Samozřejmě bych si dovedl představit, že proces sjednocování sazeb by mohl být rychlejší a objektivnější. V dnešních podmínkách asi není reálné, že by šly IZS nejen nahoru, ale i dolů tam, kde jsou neadekvátně vysoké. To bude oříšek pro uplatnění nových pravidel podle DRG restart. Dříve než k tomu dojde, bude třeba opravit historicky špatně nastavené úhrady DRG, ale i sazebník zdravotnických výkonů (SZV) či úhradové mechanismy a povinnosti pro ambulantní speciality. Bez těchto zásadních změn bude každý další DRG restart jen pokusem, který skončí stanovením pravidel, aby byl zachován a legitimizován aktuální stav.

S panem prezidentem Friedrichem nesouhlasím ještě v jedné věci. Tou je uvažovaná smluvní volnost ZP v úhradách. Představa, že se tím problém vyřeší a že se nastaví adekvátní a spravedlivé úhrady všem, je stejně pravděpodobná a děsivá, jako přistání UFO uprostřed dohodovacího řízení o úhradách. Právě na zkušenosti z posledních dohodovacích řízení mám za to, že mechanismus se již dávno přežil, stejně jako se přežil 25 let starý sazebník zdravotních výkonů.

Dovolil bych si vyslovit neskromné přání, aby projekt DRG restart nebyla jen sesbíraná data vypovídající o tom, co mohou nemocnice platit svým zaměstnancům a dodavatelům podle stávajících a historických úhrad. Přeji bych si, aby aplikace DRG restart do ÚV 2019 počítala s rovností úhrad za stejné výkony bez ohledu na příslušnost pacienta ke ZP a aby úhrady za DRG i ambulantní výkony byly správně stanoveny a odrážely skutečné náklady. Je na čase přestat se schovávat za různé konstanty, indexy, body, kódy a další pseudo-koefficienty.

Ing. Michal Čarvaš, MBA,

člen představenstva Jihočeské nemocnice a.s.







# České zdravotnictví je nestabilní, pacientům pomůže Index zdraví zdravotních pojišťoven

*Přestože prožíváme mimořádně příznivé hospodářské období, systém veřejného zdravotního pojištění není schopen tvořit žádné rezervy. Výdaje celého systému rostou ještě rychleji než příjmy a všechny dodatečné finanční prostředky se hned zase spotřebují. Výsledkem takového hospodaření je, že i v ekonomicky příznivých časech se netvoří žádné finanční rezervy. Co se tedy bude dít až přijde krize?*

Hrubý domácí produkt roste o 4,7 %, máme zároveň nejnižší nezaměstnanost v Evropské unii a průměrná mzda již přesáhla hodnotu 29 300 Kč. To v kombinaci s rostoucími odvody za státní pojištění pomáhá systému veřejného zdravotního pojištění k získávání dodatečných zdrojů. V roce 2017 tak celý systém bude hospodařit s rekordní sumou 277 miliard korun.

Tržní ekonomiky, mezi které patří i ta česká, se ovšem vyvíjejí v cyklech. S jistou mírou nadsázky lze tedy říci, že ten, kdo v kapitalismu předpovídá krizi, se nikdy nesplete. Z tohoto důvodu by všechny systémy měly být nastaveny tak, že v dobách hojnosti tvoří rezervy. Bohužel systém veřejného zdravotního pojištění se tak nechová, a i nyní sotva vyjde s penězi. Navíc podle stávajícího návrhu úhradové vyhlášky bude zdravotnictví už příští rok zřejmě jednu miliardu v minusu.

Skvělé časy a stejně jsme na nule

S tím, jak bude postupovat demografická situace v České republice a pacienti se budou dožadovat stále nákladnější péče, je zřejmé, že současný zdravotní systém nedokáže obstát. Je zcela zásadní, aby byly provedeny systémové změny, které zajistí dodatečné finanční prostředky. Zároveň s tím je nutné vyvíjet tlak na zdravý životní styl a prevenci, aby se nemusela ve zvýšené míře poskytovat zdravotní péče spojená s civilizačními chorobami. V neposlední řadě bude nutné hledat úspory v efektivnějším fungování systému. Tomu jistě pomohou moderní technologie, elektronizace a dobré příklady ze zahraniční praxe.

Přestože se o nutnosti změn mluví již dlouho, žádná konkrétní opatření, která by situaci výrazně zlepšila, zatím na stole nejsou. Z toho důvodu bude pro pacienty zásadní, jak se v systému, kde dochází k penězům, budou chovat jednotlivé subjekty. Klíčovou roli přitom sehrávají zdravotní pojišťovny, které proplácají zdravotní péči. Jak se má ale pacient v tomto složitém systému orientovat?

Index zdraví zdravotních pojišťoven

Ve spolupráci s Platformou zdravotních pojišťenců připravujeme Index zdraví zdravotních pojišťoven, jenž sleduje jejich finanční situaci na základě údajů zdravotně pojistných plánů. Index se snaží o maximální možnou míru objektivitu nad tvrdými čísly a abstrahuje od subjektivních průzkumů mínění obecné i odborné veřejnosti.

Dnešní realita je taková, že se jednotlivé zdravotní pojišťovny od sebe liší jen minimálně. Možnost vzájemně si konkurovat je zákonem omezená na minimum. Jde hlavně o nabízení preventivních programů, které si už z podstaty věci musí být vzájemně po-



Štěpán Křeček a Kateřina Polcrová

Foto: archiv Štěpána Křečka

dobné. Není proto divu, že v národě houbařů vykazuje každá pojišťovna mezi nejčastěji čerpanými bonusy zejména očkování proti klíšťové encefalitidě. Oblíbené bývají i příspěvky na plavání nebo v poslední době stále populárnější dentální hygiena. Jakmile se ovšem ekonomika přehoupne do recese, což se dříve, či později stane, bude schopnost pojišťoven vyrovnat se s takovým stavem zcela zásadním měřítkem, podle něhož si pojišťovnu zvolit.

Letos jsme vyhlásili již třetí ročník Indexu. Kritéria hodnocení zůstávají stejná jako v ročníku minulém a velmi podobná s ročníkem prvním. Právě po prvním hodnocení jsme na základě konzultací s širokou odbornou veřejností systém hodnocení mírně upravili, aby reflektoval relevantní odborné připomínky. Již po třech ročnících lze říct, že zdravotní pojišťovny vykazují vysokou míru setrvačnosti. Výsledky na předních místech Indexu jsou si totiž velmi podobné.

Aktuálně jsme jako finančně nejzdravější vyhodnotili Oborovou zdravotní pojišťovnu (OZP), následovanou Zaměstnanecovou pojišťovnou Škoda (ZPŠ) a Revírní bratrskou pokladnou (RBP). Druhý ročník vyhodnotil jako nejlepší ZPŠ, jíž sekundovala OZP. Na třetím místě pak remizovaly Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP) a Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP ČR). V prvním ročníku Indexu se o první místo podělily ZPŠ a OZP, které na třetím místě doplnila VoZP.

Co Index hodnotí

Zdravotní pojišťovny jsme hodnotili celkem v osmi kritériích. Sledovali jsme počet pojišťenců na jednoho zaměstnance pojišťovny. Přibližně totiž platí, že čím méně pojišťenců připadá na jednoho zaměstnance, tím více času se může zaměstnanec věnovat pojištěncům. To při určité generalizaci napovídá, jaký komfort zdravotní pojišťovna poskytuje svým klie-

tům při vyřizování administrativních i jiných náležitostí. V tomto ukazateli nejlépe dopadla VZP ČR.

Zaměřili jsme se také na kumulovaný rozdíl příjmů a výdajů za pět po sobě jdoucích let jak v absolutních číslech, tak v přepočtu na jednoho pojištěnce. Ukazatel říká, zda zdravotní pojišťovny dokážou dlouhodobě hospodařit s vyrovnanými rozpočty, což hraje důležitou roli v otázce finanční stability. V uvedeném hodnocení dopadla nejlépe VZP ČR, a to díky zlepšenému hospodaření v posledních letech.

Hodnotili jsme také relativní nárůst výdajů neboli změnu výdajů v posledním sledovaném roce. Velikost těchto prostředků má totiž dopad na proplácení zdravotní péče. Zde byla nejlepší OZP. Do hodnocení rovněž vstupují i výdaje na preventivní péči. Jak absolutně, kde je v žebříčku na prvním místě ZPŠ se 175 korunami na pojištěnce, tak relativně, tedy v tom, jak se náklady mění vůči poslednímu sledovanému roku. Nejvyšší nárůst (o více než 89 %) má ČPZP.

Z hlediska okamžité mobilizace finančních prostředků zdravotních pojišťoven je také důležitý ukazatel peněžních prostředků přepočtených na jednoho pojištěnce. Tento indikátor vypovídal pro ZPŠ. Finanční zásoba ve dnech výdajů na péči pak naznačuje, jak mohou být jednotlivé zdravotní pojišťovny ochotny proplácet vykázanou péči za své pojištěnce různým zdravotním zařízením. Nejlépe dopadla RBP, jež má finanční zásobu na 34 dní.

Hudba budoucnosti

Programy většiny politických stran před volbami slibovaly možnost větší individualizace nabídky zdravotního pojištění. Zjednodušeně řečeno: kdo žije zdravě, mohl by dostat možnost platit méně, kdo se o své zdraví nestará, by měl platit víc. To je něco, po čem volá s větší či menší mírou opatrnosti i většina zdravotních pojišťoven. Zda se skutečně dočkáme individuálních zdravotních plánů, je otázkou budoucnosti. Rozhodně by to bylo zásadní kritérium nejenom pro Index zdraví zdravotních pojišťoven, ale zejména pro pojištěnce při výběru pojišťovny.

Dnes už je ale jasné, že bez hlubokých reforem bude české zdravotnictví velmi brzy generovat vysokou ztrátu, kterou zaplatí daňoví poplatníci. Ať už ve vyšším výběru pojistného, nebo ve vyšších daních, jež stát do zdravotnictví přesune. Z makroekonomického hlediska by pak bylo velmi nevhodné, aby vyšší daně či odvody zasáhly do vývoje hospodářství v období ekonomické krize. Současně nastavení systému však právě tuto časovanou bombu v sobě skrývá.

Ing. Štěpán Křeček, MBA,  
ekonom Národohospodářské fakulty VŠE v Praze



# Kam kráčí péče o děti a dospělé v Čechách?

V letošním roce došlo ke zrušení jediného ze všech vzdělávacích lékařských programů – praktické lékařství pro děti a dospělé. Je evidentní, že Poslanecká sněmovna nepochopila jedinečnost primární dětské péče, která je, tedy byla, přesně podle její definice podložena teoretickým základem a která respektuje současný trend podpory primární péče jako základu každého zdravotního systému. Vždyť i z pohledu WHO je „primární péče naší největší nadějí pro budoucnost“.

Základním impulsem pro vznik oboru PLDD bylo ohrožení pediatrie primární péče v ČR, kterou poskytovali a poskytují praktici. Na přelomu let 2002 a 2003 byl připraven a vyhlášen záměr Ministerstva zdravotnictví (MZ) o přechodu pediatrie primární péče do rukou tzv. všeobecného (rodinného) lékaře. Všichni PLDD měli být v uvedené reformě přeškoleni během jednoho roku na rodinného lékaře. SPLDD ČR a OSPDL ČLS JEP tehdy okamžitě a důrazně odmítly snahu MZ, které zdůvodňovalo uvedenou reformu jako nutnou pro kompatibilitu s EU. Dokonce i ve vyjádření pracovní skupiny ČPS ČLS JEP pro koncepci pediatrie se v popisu hlavních problémů objevilo: „Obor PLDD nemá definováno vlastní specializační vzdělávání. Problém by měl řešit nový zákon o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání, který zařadí obor PLDD mezi základní obory s vlastní atestací.“

K zařazení samostatného nového oboru PLDD skutečně došlo v roce 2004 do zákona č. 95/2004 Sb., což bylo a dodnes je plně kompatibilní s legislativou EU. Uvedený zákon byl totiž důležitý pro vstup ČR do EU v roce 2006. Ustanovení nového oboru PLDD bylo posílením české pediatrie a symbolizovalo silnou českou pediatrii primární péči. Předkladatelkou zákona byla paradoxně poslankyně ČSSD, tedy strany, jejíž poslanci nyní, ve spolupráci s poslanci ANO, obor zrušili.

Paralelní existence oboru PLDD a pediatrie kopírovala situaci mezi oborem všeobecného praktického lékaře pro dospělé a interny. Takto je možno lépe porozumět dosavadní existenci dvou základních pediatrických oborů.

## Nedostatek lékařů

Jedním z argumentů proti našemu oboru byl nedostatek lékařů. Ve všech zemích EU je jich nedostatek jak v primární, tak i v sekundární péči. V ČR zatím dostával počet juniorů odstupující seniorům, ovšem jen díky systému generační obměny vybudovanému SPLDD ČR. Od státu se dětským praktikům i celému systému

## Vymezení základních pojmů

Pediatrie je lékařský obor, který se zabývá onemocněním a léčbou dětí i mladistvých. Původně byl řazen do interního lékařství, ale vzhledem ke zvláštnosti dětského organismu a výskytu některých onemocnění výhradně v dětském věku je tento obor vyloučen.

Primární pediatrie (definice odsouhlasená na zasedání Evropské asociace pediatrií EAP dne 30. 5. 2014 v Rzeszově) je specifická disciplína se svým vzděláním, obsahem, výzkumem, evidence-based medicínským přístupem a klinickou aktivitou, která má specifické charakteristiky odvozené od toho, že na jedné straně je to větev pediatrie, proto řeší zdravotní problémy a well-being kojenců, dětí a adolescentů od postnatální péče do pozdní adolescence, a z druhé strany je to větev primární péče. Jedná se o místo prvního lékařského kontaktu v rámci zdravotního systému poskytující otevřený a nelimitovaný přístup, zabývající se všemi zdravotními problémy i všemi typy pacientů a jejich stížnostmi. Propaguje zdraví, provádí preventivní péči a poskytuje léčbu, včetně paliativní péče. Pracuje s dalšími profesionály v primární péči a v pediatrickém systému, přebírá roli obhájce dítěte, kde je tomu zapotřebí. Primární pediatrie má jedinečný konzultační proces, založený na opakovaném vztahu v průběhu času, a tím se stává pro dítě partnerem, který ho sleduje z pohledu optimálního vývoje podle jeho potenciálu a který ho přivede k fyzické, psychické i sociální dospělosti.

dětské primární péče dostalo za léta existence podpory pramálo. S výjimkou zavedení systému rezidenčních míst, jehož pokračování je ale v současné době nejasné a nejisté. Nutno si uvědomit i některé nové trendy, kam patří stoupající věk lékařů, činných zejména v primární péči. V žádném případě nebude jeden pediatrický obor automaticky generovat více lékařů činných v primární i sekundární péči, což lze doložit právě na příkladu vývoje na Slovensku, v Německu či ve Švýcarsku. Naopak dva základní pediatrie obory, jež fungují na systému vzájemné podpory a spolupráce, by byly schopny zajišťovat dostatek pediatrií pro obě oblasti.

## Jedinečnost v rámci EU

Není pravdou, že v zahraničí nerozumějí systému české pediatrie. V zemích EU funguje pediatrie v mnoha modelech a variacích. Český model tam není neznámý. Německé profesní sdružení dětských lékařů v primární péči považuje český pediatrie primární systém péče za jeden ze vzorových modelů v Evropě. Obdobně je tomu v rámci EAP ve skupině ECPCP, jež sdružuje 25 000 kolegů a kolegů v 18 zemích Evropy.

Česká republika měla a má to štěstí, že má dostatek pediatrií v primární péči – má jich dokonce nejvíce na světě. Do světové špičky se tak řadíme společně s Maďarskem, USA, Izraelem, Švýcarskem a Německem. Česká primární péče je rovněž velmi dobře organizována a je žádoucí její další rozvoj, včetně přebírání nových kompetencí.

## Současnost

V několika posledních letech zaznamenal obor PLDD významný nárůst zájmu. Studenti medicíny jej začali považovat za „obor budoucnosti“. V posledních zhruba šesti letech počet atestantů dosáhl množství potřebného pro obnovu odcházející generace. Projevilo se to stagnací trendu stárnutí. Došlo také k rozvoji diagnostických a léčebných metod v ordinacích, které vedly k výraznému snížení nutnosti hospitalizací.

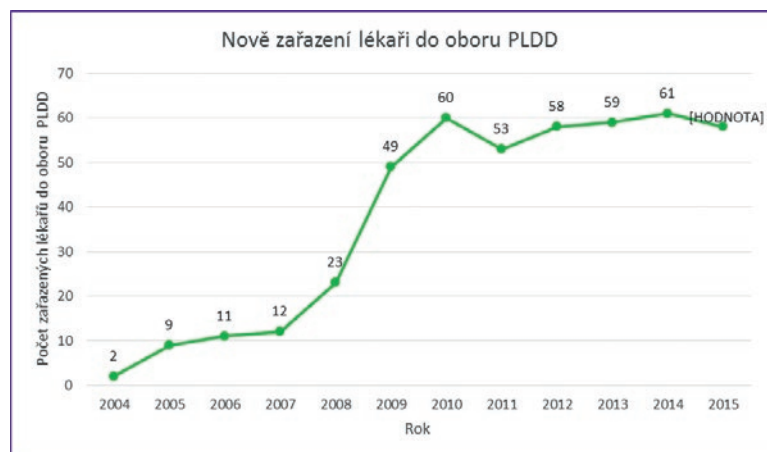
Přestože byl PLDD obor výkonný, vzdělaný, ekonomicky efektivní a k rodičům i jejich dětem přátelský, byl novelou zákona jako jediný ze všech zrušen – smutné je, že se tak nestalo na základě věcných argumentů a důkazů, ale pomocí partikulárních zákulisních jednání a neveřejných dohod.

Na parlamentním semináři o budoucnosti primární pediatrie péče zazněla slova bývalého předsedy švédské pediatrie společnosti Dr. Björna Wetergreena, MD, PhD., o tom, že česká primární pediatrie péče je zlaté vejce, které by se nemělo nechat v ČR nikdy rozbít, jinak už se nikdy nedá dohromady. Proč je nám tedy u nás doporučováno, že máme čekat na Evropu, až „objeví“ náš obor, docení ho a my jej pak po jejím vzoru budeme hujerovsky znovu zavádět? Otázkou ovšem je, kdo a s kým to pak bude dělat...

## Použité zkratky:

SPLDD ČR – Sdružení praktických lékařů pro děti a dospělé ČR, profesní organizace PLDD  
OSPDL ČLS JEP – Odborná společnost praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně  
ČPS ČLS JEP – Česká pediatrie společnost ČLS JEP  
EAP – Evropská akademie pediatrií  
ECPCP – Evropská konfederace lékařů poskytujících primární péči dětem

MUDr. Alena Šebková,  
Předsedkyně OSPDL ČLS JEP



Do oboru PLDD se v roce 2016 přihlásilo 70 nových lékařů.

Zdroj: OSPDL ČLS JEP





# Na Ministerstvu zdravotnictví primární péči nerozumějí

V úterý 10. 10. 2017 uspořádala Koalice soukromých lékařů protestní akci ve Žlebech na Kutnohorsku, kde skončila bez náhrady ordinace praktické lékařky. Měla upozornit na problém zhoršující se dostupnosti primární péče na venkově. Akci podpořilo téměř 12 000 lékařů a stomatologů, kteří ordinovali s černými páskami.

Žleby jsou příkladem toho, že problém se netýká jen periferních částí republiky. Ani ve velké obci, vzdálené jen několik desítek kilometrů od Prahy, kde jinak vše dobře funguje, se nepodařilo sehnat praktického lékaře, jenž by převzal praxi po končící lékařce. Obdobný problém nastane v nejbližších letech v řadě dalších obcí i měst v celé ČR. V roce 2020 má podle prognózy ÚZIS chybět 800 ambulantních lékařů. Naplno se tak projeví jejich nedostatek. Nikdy v minulosti totiž nedocházelo k tak početnému zániku praxí. Ministerstvo ale ústy svého náměstka vzkazuje, že situace ambulantního sektoru je stabilizovaná. Jelikož vláda problém nehodlá řešit, uzavřeli 18. 10. 2017 na jeden den svoje ordinace praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost i ambulantní specialisté.

Ambulantní sektor je Ministerstvem zdravotnictví, které dlouhodobě upřednostňuje lůžková zařízení, zanedbáván. Úhrady za péči praktických lékařů se za posledních 9 let navýšily o 7 %, tedy v průměru 0,77 % ročně. To nepokryje ani inflaci, natož rostoucí náklady, které ordinace musí hradit, či investice do rozvoje. To je v příkrém kontrastu s každoročním vysokým navýšováním úhrad nemocnicím, jež jen letos dělají asi 12,5 %. Z celkového rozpočtu zdravotnictví tak lůžková zařízení spotřebují 55 % a jejich podíl stále roste, zatímco ambulantnímu sektoru klesá. Podíl pro ordinace praktických lékařů, kde se odehraje 80 % všech kontaktů pacienta se zdravotním systémem, klesl na 5,5 % a má dále klesat. To je opačný trend, než ve všech vyspělých zemích světa, za což jsme opakovaně kritizováni OECD.

Praktické lékaře dusí narůstající byrokracie, která nám bere čas na pacienta a jeho léčbu. Situaci ještě zhoršují nepovedené pokusy o elektronizaci českého zdravotnictví, jež místo toho, aby lékařům zjednodušily práci a šetřily čas, ještě více komplikují jejich život. Lékaři neodmítají elektronizaci jako takovou, jak je jim často vytýkáno, vadí jim způsob její realizace. Příkladem je eRecept a jeho současná

podoba. Stát měl na jeho přípravu 10 let a utratil za něj nesmyslnou částku půl miliardy korun, za což je oprávněně kritizován Nejvyšším kontrolním úřadem. Přesto je výsledek takový, že řešení neumí nic z toho, co by mělo umět – nefunguje lékový záznam pacienta, elektronicky nelze psát opiáty. Zřízení přístupu k úložišti pro lékaře trvá déle než měsíc, je třeba si se Státním ústavem pro kontrolu léčiv vyměnit několik doporučených dopisů a najmout IT firmu, která lékaři pomůže s jeho zprovozněním, protože pro běžného uživatele PC je to neřešitelný problém.

Proklamované benefity nepřinášejí nic pacientům a díky své extrémní uživatelské nevstřícnosti komplikují lékařům život. Stát tuto blamáž chce maskovat tím, že pod pokutou dvou milionů korun násilně tlačí na povinné zavedení nedodělaného a neozkoušeného produktu. Starší kolegy tím ale vyhání z ordinací, přestože by ještě mohli několik let pracovat, a zároveň je nemá v současné době kým nahradit. Podle našich informací kvůli eReceptu skončí více než 100 našich kolegů, což znamená, že kolem 200 tisíc pacientů ztratí svého praktického lékaře.

Prováděcí vyhláška, podle níž má lékař postupovat, ještě není hotová, ale systém se má spustit již k 1. 1. 2018. Na SÚKL dnes vědí, že k uvedenému datu nedokážou zpřístupnit úložiště všem lékařům. Za těchto okolností existuje jediné rozumné řešení – odložení této povinnosti, pokud nemá v lednu 2018 nastat obrovský chaos, který v důsledku ohrozí pacienty. Stát musí připravit kvalitní a funkční produkt, jenž bude použitelný pro lékaře s běžnými uživatelskými znalostmi práce na PC. Mimo jiné je nutné zřízení jednotného certifikátu zdravotnického pracovníka, které umožní lékařům přístup



Foto: archiv SPL ČR

ke všem elektronickým aplikacím, s nimiž je nucen komunikovat, jako jsou elektronická neschopenka, eRecept, ÚZIS, EET a další. Do té doby musí existovat duální systém umožňující používání papírového i elektronického receptu.

Pět za sebou jdoucích ministrů přišlo z vedení velkých fakultních nemocnic a totéž platí o jejich náměstcích, to je potenciální systémový problém. Po skončení své mise se vrací zpět do vedení nemocnic a jejich prioritním zájmem je tedy ekonomická podpora těchto zařízení. Problematice primární péče totiž nerozumí a mají

kní přehlíživý přístup, její problémy zlehčují a ignorují. Na ministerstvu nyní nesedí nikdo, kdo by rozuměl ambulantnímu sektoru, a především problematice primární péče. Ta je přitom základním kamenem každého zdravotního systému a její kvalita i dostupnost určují kvalitu celého zdravotnictví. Všude ve vyspělých zemích to vědí, proto o ni pečují a rozvíjejí ji. V ČR však nikoliv, a proto její potenciál není dobře využitý. Praktičtí lékaři jsou zbytečně omezováni v možnostech provádět řadu výkonů a předepisovat určité skupiny léků, přestože jsou k tomu vzděláni a jsou toho také schopni. Pacientům by takový systém vyhovoval, protože by se dostali k lepší péči blíže k místu, kde žijí, místo toho jsou nuceni hledat péči jinde. Celý zdravotní systém jim péči komplikuje, což se rovněž prodražuje. To je, mimo jiné, příčinou toho, že český pacient má v průměru 11 kontaktů se zdravotnictvím za rok, zatímco rakouskému stačí 6 kontaktů za rok. Rozhodně se však nedá říci, že by díky tomu byl zdravotní stav českých pacientů lepší než těch rakouských.

MUDr. Petr Šonka,  
předseda Sdružení praktických lékařů ČR

Inzerce M171000447



## Dětská zubní pasta bez zbytečné chemie

- 450 ppm fluoru
- Jemná nasládlá chuť
- Obsahuje přírodní pěnidla a barviva
- Vhodné pro děti do 6 let

Uvnitř balení  
**KARTÁČEK ZDARMA**





**KIDS HERBADENT®**  
Léčivé byliny od roku 1897  
[www.herbadent.cz](http://www.herbadent.cz)



# Blíží se účinnost novely zákona o léčivech a přijetí novely zákona o veřejném zdravotním pojištění

V oblasti farmacie se na poli legislativy za poslední dobu udály dvě významné změny. Jednak byla přijata novela zákona o léčivech, kterou se zavádí nová právní úprava regulace reexportů léčivých přípravků (LP), na jejíž blízkost se „plnou“ účinnost bychom rádi upozornili, a byla rovněž přijata novela zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Novela zákona o léčivech byla publikována ve Sbírce pod č. 66/2017 Sb. již dne 6. 3. 2017, nicméně většina zásadních povinností či zejména sankcí spojených s regulací reexportů nabývá účinnosti až od 1. 12. 2017. Brzy tak začne plně platit právní úprava, která zavádí nové povinnosti jak distributorům, tak držitelům rozhodnutí o registraci LP, ale též Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) a rovněž Ministerstvu zdravotnictví (MZ).

Účinnost pak byla v některých případech stanovena právě až novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění, jelikož při přijímání novely zákona o léčivech došlo k několika zřejmě nezamýšleným navázáním účinnosti až na zprovoznění evropského portálu ke klinickým hodnocením, což nedávalo zcela smysl.

Účinnosti od 1. 12. 2017 nabyde povinnost držitelů rozhodnutí o registraci hlásit SÚKLU údaje o objemu dodávek LP na český trh. Tato povinnost doplní stávající povinnosti hlášení distributorů o objemu distri-

buovaných LP a hlášení lékáren o vydaných LP. SÚKL tak bude mít k dispozici data o objemu LP na českém trhu a z nich potom bude moci vyhodnocovat hrozbu jejich nedostupnosti pro potřeby pacientů v ČR.

Nový systém regulace reexportů spočívá v tom, že bude vytvářen seznam nedostatkových LP, jejichž distribuci do zahraničí musí distributor nahlásit SÚKLU nejméně 15 pracovních dní předem. V případě, že „by mohlo dojít k tomu, že objem předmětného LP, který není nahraditelný jiným LP odpovídajících léčebných vlastností, nebo LP, které jsou vzájemně nahraditelné vzhledem ke svým léčebným vlastnostem, na trhu v ČR nepokrývá dostatečně aktuální potřeby pacientů v ČR“, bude smět MZ přistoupit k omezení či zákazmu zamýšlené distribuce do zahraničí.

Dále byly přijaty další dvě významné povinnosti. Na jedné straně bude mít distributor na základě požadavku lékární povinnost zajistit dodání LP nejpozději do dvou pracovních dnů od obdržení požadavku. Na druhé straně bude mít distributor pro zajištění dostupnosti léčiv na trhu v ČR právo vyzvat držitele rozhodnutí o registraci o dodávku humánních LP v rozsahu tržního podílu distributora a držitel bude mít povinnost mu je dodat. Tržní podíl distributora se bude odvíjet od podílu distribuce všech humánních LP.

V souvislosti s touto novelou budou přijaty též prováděcí předpisy (vyhláška o správné lékařské praxi, o registraci LP, o výrobě a distribuci), jejichž připomínkové řízení již bylo ukončeno.

Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění byla publikována ve Sbírce pod č. 290/2017 Sb. dne 15. září 2017. Kromě výše uvedeného napravení vad



Foto: archiv Lenky Vlkové

v účinnosti novely zákona o léčivech a jiných různých změn přinese s účinností od 1. 1. 2018 zejména snížení limitu započitatelného doplatku u dětí do 18 let a u osob starších 65 let ze současných 2500 Kč na 1000 Kč a dále zavede další věkovou skupinu, u níž budou započitatelné doplatky, a to skupinu nad 70 let s limitem 500 Kč. Cílem novely je snížení spoluúčasti pojištěnců patřících do sociálně zranitelných skupin obyvательства.

**JUDr. Lenka Vlková,**  
advokátka

Inzerce M17100139

## Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte jako dárek

**kolekci dvou vín složenou z bílého cuvée odrůd Sauvignon, Ryzlink rýnský a Chardonnay a rosé cuvée z odrůd Frankovka a Svatovavřínecké z vinařství Lednice**

**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen do 12. 11. 2017.**

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



**Předplaťte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mf@send.cz](mailto:mf@send.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM1017**. Předplatit si můžete také **on-line** a našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM1017**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s. se sídlem Mezi Vodami 1952/3, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž udílí souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybnosti o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)





# Koho se týká příplatek za směnnost?

*Pracuji ve zdravotnictví jako ošetřovatelka v třísměnném provozu. Můj příplatek za směnnost činí 400 Kč. Chtěla bych se zeptat, zda příplatek 2000 Kč za směnnost, který má být přiznán od 1. 7. 2017 se týká jen zdravotních sester nebo se týká i ošetřovatelů a sanitářů ve třísměnném provozu?*

Problematika zvláštních příplatků (kam patří i „příplatek za směnnost“) je upravena v § 8 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. Výši měsíčního zvláštního příplatku určí zaměstnavatel, a to v rámci rozpětí stanoveného pro konkrétní skupinu, do které spadá práce příslušného zaměstnance (skupiny prací i rozpětí pro určení výše příplatků jsou uvedeny v odst. 2 zmíněného paragrafu, resp. v příloze č. 7 nařízení).

Ve věci vašeho konkrétního dotazu je nejprve třeba uvést jeho znění na pravou míru, neboť nebylo nikterak legislativně stanoveno, že příplatek za směnnost bude zvýšen o 2000 Kč. Z pohledu legislativy došlo pouze k té úpravě, že k příplatku ve III. skupině prací (rozpětí 1000–5000 Kč) budou nově oprávněni zdravotničtí pracovníci vykonávající nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu, jejichž práce zároveň splňuje následující parametry: soustavné poskytování zdravotních služeb střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Pokud tedy vaše povolání splňuje všechny shora uvedené podmínky (resp. jste pracovníkem shora definovaným), pak výše vašeho zvláštního příplatku musí nově dosahovat minimálně 1000 Kč. Vámi v dotazu uvedená částka 2000 Kč je pouze částkou, o kterou se s ohledem na shora popsanou změnu zvýší (podle vyjádření Vlády ČR) zvláštní příplatek dříve v této odpovědi definovaných zaměstnanců organizací řízených přímo Ministerstvem zdravotnictví ČR, resp. částkou, o níž se předpokládá zvýšení platů/mezd těchto zaměstnanců u subjektů, které Ministerstvem zdravotnictví ČR přímo řízeny nejsou (neboť byl Ministerstvem zdravotnictví ČR pro tyto účely a takové zaměstnavatele vypsán dotační program, kterým by mělo být pokryto zvýšení právě o částku 2000 Kč/1 zaměstnance).

Pokud vaše pracovní pozice shora vymezené podmínky nesplňuje, pak se interval možné výše vašeho směnného příplatku nezmění a jeho případné zvýšení v rámci současného rozpětí je na rozhodnutí vašeho zaměstnavatele.

**Mgr. Jan Tetiva,**  
advokátní koncipient



Foto: archiv Jana Tetivy

Inzerce M171000258

## PACIENTKY SE BUDOU PRO SENI LADY RÁDY VRACET

(ALE NE TAK ČASTO)\*

URO  
PROTECT

PREMIUM QUALITY

seni



Seni Lady

urologické vložky pro lehkou a střední inkontinenci

více informací na [www.seni.cz](http://www.seni.cz)

★ vysoká kvality a funkčnost vložek ★ ISO certifikovaná výroba ★ \*velký počet kusů na preskripci

  
Tchibo

 tchibo.cz

Malý krasavec

MINI  
1 499 Kč



-35 %

# MIMOŘÁDNÁ NABÍDKA CAFISSIMO

-38 %



Velký všeuměl

CLASSIC  
1 999 Kč

Svůdný elegán

TUTTOCAFFÈ  
1 799 Kč



-40 %

## Cafissimo

Akce se vztahuje na všechny kávovary Cafissimo MINI, Classic a Tuttocaffè.  
Platí v obchodech Tchibo a na e-shopu Tchibo.cz od 1. 11. do 24. 12. 2017 nebo do vyprodání zásob.





## Malé ohlédnutí za loňským ročníkem Sestry roku

*Soutěž Sestra roku je tradiční událostí, která je koncipována jako poděkování sestřám a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům za jejich mimořádnou a zodpovědnou práci.*

Letos v březnu proběhl slavnostní galavečer a předání ocenění Sestra roku 2016 v Hudebním divadle Karlín v Praze. Zeptali jsme se finalistů minulého ročníku prestižní soutěže na jejich dojmy a zážitky ze slavnostního vyhlášení ocenění i ze samotného soutěžního klání.

### **Bc. Jitka Coufalová,**

staniční sestra Oddělení pediatrické resuscitační a intenzivní péče Fakultní nemocnice Ostrava a vítězka soutěže Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči

„Nemohu říct, že by mi účast v soutěži změnila život. Pracuji totiž stále ve stejné nemocnici, na stejném místě a práci mám stále stejně ráda. Několik dnů po soutěži jsem si připadala jako celebrita. Mnoho lidí mi k úspěchu blahopřálo. Bylo to příjemné. Moje kolegyně byly velice hrdé na to, že se mnou pracují. Vždycky pro mě byly velkou oporou. Co se mi líbilo nejvíce? Líbil se mi kompletně celý galavečer. Bylo to pro mě nezapomenutelný zážitek a moc jsem si ho užila. Jen mě překvapilo, že jsem to byla zrovna já, kdo vyhrál. Opravdu jsem to nečekala a o to větší překvapení to bylo. Závěrem bych ráda řekla: Milé kolegyně, buďte hrdé na svou profesi a dělejte ji s láskou.“



### **Mgr. Jiří Čáp,**

vrchní sestra KARIM Transplantcentra Institutu klinické a experimentální medicíny Praha a vítěz soutěže Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání

„Nemyslím si, že by mi účast v soutěži Sestra roku výrazně ovlivnila život. Mám stále stejné blízké a přátele, práci i koníčky. Ano, gratulace byly velmi příjemné, ale zároveň jsem si uvědomil, že chválu neumím dostatečně přijímat. Bereme jako samozřejmost, že děláme svou profesi dobře, a neumíme se proto nechat hýčkat a chválit. Bylo velmi milé přijímat upřímné gratulace od kolegů. Někteří, na rozdíl ode mne, moje umístění oceňovali. Neumím ani slavit své narozeniny, takže by pro mne bylo nejjednodušší, kdyby se ‚to‘ celé tak nějak přešlo. No, nepřešlo se ‚to‘ a jsem za to všem vděčný.“

Na slavnostním předávání ocenění byla krásná atmosféra, zrekonstruované Hudební divadlo v Karlíně je skvostné. Ale především se mi líbila společnost kolegů, s nimiž jsem se ‚probojoval‘ do finále. S těmito dámami mi bylo ctí se potkat (a to včetně Markéty, redaktorky časopisu Zdravotnictví a medicína, která měla finalisty na starosti). Jakýkoliv výsledek soutěže předčí právě ony, kterých si stále upřímně vážím. Prostředí, rodina, přátelé a kolegové, kteří jsou pak na







takové akci s vámi, jsou právě těmi faktory, jež dávají energii a hřejí na duši. Závěrem bych chtěl jen připomenout, že každý, kdo naše povolání vykonává, si zaslouží poděkování a úctu.“

#### Marie Volková,

porodní asistentka gynekologické ambulance Poďhor-  
ské nemocnice a. s., pracoviště Rýmařov a držitelka  
Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství  
soutěže Sestra roku 2016

„Nemám pocit, že by mi účast v soutěži ovlivnila život, ale stále kolem sebe vnímám větší pozornost lidí, které neznám, jejich úsměvy či pokynutí. To dříve nebývalo. Moji kolegové v práci mi umístění v soutěži samozřejmě přáli a gratulovali mi. Při finále jsem zažila soudržnost a kolegiální atmosféru slavnostního večera. Soutěž pro mě byla silně emotivní záležitostí. Pocity z předávání ceny jsou těžko popsatelné, to se musí prožít. Nebyla jsem také zvyklá na setkání s osobnostmi a na medializaci ošetrovatelské profese. Ze všeho nejvíc mě překvapil mediální shon, který následoval po udělení cen. Nebyla jsem na to připravená. Sestrám vzkazuji: Nedejte se odradit současným ‚nepříznivým osudem‘ ve zdravotnictví nebo legislativou. Věřte sobě a svým kolegyním, svému srdci. Pro mě se povolání stalo posláním. Přeji to i vám.“



#### PhDr. Jana Kocourková, MBA,

náměstkyně pro nelékařské zdravotnické pracovníky  
Masarykova onkologického ústavu v Brně a finalistka  
soutěže Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v mana-  
gementu a vzdělávání

„Samotná nominace do soutěže Sestra roku pro mě byla velkou poctou a nečekaným překvapením, a to do takové míry, že jsem nebyla schopna téměř žádné adekvátní reakce směrem k těm, kteří se zasloužili o dění věcí příštích. Zjištění, že jsem se dostala do úzkého výběru a že jsem jednou z finalistek soutěže, ve mně vyvolalo spoustu rozporuplných pocitů. Otevřeně musím přiznat, že se mi příliš soutěžit nechtělo. Už dříve jsem měla možnost soutěžit poznat z několika úhlů pohledů. Jednak jako pasivní účastnice večera, kdy jsem si uvolněně užívala slavnostní chvíle, zábavu a příjemnou atmosféru, ale také jako členka poroty odpovědná za správné rozhodnutí. Všichni soutěžící jsou vynikající a v žádném případě bych nechtěla být na jejich místě.“

Role finalistky pro mě byla naprosto nová. Cítila jsem veliký závazek směrem k rodině, všem kolegyním, kolegům i pacientům, které jsem měla možnost během



svého téměř čtyřicetiletého působení ve zdravotnictví poznat a které jsem nechtěla zklamat. Od mnohých se mi dostalo upřímné podpory a povzbuzení, včetně jejich osobní účasti na slavnostním galavečeru v Hudebním divadle Karlín. Velmi si toho vážím.

Vzpomínám na okamžiky osobního setkání s fantastickou organizátorkou soutěže Markétou Mikšovou, vždy usměvavou, sršící dobrou náladou, vytvářející skvělou, přátelskou atmosféru při celodenním čekání na zahájení slavnostního večera. Vybavuji si všechny úžasné finalisty, jejich příběhy, pocity vzájemné soudržnosti a podpory plné lidskosti, sounáležitosti a nezištnosti, bez ohledu na to, kdo bude ten nejlepší. Nelze zapomenout na vynikajícího moderátora Libora Boučka, který se dovedl naladit na každého finalistu. Jeho otázky při slavnostním galavečeru byly spontánní a často nečekané, položené tak, jako by s námi moderátor trávil každou volnou i pracovní chvíli.

Při zpětném ohlédnutí za Sestrrou roku 2016 prožívám vděčnost a velkou pokoru. Vrací se mi krásné, inspirativní zážitky, nezapomenutelná setkání a vzpomínky spojené se soutěží. Uvědomuji si, jakými vynikajícími lidmi jsem obklopena a jakou podporu mám. Přála bych všem kolegyním, kolegům a všem nominovaným možnost zažít něco podobného.

Upřímné poděkování patří ale především řediteli Masarykova onkologického ústavu panu prof. MUDr. Janu Žaloudíkovi, CSc., který mě do soutěže nominoval, podporoval a nakonec se sám galavečera jako divák zúčastnil. Bez jeho přičinění bych v roli finalistky nikdy nebyla.“

#### Andrea Růžičková,

vedoucí sestry Ortopedického oddělení NH Hospital,  
Nemocnice Hořovice, finalistka soutěže Sestra roku  
2016 v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči  
a držitelka titulu Sestra mého srdce

„Soutěž můj profesní ani osobní život nijak zvlášť neovlivnila. Nějakou dobu mi bylo sice věnováno více pozornosti, ale brzy se vše vrátilo do zajetých kolejí. Celou dobu soutěže jsem cítila podporu napříč celou hořovickou nemocnicí, ale hlavně týmu našeho ortopedického oddělení, zvláště pak od kolektivu sester a sanitářů, čehož si nesmírně vážím. Z mého umístění se pak radovali společně se mnou.“

Slavnostní večer s vyhlášením vítězů, z něhož jsem měla opravdu velké obavy, ve mně nakonec zanechal hezké dojmy. Setkání s ostatními nominovanými kolegy mě přesvědčilo o tom, že soutěž má opravdu smysl. Všichni svoji profesi zdravotní sestry vykonávají s neskutečným nasazením a láskou. Nejinak je tomu u Kateřiny Palincákové, vítězky Sestry roku 2015, s níž jsem měla možnost se setkat. Celým večerem vtipně provázel Libor Bouček a slavnostní atmosféru umocňovala přítomnost známých osobností. Samozřejmě jsem také měla radost ze získání titulu Sestra mého srdce. Celý večer jsem si hezky užila. Jen mě překvapilo, že si někdo dokáže soutěž Sestra roku plést se soutěží Miss. Musím říct, že mě to docela mrzí. Na druhou stranu je to důvod nadále propagovat naše povolání, aby si lidé o naší práci udělali pravdivý obrázek.



Inzerce M17100049



APSS ČR pořádá odborný seminář

## VYKAZOVÁNÍ A ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ROCE 2017 A 2018



Datum konání: 30. listopadu 2017 od 9 do 14 hodin  
Místo konání: Centrum Univerzita Tábor, Vančurova 2904, 390 01 Tábor



#### Obsah:

- Vyúčtování roku 2016, zálohové úhrady VZP v roce 2017
- Regulace zdravotních pojišťoven, současná právní úprava a judikatura, revizní činnost a soudní spory
- Vyjednávání o úhradovém dodatku 2017
- Zveřejňování smluv se zdravotními pojišťovnami a vykazování S1 a S2 sester
- Podmínky úhrad pro rok 2018, úhradová vyhláška, seznam zdravotních výkonů

Příhláška: [www.institutvzdelavani.cz](http://www.institutvzdelavani.cz) / Otevřené kurzy  
Kontakt: Mgr. Magda Dohnalová, email: [institut@apsscr.cz](mailto:institut@apsscr.cz), tel.: 724 940 126



Sestrám můžu zase jen vzkázat, aby ve své náročné profesi vytrvaly. Aby neztratily úsměv při plnění všech náročných úkolů i nad horami dokumentů, formulářů a směrnic. Přeji jim, aby byly spokojené i v osobním životě.“

#### **Bc. Zuzana Fišarová,**

*vrchní sestra Psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice Praha a finalistka soutěže Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání*

„Nemyslím, že by samotná účast v soutěži můj život nějak ovlivnila. Nominace mne ale velmi překvapila. Důvěra a ocenění jsou zavazující a povzbuzující zároven, takže vlastně můj život asi přece jen ovlivnila. Mám obrovské štěstí, protože mě kolegové a kolegyně na klinice podporovali při přípravách i při samotné akci, a je pro mne ctí, že na finále soutěže přišli primářka i přednosta kliniky.

Ředitelka nemocnice za mnou přišla s kyticí na kliniku a na poradě všech přednostů, primářů a vrchních sester naší nemocnice nechala promítnout medailonek ze soutěže. Přemýšlela jsem, co se mi na slavnostním předávání líbilo nejvíc. Abych ale byla upřímná, čekala jsem, kdy už to skončí. Nemám ráda rivalitu a znervózňovalo mne, když je výsledek v rukou několika neznámých lidí. Byla to úplně nová zkušenost, poznat zákulisí divadla i tolik nových zajímavých lidí. Moc věcí mne překvapilo – samotná nominace, zájem kolegů, natáčení medailonku i reakce okolí.

Přála bych si, aby byly sestry víc samostatné, víc autentické, aby byly víc vidět a aby dokázaly brát vše s větším nadhledem. Ne, neznevažuji naši práci a její význam, jen mám občas dojem, že někdy převažuje pocit vlastní důležitosti.“

#### **Angelika Osovská,**

*vrchní sestra Oblastní charity Znojmo a finalistka soutěže Sestra roku 2016 v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči*

„S nadsázkou sděluji, že díky účasti ve finále soutěže Sestra roku jsem na pár měsíců ztratila anonymitu. Moji kolegové v práci mé umístění kvitovali s nadšením a radostí, brali to jako úspěch celé naší organizace. A tak jsem to cítila i já, že jsem mohla prezentovat práci sester v domácí péči, jelikož i po téměř 25 letech se setkávám s lidmi, kteří nevědí, že něco takového existuje, že mohou ‚stonat‘ doma a že jim i tam bude poskytnuta odborná zdravotní péče sester.

Nejsem ten správný typ na ovace. Naprosto nejúžasněji jsem hodnotila partu lidí, která se tam sešla. Měla jsem pocit, jako bychom se znali odjakživa. Díky nim jsem se v den D opravdu bavila. A nyní se musím přiznat, že jsem vděčná, že jsem je díky akci poznala. Nastaly situace, kdy jsem potřebovala poradit a vyřešit některé záležitosti v oborech, ve kterých jsou ‚doma‘ zase oni a musím říct, že jejich vstřícnost a ochota, s jakou se společně s mnou snažili pomoci, když jsem se na ně obrátila, byly úžasné a neocenitelné. Jen zainteresovaní vědí, že účast v soutěži Sestra roku opravdu měla smysl. Že se správnou intervencí na správném místě podařilo zachránit lidský život. Sama za sebe jsem od počátku účast v této soutěži nebrala příliš vážně. Musím ale z nadhledu a s odstupem času říct, že měla smysl. Potkala jsem tam úžasné lidi. To je pro mě osobně to nejlepší, co mi soutěž dala.

Překvapením pro mě bylo, že se v našem regionu během hlasovací ankety „Sestra mého srdce“ zvedla vlna podpory. Setkávala jsem se s upřímným fanděním a všichni byli nadšeni. Po získání stříbrné mety jsem cítila souznalost i od téměř neznámých lidí. Také mě překvapilo, že i zástupci města Znojma měli potřebu mi oficiálně dát najevo poděkování a ocenit moji práci v oboru.

Sestrám bych ráda vzkázala, aby neustaly s celoživotním vzděláváním. Ani medicína nestagnuje, vše kolem nás se stále vyvíjí a na to je potřeba reagovat. Péče by měla být poskytována na profesionální úrovni. Do práce je třeba vkládat kus srdce a dělat ji s nadšením, aby se nestala rutinou. Umět zpříjemnit kolegům i pacientům společná setkání, najít si čas k naslouchání, dát najevo skutečný zájem o ně samé a nenechat sebe ani jiné vyhořet. Důležité je také najít si čas na relaxaci a odpočinek.“

*Připravila: Mgr. Markéta Mikšová*

*Foto: Archiv Mladé fronty*



*Fotografie z loňského ročníku vyhlášení Sestry roku*



# Včasná diagnostika sepsy

U příležitosti Mezinárodního dne sepsy připomněla Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN závažnost problematiky. Představila i projekty zaměřené na včasnou diagnostiku.

Sepe patří mezi ústřední témata již od počátku existence kliniky. Jedná se o komplexní syndrom, který je těžké diagnostikovat i léčit. Vyžaduje mezioborovou spolupráci infektologa, mikrobiologa a klinického farmaceuta. Může postihnout každého, více ohrožení ale bývají lidé s poruchou imunity a po náročnějších operačních výkonech, těžkých úrazových stavech či pacienti s pyelonefritidou či bakteriální pneumonií. Sepe se projevuje řadou symptomů: vysokou horečkou, nízkým krevním tlakem, zrychlením srdeční akce a frekvence dýchání (nad 20 dechů za minutu), únavou, poruchou vědomí, bolestmi zad při infekci močových cest a také nevolností. Onemocnění je natolik život ohrožujícím stavem, že každá minuta, kdy může být zahájena léčba pomocí antibiotik, hraje roli.



Infekční klinika ÚVN představila dva projekty, které mají pomoci ke včasné diagnostice sepsy. Grantový projekt Alarminy v rozvoji a diagnostice septických komplikací tkáňového poškození představila lékařka kliniky MUDr. Eva Bartáková. Cílem studie, do níž bylo zařazeno 66 pacientů, bylo najít nové ukazatele sepsy. Oproti pacientům s virovou infekcí a zdravým dobrovolníkům jim totiž byly naměřeny zvýšené hodnoty alarminů v krvi. Výsledky studie ukazují, že jejich měření by mohlo být součástí rychlé diagnostiky a také ukazatelem účinnosti antibiotické terapie.

Druhým prezentovaným projektem byl systém Early Warning Score (EWS), který do systému péče o pacienty Infekční kliniky pomohla zavést vrchní sestra ÚVN Mgr. Ivana Koudelková.

(pp)

## Early Warning Score (EWS) – systém včasného varování v praxi

Na Klinice infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN jsme v loňském roce pod vedením přednosty kliniky prof. MUDr. Michala Holuba, Ph.D. zahájili pilotní projekt s názvem „Early Warning Score v praxi“. Čerpali jsme z doporučení pracovní skupiny lékařů akutní medicíny Royal College of Physicians, kteří systém doporučují použít pro akutní pacienty v přednemocničním hodnocení i jako standardizovaný systém pro všechny pacienty v nemocnicích pro sledování klinického stavu a výstrahu pro klinický tým. Royal College of Physicians je registrovaná charitativní organizace, jejímž cílem je zajistit pacientům vysoce kvalitní péči. Společnost rovněž poskytuje a stanovuje standardy v klinické praxi. Lékaři naší infekční kliniky měli možnost seznámit se s obdobnými systémy na pracovní stáži ve švédském Lundu, kde používají Regional riklinje för NEWS a na stáži ve skotském Edinburghu, kde pracují se Standardised Early Warning Score (SEWS). Nelékařský personál kliniky vyslechl zajímavou prezentaci na mezinárodní konferenci, kde své zkušenosti prezentoval záchranář působící ve Velké Británii.

Early Warning Score (EWS) je systém včasného varování, který je založen na jednoduchém bodovacím systému, v němž je pacientovi v nemocnici přiděleno skóre na základě měření šesti fyziologických parametrů. Mezi ně řadíme frekvenci dýchání, saturaci kyslíkem, tělesnou teplotu, systolický krevní tlak, tepovou frekvenci a úroveň vědomí. Podle naměřeného skóre je pak určena intervence.

Výhodou systému včasného varování je jednotný a systematický přístup k prvnímu posouzení a odhalení akutně nemocných pacientů, dále je to jednoduchý objektivní systém dozoru pro všechny pacienty v nemocnici. EWS má větší specifčnost při identifikaci pacientů ohrožených klinickým zhoršením. Nevýhodou jsou ale počty měření fyziologických funkcí, které mohou zvyšovat nároky na množství personálu na standardním oddělení. Je však důležité zdůraznit, že uvedené parametry jsou v nemocnicích běžně měřené a zaznamenávané, jen v jiných intervalech a nesystematicky.

Bezpečnost pacientů je většinou závislá na klinickém úsudku sestry. Mezi kritické body, kde proces může selhat, patří nedostatečné pozorování nebo opožděné rozpoznání včasných příznaků zhoršení. Je samozřejmostí, že standardizované skóre nemusí být vhodné pro veškerou populaci, EWS proto nenahrazuje klinickou rozvahu zdravotníků. Systém je založen na principu, že klinické zhoršení lze identifikovat změnami ve fyziologických měřeních a velkými změnami v rámci jedné proměnné.

Projekt byl zahájen na infekční klinice v červenci roku 2016, se souhlasem vedení nemocnice a podporou Týmu kvality péče ÚVN. První fází projektu bylo vytvoření protokolu EWS v českém jazyce, podle využívaných protokolů v zahraničí, se zacho-

váním barevné škály rozlišení závažnosti. V současné době ho používáme v každodenní praxi a je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Před zahájením studie bylo nezbytné podniknout kroky ke zvýšení znalostí, dovedností a komunikace zaměstnanců právě v souvislosti s EWS. Druhou fází projektu, která probíhala od začátku září do konce prosince roku 2016, bylo samotné sledování pacientů. Do projektu jsme zařadili během čtyřměsíčního sledování 237 pacientů infekční kliniky. Po ukončení jsme se věnovali vyhodnocení dat. Provedli jsme kořenovou analýzu u sedmi pacientů, kteří podle EWS měli skóre 7 a více a kteří vyžadovali intenzivní péči. Všichni pacienti měli počínající sepsi, u dvou se jednalo o šokový stav.

Vzhledem k tomu, že léčba pacientů v sepsi musí být rychlá, je protokol EWS jednoznačně přínosem. U 47 pacientů byla vyžadována intervence lékaře, minimálně ve formě zápisu do zdravotnické dokumentace, úpravě medikace, určení dalšího sledování či využití přístrojové monitorace. Jedenáct pacientů jsme během sledování vyřadili z důvodu dlouhodobé hospitalizace, terminálního stavu či paliativní péče. Analýza pilotního projektu, který byl ukončen v březnu 2017, potvrdila hypotézu a prokázala předpovědní hodnotu EWS pro přijetí na JIP, včasné odhalení zhoršení zdravotního stavu a přibližné určení délky hospitalizace. EWS také prokázalo, že je jednoduchým a nákladově efektivním nástrojem pro hodnocení závažnosti prognózy sepsy způsobené gramnegativní bakteriemi.

Na základě pozitivních dat z pilotního projektu doporučujeme, aby se EWS používalo jako standardizovaný postup u všech hospitalizovaných pacientů k posouzení akutního onemocnění, zjištění klinického zhoršení, identifikaci pacientů, kteří potřebují zvýšenou péči a k zahájení kompetentní klinické odpovědi jako včasného přístupu k akutní péči. Nedoporučujeme EWS u pacientů s plicním onemocněním, u těhotných žen a dětí mladších 16 let. EWS je také nevhodné u pacientů v terminální a dlouhodobé péči. Domníváme se, že systém včasného varování je efektivním nástrojem pro posouzení kvality péče o pacienty a že snižuje náklady na zdravotní péči. Jsme si vědomi, že jakákoliv norma nemůže změnit praxi, pokud nebude přijata managementem nemocnic a podporovaná vzděláváním i výcvikem. Vzdělávání týkající se EWS by mohlo být součástí pregraduálního ošetřovatelství a lékařské odborné přípravy. Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN používá systém včasného varování u všech pacientů přijatých k hospitalizaci, výuka a využití systému jsou součástí certifikovaného kurzu Prevence a opatření ke snížení rizika infekce v průběhu poskytování zdravotních služeb. Problematika je přednášena na odborných konferencích zdravotnických pracovníků.

Mgr. Ivana Koudelková, foto: archiv autorky





# Sestra roku



18. ročník soutěže vyhlášené vydavatelským domem Mladá fronta a. s., divizí Medical Services a měsíčníkem Zdravotnictví a medicína

Záštitu nad oceněním převzala Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97



## Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat toto prestižní ocenění těm, kteří si jej opravdu zaslouží!

**Titul Sestra roku je udělován ve dvou kategoriích:**

**Sestra v přímé ošetrovatelské péči  
Sestra v managementu a vzdělávání**

**Redakce časopisu Zdravotnictví a medicína uděluje mimořádnou cenu:  
Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství**

**Uzávěrka přihlášek je 30. 11. 2017. Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne 1. 3. 2018 v Divadle Hybernia.**

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přípustná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

#### Průběh soutěže:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů: e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz) / vložením na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz) / v obálce označené heslem „Sestra roku 2017“ na adresu redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 30. 11. 2017. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2017“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2018 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

#### Podmínky účasti v soutěži:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke kvalitativnímu vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). V případě dotazů pište na adresu: [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz). Využijte také diskusní fórum: [www.facebook.com/FBSestra](http://www.facebook.com/FBSestra)

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

Generální partner



O krok dál  
pro zdraví

Záštity



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



Mediační partneři



medixa.org



## Přihláška do soutěže

### Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2017 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči  
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorií označte křížkem)

#### Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele .....  
Kontaktní adresa ..... PSČ   
E-mail ..... Telefon .....

#### Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) .....  
Kontaktní adresa ..... PSČ   
E-mail ..... Telefon .....  
Obor, ve kterém soutěžící působí .....  
Funkce .....  
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení) .....  
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace .....  
Registrovaná sestra: ano  ne  Počet let ve zdravotnictví .....  
Publikační činnost .....  
Přednášková činnost .....  
Jazykové znalosti .....  
Zahraniční stáže .....

Podpis soutěžícího: ..... Podpis navrhovatele: ..... Datum: .....

#### Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace.

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jim vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační

společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnuté údaje jsou dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli? .....



# Multioborové setkání nad tématem selhání střeva

Prostory pražského hotelu Vienna House Prague zaplnili 14. září účastníci symposia, jež se zaměřilo na diagnostiku a léčbu selhání střeva.

Přednášející ve svých příspěvcích shrnuli cenné poznatky o tématu, které vzhledem ke své závažnosti vyžaduje od počátku vysoké nasazení odborníků mnoha oborů. Odborný program zahájil doc. MUDr. Jan Martínek, Ph.D., AGAF, s přehledovou přednáškou o diagnostických metodách indikovaných při střevních onemocněních. Na možnosti nechirurgické léčby, medikamentózní či pomocí parenterální a enterální výživy se zaměřil doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D. Přehled žilních vstupů a komplikace při jejich zavádění zprostředkoval prof. MUDr. Jiří Charvát, CSc. Cyklus přednášek uzavřel doc. MUDr. Martin Oliverius Ph.D., FEBS, s tématem chirurgické



Účastníci symposia

Foto: Jana Schrammová

léčby a transplantace tenkého střeva včetně imunosupresivní léčby, která hraje klíčovou roli pro přežití pacienta. Na sympoziu se za přítomnosti rektora Univerzity Karlovy prof. MUDr. Tomáš Zímy, DrSc., slavnostně pokřtila také kniha doc. Oliveria a doc. Kohouta Selhání střeva a transplantace tenkého střeva. Obsáhla monografii složenou z praktických i teoretických příspěvků sestavili přední odborníci, a poskytli tak čtenářům jedinečný komplexní pohled na v české literatuře dosud nezpracovanou problematiku. Publikaci vydalo nakladatelství Mladá fronta v edici Postgraduální medicína.

## Celodenní revmatologicko-ortopedické sympozium

Sympozium *Revmatologie a ortopedie*, jež uspořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta, proběhlo 21. září v hotelu NH Prague City.

Garanty odborného programu symposia byli prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., ředitel Revmatologického ústavu v Praze a prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA, přednostka Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK Motol. Prof. Pavelka se mimo jiné zaměřil na problematiku axiální spondylartritidy a její včasnou diagnostiku a léčbu. Prognózu závažného onemocnění zhoršuje dlouhý interval mezi prvními příznaky a diagnostikou. Dále zazněly i příspěvky, jež se věnovaly obtížné diagnostice revmatické polymyalgie (MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.), moderní cílené biologické terapii systémového lupu erythematoses (MUDr. Dana Tegzová) či úpravě anti-revmatické léčby v perioperačním období (MUDr. Lilia Šedová).

V dopoledním revmatologickém programu hovořila MUDr. Olga Šléglová o léčbě onemocnění s neuropatickou bolestivou komponentou, které představují až 37 % chronických bolestí. MUDr. Hánová uzavřela akci příspěvkem o muskuloskeletální ultrasonografii a jejích benefitech při diagnostice měkkých částí pohybového aparátu.

Ortopedický blok byl tematicky rozdělen do tří částí. Přednášku o patologických projevech v oblasti ramenního kloubu přednesl např. prof. Trč či MUDr. Jakub Kautzner, Ph.D. Ve druhé části zazněly příspěvky představující výsledky arroskopických operací kolene a ramene (doc. MUDr. Vojtěch Havlas, Ph.D.), kyčle i dalších kloubů. V závěrečné části

symposia se MUDr. Eduard Štastný Ph.D., a prof. Trč zabývali problematikou artrózy kyčelního kloubu a možnostmi operační léčby.



Tomáš Trč

Foto: Jana Schrammová

## Dvoudenní kongres Kožní kliniky na Bulovce

Na výroční konferenci k 80. narozeninám Kožní kliniky navázal 2. národní venerologický kongres.

Přední čeští dermatovenerologové se 22. a 23. září sešli na půdě Nemocnice Na Bulovce a v kongresových prostorách hotelu Grandior v Praze. Garankou odborného programu obou akcí, které pořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta, byla prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., MHA, přednostka Dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce. Její třicetileté působení na klinice v úvodu připomněl prof. MUDr. Vladimír Komárek, DrSc., děkan 2. LF, který zároveň zdůraznil, že za jejího vedení se klinika stala špičkovým pracovištěm, jež pacientům z celého ČR poskytuje péči v celém spektru kožních a pohlavních nemocí. Mezi jedinečná pracoviště patří například Centrum dětské dermatologie, Centrum pro léčbu kožních nádorů, včetně léčby fotodynamické terapií, Centrum pro kožní a pohlavně přenášené infekce nebo Škola atopie.

Jedním z pilířů celodenního venerologického kongresu byla mezioborová spolupráce. MUDr. Šárka Lasiková se věnovala diagnostice pohlavně přenosných chorob z hlediska současné mikrobiologie. Gynekologický pohled na ureaplazmové a mykoplazmové infekce nabídl prof. MUDr. Jaromír Mašata, Ph.D. Na nevenerologická témata ve venerologické praxi se zaměřili prof. Hercogová nebo sexuolog MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. Zazněly i kazuistiky na téma onkologických onemocnění anogenitální oblasti. Poslední blok se týkal pohlavně přenosných chorob u gravidních dětí. Tématem sexuálního zneužívání dětí uzavřela Doc. MUDr. Jana Kocourková program kongresu.



Budova Dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce

Foto: archiv Nemocnice na Bulovce

# Předplatte si VAKCINOLOGII

a získejte knihy dle vlastního výběru v hodnotě  
**500 Kč** z vydavatelství Mladá fronta **ZDARMA**



**knihy.cz**

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 14. 12. 2017**  
**Předplatné na rok pouze za 399 Kč**



**Předplatte  
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku

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

Do předmětu napište kód **MF VAK0317**.

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

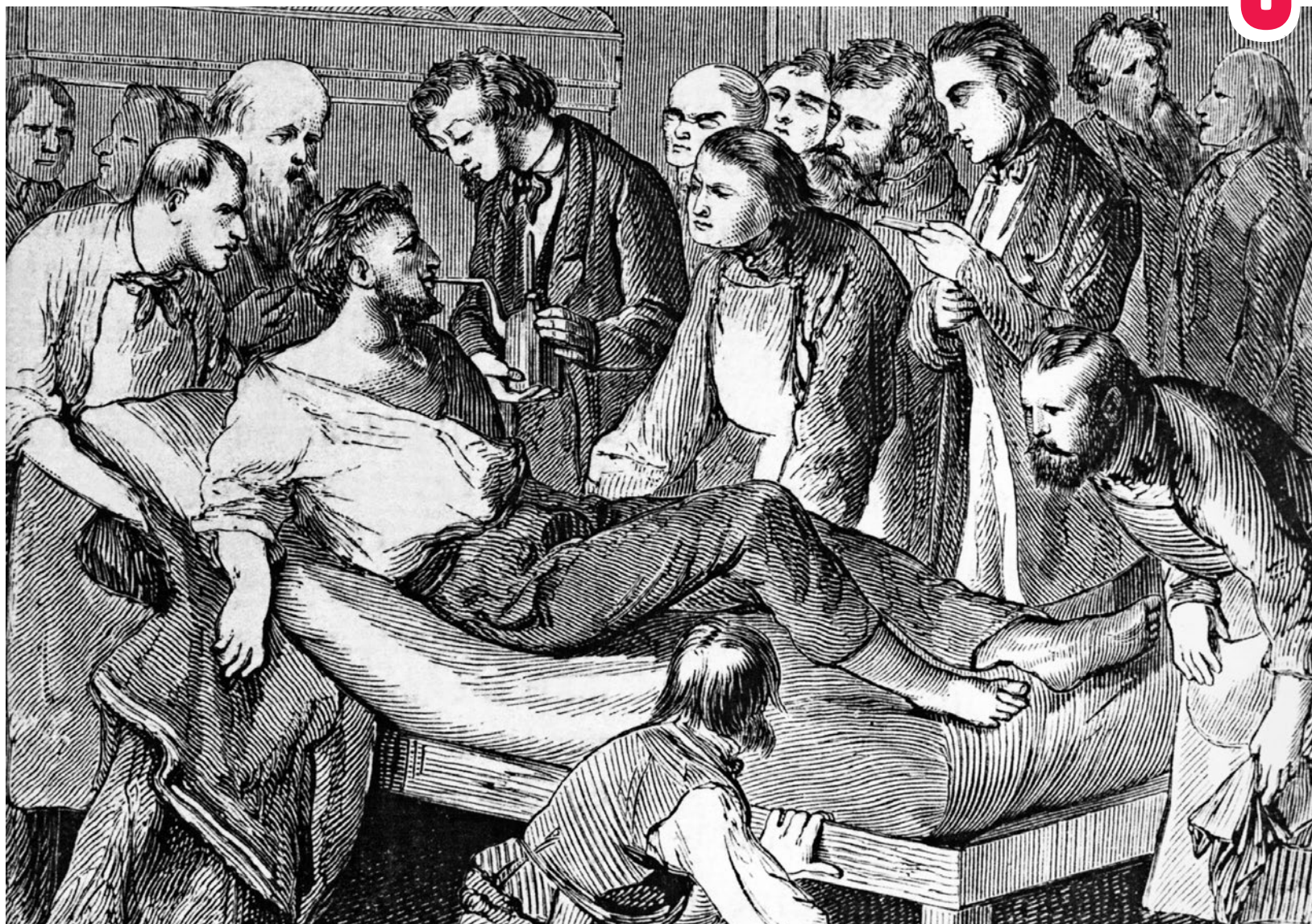


**Volejte zdarma 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a informaci o požadovaném předplatném  
a periodiku. Uveďte kód **MF VAK0317**.

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





Ilustrační foto: 2x Shutterstock

# Sjezd ČSARIM oslavil první celkovou anestezii

Začátkem září se na brněnském výstavišti konal třídenní sjezd České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP (ČSARIM). Na úvodní tiskové konferenci o historii anesteziologie promluvil předseda ČSARIM prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA.

Profesor Cvachovec zdůraznil, že sjezd se koná při 170. výročí prvního podání celkové anestezie v Čechách a na Moravě a že zavedení anestezie znamenalo zásadní krok ve vývoji lékařství. „Operační léčení se pak totiž stalo možností volby. Mohlo se uskutečňovat plánovaně a bez utrpení nemocného, které bylo do té doby nevyhnutelné,“ řekl o důležitosti anestezie profesor Cvachovec.

Proti proudu času

Připomněl také, že anestezii podal poprvé Celestýn Opitz laický člen řádu Milosrdných bratří v nemocnici na Františku v Praze, a to jen o několik málo měsíců později, než se tak poprvé stalo ve Spojených státech

amerických. Jednalo se o celkovou éterovou narkózu. Tehdy se uspávalo chloroformem, dnes se už řadu let používají halogenované étery.

„Zpráva o mnichově počínání byla také prvním publikovaným textem o anestezii, který se v odborném tisku v té době objevil. O půlstoletí později se chirurg Richard Jedlička ve svém habilitačním spisu podělil o zkušenosti s tehdy novou metodou místního znecitlivění kokainem. Při něm však hrozil vznik závislosti a nebezpečná byla rovněž toxicita. Základy anesteziologické péče v tuzemsku ale byly položeny.

O další půlstoletí později bylo pod dojmem válečných zkušeností založeno první anesteziologické oddě-

lení v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. „Ukázalo se, že je nutné anesteziology vzdělávat. Bylo proto zřízeno nastavbové studium medicíny již s jasnou obsahovou náplní. Požadavky operačních oborů a nároky rozvoje medicíny posléze vedly k ustanovení anesteziologie a resuscitace jako základního oboru,“ pokračoval přednášející. Před více než deseti lety tak byl přijat název oboru Anesteziologie a intenzivní medicína, jenž již plně odrážel jeho současnou náplň i rozsah činnosti.

Perioperační medicína

Dnes je anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína lékařským oborem, bez kterého je provoz pře-





vším lůžkových zdravotnických zařízení nemyslitelný. „Důležité je, že anesteziologie a intenzivní medicína se přes pestrost svých aktivit vyhnula tříštění na jednotlivé autonomní podobory, zůstává flexibilní a umožňuje tak celostní pohled na pacienta,“ upozornil profesor Cvachovec.

Anesteziologická péče se podle něj stala činností výrazně přesahující jen technicky bezchybné zajištění perioperačního znecitlivění. „Oprávněně razíme pojem perioperační medicíny, jež má několik cílů. Vedle optimalizace léčebného výsledku operačního léčení v krátko-, středně i dlouhodobé perspektivě se velmi zajímáme o zajištění pacientova komfortu i o ekonomickou udržitelnost našeho počínání. Pojem perioperační medicína je tedy třeba vnímat jak v rovině medicínské, tak i organizační a manažerské. Resuscitační a intenzivní péče se týkají těch nejhůře stonajících, bez ohledu na povahu jejich základního postižení. Obor disponuje širokou paletou farmak i přístrojů, které umožňují podporu či náhradu selhávajících nebo již selhaných základních životních funkcí. V této oblasti je těsná spolupráce s našimi nelékařskými spolupracovníky i spolupracovnicemi nenahraditelná,“ zdůraznil předseda ČSARIM.

Anesteziologů je nejvíc

Obor anesteziologie a intenzivní medicína dnes disponuje více než 140 pracovišti s více než 1400 lékaři, z nichž se okolo 400 účastní specializačního vzdělávání. Sester je více než 3200. „Ročně zajišťujeme přes 870 tisíc anesteziologických výkonů v celkovém i místním znecitlivění. Stále však málo využíváme techniku místního znecitlivění (jen 14 %), a také četnost ambulantního operování není velká (pouze 11 %). Na bezmá-

la tisíc lůžek našich pracovišť je každoročně přijato přes 36 tisíc kriticky nemocných, z nichž se daří více než čtyři pětiny zachránit. Je potěšující, že v posledních letech nejvíce lékařů a lékařek získává specializovanou způsobilost právě v našem oboru,“ pokračoval profesor Cvachovec.

Odborná společnost je podle něj přirozeným oborovým zázemím, hájí jeho zájmy a spolupodílí se na odborném růstu svých členů. Odborné společnosti anesteziologů mají úctyhodnou historii a přispěly k rozvoji oboru. „V tuzemsku se naše odborná společnost počala emancipovat již od 50. let a o desetiletí později již byla zcela samostatná. Působíme na půdě ČLS JEP a současná podoba i název společnosti, která má o málo více než 1000 členů, především z řad lékařů, již plně odráží oborové aktivity. Na půdě společnosti vznikají úježi zaměřené sekce, jejichž aktivity podporujeme. Jsou zdrojem vzájemného odborného obohacování a napomáhají udržení integrity. Náš obor pochopitelně neexistuje ve vzduchoprázdnu, a tak i problémy našeho zdravotnictví zde nacházejí svoji specifickou podobu. Trvalé podfinancování je na lidské i materiální zdroje zhoubné,“ poznamenal předseda ČSARIM.

Nahradí populismus racionalitu?

Profesor Cvachovec rovněž uvedl, že obor se dnes považuje za koncepčně ucelený a jeho základní infrastruktura je vybudovaná. „Ohrožují ho ale trvalé podfinancování a nestabilní prostředí specializačního vzdělávání. Velkou příležitostí pro jeho rozšíření je rozvoj perioperační medicíny, využívání nových technologií a možnosti následné péče, které dnes můžeme našim pacientům poskytnout. Ohrožuje nás však také ekonomická realita, zvláště neblahá v prostředí, kde k řízení máme k dis-



pozici jen minimum nezpochybnitelných dat. A odtud je jen krok k nahrazování racionálních řešení populismem. Česká anestezie je přesto na vysoké úrovni, někdy chybí více profesionality, ale na nápravě pracujeme,“ řekl závěrem předseda ČSARIM.

Martin Ježek

Inzerce M171000460



# XXIV. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

ve spolupráci  
s dalšími odbornými společnostmi  
a s Interní sekci České asociace sester

29. 10. – 1. 11. 2017

Kongresové centrum Praha 5. května 1640/65, Praha 4

[www.kongrescis2017.cz](http://www.kongrescis2017.cz)



ČESKÁ  
INTERNISTICKÁ  
SPOLEČNOST

NADAČNÍ  
FOND  
ČESKÉ  
INTERNY







# Paliativní péče politiky ani plátce příliš nezajímá

Na konferenci paliativní medicíny, která se uskutečnila začátkem září v Brně, jsme se zeptali předsedy České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a primáře Kliniky komplexní onkologické péče MOU **MUDr. Ondřeje Slámy, Ph.D.**



Foto: archiv Mladé fronty

## Jak byste nejlépe přiblížil IX. celostátní konferenci paliativní medicíny?

Letošní celostátní konference byla ve srovnání s předchozími ročníky v řadě ohledů specifická. Pro velký a stále rostoucí počet účastníků jsme letos poprvé konferenci uspořádali v kongresovém centru hotelu Voroněž v Brně. A byla to dobrá volba. Konference se zúčastnilo téměř 550 lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, etiků, kaplanů i dalších lidí, které zajímá téma péče o pacienty v závěru života.

## Jaký byl program?

Jako obvykle pestrý. Zazněly příspěvky o nejnovějších poznatcích v léčbě bolesti, nevolnosti, dušnosti i dalších symptomů. Řada příspěvků se zabývala různými organizačními aspekty paliativní péče: jak udělat, aby se stala normální součástí zdravotní péče dostupné všem, kteří ji potřebují. Několik přednášek a diskusních setkání řešilo aktuální otázky mobilní, tedy domácí paliativní péče. Velkou pozornost vzbudil přednáškový a diskusní blok na téma „Jak pracujeme v paliativní péči s nadějí“. Lékaři, psychologové a duchovní diskutovali s posluchači o různých významech a kontextech naděje u pacientů v paliativní péči. Byly také probírány nejnovější zahraniční publikace. Pozornost dále vzbudily diskuse zajímavých kazuistik a interaktivní workshop komunikačních dovedností. Díky podpoře pražské kanceláře WHO jsme na konferenci mohli pozvat dr. Yvonu Griffo, americkou paliativní lékařku českého původu z předního onkologického centra v New Yorku. Její přednáška o aktuálních stavech v paliativní péči měla u účastníků velký ohlas.

## S jakou problematikou jste vystoupil vy?

Ve svých přednáškách jsem se zabýval novinkami v léčbě nádorové bolesti a dále možnostmi užití léčebného konopí v paliativní péči. A musím dodat, že jako na každém dobrém kongresu zažívali i v Brně účastníci často bolestné dilema, který ze zajímavých paralelních programů zvolit.

## A které téma nejvíce zaujalo vás?

Nejvíce mě zaujaly prezentace zkušeností z nemocnic, v nichž v rámci dvouletého grantového programu Nadačního fondu AVAST usilují o rozvoj programu paliativní péče. Program by měl v těchto nemocnicích včas rozpoznat, kteří pacienti tuto péči potřebují a zároveň jim ji i zajistit. V některých nemocnicích za tímto účelem vznikají konziliární týmy paliativní péče, v jiných se dokonce pokoušejí budovat speciální lůžkové stanice. Tato iniciativa je důležitá, protože jsou to právě nemocnice akutní péče, ve kterých v ČR prožívá nejvíce pacientů závěr svého života a kde také umírají.

## Uvedl byste si na nějaký zajímavý workshop?

Nesmírně zajímavý byl interaktivní workshop dr. Kopecského a dr. Rusinové z VFN v Praze o práci na plánu paliativní péče, o komunikaci nad otázkou limitace intenzivní péče a o práci s dříve vysloveným přáním pacienta. Ukazuje se, že plán paliativní péče („Co budeme v závěru života dělat a co nebudeme dělat“) je jedním z nejzásadnějších nástrojů pro poskytování dobré paliativní péče.

## Kde cítíte největší současný problém paliativní medicíny?

Těch problémů je řada. Některé souvisejí s určitým nepochopením „o čem“ je vlastně paliativní medicína – jak na straně odborné veřejnosti, tak i zdravotních pojišťoven a státní správy. Pomalu a složitě se prosazuje pohled, že pacienti mají potřebu komplexní paliativní péče již v posledních měsících a týdnech života, nikoliv až v posledních dnech a hodinách. A také, že se paliativní péče týká nejen pacientů onkologických, ale rovněž neonkologických (např. s chronickým srdečním selháním, CHOPN, roztroušenou sklerózou, pokročilou demencí atd.) a že se tyto pacienti vyskytují v domácím prostředí, v ambulancích specialistů, v akutních nemocnicích, v léčebnách, v domovech pro seniory a nikoliv pouze v lůžkových hospicích. „Agenda“ paliativní medicíny je proto mnohem širší a časově delší, než jak by jí chtěla vnímat např. zdravotní pojišťovna.

Je potřeba do systému hrazené zdravotní péče integrovat nové modely paliativní péče. Především mobilní/domácí specializovanou paliativní péči a konziliární paliativní péči v nemocnicích. To se zatím daří velmi pomalu...

## Jaké kroky by se měly udělat na celostátní úrovni, aby se péče zlepšila?

V uplynulých třech letech probíhal pilotní projekt, který prokázal, že model domácí specializované péče garantující trvalou dostupnost paliativní péče pro pacienty v domácím prostředí je efektivní, bezpečný a levnější, než jiné formy péče (např. péče na akutním nemocničním lůžku). Očekáváme, že se tato forma dostane do nového seznamu zdravotních výkonů a bude možné ji od roku 2018 začít systematicky rozvíjet. Úhradu nemocniční paliativní péče bude ale třeba teprve nastavit. Na celostátní úrovni, ale také na úrovni krajů chybí ucelená koncepce, která by potřebu paliativní péče nejen přesněji definovala, ale která by především popsala síť zařízení paliativní péče a způsob, jak by tato péče měla být v veřejných rozpočtů hrazena. Paliativní péče politiky ani plátce příliš nezajímá. V systému hrazené péče jsou lůžkové hospice. Rozvoj ostatních forem paliativní péče je limitován neochotou zdravotních pojišťoven.

## Jak jsme na tom v paliativní péči v porovnání s ostatními státy?

U našich sousedů v Rakousku a Německu se paliativní péče v posledních letech velmi dynamicky rozvíjí. V nemocnicích bylo vybudováno několik set paliativních konziliárních týmů, vytváří se síť mobilní paliativní péče, která působí u pacientů v domácím prostředí, ale také v pobytových zařízeních sociálních služeb. Vznikají nemocniční oddělení paliativní péče, dále tam působí lůžkové hospice. Ve srovnání s Německem a Rakouskem vidíme při pohledu na situaci v ČR především chybějící koncepci zdravotní politiky, která by posunovala věci „dopředu“, abychom zřetelně zpoždění rychle dohnali.

Martin Ježek

## Kam směřuje dětská paliativní péče v ČR?

O současném stavu a možnostech dětské paliativní péče v ČR debatovali na půdě Senátu účastníci semináře, který 25. září pořádal Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku za odborné spolupráce České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. Společnost definovala hlavní i krátkodobé cíle nezbytné pro zkvalitnění paliativní péče.

Primářka MUDr. Mahulena Mojžíšová, předsedkyně pracovní skupiny pro dětskou paliativní péči České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM ČLS JEP), připomněla, že paliativní péče nemá jen somatickou dimenzi, ale rovněž spirituální a psychologickou, jež se týká celé rodiny dětského pacienta. V ČR, stejně jako v ostatních zemích, ale chybějí empirická data. Odhaduje se, že u nás žije kolem 3000 umírajících dětí.

Účastníci panelové diskuse se shodli na tom, že dětská paliativní péče představuje v rámci péče o pacienta stále okrajové téma. Ve společném usnesení proto konstatovali, že je pro kvalitu péče nezbytné, aby v nemocnicích vznikly paliativní týmy a lůžka akutní péče. Všichni diskutující vyzvali MZ ČR, aby ve spolupráci s jinými resorty podpořilo vznik systému úhrady multidisciplinární paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních a aby definovala

lůžka poskytovatelů paliativní péče, které na celostátní i regionální úrovni dokážou poskytnout dostupnou a komplexní péči. Podpořit by se rovněž mělo sestavení pracovní skupiny, jejímž cílem je vypracovat Národní strategii paliativní péče. Téma by také mělo být prosazeno do systému pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. Diskutující se shodli na tom, že není potřeba vytvářet nové zákony, ale implementovat paliativní péči do stávajícího systému zdravotní péče.



# Ordinace bez front a bez kartoték

O českém zdravotnictví se nedá říci, že by prošlo elektronizací a modernizací jako většina jiných oborů. A nedá se to zatím říci ani o síti zdravotnických zařízení EUC. Jeho zaměstnanci i vedení ale pracují na změně, aby se klienti mohli objednávat on-line a aby mohli s lékaři konzultovat prostřednictvím videohovoru nebo chatu.

Elektronizací bude možné léčbu efektivněji plánovat a maximum lékařských zákroků, u kterých je to možné, provádět ambulantně. „V dnešní době ve zdravotnictví člověk často doslova bloudí, a pokud chce získat konkrétní pomoc, mívá to těžké. Naším cílem je umožnit klientům hladký vstup do péče a poskytnout jim takové služby, které opravdu potřebují. Bez zbytečného čekání, komplexně, nejlépe pod jednou střechou. Chceme být našim klientům kvalitním a především bezpečným průvodcem,“ uvádí MUDr. Michal Bednář, MBA, který je už téměř rok zdravotnickým ředitelem EUC, sítě nestátních zdravotnických zařízení. Jeho vizí je moderní zdravotnictví, kde je pacient chápán především jako klient, tedy jako aktivní spoluvůdce péče o své zdraví.

Dosáhnout lepší kvality péče

Základem úspěchu je jednotný informační systém. Pokud zdravotník nemá data, pak dělá zbytečné, čas-

to duplicitní kroky. Léčebný proces se tím prodlužuje a roste rovněž jeho finanční náročnost. Dále je nutné dostat potřebné informace ke klientům, což znamená mít funkční receptce, ne jen vrátnice nebo informační tabule. Receptce je totiž prvním záhytným bodem, kde má každý příchozí možnost se poradit, být doslova nasměrován ke správným dveřím či se objednat bez zbytečného bloudění chodbami a čekání v nekonečné anonymní frontě s nejistým výsledkem. Uvedené situace stresují nejen klienta, ale i zdravotnický personál.

“Musíme se více zaměřit na primární péči, kde vše začíná. Praktický lékař je vlastně takovým hlavním dispečerem celé zdravotní péče. Pokud dokážeme, aby nám fungoval tento segment, budeme mít vyhráno. Fungující primární péče je základním a hlavním atributem naší kvality. Nespornou výhodou je, že praktik se může opřít o komplement, specialisty a tým celé kliniky.

Jak jsem zmínil již v úvodu, tak naším cílem je efektivní sdílení informací o klientovi a poskytování komplexních služeb. Je to bezpečnější nejen pro pacienta, ale i pro lékaře. Známe spoustu příběhů, kdy měl praktik podezření na onkologický problém, předepsal další vyšetření u specialisty a už neměl zpětnou vazbu, zda a kdy vyšetření proběhlo. A právě u onkologických nálezů je čas hodně důležitý. V našem prostředí s jednotným nemocničním informačním systémem a širokou paletou specialistů hned víme, zda pacient na vyšetření přijde, a jaké má výsledky,“ popisuje systém fungování primární péče v EUC MUDr. Bednář.

Uvědomuje si ale všechny překážky, mezi které patří zejména nedostatek praktických lékařů či zdravotních sester. Často rovněž narážejí na zkratkatelost systému – vše je nějak zaběhlé, tak proč dělat změny. Ano, změnit chování či smýšlení lidí je velice těžké. Nejvyšším oceněním a indikátorem spokojenosti a kvality jsou pro ředitele Bednáře registrace nových klientů. (red)



EUC Klinika v Kladně má řadu oddělení, cévní, kýlní a proktologickou poradnu, ortopedickou a chirurgickou ambulanci, operační sály a další. **MUDr. Michal Bednář, MBA** vysvětluje úkoly, které má jako zdravotnický ředitel před sebou, i postavení sester na klinice.

## Při otevření kliniky jste se nechal zvážit. Proč?

Váha je důležitý ukazatel našeho zdraví. Nadváha je nežádoucí a každý s ní může bojovat. My mu s tím pomůžeme. Zavádíme program disease management nejen pro diabetiky. Edukujeme, učíme selfmonitoringu. Co je problémem diabetiků? Možná špatný životní styl. A jak se projeví? Často právě nadváhou.

## Jaké úkoly máte v roce 2017 před sebou?

Musíme implementovat jednotný informační systém napříč skupinou, sdílet jeho výhody mezi klinikami, využívat možnosti organizace péče o naše klienty. Dobře organizovaná primární péče, důsledná preventivní péče jako je mammoscreening, management péče o diabetiky jsou zkrátka základem,

od něhož se odvíjí naše další činnosti. Určitě se musíme posunout v oblasti elektronického zdravotnictví, čeká nás zavedení e-Receptu, rozvoj a využití elektronických žádavek a budeme pokračovat v debatě o elektronizaci zdravotnické dokumentace. Pokud se dožijí ordinací bez kartoték, přičemž u jednoho nejmenovaného praktického lékaře jich máme 32, tak stálo za to žít.

## Ve zdravotnictví aktuálně rezonuje slovo kvalita. Jak ji vnímáte?

Ze dvou aspektů. Jedním je spokojenost klienta a druhým dodržování zákonů. To jsou dva zásadní atributy, které určují směr našich kroků. Jedině péče, jež splňuje tato dvě hlediska, může být považována za kvalitní. Na druhou stranu sledování kvality má obecně tendenci k masivnímu nárůstu administrativy pro náš personál. Je třeba, aby všechny procesy zvyšující kvalitu byly vyvážené a nepřinášely zbytečné papírování.

## A co postavení sester v EUC?

Jejich postavení je klíčové, jako kdekoli jinde ve zdravotnictví. Kromě odborných, ryzě zdravotnických výkonů, zvládají totiž celou řadu dalších činností. Především jsou často v prvním kontaktu s klientem a vytvářejí jakýsi „první dojem“. Úroveň



Foto: archiv EUC

jejich komunikačních dovedností má velký dopad na to, jak bude klient vnímat celé zdravotnické zařízení. Pokud chceme mít jistotu, že se sledování kvality ubírá tím správným směrem, zvládneme to díky našim sestřím.

## A co EUC sestřím nabízí?

Kromě pěti týdnů dovolené a zázemí stabilní zdravotnické skupiny, oceňují nově příchozí i stávající sestry náš vstřícný přístup k rozložení pracovních povinností a péče o rodinu. U nás je sestra taky maminka.

## Nechybí Vám jako anesteziologovi adrenalin operací?

Nechybí, na centrále společnosti EUC ho mám až dost. Když jdu dnes v Kladně na sál, je to pro mě spíše příjemné odreagování. Naše anesteziologická sestra vždy něco dobrého navaří nebo napeče, přijde s košíčkem dobrot a hned je na světě líp. (red)

## Věříme, že:

- budoucnost je v prevenci a ambulantním zdravotnictví,
- bez prevence nebude zdravotnictví financovatelné,
- čeká nás revoluce vztahů lékař-klient,
- proběhne stejná elektronizace jako třeba v bankovníctví,
- EUC bude u všeho jako záruka péče.





# Kdysi se toho ani za deset let neudálo v medicíně tolik, co nyní během pouhého půl roku

Rozhovor s **MUDr. Matejem Škrovinou, Ph.D.**, primářem chirurgického oddělení.

**Proč jste zvolili jako téma XI. sympozia AGEL právě Nové techniky a technologie v medicíně? Co vás na tomto obtížném tématu lákalo?**

Toto téma jak aktuální vlastně neustále. Dnes je specializace, řekl bych dokonce atomizace odborností tak patrná, že neexistuje lékař, který by dokázal postřehnout všechny změny v medicíně. Vývoj neustále akceleruje. Na začátku minulého století se ani za deset let neudálo tolik událostí a objevů, které se dnes stanou během pouhého půl roku. Sympozium v relativně krátkém čase umožní různorodému auditoriu obeznámit se s trendy, jež v současnosti dominují napříč všemi specializacemi. Tak byl poskládán i program. Oslovili jsme špičkové odborníky z jednotlivých oblastí me-

Symposium Nové techniky a technologie v medicíně, které proběhlo v Olomouci v Hotelu NH Collection ve dnech 5.–6. 10. 2017, bylo registrováno pro lékařské profese u ČLK dle Stavovského předpisu č. 16, pro nelékařské profese bylo registrováno u POUZP. „Vědecký kongres je kvintesenčí celoročního edukačního procesu skupiny v jejím nejširším diapazónu. Přísluší mu proto unikátní autorita vytvářená dlouhodobě na vědecky-odborné rovině,“ uvedl Ing. Tomáš Chrenek, Ph.D., předseda dozorčí rady AGEL a.s.

dicíny, aby nám představili, co se v jejich oboru děje, kam vývoj směřuje a jaký je jeho předpokládaný směr.

**Kde vidíte nejrazantnější vývoj a aplikace technologií do praxe?**

Na to mohu odpovědět velmi těžko, protože bych vlastně popřel to, o čem jsem hovořil před chvílí. Dnes už nedokážeme sledovat vývoj napříč všemi specializacemi. Mohu mluvit jen za chirurgii, kde se tento trend jednoznačně týká robotických operací či zobrazovacích metod.

**Pocházím z Kopřivnice a pamatuji si, že kdysi nemocnice v Novém Jičíně, ve které působíte, nebyla zdaleka na takové úrovni jako nyní.**

Když jsem do Nového Jičína nastoupil, byla to pro mne také obrovská změna, protože předtím jsem působil v třínečské Nemocnici Podlesí, což je opravdu luxusní pracoviště. Za dvanáct let se ale změnilo mnohé. Novojičínská nemocnice je nyní jedním ze specializovaných pracovišť v rámci onkologické péče. S rozvojem programu přišli také noví zaměstnanci a zakoupeny byly rovněž nové technologie. Disponujeme robotickým systémem, máme k dispozici kvalitní diagnostiku, lineární urychlovače. Dalo by se říci, že se naše nemocnice změnila od základu.

**Když už jsme u technologií, tak vždy když se o nich hovoří, mluví odborníci o vizích. Řekněte nám, jak vidíte budoucnost zdravotnictví vy?**

**Matej Škrovina**



vystudoval medicínu na Jesseniově lékařské fakultě Univerzity Komenského v Martině a doktorské studium na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Má za sebou atestace z chirurgie 1. i 2. stupně, kolo-proktologie i onkochirurgie. Působil v nemocnicích v Banské Bystrici, Žilině či v Třinci. Nyní je primářem chirurgického oddělení v Nemocnici Nový Jičín a z pozice předsedy organizačního výboru stál za odborným programem letošního vědecko-výzkumného Symposia AGEL.

Je velmi obtížné popsat vize a budoucnost technologií krátce několika větami. Co se týče mého oboru, věřím, že se vydáme cestou větší miniinvasivity a robot je právě jednou z možných variant. Rovněž si myslím, že z pohledu diagnostiky nás čeká ještě kvalitnější předoperační příprava. Dále předpokládám, že v blízké budoucnosti budeme přímo během operačního výkonu promítat jednotlivé anatomické struktury přímo do operačního pole. *Mgr. Denis Drahoš*

Foto: archiv AGEL

Inzerce M17000241

## POZNEJTE SVĚT S ADVENTUROU

Afrika | Asie | Latinská Amerika | Severní Amerika | Austrálie a Nový Zéland | Evropa a atlantické ostrovy

POZNÁVACÍ ZÁJEZDY  
TURISTIKA  
DOVOLENÁ NA KOLE

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

408 TITULŮ ZÁJEZDŮ DO 121 ZEMÍ 6 KONTINENTŮ



**ADVENTURA**  
cestovní kancelář

*Zažít život*

CR Adventura byla partnerem galavečera



SESTRA ROKU



# Cílená léčba pacientů s polycystózou ledvin na dosah?

Prestížní americký časopis *Journal of the American Society of Nephrology (JASN)* publikoval výsledky klinické studie fáze II zaměřené na léčbu polycystické choroby ledvin autosomálně dominantního typu (ADPKD). Čtyřletý výzkum vedl **prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, FERA, FASN**, z Kliniky nefrologie VFN v Praze a 1. LF UK. Povíдали jsme si s ním o tom, jaké vyhlídky na léčbu dnes mají pacienti s nejčastějším geneticky podmíněným onemocněním.

## O jak závažné onemocnění se jedná? Jaké jsou jeho symptomy?

Polycystická choroba ledvin je čtvrtou nejčastější příčinou selhání ledvin u dospělých. Zhruba na 600 porodů připadá jedno narozené postižené dítě. Rodič s uvedenou diagnózou má padesátiprocentní pravděpodobnost, že ji zdědí i jeho potomek. Onemocnění charakterizuje růst cyst v ledvinách a v jiných orgánech, což postupně může vést k renálnímu selhání vyžadujícímu léčbu dialýzou nebo transplantací. Cysty rostou různě rychle, záleží na typu mutace genu PKD1 nebo PKD2. Nemoc se často diagnostikuje náhodně, pacientovi totiž dlouho nemusí způsobovat žádné potíže. Může mít ale opakované močové infekce či vyšší krevní tlak. Ke zhoršování filtrační funkce ledvin obvykle dochází až po 30. roce věku. Mezi 50–70 lety bývají již pacienti ohroženi selháním ledvin. V evropských zemích má onemocnění 8–10 procent nemocných léčených dialýzou, což je vysoké číslo, které představuje velkou ekonomickou zátěž.

## Můžete shrnout současné poznatky o terapii ADPKD?

Až do roku 2000 jsme mohli léčit pouze symptomy, jako je arteriální hypertenze, močové infekce nebo močové kameny, ale chyběly léky na zpomalení progresse onemocnění. V posledním desetiletí se testovalo několik léků, které ovlivňují proliferaci – růst výstelky nebo brání sekreci tekutiny do cyst. Jediným registrovaným lékem v oblasti sekrece je tolvaptan, který působí jako inhibitor vazopresinových V2 receptorů a podle velkých studií TEMPO zpomaluje růst cyst a progresi renální insuficience až o 40–45 %. Tento lék však v ČR zatím není dostupný, protože z pohledu plátců jde o nákladnou léčbu, zejména z pohledu nákladové efektivity v porovnání s dialýzou a transplantací. Nadějně jsou výsledky naší studie, otištěné v časopise *JASN*. Testovali jsme bosutinib, lék ovlivňující proliferaci, který se úspěšně používá v terapii chronické myeloidní leukemie a u některých solidních tumorů. V modelu polycystických ledvin lék účinně inhibuje růst cyst. Podle dat z analýz velkých mezinárodních kohort pacientů představuje růst cyst jediný spolehlivý marker, jímž se dá progresse ADPKD v časně fázi onemocnění měřit. Pokud se totiž řídíme relativně pozdním poklesem glomerulární filtrace, je již zřejmě na jakoukoli terapeutickou intervenci pozdě. O tom, jestli je růst cyst optimálním markerem a jestli může nahradit marker poklesu filtrace, se jistě i v budoucnu povedou další diskuse. Tento pomocný cílový parametr však více-méně akceptovaly regulační autority FDA i EMA.

## Co přinesly výsledky publikované studie, zaměřené na účinnost a bezpečnost bosutinibu?

Šlo o mezinárodní multicentrickou studii fáze 2, do níž se zapojili pacienti z 16 států. Efekt léčby je obrovský, větší než u tolvaptanu, protože zpomaluje růst cyst o 66–70 %. Zůstává zde ale otázník nad nežádoucími účinky. Dvakrát více pacientů léčených bosutinibem trpělo oproti pacientům v placebové větvi průjmů. Firma se nyní bude muset rozhodnout, zda bude bosutinib dále testovat v indikaci ADPKD ve studii fáze 3. Vzhledem k tomu, že

opravdu závažné nežádoucí účinky měla jen malá část pacientů, byla by pro ty ostatní velká škoda, pokud by se další vývoj léku v této indikaci zastavil.

Bosutinib, stejně jako tolvaptan, by se zpočátku používal především u pacientů s vysokým rizikem progresse onemocnění. Lékařská veřejnost spolu s plátcí dnes potřebují hlavně vědět, u jakých podskupin nemocných jsou nové léky nejlépe účinné. Současné studie organizované farmaceutickými firmami naopak směřují k tomu, aby lék měl co nejširší indikace (včetně podskupin pacientů s jen hraničním efektem léku). Myslím, že je zejména na regulačních orgánech (FDA, EMA), s nimiž se designy nových studií zpravídla konzultují, aby farmaceutické firmy více motivovaly realizovat studie, jež by více odpovídaly modernímu konceptu personalizované medicíny.

## Budeme tedy čekat, jaký postup firma zvolí...

Kdybych byl sponzorem, tak další testování léku v indikaci ADPKD by pro mě bylo zajímavé. U bosutinibu jde o zcela jiný mechanismus účinku než u tolvaptanu a efekt je opravdu velký. Navíc pozorované nežádoucí účinky nejsou život ohrožující. Zajímavou a levnější variantou, jak pokračovat ve výzkumu s podskupinou lidí, která lék dobře toleruje, by mohla být například investiční studie, již by mohl sponzor případně nepřímo podpořit. Rozhodnutí o dalším osudu léku rozhodně nemá smysl odkládat, protože další data k dispozici nebudou. Ohlas na náš článek je obrovský. Nejen mezi nefrology, ale i u pacientů, kteří jsou velmi vzdělaní a zajímají se o novinky. A to často i tehdy, když jejich vlastní onemocnění je již za hranici léčitelnosti. O nové možnosti se zajímají pro své nemocné děti. Není jasné, kdo by měl být léčen tolvaptanem a kdo bosutinibem, pokud by bosutinib prošel klinickým hodnocením a byl úspěšně registrován. Medicínsky zajímavou možností by mohla být i kombinace obou léků, což by ovšem dramaticky zvýšilo náklady na léčbu.

## Do studie, kterou jste vedl, přispěla ČR 21 pacienty, což je vysoké číslo. Například Spojené státy zařadily jen 26 pacientů, Itálie 6. Čím je to dáno?

Česko přispívá vysokými počty pacientů často, protože zde máme dobře organizovanou centralizovanou péči o méně častá nebo vzácná onemocnění. Částečně je to dáno dědictvím komunistické medicíny, ale nám se tento pozitivní aspekt péče podařilo udržet. A to nejen v oblasti polycystóz, ale také u celé řady dalších onemocnění. Jen v centrech naší VFN v Praze se léčí desítky až stovky pacientů například s dědičnými metabolickými onemocněními, roztroušenou sklerózou nebo plicní hypertenzí. V řadě zemí jako je Itálie či Španělsko centralizovaná péče chybí a časná diagnostika i péče o pacienty s vzácnějšími chorobami může být pak méně kvalitní než u nás. Důležitá je také naše účast v různých evropských



iniciativách. ADPKD se týká iniciativa EuroCYST, která spojuje 14 významných evropských center, do níž je jako jediné v ČR zapojeno i naše pracoviště.

## Výsledky vaší studie dokazují, že terapie bosutinibem vede ke zmenšení rychlosti růstu cyst. Jaký vliv může mít léčba na vývoj renálních funkcí?

Vzhledem k rezervní funkční kapacitě reziduálních nefronů nevede růst cyst dlouho k poklesu filtrační funkce ledvin. Pak se ale funkční kapacita vyčerpá a dostí rychle, třeba během 3–5 let, začne klesat renální funkce (glomerulární filtrace)

až na úroveň selhání ledvin. Proto nás tak zajímá, jak zpomalit růst cyst na začátku onemocnění. Sledováním glomerulární filtrace v časném stadiu onemocnění informací o progresi onemocnění nezískáme. V podstatě jde o to oddálit čas, kdy začne glomerulární filtrace klesat. Podobně jako u diabetické nefropatie nejde v této chvíli onemocnění zastavit. A je obrovský rozdíl v kvalitě života, jestli pacient dospěje k léčbě dialýzou v 50 letech nebo třeba o 13 let později.

## Museli jste uprostřed studie modifikovat její design, což je v klinickém hodnocení vždy dramatická situace.

Zkoušeli jsme dvě dávky – 400 mg a 200 mg. Vzhledem k tomu, že vyšší dávku pacienti špatně tolerovali, rozhodli jsme se tuto větev převést na dávku 200 mg, kterou snášeli podstatně lépe. Pro dlouhodobé podávání se vyšší dávka, bohužel, nehodí, i když má pravděpodobně vyšší efekt.

Dnes jsou našťástí designy studií mnohem inteligentnější než dřív, protože se mnohem více diverzifikují. U bosutinibu si dovedu docela dobře představit, že v iniciální fázi další studie se bude u 200mg dávky tři měsíce testovat tolerance léku. Podskupina bez vážných nežádoucích účinků může pak vstoupit do další fáze, čímž se v pravý čas minimalizují rizika.

## Jaká je perspektiva dalšího vývoje?

Buď se farmaceutická firma rozhodne, že nežádoucí účinky jsou natolik významné, že bude dále pokračovat jen v testování léku v onkologických indikacích. Mohou se vést další diskuse s odborníky, aby se co neefektivněji využily pozitivní výstupy ze studie. Může se také podpořit investiční studie. Za neoptimističtější variantu považují, pokud se firma rozhodne financovat i studii fáze 3. Mohla by odstartovat do léta příštího roku. Za dva roky můžeme mít pozitivní data a lék by se pak mohl registrovat. Ale čím dražší lék se vyvíjí, tím je pravděpodobnější, že regulační budou vyžadovat další a další studie a klást další podmínky i omezení. Záleží na mnoha faktorech a my si samozřejmě přejeme, aby se více vyhovělo odborným zájmům a prospěchu pacienta, který nový lék netrpělivě očekává.

Mgr. Pavlína Perlíková, foto: archiv VFN



# Nové cesty pro účinná antiretrovirotika

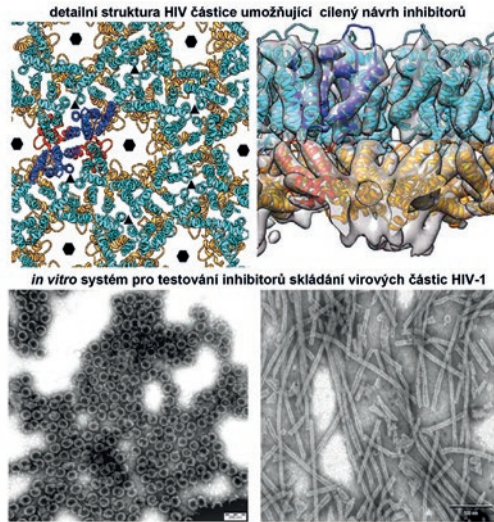
Grantová agentura České republiky ocenila projekt české biochemičky Dr. Ing. Michaely Rumlové.

Projekt popisuje interakce, jež hrají významnou roli při tvorbě nezralých retrovirových částic a vývoji metod pro testování inhibitorů skládání HIV. Otevírá nové cesty pro přípravu účinných antiretrovirotik. Ing. Rumlová za něj obdržela Cenu předsedkyně Grantové agentury České republiky.

Vědkyně působící v současnosti na VŠCHT se tvorbou retrovirových částic HIV zabývala už v ÚOCHB AV ČR. „Studujeme vzájemné interakce, které jsou důležité pro tvorbu nezralé a posléze i zralé retrovirové částice. Naším hlavním cílem je nalezení sloučeniny, jež by bránila tvorbě těchto částic a v budoucnu by mohla sloužit jako lék pro pacienty, kteří jsou infikováni virem HIV,“ vysvětluje Rumlová. K léčbě pacientů nakažených virem HIV se nyní používá kombinovaná terapie, jež spočívá v současném podávání několika inhibitorů, které blokují klíčové kroky v životním cyklu viru. Bohužel často dochází k tomu, že se virus časem stane vůči podávaným lékům rezistentním, a proto je třeba jejich kombinaci modifikovat. Vědci ale hledají stále nové a nové inhibitory.

Ve spolupráci s vědci z Evropské laboratoře molekulární biologie v Heidelbergu se podařilo vyřešit detailní strukturu retrovirových částic HIV i modelového opičího viru. Byly zjištěny a přesně popsány interakce, které jsou zásadní pro tvorbu HIV částice. To vědcům umožní pracovat přímo na vytvoření látek, které zabrání skládání retrovirové částice, díky čemuž virus nebude moci opustit buňku a dojde k zastavení infekce.

„Následující tři roky se budeme věnovat procesu rozložení virového komplexu a testování sloučenin, jež by tomu mohly napomoci,“ popisuje své plány do budoucna oceněná vědkyně. Za účelem testování potenčních inhibitorů skládání retrovirových částic HIV-1 vyvinuli



vědci efektivní patentovanou velkokapacitní screeningovou metodu.

Výsledky výzkumu, které zásadním způsobem přispěly k pochopení strukturní biogeneze retrovirových částic, byly zveřejněny ve formě spoluautorských publikací v časopise Nature, publikovány však byly i v dalších prestižních zahraničních časopisech. Největším přínosem projektu je ale možnost praktického využití nově získaných poznatků pro vývoj léků, jež by mohly být úspěšně využity v terapii pacientů nakažených virem HIV.

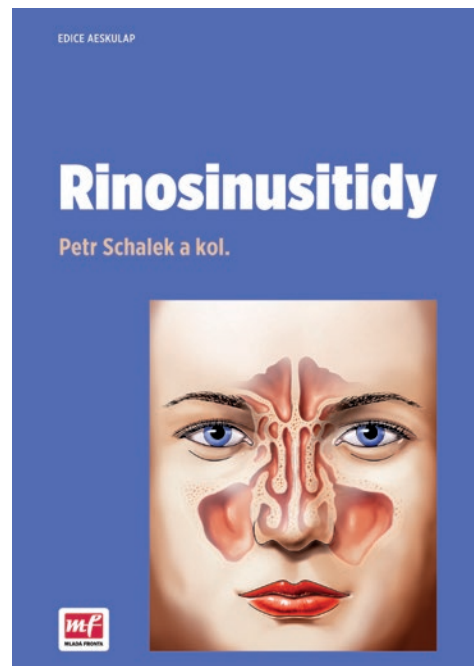
Zdroj a foto: Grantová agentura ČR

## Cena pro publikaci Mladé fronty

Kutvirtovu cenu za rok 2016 udělila Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP v kategorii Monografie publikaci MUDr. Petra Schalka a kolektivu Rinosinusitidy.

Kniha, kterou vydalo vydavatelství Mladá fronta v edici Aesculap, popisuje heterogenní skupinu onemocnění různých etiologií a patofyziologických mechanismů, s nimiž jsou denně konfrontováni nejen otorinolaryngologové, ale i praktičtí lékaři či pediatři. Problematika zasahuje i do oborů alergologie a pneumologie. Publikace podává na základě nejnovějších poznatků ucelený pohled na rinosinusitidy. Kromě základních forem akutních a chronických rinosinusitid zasahuje monografie ve zvláštních oddílech i do pediatrické praxe. Věnuje se rovněž vztahu patologií v oblasti horních a dolních cest dýchacích, úloze alergie v patofyziologii rinosinusitid či mykotickým zánětům.

Kniha by měla sloužit nejen k pre- a postgraduálnímu studiu pro otorinolaryngology, ale rovněž k doplnění informací pro ostatní odbornosti, které s tímto onemocněním přicházejí do kontaktu. (pp)



## Ocenění za software pro diagnostiku pacientů se srdečním selháním

Mezinárodní tým složený z vědců oddělení Medicínských signálů brněnského Ústavu přístrojové techniky AV ČR, Mezinárodního centra klinického výzkumu FNUSA-ICRC a University of Rochester získal prestižní cenu Clinical Translational Award (CTA).

Ocenění CTA bylo vědcům udělena za software pro určení elektrické dyssynchronie u pacientů se srdečním selháním. Hlavní autor programu, Ing. Filip Plešinger, Ph.D., ho převzal 27. září ve francouzském Rennes na konferenci Computing in Cardiology 2017. Mezinárodní vědecká konference, jež se koná každoročně již od roku 1974, poskytuje fórum pro vědce a odborníky z oblasti medicíny, fyziky, inženýrství a informatiky.



Oddělení Medicínských signálů je jedním z částí brněnského Ústavu přístrojové techniky AV ČR. Jeho hlavní náplní je využití nových technologií a metod zpracování signálů jak v základním výzkumu, tak i v klinických aplikacích v humánní medicíně. Tým oddělení medicínských signálů úzce spolupracuje s lékařskými pracovišti v Brně, České republice i v zahraničí.

Problémy v synchronizaci kontrakce srdečních komor mohou totiž vést k závažnému srdečnímu selhání, které lze úspěšně léčit pomocí speciálního kardiostimulátoru (tzv. resynchronizační terapie – CRT). Bohužel někteří pacienti na léčbu nereagují pozitivně. V současné době neexistuje klinicky dostatečně přesný postup, jenž by umožnil stanovit míru tohoto postižení srdce. A tak je o implantaci kardiostimulátoru rozhodováno sice na základě klinicky doporučených, ale pouze nepřímých ukazatelů. Oddělení Medicínských signálů se již několik let věnuje vývoji metodiky pro určení elektrické dyssynchronie srdečních komor ve spolupráci s FNUSA-ICRC.

Cena byla udělena za autonomní software vyvinutý v Ústavu přístrojové techniky AV ČR, který z EKG záznamu dokáže určit míru uvedené srdeční vady. Jedná se o zcela původní a klinicky velmi perspektivní diagnostický nástroj. Činnost softwaru byla ověřena na multicentrické studii MADIT-CRT ve spolupráci s americkou University of Rochester.

Zdroj a foto: Ústav přístrojové techniky AV ČR

## Atezolizumab schválen v nových indikacích

Evropská komise schválila léčivý přípravek Tecentriq (atezolizumab) k léčbě specifického typu metastazujícího karcinomu plic a karcinomu močového měchýře.

Atezolizumab byl schválen jako monoterapie u dospělých pacientů s lokálně pokročilým nebo metastazujícím nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) po předchozí chemoterapii bez ohledu na přítomnost PD-L1. Pacienti s aktivačními mutacemi genu EGFR nebo s pozitivní mutací ALK by před podáním přípravku měli podstoupit cílenou léčbu. Schválení je založeno na výsledcích rozsáhlé randomizované studie fáze III OAK a randomizované studie fáze II POPLAR. Studie OAK ukázala, že atezolizumab prodloužil život o medián 13,8 měsíců, což bylo o 4,2 měsíců déle než u pacientů léčených docetaxelem.

Atezolizumab byl dále schválen jako monoterapie v léčbě dospělých pacientů s lokálně pokročilým nebo metastatickým uroteliálním karcinomem (mUC), kteří byli dříve léčeni chemoterapií s obsahem platiny nebo kteří jsou považováni za nezpůsobitelné k léčbě cisplatinou bez ohledu na přítomnost PD-L1. Schválení je založeno na výsledcích randomizované studie fáze III IMvigor211 a kohort 1 a 2 z jednoramenné studie fáze II IMvigor210.

Studie fáze III IMvigor211 ve srovnání s chemoterapií nesplnila primární cílový parametr OS. Studie nicméně prokázala, že medián trvání odezvy (mDOR), sekundární cílový parametr, u pacientů užívajících přípravek atezolizumab byl 21,7 měsíce v porovnání s 7,4 měsíce u pacientů s chemoterapií.

K datu posledního čtení dat většina pacientů (63 %) odpovídajících na léčbu atezolizumabem pokračovala v odpovědi na léčbu v porovnání s 21 % pacientů užívajících chemoterapii. Výsledky kohorty 1 fáze II studie IMvigor210 ukázaly, že atezolizumab dosáhl medián OS 15,9 měsíců (10,4; NE) v celkové populaci.

Atezolizumab je monoklonální protilátka vázající se na protein PD-L1, který je exprimovaný na nádorových buňkách a nádor-infiltrujících imunitních buňkách. Přípravek má potenciál být základním partnerem kombinace s protinádorovou imunoterapií, cílenou terapií a různými režimy chemoterapie u širokého spektra nádorových onemocnění. (red)

## Adalimumab pro neinfekční uveitidu

Evropská komise schválila přípravek Humira (adalimumab) pro léčbu dětských pacientů s chronickou neinfekční přední uveitidou.

Adalimumab se stává v Evropské unii jediným schváleným biologickým lékem pro dětské pacienty od dvou let věku s chronickou neinfekční přední uveitidou, u nichž nebylo dosaženo adekvátní odpovědi na konvenční terapii. Schválení je podloženo výsledky klinické studie SYCAMORE, která prokázala, že v kombinaci s metotrexátem v porovnání s kombinací metotrexátu a placeba významně prodlužuje dobu do selhání léčby u dětí s aktivní uveitidou při juvenilní idiopatické artritidě. Juvenilní idiopatická artritida je nejčastějším systémovým onemocněním, které se u dětí vyskytuje současně s neinfekční uveitidou, a to u více než 75 % případů přední uveitidy u dětí.

Uveitida je zánětlivé onemocnění žilnatky (uvea). Pokud není účinně léčeno, může vést k závažnému postižení zraku včetně katarakty, glaukomu a cystoidního makulárního edému. K těžkému poškození zraku dochází podle odhadů u 25-30 % případů pediatrických uveitid. Pro záchranu zraku dětí s tímto onemocněním je důležitá včasná

diagnóza a léčba. Z výsledků studie Sycamore vyplývá, že adalimumab může pomoci ochránit zrak před závažnými očními komplikacemi velkému počtu dětí, u nichž standardní léčba selhala.

Klinická studie SYCAMORE byla sponzorována skupinou britských univerzitních nemocnic National Health Service Trust v Bristolu a koordinována Výzkumným centrem klinických studií Univerzity v Liverpoolu. Komise dohlížející na nezávislost dat a bezpečnost (IDSMC) doporučila odslepení studie poté, co se u 90 randomizovaných pacientů s uveitidou při aktivní juvenilní idiopatické artritidě prokázalo, že adalimumab v kombinaci s metotrexátem zajišťuje oproti placebu lepší kontrolu očního zánětu a je spojen se statisticky s významně nižším počtem selhání léčby.

Adalimumab byl schválen ke klinickému užívání již před 14 lety a je dnes užíván ve více než 90 zemích v celkem 14 globálně schválených indikacích. (red) Zdroj: Abbvie

## Alergologové a imunologové ocenili publikaci Mladé fronty

Publikace *Potravinová alergie a intolerance autorů MUDr. Martina Fuchse a kolektivu vyhrála cenu Dr. Josefa Lišky za rok 2016.*

Ocenění uděluje Výbor České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP. Cena bude předána v prosinci na slavnostní pracovní schůzi alergologů a klinických imunologů. Kniha, kterou publikovalo vydavatelství Mladá fronta v edici Postgraduální medicína, přispívá k hlubšímu pochopení různých typů potravinových alergií, jejich příznaků i specifických způsobů diagnostiky a léčby.

Potravinovou alergií podmiňuje nežádoucí specifická imunitní odpověď na potravinové antigeny. Její incidence ale neustále stoupá, což je dáno jak samotným genomem, tak především životním prostředím, výživou i způsobem života. Kniha se rovněž zaměřuje na nejznámější potravinové intolerance, jejichž spouštěčem jsou naopak čistě neimunologické mechanismy.

Obecná část publikace věnuje pozornost epidemiologii, patofyziologii, alergenům, projevům onemocnění, diagnostice i novinkám v molekulární diagnostice, léčbě, prognóze a také legislativě. Druhá, speciální část, představuje jednotlivé potravinové skupiny. Nechybí ani přehledy možných zkřížených reakcí.



Inzerce M17100462

KRAJSKÁ NEMOCNICE  
T. BATI, a. s.



## DIABETOLOGICKÝ DEN

„Pokroky v diagnostice a terapii diabetes mellitus“

22. 11. 2017, Kongresové centrum Zlín

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

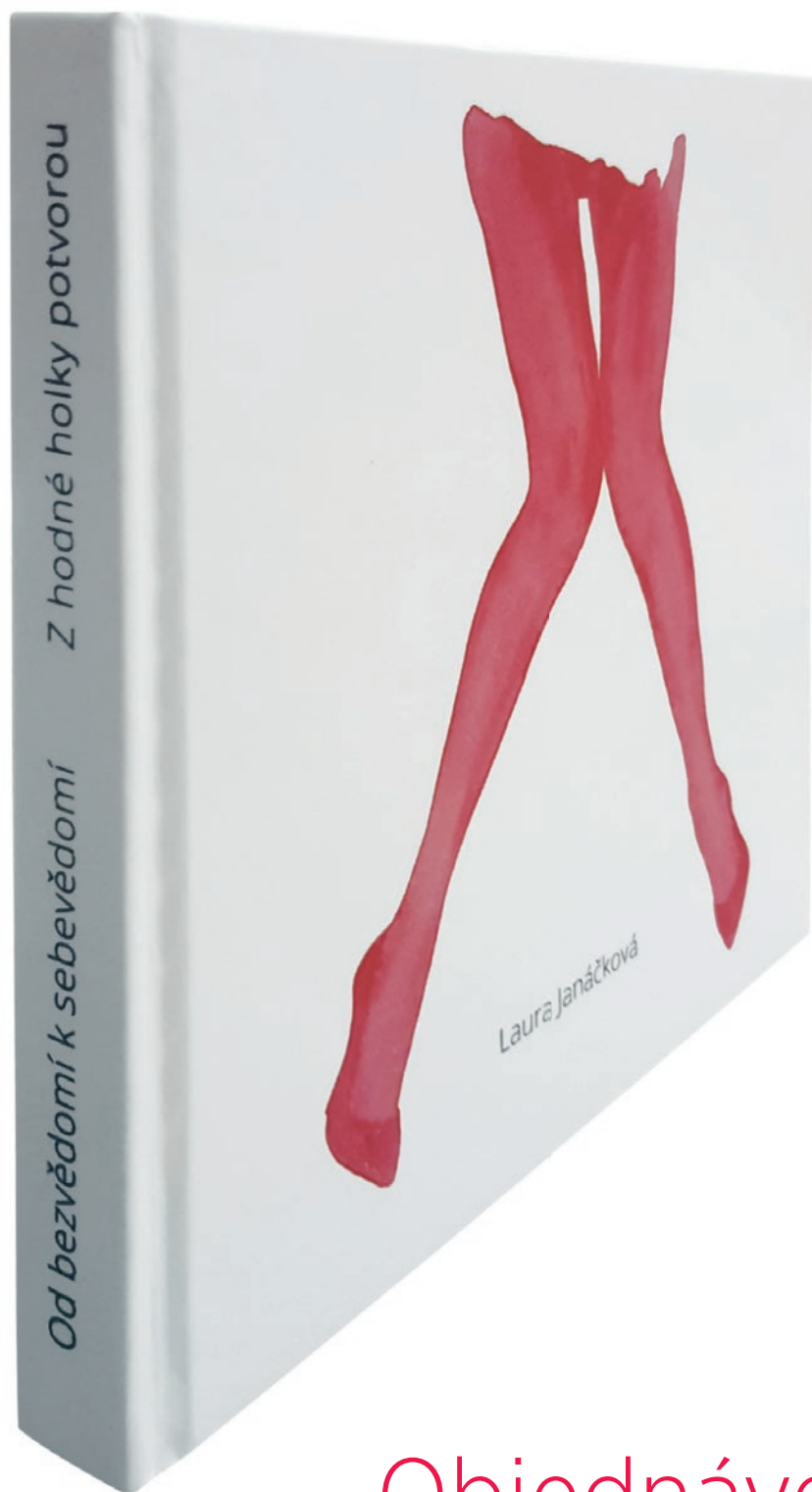




Laura Janáčková

# Od bezvědomí k sebevědomí

Z hodné holky potvorou



Kniha je souborem návodů a psychologických metod, jak změnit své vzorce chování z příliš hodné holky na sebevědomou a sebejistou ženu. Učí ženy vypořádat si svou minulost a nalézt své nové Já. Obsahuje myšlenkové mapy a postupy, které vytvoří váš životní styl. Díky ní dosáhnete svého cíle.

Objednávejte na **knihy.cz**

vychází v říjnu 2017

# Novým děkanem LF MU bude od února Martin Bareš

Novým děkanem Lékařské fakulty Masarykovy univerzity bude **prof. MUDr. Martin Bareš, Ph.D.**, současný prorektor pro akademické záležitosti MU a zástupce přednosty pro vědu a výzkum I. neurologické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny. Profesor Bareš získal hlasy všech přítomných členů akademického senátu. Fakultu povede od února 2018 po další čtyři roky.

## Byl jste zvolen všemi hlasy členů akademického senátu. Jak si shodu vysvětlujete a měl jste vůbec protikandidáta?

Byl jsem velmi překvapen, neboť v historii LF se podobná situace ještě nestala a jednohlasný výsledek jsem rozhodně nepředpokládal, i když jsem si ve volbě věřil. Pro mne osobně je výsledek volby velkým závazkem vůči fakultě, ale i univerzitní akademické obci, neboť LF je jednou ze zakládajících fakult MU a i v nelehké době je schopna najít jednotný hlas a konsensus. To dříve nebývalo zvykem. Při vlastní volbě jsem protikandidáta neměl, jediný protikandidát odstoupil několik týdnů před vlastní volbou.

## Můžete stručně přiblížit vaši dosavadní kariéru a jmenovat své největší úspěchy?

Lékařskou fakultu v Brně jsem dokončil v roce 1993. Pak jsem nastoupil jako sekundární lékař na I. neurologickou kliniku LF MU do Fakultní nemocnice u svaté Anny. V roce 1996 jsem atestoval z neurologie I. stupně, o tři roky později pak II. stupně z téhož oboru. Moji specializací v oboru neurologie jsou poruchy hybnosti včetně klinické neurofyzologie. V roce 2002 jsem obhájil svou disertační práci, získal prestižní stipendium Fulbrightovy nadace a strávil fantastické dva roky ve Spojených státech amerických jako postdoktorand na University of Minnesota v Minneapolis (2003 až 2005). Věnoval jsem se výzkumu mozečku a jeho funkčnímu zobrazování v týmu profesora Ashe. Licenční zkoušky

nutné pro práci v amerických nemocnicích jsem složil v letech 2004 až 2005. Začal jsem být po návratu domů aktivní v akademickém senátu LF MU, kde jsem prezentoval svůj pohled a nutnost změny především ve výuce. Stal jsem se v dalším volebním období předsedou Akademického senátu LF MU a od roku 2011 prorektorem Masarykovy univerzity. Od roku 2009 jsem profesorem neurologie.

## Proč jste se rozhodl kandidovat?

Svoji kandidaturu vnímám jako logické pokračování mnohaleté služby fakultě a univerzitní obci. Jako předseda Akademického senátu Lékařské fakulty v letech 2008–2011 a prorektor Masarykovy univerzity od roku 2011 jsem se podílel nejen na rozhodnutích o strategickém směřování, ale také na velké řadě konkrétních a praktických rozhodnutí s dopady na naši fakultu i celou univerzitu. Jak volené funkce akademických senátorů, tak i funkce prorektora však s sebou nenesou konečnou výkonnou pravomoc a odpovědnost. Tu mají v podmínkách univerzity právě děkani a rektor. Volební program jsem představil akademické veřejnosti – věnuje se zásadním oblastem, od výuky, přes výzkum a internacionalizaci až po otázky ekonomické, legislativní i personální.

## Chystáte nějaké novinky v děkanské funkci?

Z obecného hlediska budou všechny novinky vítálně záviset na financování lékařských fakult v ČR, což je

rozhodnutí na politické úrovni. Záleží, zda chce současná nebo příští vláda mít zabezpečenou kvalitní výuku budoucích zdravotníků či se o ní bude jen hovořit jako doposud. Fakulta se už teď potýká s řadou problémů: je dlouhodobě podfinancovaná, nelze již české studijní programy ani krátkodobě dotovat z anglických studijních programů, což se nyní děje a veřejnost by o tom měla být informována. Fakulta se musí přizpůsobit klesajícímu počtu i aktuálním znalostem středoškoláků, přičemž by nadále měla vybírat kvalitní studenty, protože právě z nich se posléze stávají naši lékaři, sestry a další ošetřující zdravotnický personál.

## Co jsou v současnosti největší problémy fakulty a jak je hodláte řešit?

Doba, v níž nyní žijeme, není pro lékařskou fakultu, přes nesporně pozitivní společenské vnímání, jednoduchá. V ekonomicky zaměřené a velmi kompetitivní době, kdy se vyrovnáváme s demografickými změnami ve společnosti, jež mají dopad na naše vysoké školství i zdravotnictví, kdy soutěžíme o finance nejen se všemi lékařskými fakultami a dalšími akademickými institucemi v ČR, ale díky rozhodnutí vlády ČR z let 2008–2009 o statutu fakultních nemocnic jako výzkumných organizací, se dostáváme do přímé soutěže o stagnující koláč na vědu s fakultními nemocnicemi, jež jsou naprosto klíčovým partnerem ve vzdělávání studentů medicíny. Vše je orámováno dlouhodobě neudržitelným podfinancováním výuky na lékařských fakultách v ČR, což považuji o řád více alarmující, než je odliv financí z výzkumné činnosti.

Nelze se divit snižující se motivací mladých kolegů či kolegyní věnovat se pedagogické a vědecké práci. Při stále se rozevírajících nůžkách v platech zdravotníků a pedagogů a možnostech soukromých praxí se jeví rozhodnutí budovat akademickou kariéru jako čirý altruismus. Dopad pocítují i pedagogové, kteří na fakultě působí dlouhodobě a kteří jsou stále více frustrováni neutěšenou situací při konstantně se zvyšujícím tlaku na kvalitu výuky a publikační činnost. Nejsem si jist, zda naše společnost vše dostatečně vnímá. Přitom nároky kladené na učitele na lékařských fakultách i studenty se neustále zvyšují. Současně nelze uhnout z cesty fakulty, která směřuje ke kvalitě, především pak ve vzdělávání, jež je kompatibilní s evropským rámcem.

Jsme součástí (nejen geograficky) Evropy, a to je pro nás zásadně určující. Budu proto prosazovat zapojení našich výzkumných týmů do evropských sítí a motivovat k podávání grantových aplikací, jež jsou důležitou součástí každodenní práce akademického pracovníka a které mají stále větší dopad i na financování vzdělávací činnosti. Podobně musíme pečovat a dále rozvíjet dlouhodobě budované anglické studijní programy. Fakulta bude více otevřena mezioborové a multioborové spolupráci, bude významným partnerem v diskusích ohledně směřování Masarykovy univerzity i dalšího vzdělávání lékařů v ČR. Fakulta musí studenty učit nejen novým vědomostem, ale vzhledem k explozi nových



Budoucí rektor LF MU Martin Bareš na svém pracovišti v Nemocnici u svaté Anny v Brně.



poznatků a jejich často protichůdných závěrů, naučit je poznatky racionálně zhodnotit a vyvodit z nich závěry, včetně porozumění statistice, analýze a syntéze vědeckých dat. Explozivní nárůst dostupnosti dat o pacientech (elektronizace dokumentace) klade stále větší nároky na jejich využívání, o ochraně osobních dat nemluvě. Dostupnost různých on-line informací o medicínských tématech otevřela jinou dimenzi komunikace s pacienty a jejich příbuznými i s laickou veřejností, což musí vést k hlubšímu porozumění teoretických základů medicíny a jejich propojení s klinickou praxí. Stále se zvyšující nároky a nové odpovědnosti nelékařských profesí zvyšují potřebnost lepší komunikace mezi lékaři a dalšími pracovníky ve zdravotnictví. To vše a mnoho dalšího na nás teprve čeká.

#### Kolik budete mít proděkanů? Čemu se budou věnovat?

Můj tým by měl mít okolo devíti lidí, podobně jako na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, která je svou velikostí srovnatelná s naší fakultou. Větší část současného týmu obměním. Proděkankou pro obor zubního lékařství by se nově měla stát profesorka Lydie Izakovičová Hollá, ze současného vedení fakulty bych rád pokračoval ve spolupráci s profesorkou Kateřinou Kaňkovou, která se velmi osvědčila v oblasti přijímacího řízení, preklinické výuky a akreditací, jež vyplývají z novely vysokoškolského zákona. Bude ustanovena nová funkce proděkana pro záležitosti studentů, který by se zaměřil na oblast stipendií a stu-

dijních stáží, studijní proděkaní budou mít mnoho svých povinností s reorganizací výuky, především ve vztahu k přípravě nové akreditace studijních programů a simulačního komplexu Masarykovy univerzity (SIMU), jehož výstavba a uvedení do provozu nás čeká od února 2018. SIMU je jedním z klíčových nástrojů budoucího rozvoje LF MU a změni v několika málo letech architektonickou tvář univerzitního kampusu v Bohunicích. Vybudování logistiky řízení, stavby, vybavení, personálního obsazení a zabezpečení a dlouhodobé ekonomické udržitelnosti projektu SIMU bude nejnviditelnějším ukazatelem činnosti nového vedení LF MU.



Tuto oblast bude mít na starosti proděkan pro klinické obory. Bude ustanovena funkce proděkana pro internacionalizaci a anglické studijní programy. Otázkám legislativním a oblasti specializačního vzdělávání se bude věnovat jeden z členů vedení LF, považují to vzhledem k neustále se objevujícím návrhům zákonů, univerzitních řádů a vnitřních směrnic, které je nutně nejen sofistikovaně oponovat, ale i interpretovat a implementovat, za vitální. Legislativa na různých úrovních se stále více dotýká každodenního chodu LF, ať se nám to líbí, nebo ne. Dále samozřejmě budou zachovány standardní funkce proděkanů a proděkanek pro vědu a výzkum, vnější vztahy a nelékařské obory. Konkrétní jména jsou v jednání.

#### Jste stále zástupcem přednosta Neurologické kliniky. Lze obě funkce skloubit?

Činnost děkana vnímám jako silně manažerskou a nehodlám ji kombinovat s dalšími funkcemi. Opuštím tedy i místo zástupce přednosta Neurologické kliniky pro vědu a výzkum a ještě víc než doposud utlumím svou výzkumnou činnost (bohužel, neboť jsem do svého vědeckého růstu investoval obrovské úsilí i času. Ale nyní stojím před novou výzvou a je nutné něco obětovat). Ponechám si jen jeden a půl klinického dne ve specializované neurologické ambulanci na I. neurologické klinice ve Fakultní nemocnici u svaté Anny, vedení doktorandů a blokové stáže i zkoušení.

Děkuji za rozhovor.

Martin Ježek, foto: autor

# Společnost ALS v Praze otevřela novou farmaceutickou laboratoř

*Nová laboratoř vybudovaná v průmyslovém parku Harfa je vybavena nejmodernějším zázemím a přístrojovým vybavením. Rozsahem služeb se stane jedním z největších poskytovatelů laboratorního analytického servisu ve střední a východní Evropě.*

Společnost ALS Czech Republic vznikla v roce 2006 akvizicí společnosti Ecochem, která se specializovala na oblast analytických služeb v životním prostředí. Portfolio se postupně rozšířilo o další oblasti – testování potravin, krmiv či analytiky pro farmaceutický průmysl.

Česká pobočka je součástí ALS Laboratory group. Historie velké nadnárodní společnosti sahá do roku 1863, kdy australský obchodník založil továrnu Campbell Brothers, jež vyráběla chemické produkty a mýdla, a patří k nejstarším firmám kótovaným na australské burze ASX. V současnosti vlastní 350 poboček a operuje v 65 zemích světa. Působí ve čtyřech hlavních oblastech, z nichž pro Českou republiku má největší význam divize Life Sciences, která se zaměřuje na analýzu potravin, léčiv a životního prostředí. Laboratoře nabízejí řešení pro výrobce potravin, léčiv, distributory, restaurační a zdravotnická zařízení i pro jednotlivé spotřebitele. V České republice se zpracovávají desítky tisíc vzorků a jen za poslední roky vzrostl jejich počet o 100 %.

Zázemí velké společnosti umožňuje české pobočce investovat desítky milionů korun do nejmodernějších technologií a analytického vybavení. Špičkově vybaven je i nový komplex pro farmaceutické služby v Praze 8 na Harfě o rozloze 380 m<sup>2</sup>. Nechybějí kapalinové chromatografie, ICP či disoluční lázně i nová vzduchotechnika.

Většina analyzátorů jsou robotické systémy, které pracují automaticky.

Díky dobře fungující síti evropských partnerů se na českou pobočku obracují klienti z celé Evropy, zejména pak z Velké Británie a skandinávských zemí. Mezi odběratele patří také výrobní společnosti z Izraele či Hongkongu, pro něž firma zajišťuje vysoce specializované služby. Kromě hlavní pražské pobočky, jež přijímá vzorky v nonstop režimu, je po České republice rozmístěno deset dalších pracovišť. Poskytují totiž celou škálu služeb v oblasti analytické chemie, mikrobiologie, radiologie a speciálních analýz. Například pardubická HRMS laboratoř provádí ultrastopové analýzy látek hlavně ze skupiny tzv. perzistentních organických polutantů, jako jsou polychlorované dibenzo-p-dioxiny (PCDD) a dibenzofurany (PCDF), polychlorované bifenylly (PCB), polybromované difenylethery (PBDE) a polyaromatické uhlovodíky (PAH).

V současnosti působí na všech pracovištích v České republice kolem čtyř set kvalifikovaných specialistů a firma nové zaměstnance neustále hledá. Situace na trhu je však kritická, je totiž akutní nedostatek specializovaných profesí. Proto společnost často rekrutuje absolventy, jež si sama také vyškolí, zatímco vyšší pozice většinou obsazuje z interních zdrojů.

Mgr. Pavlína Perlíková



# EMGM 2017: Invazivní bakteriální patogeny na mušce

V září v Praze proběhl 14. kongres Evropské společnosti pro meningokoková a hemofilová onemocnění (EMGM). Krátkou informací o probírané problematice nám poskytla prezidentka konference **MUDr. Pavla Křížová, CSc.**, vedoucí Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy Státního zdravotního ústavu.

## Můžete říci pár slov k probíhající konferenci?

Jedná se o konferenci společnosti EMGM, která se původně zabývala problematikou meningokokových onemocnění, později ale rozšířila svůj vědecký zájem i o hemofilová a pneumokoková onemocnění. Konference se koná každý druhý rok a účastní se jí kolem 150 odborníků z Evropy i ze zámorí – epidemiologů, mikrobiologů, infektologů, vakcinologů a dalších specialistů, kteří zde diskutují o vědeckých poznatcích dané oblasti a jejich praktických aplikacích. Prezentovány jsou příspěvky z odvětví laboratorní diagnostiky a epidemiologie, problematika citlivosti na antibiotika či zavádění nových vakcín – aktuálně budou představeny vakcíny proti onemocněním způsobeným meningokoky séro skupiny B. Očekávají se výsledky z Velké Británie, kde již mají zkušenosti se zavedením plošného očkování. Velkým tématem je také využití molekulární charakterizace jednotlivých infekčních agens pro sledování epidemiologické situace onemocnění a možnosti prevence očkováním. Příspěvky se dále zaměřují na implementaci vakcín, pokrytí jednotlivými vakcínami, jejich efektivitu, vakcinační strategie či nové molekulární metody včetně sekvenace celého genomu.

## Když se vrátím k hlavnímu tématu konference, proč zrovna hemofily, meningokoky a pneumokoky?

EMGM byla na počátku 90. let skupinou specialistů, kteří se zabývali meningokokovými onemocněními. Shodou okolností se v roce 1993 v České republice objevil nový klon meningokoka séro skupiny C, který zde výrazně zvýšil nemocnost a smrtnost invazivního meningokokového onemocnění. V té době nebyla k dis-

pozici konjugovaná vakcína proti tomuto onemocnění. Dostupná u nás byla až v roce 2001. Naší snahou bylo sjednotit pohled na uvedenou problematiku a možnosti prevence. Spolupráce s EMGM byla velmi přínosná. Od roku 2004 funguje Evropské centrum pro kontrolu nemocí (ECDC) se sídlem ve Stockholmu, jež označuje závažná onemocnění způsobená uvedenými patogeny termínem „invasive bacterial diseases“ – IBD. Společným rysem onemocnění způsobených uvedenými třemi patogeny je totiž jejich závažnost, invazivita spojená s vysokou smrtností a vysokým procentem závažných celoživotních následků a současně možnost jejich prevence očkováním.

## Na kongresu je řada příspěvků věnována vakcinaci proti meningokokovému onemocnění. Jaké jsou v současnosti její možnosti?

V České republice i ve světě jsou doporučeny dvě konjugované vakcíny proti čtyřem séro skupinám: ACWY, dále je doporučena čtyřsložková vakcína proti meningokoku séro skupiny B. V brzké době by se v České republice měla objevit ještě další dvousložková vakcína proti meningokoku B, která je již registrována od roku 2014 v USA a od letošního května v Evropě i v České republice. U nás je celková incidence invazivních meningokokových onemocnění aktuálně nízká, proto nejsou dostupné vakcíny zatím součástí pravidelného očkování a nejsou ani hrazeny z veřejného pojištění, respektive na jejich úhradu přispívají individuálně jen některé zdravotní pojišťovny. Zájemce o bližší informace bych však odkázala na doporučený postup vakcinace proti invazivním meningokokovým onemocněním, který byl aktualizován v létě a je dostupný na stránkách České vakcinologické společnosti.

## Kterým z uvedených patogenů by se podle vás měla v současnosti věnovat největší pozornost, vezme-li v úvahu epidemiologickou situaci v ČR?

Podíváme-li se na předvakcinační nemocnost podle věkových skupin, pak můžeme sledovat obdobná data ve věkové skupině pod jeden rok u hemofilů (typ b), meningokoků i pneumokoků. Po zavedení plošného očkování proti hemofilovým onemocněním vyvolaným typem b šla nemocnost významně dolů a nyní je prakticky na nule. U pneumokokových invazivních onemocnění byl sice zaznamenán pokles po zavedení hrazeného dobrovolného očkování, poté však zájem o vakcinaci poklesl a nemocnost zase začala stoupat v závislosti na proočkování. U invazivních meningokokových onemocnění, kde není prováděna masová



Foto: archiv Pavla Křížová

vakcinace, pak pozorujeme setrvalý trend nemocnosti v nejmladší věkové skupině pod jeden rok.

## Do jaké míry se uvedených třech patogenů týká antibiotická rezistence?

V České republice obecně jsou hemofily, pneumokoky i meningokoky na antibiotika dobře citlivé. Důležitá je ale včasná léčba, která mnohdy rozhoduje o přežití nemocných nebo chrání před trvalými následky onemocnění. Donedávna jsme se potýkali s tím, že při podávané antibiotické léčbě nebylo možno určit původce nemoci. Nové bezkultivační laboratorní metody, které

zde prezentujeme, nám umožňují rozpoznat infekční agens a určit jeho charakterizaci i po nasazení antibiotik. S rezistencí se však potýkají některé země, kde jsou antibiotika volně dostupná.

## Kteří čeští odborníci vystoupili na letošní konferenci?

Pozvala jsem tři české přednášející: profesor Roman Prymula hovořil o vizi očkování proti meningokokům B v České republice, docentka Olga Džupová prezentovala příspěvek na téma významu molekulární charakterizace meningokoků pro klinické lékaře, profesor Petr Pazdíora referoval o vývoji epidemiologické situace invazivního meningokokového onemocnění a vakcinační strategii v západočeském regionu. Dále jsme prezentovali poster z českých pracovišť – z Národní referenční laboratoře pro meningokokové nákazy: Podklady pro účinnou vakcinační strategii, Epidemiologická situace a molekulární charakterizace meningokoků včetně analýzy antigenů z hlediska nové meningokokové vakcíny. Z Národní referenční laboratoře pro hemofilové nákazy pak poster: Epidemiologická situace invazivních hemofilových onemocnění a z Národní referenční laboratoře pro streptokokové nákazy: Epidemiologická situace invazivních pneumokokových onemocnění.

## Můžete shrnout, čím nejvíce přispívá mezinárodní spolupráce v probírané oblasti ke zlepšení veřejného zdraví?

Vše směřuje k prevenci invazivních bakteriálních onemocnění vakcinací. Snažíme se zejména o z kvalitnější surveillance a shromažďování podkladů pro účinnou vakcinační strategii a její kontrolu. Nové molekulární metody, které jsou zde prezentované, pak umožňují získávat detailní podklady. Děkuji za rozhovor.

MUDr. Andrea Skálová



Ilustrační foto: Shutterstock



# Projekt Simulační centrum VFN v Praze podpořen k financování

*V loňském roce připravila Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) ve spolupráci s Českým vysokým učením technickým v Praze (ČVUT) projekt na vybudování Simulačního centra VFN.*

Cílem je rekonstrukce budovy Na Bojišti a vybavení simulační, zdravotnickou a výpočetní technikou potřebnou k realizaci disertačních prací nově vznikajícího výzkumně zaměřeného doktorského studijního programu ČVUT - Přístrojová a počítačová podpora procesů v medicíně.

Příprava akreditace studijního programu je předmětem komplementárního projektu ČVUT. Vznikne tak unikátní infrastruktura pro simulace procesů a modelování v medicíně, testování zdravotnické techniky a rozvoj týmové spolupráce lékařských a nelékařských profesí.

Žádosti o podporu obou projektů byly po hodnocení ze strany Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy podpořeny a doporučeny k financování z Operačního programu výzkum, vývoj a vzdělávání s výhradou zapracování připomínek hodnotící komise. Na projekt Simulačního centra VFN byla přidělena podpora v maximální výši 689 276 004,57 Kč a na projekt ČVUT pak ve výši 9 970 360,93 Kč. VFN nyní zapracovává všechny připomínky hodnotící komise. „Věříme, že v brzké době s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy dospějeme k definitivní podobě podkladů, a doufáme, že rozhodnutí o poskytnutí dotace obdržíme již brzy,“ uvádí Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, ředitelka VFN v Praze.

Projekt je koncipován značně multidisciplinárně a dosud se do jeho přípravy zapojilo 16 pracovišť VFN a šest fakult či ústavů ČVUT, které se budou podílet na

zpracování zhruba 55 témat disertačních prací nového doktorského studijního programu. „Spolupráce ČVUT a VFN reprezentuje vzrůstající roli techniky v moderním zdravotnictví. Nabídka projektu, která je určena pro postgraduální studenty ČVUT plánuje UK doplnit připravovaným projektem výukových simulací pro pregraduální studenty lékařství,“ přibližuje prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, rektor UK. Do budoucna je možno v případě zájmu postupně rozšiřovat okruh zapojených subjektů po vzájemné dohodě mezi partnery (VFN-ČVUT). „Praktická příprava budoucích lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků nemůže plně probíhat v klinickém provozu – dosud chybí komplexní infrastruktura, kde by se studenti připravovali na praktický výkon svého povolání v multidisciplinárních týmech,“ doplňuje Mgr. MUDr. Markéta Hellerová, náměstkyně ředitelky VFN v Praze, která má projekt na starosti.

V Simulačním centru VFN vzniknou simulovaná klinická pracoviště: endoskopické simulační sály, katetrizací simulační sál, porodní sál s neonatologickou částí, jednotka intenzivní péče, pracoviště diagnostického zobrazování s ultrazvukovou, mamografickou a rentgenologickou vyšetřovnou, stomatologická ambulance, standardní lůžkový pokoj, vyšetřovny, ambulance, odběrové místnosti, řada specializovaných laboratoří a pracoven.

Zdroj: VFN

## Nový ultrazvuk a transportní lehátka pro FNKV

*Díky dotaci Magistrátu hl. města Prahy v hodnotě 1 300 000 Kč pro Lékařskou pohotovostní službu (LPS) zakoupila Fakultní nemocnice Královské Vinohrady nové zdravotnické prostředky pro zkvalitnění péče o pacienty.*

Pořízen byl víceúčelový přenosný ultrazvukový přístroj v hodnotě milionu Kč a tři moderní transportní lehátka v celkové hodnotě 300 tisíc Kč. Dotaci slavnostně předal Ing. Radek Lacko, radní Prahy pro oblast zdravotnictví a bydlení, do rukou doc. MUDr. Roberta Grilla Ph.D., MHA, ředitele FNKV. „Velké poděkování patří Magistrátu hl. m. Prahy, který svou dotací posunul kvalitu péče na LPS. V roce 2016 jsme ošetřili přes 20 tisíc pacientů, což je v průměru 56 akutních pacientů denně. Toto číslo nás řadí na druhé místo v počtu ošetřených pacientů v Praze. V našem případě se tedy jedná o pomoc zařízení, kde jsou kladeny vysoké nároky na péči o pacienty, ale i zaměstnance,“ řekl prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA, přednosta I. Interní kliniky.

„Jsem moc rád, že se mi podařilo v Zastupitelstvu hlavního města Prahy prosadit poměrně bohatý dotační balík pro pražské nemocnice. V případě Fakultní nemocnice Královské Vinohrady se jedná o multifunkční ultrazvuk a speciální lůžka. Věřím, že vybavení přispěje k perfektní diagnostice, zvýší komfort pacientů a ulehčí práci zdravotním sestřičkám při manipulaci s lehátky,“ řekl Ing. Radek Lacko.



Radek Lacko a Robert Grill

Zdroj: Magistrát Hlavního města Praha, foto: Jan Juračka

## Císařský řez na přání aneb selhání předporodní přípravy

*V ČR je v současné době 94 porodnických zařízení – 13 specializovaných na intermediální péči, zejména pro předčasné porody po 32. týdnu těhotenství, a 12 perinatologických, v nichž se řeší nezávažnější těhotenské patologie, hlavně pak předčasné porody před 32. týdnem. V roce 2016 se v Česku narodilo 105 tisíc dětí a perinatální mortalita činila v loňském roce 5,01 %.*

Pravděpodobnost, že v ČR zemře žena v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím je 1:9000. Císařských řezů se loni udělalo 24,9 %, což znamená, že jejich počet poklesl a že jsme pod průměrem zemí EU (medián činí 25,2 %). Pokles byl českými odborníky velmi pozitivně přijat. „Výsledky jsou impozantní a řadí naši zemi z hlediska péče o matku a dítě mezi nejlepší státy světa. Úkolem dnešního porodnictví je tyto výsledky a úroveň udržet,“ komentuje prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc., vedoucí lékař Perinatologického centra Gynekogicko-porodnické kliniky 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze.

Naprostě nezastupitelná role v péči o těhotné ženy spočívá v kurzech předporodní přípravy na bedrech porodních asistentek. Na žádost České společnosti porodních asistentek připravil tým lékařů a porodních asistentek z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (porodnice U Apolináře) unikátní program pro porodní asistentky z celé České republiky s názvem Jak naučit učít. „Pomocí dnešních informačních technologií je možné, aby porodní asistentky, jež program absolvují, získaly dovednosti jak těhotné přesně a objektivně informovat. Pro uvedené účely bylo v porodnici U Apolináře prostřednictvím Nadačního fondu Vita et futura za přispění Avent Phillips vybudováno AVE centrum,“ vysvětluje prof. Pařízek.

Porodní asistentky se zde budou vzdělávat v různých dovednostech, mimo jiné i v tom, jak informovat veřejnost, že císařský řez se má provádět jen v případě rizika ohrožení zdraví matky a/nebo dítěte. Budou muset umět vysvětlit, že zákrok je sice z hlediska matky dnes bezpečnou operací, že máme bezpečnou anestezii a bezpečné operační techniky, ale že existují krátkodobé i dlouhodobé výsledky u dětí porozených císařským řezem, které však pozitivní nejsou.

Zdroj: VFN

# Lékárník není prodavač ani hokynář, ale zdravotník

*Lékárník a farmaceutický asistent jsou především zdravotničtí pracovníci. Tomu proto odpovídají znalosti, dovednosti a schopnosti. Většina lidí si totiž myslí, že jen prodávají léky.*

Lékárník je odborníkem, který má široké a komplexní znalosti získané náročným studiem na farmaceutické fakultě. Farmaceutičtí asistenti (dříve také farmaceutičtí laboranti) studují v současné době svůj obor na vyšších odborných zdravotnických školách. Tyto odborné znalosti se kromě léčivých přípravků týkají i problematiky doplňků stravy a potravin používaných ke zvláštní výživě, lékárník a asistent jsou tudíž ti, kteří mohou pacientům nebo klientům vysvětlit co, kdy a v jaké situaci je vhodné použít. Musí se proto dostatečně orientovat v oblasti zdravotního stylu a souvisejících témat, aby byli připraveni uvést na pravou míru různé zaručené rady a další informace, které pacienti rádi vyhledávají na internetu bohužel často bez schopnosti posoudit jejich pravdivost či reálný základ.

## Pečlivost a přesnost

Při své práci musí být lékárník i farmaceutický asistent pečliví a přesní. Platí to především u poskytování lékárenské péče, pod kterou si lze nejčastěji představit výdej léčivých přípravků podle lékařského předpisu, kdy lékárník plní funkci posledního kontrolního článku v lékovém řetězci. Jednak musí být schopen pacientovi srozumitelnou formou – spíše v jednoduchých bodech – zopakovat (a v ideálním případě i písemně poznamenat) pokyny lékaře a další informace k užívání léku, přičemž musí zdůraznit smysl a přínos léčby, čímž se podpoří její compliance. Správně prováděná dispensace plní také kontrolní funkci – lékárník může napomoc odhalit možná rizika nevhodných kombinací léčiv předepsaných různými lékaři či vzájemně nežádoucí ovlivňování léčiv a potravy. Proto je také velmi důležitá komunikace s lékaři a dalšími zdravotníky. Pacient by měl být chápán jako rovnocenný partner.

Pečliví a přesní musí být lékárník a farmaceutický asistent rovněž při přípravě individuálních přípravků, což je taková ta alchymie, která se odehrává v zázemí lékárny. I v této oblasti se prosazují novinky, při přípravě se využívají léčivé látky, které dříve nebyly dostupné. Lékárny, zejména pak nemocniční, často zajišťují i přípra-

vu náročných lékových forem, jako jsou cytostatika a parenterální výživa. Je zřejmé, že tady se chyba neomlouvá, proto musí být příslušní pracovníci náležitě proškoleni a musí mít dostatečný praktický zácvik v uvedených činnostech.

## Právník nebo prodavač?

Lékárník i farmaceutický asistent musí mít silné právní povědomí, poskytování lékárenské péče totiž upravuje zdravotnická legislativa a zákon o léčivech. Do zacházení s léčivými přípravky, zdravotnickými prostředky či doplňky stravy se promítají také evropské směrnice a nařízení. Lékárník se také musí dostatečně orientovat i v dalších předpisech – daňových, na ochranu spotřebitele či o regulaci reklamy. Jak všichni víme, neznalost zákona neomlouvá, ale naopak se silně pokutuje.

Byť lékárna není obchod, jak ji někdy nesprávně vnímají laici i někteří odborníci, společně však mají to, že pro ně platí ekonomické pravidla a do jisté míry i tržní princip. Je to dáno zejména tím, že odměna za odbornou práci lékárníka je navázaná na marži z vydaných léčivých přípravků. Tento zdroj příjmu lékáren neustále klesá s tím, jak se snižují úhrady a posléze i ceny běžně vydávaných léčivých přípravků. Náklady se naopak neustále zvyšují, ať už provozní nebo administrativní, takže ekonomické otázky jsou každodenním tématem a lékárník se v nich musí umět orientovat. Jednou z odpovědí na tyto trendy je rozšiřování sortimentu lékáren směrem k propagaci a prodeji neregulovaných výrobků (doplňky stravy, kosmetika, zdravá výživa). Byť se může zdát, že se lékárnám díky těmto aktivitám daří příjmy navyšovat, ve výsledku stěžejí nahradí výpadek plateb za výdej hrazených léčivých přípravků.

Nebudu přehánět, když napíšu, že drtivá většina lékárníků by uvítala, kdyby se nemusela tolik zajímat o ekonomickou stránku provozu lékárny a mohla více času věnovat poskytování praktické lékárenské péče či osvětovým kampaním v oblasti podpory zdraví. Tyto činnosti by však musely být adekvátně odměněny, s čím dnes obecně nepočítá ani stát, ani žádná ze zdravotních pojišťoven. Výkony lékárníka se zatím prosadily pouze v oblasti nemocničního lékárenství a klinické farmacie. Určitou inspirací nám může být zahraničí, kde existují předepisující či očkující lékárníci (Spojené království, Irsko, některé kantony Švýcarska). Je to otázka citlivého nastavení a otevřené komunikace mezi jednotlivými aktéry.

## Technologie ale i empatie

Z technických znalostí lékárníka nelze opomenout orientaci v oblasti IT. Dnes bez funkční výpočetní techniky a internetového připojení neotevřete ráno lékárnu. Před 20–25 lety se předávala data z receptů pojišťovně v elektronické podobě dobrovolně a za drobnou úplatu z jejich strany. Dnes je to pro nás povinnost a musíme tak činit zdarma. Lékárenský program umí nejen vést skladové hospodářství a evidenci všech pohybů léčivých přípravků, ale musí zvládat komunikaci s různými registry (registri pojištěnců), posílat hlášení o výdejích a přistupovat do centrálního úložiště elektronických receptů (SÚKL), provádět elektronickou evidenci tržeb (EET) nebo přijímat elektronické dodací listy. V roce 2019 pak přijde povin-



Irena Kiliková

Zdroj: AGEL

nost ověřovat pravost každého jednotlivého balení vydávaného léčivého přípravku, opět samozřejmě on-line. Lékárník se tedy musí nutně kamarádit s technikou a nejlépe i se svým IT technikem – jakýkoli problém s počítačem je třeba vyřešit rychle a ideálně telefonickou konzultací.

Lékárník a farmaceutický asistent musí být milí a empatičtí. Do lékárny totiž většinou přichází člověk nemocný, který může mít špatnou náladu, trpět osamělostí či nějakým hendikepem. Nestačí tedy, aby měl lékárník dobré komunikační schopnosti a uměl naslouchat, musí se navíc umět vcítit do potřeb a očekávání pacienta, naladit se s ním, být jen na chvíli, na stejnou vlnu. Jeho pozornost se nemůže upírat výhradně na vysvětlení správného použití léku, lékárník a farmaceutický asistent mohou pomoci také vlídným slovem, radou či projevem pochopení. To znamená, že musí být také tak trochu psychology. Lékárník musí být nezdolným optimistou. Bez toho by snad v dnešní době ani nemohl svoji profesi vykonávat.

Z výčtu uvedených vlastností a dovedností je zřejmé, že všechny z nich se dají (a musí) rozvíjet v průběhu profesní praxe, mnohé z nich si lze osvojit studiem, s jinými některými předpoklady se člověk musí narodit, ale žádná z uvedených vlastností není samozřejmostí. Možná proto nás vždy zamrzí, když nás někdo považuje za pouhého prodavače či hokynáře. Je to vidět i teď, v předvolebním období, z prohlášení politiků napříč politickým spektrem, kteří mají často velmi zjednodušené a populistické představy o zdravotnictví obecně. Vnímají totiž lékárenství jako snadný cíl pro realizování okamžitých úsporných opatření (bez domýšlení důsledků, kterým je pak například nedostupnost celých skupin léčivých přípravků). Co však ve veřejné diskuzi zatím chybí, je zamyšlení nad možným využitím a zhodnocením potenciálu lidí v této složce zdravotního systému.

Mgr. Irena Kiliková,  
vedoucí farmaceut, Lékárna AGEL Ostrava





# Odborníci na sociální péči se setkali v Táboře

V Táboře proběhl tradiční Týden sociálních služeb. Hlavní událostí prvního říjnového týdne byl IX. výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb, který se letos konal od 5. do 6. října.

Týden sociálních služeb ČR pořádá APSS ČR ve spolupráci s MPSV ČR. Kongresu v Táboře se zúčastnilo více než 700 hostů. Dopoledne pořadatelé dali přednost neformální moderované diskusi před přednáškami. Účastníci mohli získat ucelený pohled na aktuální situaci v sociálních službách, které kromě nedostatku personálu a financí narážejí na řadu legislativních nelogičností. Některé připomněla i prezidentka České asociace sester PhDr. Martina Šochmanová, MBA, v souvislosti s novým zákonem č. 201/2017 Sb., který zřizuje nové povolání praktická sestra, aniž by vydal prováděcí předpisy.



Iva Holmerová uprostřed, Jiří Horecký a členové APSS

Zdroj: APSS

Velký ohlas vyvolal odpolední příspěvek MUDr. Ladislava Kabelky, Ph.D., který jen potvrdil, že stav paliativní péče v ČR není uspokojivý. Program ukončil psychiatrik MUDr. Radkin Honzák, který se zábavnou formou zaměřil na význam doteků v péči o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. Čtvrtétní program vyvrcholil galavečerem, kde byly uděleny certifikáty Značka kvality v sociálních službách. Cenu za dlouhodobý přínos sociálním službám získala doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. V pátek se pak mohli účastníci kongresu seznámit s aktivitami jednotlivých odborných sekcí.

Na kongresu APSS se do živé diskuse zapojil i onkolog **MUDr. Petr Čech**, který v roce 1968 emigroval do Švýcarska, kde v Lausanne založil První komplexní centrum ambulantní onkologie Centre de Chimiothérapie Anti-Cancéreuse (CCAC).

## Mohl byste více přiblížit svůj koncept ambulantní onkologie?

Projekt vznikl zhruba před třiceti lety, kdy jsem v Los Angeles působil na Kalifornské univerzitě. Onkologie jako samostatný obor v té době v Evropě téměř ještě neexistovala, v Americe zhruba deset let, ale byla to léčba roztržštěná, za lékaři se jezdilo po celých USA. Uvítali jsme proto koncept CCC (Comprehensive Cancer Center), který jednotlivá pracoviště propojil. Vybudovat takové komplexní centrum ovšem stálo 50 až 60 milionů dolarů. Podobný koncept jsem chtěl přenést i do Lausanne, ale nakonec jsem musel přijít s méně nákladným nápadem – centrem ambulantní onkologie. Nový management léčby spočíval v tom, že pacient dostal v jeden den a na jednom místě vše, co potřebuje. A měli jsme s tím ohromný úspěch. Mířili k nám pacienti z celého Švýcarska. Ambulantní péči dnes vidíme i v Česku, ale nejde o významné procento pracovišť.

## Proč to u nás nejde také?

Vyžaduje to obrovskou profesionalitu personálu a management zařízení, kde se neztrácí žádný čas. V Čechách je ale i problém monopolu. Chybí totiž jakákoli vůle, aby univerzitní nemocnice soutěžily s privátními o kvalitu péče. My dnes žijeme v kapitalismu, ale ze socialismu nám zůstalo zdravotnictví a sociální péče. Jde o kvalitu a o peníze. Soutěž snižuje cenu a zvyšuje kvalitu.

## Jak je financovaná zdravotní péče ve Švýcarsku?

Každý pacient má svoji základní povinnou pojistku, s níž nemá stát nic společného. Pojišťovny mezi sebou soutěží, aby za co nejmenší cenu nabídly nejvyšší kvalitu základního pojištění. Pokud si platíte to nejlevnější,

musíte jít k určitému doktorovi a do jedné nemocnice. Funguje to podobně jako v restauraci. Vyberete si to, na co máte peníze. Systém privátního pojištění se ve Švýcarsku týká pouze hospitalizace. Můžete si vybrat chirurga, nemocnici a také komfort hospitalizace. Mezi léky ale rozdíly nejsou, všichni dostanou stejně. Před uzavřením každé pojistné smlouvy vyplňujete podrobný formulář, uvedete tam, jestli kouříte a další informace. Švýcary nenapadne švindlovat.

V ČR dává stát do zdravotnictví 7,5 % HDP, což je pod evropským průměrem. Máme tu zdravotní daň nikoli pojištění. Jen v roce 2015 putovalo do zdravotnictví 353,7 miliardy. Ze dvou třetin částku pokrývají pracující lidé, 15 % platí stát, zbytek si doplácí jednotlivci. Ti, co daň neplatí, přitom konzumují 80 % zdravotní péče. A celý ten zdravotnický systém je nespravedlivý vůči všem.

## V České republice si stěžujeme na nedostatek lékařů. Jak to vidíte vy?

Opravdu tu schází asi 1500 lékařů. Mladí po skončení studií odcházejí do ciziny, protože doma nemají žádnou budoucnost. Je zde málo školitelů i špatná postgraduální výuka. Místo, aby začínající chirurgové co nejdříve samostatně operovali, čekají šest let, než začnou dělat zajímavou práci. V Americe nabíráte praktické zkušenosti už od prvního ročníku a rozhodně nesuplujete práci zdravotní sestry. Dalším problémem jsou peníze, protože absolventi jsou placeni jako prodávačka v Lidlu.

Ale systém se hroutí i mezi praktickými lékaři, na což upozornili symbolickým pohřbem. Musejí čelit nedostatku peněz, přehnané byrokracii, EET a e-receptu, které je, zvláště pak starší lékaře, může zlikvidovat. A není, kdo by přišel na jejich místo. Lékaře nemůže nikdo nahradit. Můžu být byznysmenem nebo politikem, ale politik nemůže být lékařem.

## Jak si představujete optimální onkologickou péči?

V prvé řadě se musí myslet na pacienta, který chce co



nejvíce času trávit se svoji rodinou a co nejméně ve smutné nemocnici. Měl by přijít do nemocnice, kde během dne udělají všechna vyšetření, pak se jede dvacet doktorů (tumor board), kteří si řeknou, jakou má pacient diagnózu a jak ho budou léčit. Druhý den pacient přijde do zdravotnického zařízení a léčbu dostane. V Čechách pacienti často nevědí, co jim je, jak se mají léčit. Biologická léčba má být dostupná všem, ale ve skutečnosti není. A nechci tím říct, že má být dostupná

těm, co si platí privátní pojištění. Tady to, bohužel, funguje systémem „já na bráchu, brácha na mě“. Což je nepřijatelné. V systému nejsou peníze a někdo, kdo léčbu potřebuje, čeká, než dá pojišťovna svolení. A pak někdo zařídí, aby to pojišťovna udělala rychleji. Peníze z privátních zdrojů máme, ale špatně je používáme. Je to nedůstojné, jak pro pacienta, tak i pro lékaře.

## Jakou změnou byste v českém zdravotnictví začal?

Musí se provést celková reforma zdravotnictví, zrušit daň a vytvořit systém pojištění s možností volby. Úlohou státu není řídit zdravotní péči, ale garantovat její dostupnost, případně platit pojistné za lidi s minimálním příjmem. Všechny politické strany se bojí provádky změny. Přitom jen kvalitní zdravotnictví může lidem pomoci žít déle kvalitní život. A jsou tři faktory, jimiž se hodnotí každá země – zdravotnictví, školství a HDP na osobu, to znamená, jaký je tam blahobyt. Tady se pořád mělo jen zvedat HDP. Stát zapomněl i na zdravotnictví i na školství. Máme tu dobré lékaře, jen málo motivované. Jsou tady skvělá pracoviště. Třeba IKEM by mohl vydělávat desetkrát více, než kolik vydělává. Ale třeba se to vyřeší za osm nebo deset let, až se systém skutečně zhroutí. Pořád se mluví o tom, jak tady máme dostupnou péči, ale jde o péči, která je méně a méně kvalitní. Brzy budou chybět klíčoví aktéři – lékaři a sestry, na které se úplně zapomnělo.

Mgr. Pavlína Perliková,  
foto: Realisté

# MEDICAL TV

**Unikátní TV projekt s odborným zpravodajstvím o zdravotnictví**



**Rozhovory s lékaři, farmaceuty, vědci, odborníky, zdravotníky**



**Diskuse s významnými autory zdravotnických publikací**



**Inovativní forma prezentace Vaší firmy/služby využívající online spojení mediální a odborné sféry**

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

**Moderuje Karel Novotný, MBA,  
a MUDr. Michaela Lízlerová**

**MEDICAL SERVICES**



**mlf**  
MLADA FRONTA





# SLEDUJTE AKTUÁLNÍ ROZHOVORY:



Host: **doc. MUDr. Vladimír Mixa, Ph.D.**  
Téma: **„Je dětská anestezie bezpečná?“**



Host: **doc. MUDr. Ladislav Krofta, CSc.**  
Téma: **„Rizikové povolání: porodník“**

**Natočte s námi odborný rozhovor!**



**Cílíme na vlastní databáze  
tisíců lékařů, farmaceutů a specialistů**



**You Tube**

**Dostaneme Vaše téma mezi odbornou veřejnost**



**Kontaktujte nás: [medical-tv@mf.cz](mailto:medical-tv@mf.cz)**

# Obory by měly komunikovat a fungovat jako celek

*Klinická biochemie? Mnozí lidé se domnívají, že jen strkáme zkumavky do stroje. Je to mylná představa zdravotníků o našem oboru.*

Pracuji v oboru klinické biochemie jako analytik. Částečný úvazek mám na Ústavu klinické biochemie a hematologie ve Fakultní nemocnici v Plzni a rovněž částečný úvazek ve výzkumném centru, které patří k lékařské fakultě. Obě pracovní pozice mají přesto svá specifika.

Začneme „jednodušší“ pozicí, tedy zdravotnictvím jako takovým, tzn. fakultní nemocnicí. Jelikož si dodávám nutně atestace (ano, i analytici mají své povinné atestace v oboru), mám možnost se podívat také na jiná oddělení. Ministerstvo je v požadavku co do počtu stáží i dní strávených v nemocnici velmi štědré. Hematologie, transfuzní oddělení, mikrobiologie, nukleární medicína, imunologie, genetika. Na většině oddělení se setkávám vždy se stejnou reakcí:

„A z jakého jste oddělení?“

„Z biochemie.“

„Aha, tam se jen strkají zkumavky do stroje“.

V tu chvíli mám chuť zavýt jako poraněný šakal. Fascinuje mě, jak lidé zasvěceně mluví, jako by měli patent na rozum, ačkoli o daném tématu či oboru neví nic. Kdyby alespoň tušili, tak by nikdy nemohli obdobnou větu říct. A tady bych si ráda dovolila vyvrátit první mýtus – zastrkávání zkumavek.

Jen strkání zkumavek do stroje?

Alé abych mohla smyšlenku přesvědčivě vyvrátit, musíme na chvíli zabrousit do rozdělení laboratorních metod neboli vyšetření. Samozřejmě, že existuje více způsobů dělení, ale zde je podstatné rozřídění podle typu metod, a to na základní, speciální a vysoce specializovaná. Mezi základní patří požadavky, které najdete na rutinní žádance, tedy enzymy (AST, ALT, CK,...), sacharidový metabolismus (glukóza, laktát, glykovaný hemoglobin), lipidový metabolismus (triacylglyceroly, HDL a LDL cholesterol), minerály (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Ca<sup>2+</sup>), bílkoviny (albumin, haptoglobin, transferrin) a mnohá další.

Do speciálních vyšetření spadají vyšetření virových hepatitid typu B a C pomocí PCR, testy na zjištění lékových hladin či návykových látek při otravách nebo zjišťování hladiny těžkých kovů pomocí atomové absorpční spektrofotometrie. Vysoce specializovaná vyšetření se provádějí v Národní referenční laboratoři, kde se konfirmují pozitivní výsledky (Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS, Národní referenční laboratoř pro virové hepatitidy a mnohá další).

Je pravdou, že většina základních (rutinních) vyšetření opravdu sestává jen z vložení zkumavky do biochemického analyzátoru. Nicméně i to má svá úskalí. Lipemické (chylózní) sérum se musí vyčeřit, aby se analyza vůbec dala udělat (i přesto lze stanovit jen některé analyty). Při příliš vysokých koncentracích se vzorek musí naředít a potom zpětně vynásobit ředěním. Číhají na vás nástrahy v podobě tzv. „hook efektu“ (nabytek antigenu vychytá všechny dostupné protilátky a výsledek je falešně negativní), hemolýze (spektrofotometrické metody dávají při hemolýze falešné výsledky), anebo dostanete vzorek, v němž je nějaký analyt (např. glukóza) naprosto extrémní, a vy musíte šetrnými dotazy na sestřičku zjistit, zda náhodou neodebrali krev z katetru, do něhož pět minut předtím dokapala infuze.



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

## Specifické zpracování metod

Mimo uvedená rutinní vyšetření, která se dělají na biochemickém analyzátoru, existuje spousta takových, která vyžadují své specifické zpracování. Biochemické vyšetření mozkomíšního moku, elektroforéza bílkovin séra, vyšetření močového sedimentu mikroskopicky, hodnocení močových kamenů, ELISA metody na průkaz rozličných protilátek či antigenů, stanovení těžkých kovů ve vlasech či chloridů v potu. Každá z těchto metod potřebuje svou zvláštní péči, předpřípravu i vyhodnocení.

Stejně jako má mikrobiologie své klíčky a transfuzní lékařství své křížové testy, tak i klinická biochemie má své speciální metody, které opravdu nejsou jen o strkání zkumavek do analyzátoru, ale poctivou laboratorní prací. Nedegradujte naši práci na pouhé roboty zasouvající zkumavky do analyzátorů.

## Uděláte nám biochemku?

Dostávám se k mé druhé pracovní náplni, kde člověk přichází do styku zejména s výzkumníky. Ti se dělí na tři skupiny. První pracují čistě ve výzkumu, druhou je skupina obojetných, tedy pracujících jak v nemocnici, tak i ve výzkumu. Třetí skupinou jsou zaměstnanci čistě nemocniční, kteří dělají výzkum přímo na svém oddělení. Ať už se jedná o kteroukoli z uvedených skupin, všechny mají jedno společné – mylnou představu o metodách, přípravě laboratoře na výzkum i přípravě podkladů.

První zkouška psychické odolnosti nastává, když se zeptáme, co chce dotyčný vlastně stanovit.

„Uděláte nám biochemku?“ je dotaz dosti všeobecný a práci biochemikům příliš neusnadní. Když se tedy doslova opancérujete trpělivostí a požádáte, zdali by to nešlo konkretizovat, dozvíte se většinou: „No jaterky.“ Výborně, jsme tedy o krok blíže kýženému požadavku.

„Dobře, takže ALT, AST, bilirubin, a ten chcete konjugovaný nebo nekonjugovaný?“ „Já nevím, který je lepší?“

„No, to záleží, o co v experimentu jde,“ načež se dozvíte spoustu nic neříkajících pojmů.

Podotýkám, že většinu žadatelů je nesmírně těžké telefonicky dohnat, takže komunikace probíhá převážně písemnou formou, což samozřejmě znamená čekat na odpověď i několik dní. A když čekáte na odpověď třeba čtyři dny a najednou přijmete telefonát:

„No paní magistro, co se děje? Vy mi neodepisujete!“ tak jen zíráte a horečně přemýšlíte, jak jste e-mail mohli přehlédnout a máte oči navrch hlavy, jak dlouho chudák dotyčný čeká na odpověď. Běžíte tedy do kanceláře, abyste zjistili, že odpověď máte v mailu celých 21 minut, což jste nemohli vědět, protože poslední dvě hodiny jste „strkali zkumavky do stroje“.

V tu chvíli vám jde pára nejen z nosu, ale i z uší, vzteky vystřídáte všechny barvy duhy, tlak vystoupá do závratných výšin a tep se ani nedá spočítat. Jen mačkáte sluchátko ze všech sil, abyste na dotyčného hystericky nezaječeli, že na odpověď čekáte několik dní a že nesedíte celý den v kanceláři. Takže ne, opravdu jste nevěděli, že vám odpověď už přišla.

## Práce konečně může začít

Teprve teď jste se konečně dopátrali, co po vás vlastně dotyčný chce, a právě nyní začíná vaše práce, tj. zjištění ceny, rozpočítání na jednotlivé odběry a mnoho dalšího. Jsou to většinou informace, které nedokážete vyspat jako kouzelník králiky z klobouku. Tohle vše se ve vaši myslí odehraje během několika vteřin. Pak naprázdno polknete, zhluboka se nadechnete a mile žadateli oznámíte, že odpověď opravdu přišla a že se



omlouváte, ale potřebujete aspoň tři dny na zpracování, protože musíte oslovit firmy, které také neodpovídají hned. Nic netušícího začátečníka může zaskočit další z typických dotazů:

„Na to jako nemáte nějaké tabulky, jo?“

Ostřílený biochemik jen rezignovaně odvětví, že opravdu nemáme, zatímco elév vytřeští oči a snaží se porozumět, co se po něm vlastně chce.

Podobným testem psychické odolnosti a odolnosti vašeho kardiovaskulárního systému jsou „výzkumníci-pohodáři“ a „výzkumníci-jsem velký šéf“ a vy uděláte, co já chci bez ohledu, zda to jde. Obě kategorie pojí jedna společná vlastnost – oznamování výzkumu na poslední chvíli – v lepším případě týden dopředu, v horším případě v den, kdy výzkum začíná a po vás se žádá spolupráce. První skupina na vás hází cukrbliky, úsměvy, tváří se kající, nevinně mrká a plácá vás po rameni, že vy jste borci a že to zvládnete. No zvládnete, leckdy vám totiž ani nic jiného nezbyvá. Ale po obdobném dni jste zralí na měsíc v lázních s psychiatrickým stacionářem, což vám, samozřejmě, nikdo nedopřeje.

Druhá skupina je o to horší. Nejenže vyžaduje vše „teď a hned“, ale když si navíc jemně dovolíte upozornit, že to je problém, protože požadovanou metodu nemáte zavedenou, zaskřípe vám v uších v odpověď:

„Ale mě to nezajímá, od toho tady jste, takže to zaříďte!“ Potom stojíte a máte pocit, že vám zarostly nohy do země a že jste jen nějaký otravný hmyz, který dotyčného „výzkumníka-velkého šéfa“ obtěžuje podružnými detaily. Nikdo už nevidí práci, která za tím vším je.

Každý rozumíme tomu svému

Abychom si všechno shrnuli. Co biochemik musí udělat, aby se dala stanovit biochemická vyšetření potřebná k výzkumu. Nejprve musí zjistit, co po něm vlastně výzkumník chce, o co mu ve studii jde. Když má seznam požadovaných metod, musí oslovit firmy – něco spadá do rutinních metod, které lze bez větších potíží udělat na biochemickém analyzátoru, něco spadá do světa ELISA metod, něco do světa kapalinové chromatografie. Na speciální metody je třeba nastudovat materiál, oslovit firmy a popsat ceny, zda se musí zvlášť objednat kontroly a kalibrátory, zda lze daný kit použít na prase/potkana/



králíka. Výzkumníkům totiž často nedochází zásadní fakt, pokud lze něco stanovit u lidí, nemusí se to provádět stejnými kity i u zvířat.

Když jsou pak známy ceny, konzultuje biochemik s výzkumníkem, jestli na to vůbec má rozpočet. V ideálním případě finanční plán nekrvácí, výzkumník si nerve vlasy, že ho chcete zruinovat, a biochemikovi už zbývá jen poslední, leč nejdůležitější a nejpracnější část. Napsat stručný abstrakt, naplánovat kolik čeho a do čeho odebírat, kolik z daného materiálu udělat alikvotů, co zamrazit, co udělat hned, jak se budou jednotliví „pacienti“ a odběry značit, jak bude vypadat žádanka... Na závěr s tím vším musí obeznámit jak veškerý personál laboratoře, který bude vzorky zpracovávat, tak rovněž personál výzkumné skupiny, který bude vzorky odebírat a značit.

Chápu, že stejně jako já nerozumím chirurgii či anesteziologii, tak ostatní odborností detailně nerozumí

mé biochemii. Od toho tady jsme, abychom poradili, vysvětlili, navrhli. Ale pokud kupříkladu číšníkovi řeknete, že máte hlad, aby vám doporučil, co si máte dát, a on vám bude nabízet steak, ačkoli jste vegetarián, což mu ovšem opomenete říct, nemůžete se zlobit na něj, že vám špatně poradil, ale jediné na sebe. Nedali jste mu totiž dostatečné vstupní informace, aby vám mohl správně poradit a usnadnit výběr. A stejné je to s námi. My často nerozumíme vašemu slangu, a vy zase našemu. Pokud ovšem chceme relevantní výsledky, jež posunou vědu zase o kus dopředu, pak je potřeba, aby spolu různé obory komunikovaly ve srozumitelném jazyce a fungovaly jako smysluplný celek. Je to jako s mlýnem – pokud není vše správně seřízené, klapou jeho lopatky naprázdno a z obilí nikdy mouka nebudou.

Mgr. Blanka Florová,  
Laborať všeobecné biochemie a hematologie,  
Biomedicínské centrum LFP

Inzerce M171000476

## Šest tisíc vystavovatelů na veletrzích MEDICA 2017 a COMPAMED 2017

V rámci nejvýznamnějšího zdravotnického veletrhu na světě MEDICA 2017, který se koná od 13.–16. 11. v prostorách výstaviště v Düsseldorfu, se představí téměř šest tisíc vystavovatelů z celého světa.

Tématem letošní akce jsou inovační řešení v oblasti zdravotnické techniky jejich využití v ambulantní a stacionární péči. K přednostem veletrhu patří tematické členění prezentovaných novinek podle jednotlivých zdravotnických oborů, ale i s ohledem na kompletní péči o pacienta. Návštěvníci se mohou seznámit s inovacemi v oblastech elektromedicíny, zdravotnické a laboratorní techniky i diagnostiky, fyzioterapie či ortopedické techniky, spotřebních materiálů nebo informační a komunikační techniky. Trendy zdravotnické a lékařské techniky se rovněž představí v doprovodném programu.

Na Medica Medicine + Sports Conference se bude diskutovat o problematice použití osobních aplikací a „wearables“ pro kontaktní monitoring vitálních

funkcí. Letošní programovou novinkou je do angličtiny simultánně tlumočená Medica Academy. Návštěvníci si tak mohou poslechnout to nejzajímavější z vybraných tematických seminářů.

Souběžně s veletrhem Medica se v letošním roce uskuteční již 26. ročník veletrhu Compamed. Jedná se o mezinárodní veletrh komponentů, polotovarů a surovin pro zdravotnictví s téměř 800 vystavovatelů (v halách 8a + 8b), který je centrální přehlídkou komplexních high-tech řešení (např. inovační materiály, mikro- a nanotechnologie). Veletrhy Medica a Compamed pravidelně navštěvuje kolem 120 000 až 130 000 odborných návštěvníků. Více než polovina jich přijíždí ze zahraničí. Více informací na [www.medica.de](http://www.medica.de) a [www.compamed.de](http://www.compamed.de).



Zdroj: Messe Düsseldorf, Larissa Browa

# Péče o zdraví za zdmi věznic

Vězeňská služba v současné době pečuje téměř o 23 tisíc vězněných osob a pracuje v ní bezmála 11 tisíc zaměstnanců. Jsou to poměrně úctyhodná čísla, každá věznice má přitom své zdravotní středisko, kde působí ordinace všeobecného praktického lékaře.

Zaměstnanci jsou jak příslušníci vězeňské služby ve služebním poměru, tak i běžní zaměstnanci, kteří pracují ve 35 věznicích po celém území České republiky. Lékaři zdravotního střediska plní trojí roli. Jednak se věnují standardní péči o vězněnou osobu jako pacienta, přičemž každému vězni je poskytnuta zdravotní péče v tom rozsahu, v jakém jí potřebuje, druhou rolí je posudková péče, při níž lékař posuzuje zdravotní stav vězně v souvislosti se zdravotními problémy, jež v některých případech mohou být důvodem odkladu nebo přerušení výkonu trestu, a v neposlední řadě je vězeňský lékař služebním neboli závodním lékařem zaměstnanců.

## Organizace zdravotní péče

V každé věznici je zdravotnické středisko. Počet lékařů a sester se liší podle počtu obviněných a odsouzených v jednotlivých věznicích a rovněž podle charakteru věznice. Zajištěna je také péče zubním lékařem a případně dalšími specialisty – internista, chirurg, oční, ORL, kožní, psychiatr, radiolog či gynekolog. Z nelékařských zdravotnických povolání zajišťují ošetrovatelskou a ostatní péči registrované sestry, sestry se specializovanou způsobilostí, radiologičtí asistenti a nutriční terapeuti. Vězeňská služba taktéž poskytuje lůžkovou péči ve dvou nemocnicích. Nemocnice Praha Pankrác poskytuje zdravotní péči na interních a chirurgických odděleních včetně radiologického oddělení a poliklinických služeb. Nemocnice v Brně zajišťuje zdravotní péči na oddělení interním, infekčním, následné péče, psychiatrickém a oddělení poliklinických služeb. Dále je zajištěn výkon zabezpečovací detence, lékařské služby první pomoci nebo Zdravotnická záchraná služba. Za dostupnost zdravotní péče odpovídají vedle zdravotních pojišťoven také ředitelé věznic. Zařízení řídí odbor zdra-

## Přestupky proti řádu

Mnohé z uvedených povinností nejsou v praxi dodržovány. Vězeň totiž:

- uvádí řadu nepravdivých údajů, zejména u vstupní prohlídky, za účelem získat výhody,
- agravuje své potíže,
- touží po předvedení na zdravotní středisko, neboť je pro něj zábavou a vytržením z nudy všedního dne,
- má svou civilní minulost a může mít lékaře kamaráda.

zdravotnické služby generálního ředitelství Vězeňské služby.

Preventivní vstupní prohlídka u praktického lékaře se provádí neprodleně po nástupu do výkonu vazby nebo trestu, nejdéle však do čtyř dnů. Jejím cílem je objektivizovat zdravotní stav obviněného či odsouzeného a na základě toho provést příslušná opatření. Primární zdravotní péče je poskytována na základě žádosti nebo na pokyn lékaře zdravotnického střediska. Po dobu jejího poskytování může být v ordinaci na žádost ošetřujícího lékaře přítomen příslušník Vězeňské služby

## Vybrané povinnosti obviněných a odsouzených

- **Obvinění a odsouzení jsou povinni podrobit se stanoveným lékařským prohlídkám, včetně nezbytných diagnostických a laboratorních vyšetření a očkování, a opatřením stanoveným orgány hygienické služby.**
- **Pokud vězeň onemocní nebo se zraní, neprodleně tyto skutečnosti ohlásí zaměstnanci Vězeňské služby.**
- **Oznámí neprodleně zaměstnanci Vězeňské služby okolnosti, které mohou způsobit vážné ohrožení bezpečnosti jim samotným či spoluodsouzeným.**
- **Podrobují se opatřením, která jsou nezbytná k potlačení výroby, držení nebo zneužívání omamných, psychotropních látek a jedů ve věznici.**
- **Mají povinnost dodržovat zásady hygieny.**
- **Uhradí náklady zdravotní péče provedené v zájmu zachování nebo zlepšení jeho zdravotního stavu nad rámec hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo ze státního rozpočtu nad rámec mezinárodních dohod, kterým je Česká republika vázána.**
- **Obviněný a odsouzený je povinen nahradit škodu způsobenou Vězeňské službě, zvýšené náklady strážení a náklady na dopravu a předvedení do zdravotnického zařízení, vynaložené Vězeňskou službou jestliže: si úmyslně způsobil nebo jinému úmyslně způsobil újmu na zdraví, zneužil zdravotní péči předstíráním poruchy zdraví, nebo z vlastního rozhodnutí se nepodrobil lékařskému zákroku, ke kterému dal předchozí souhlas nebo o který požádal.**
- **Odsouzeným je zakázáno předstírat poruchu zdraví nebo se úmyslně poškozovat, konzumovat alkoholické nápoje a jiné návykové látky.**
- **Obviněným a odsouzeným nepřísluší právo svobodné volby lékaře, klinického psychologa, zdravotnického zařízení a dopravní služby.**

zajišťující bezpečnost personálu. Mimořádná prohlídka u praktického lékaře se provádí před každým přemístěním obviněného nebo odsouzeného stejně jako po každém přijetí. Při propouštění se provádí výstupní prohlídka u praktického lékaře.

Do nemocnice je přijímán nemocný obviněný nebo odsouzený na základě doporučení ošetřujícího lékaře zdravotnického střediska, to neplatí, jde-li o nemocného, jehož život nebo zdraví jsou ohroženy a je nebezpečí z prodlení. Nemocní s infekční chorobou nebo s podezřením na onemocnění se umisťují na infekčním oddělení nemocnice v Brně. S přijetím do nemocnice vyslovuje pacient souhlas a podepisuje souhlas s hospitalizací s výjimkami stanovenými zákonem.

Pokud nemá Vězeňská služba ve svých nemocnicích možnost specializované odborné péče, mají pacienti možnost léčit se v mimovězeňských nemocnicích, kde Vězeňská služba zajišťuje ostrahu nebo jim je přerušena výkon vazby či výkon trestu.

Míra nemocnosti, závažných komplikací i míra náhlých či očekávaných úmrtí mezi vězeňskou populací je vysoká a převyšuje nevězněnou populaci. Osoby ve výkonu trestu jsou velmi vynalézavé a znalé, takže si mnohdy celou řadu zákroků vynutí. Zde se omlouvám řadě opravdu nemocných, kteří mají na svědomí nedbalostní trestný čin a kteří jednou šlápli vedle. V poslední době nicméně s kolegy sledujeme, že trestnou činnost, mnohdy ne onu sofistikovanou kriminalitu bílých límečků, ale násilnou, fyzicky náročnou, páchají lidé s mnohočetnými zdravot-

ními komplikacemi. Na druhé straně je výkon trestu často místem, kde se konečně začnou léčit chronické potíže, zvláště u sociálně vyloučených jedinců, kdy doba výkonu je vlastně pro zdraví vězně prospěšná.

## Osobní pohled a zkušenosti

Praxe ve zdravotní službě vězeňské služby je náročná. Náročná na odbornost – sám jsem po více než třicetileté praxi lékaře první linie, který prošel i vojenským útvarem, primární péčí, záchrankou, byl překvapen, neboť jsem našel chorobné stavy a diagnózy, o nichž jsem dosud jen četl. Práce je náročná pro lékaře i zdravotní sestry – každý z nás totiž musí poskytovat zdravotní péči nestranně, a mnohdy i pachatelům nejtěžších zločinů. Můžeme v kině lehce závidět Leonardu DiCapriovi jeho roli jánošíkovského podvodníka, ale jak se



Ilustrační foto: 2x Shutterstock



postavit k násilnému vražednímu dítěte nebo sexuální násilníkům...

Zde si vzpomenu na mladého muže, který byl odsouzen za vraždu na 13 let. Byl mladý, dnes mu ještě není čtyřicet. Onemocněl virózou, výsledkem však byla těžká myokarditida, kardiomyopatie s nutností transplantace srdce. Výkon trestu byl tudíž přerušen. Transplantace vskutku proběhla, protože se našel vhodný dárc. Několik měsíců po transplantaci se odsouzený vrátil zpět do výkonu trestu.

Objevují se úvahy, že by lékař v rámci atestace mohl stážovat ve vězeňské ordinaci. Ze své zkušenosti však vstup absolventa lékařské fakulty na zdravotní středisko ve věznicích, zejména jde-li o první stáž, nepovažuji za šťastné rozhodnutí. Práce ve vězeňském zdravotnictví nutně potřebuje odstup a zkušenosti. Za posledních pár let, co se v tomto prostředí pohybuji, jsem měl mnohokrát pochybnosti o svém dalším působení. Ale je to právě dlouhá praxe, která mne sem vrací a vrací mě také k těm, s nimiž spolupracuji. Dnes pracuji jako vedoucí lékař střediska a současně jako koordinátor dalšího vzdělávání praktiků.

V práci všech složek vězeňské služby je na prvním místě loajalita. Vůči vedení, sobě i kolegům. Pracovat ve věznicích lze pouze s vědomím, že se na druhé můžeme spolehnout. V ordinacích to ale platí dvojnásob.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.,

vedoucí lékař zdravotního střediska Vazební věznice Olomouc



## Role lékaře ve vězení není nebezpečnější než jinde

O své zkušenosti s obviněnými a odsouzenými se podělil MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

**Vnímáte u vězňů odlišný přístup ke zdraví, nemoci a zneužívání zdravotní péče z pohledu pohlaví, národnosti či etnika?**

Odlišný přístup nevnímám, je to stejné, jako u kteréhokoli pacienta, není rozdíl mezi etniky, muži, ženami, jen snad ve vyhraněnějším přístupu. Pokud je opakovaně vězňem na svobodě, pak se řadou svých zdravotních potíží nezabývá, když se ale dostane za zdi věznic, je to pro něj signál – nyní se budu léčit. Náš systém mu to umožní, nepojištěnému, neregistrovanému i tomu, kdo se o své zdraví nestará. Najednou má čas a možnost, tak proč toho nevyužít. Jsou ale opravdu nešťastní lidé, kteří byli ve špatnou chvíli na špatném místě, kteří jdou do vězení s chronickou nemocí. U nich pak léčba pokračuje a mnohdy soustavněji než v civilním životě.

**Jaké zdravotní obtíže vězni nejčastěji předstírají?**

Bolest, nespavost, deprese, úzkosti... Často je na první pohled patrná snaha o získání některého ze zakázaných a sledovaných léků třeba silných analgetik či anti-epileptik. Snaží se to mít výhodný obchodní artikl. Někdy je to celá řada neurčitých stesků, kdy se zas a znova točí kolotoč vyšetření, neboť pro zdravotníka není nic těžšího, než se snažit najít nemoc v množství výsledků, kde se občas objeví nějaká patologická laboratorní hodnota, něco na rtg snímku. A pacient je rád, má diagnózu. Někdy je totiž útek do nemoci tak slastný.

**Které chronické stavy bývají nejčastěji zanedbány a začnou se léčit až ve věznicích?**

Jde převážně o problémy lidí žijících na okraji sociální struktury: špína, infekce, změny osobnosti při mohutném nadužívání alkoholu, drogy, hepatitida C,

někdy i pohlavní nemoci či metabolické poruchy.

**Jaké zdravotní stavy mohou vést k modifikaci výkonu trestu a jak často se s nimi setkáváte?**

Nelze říct k modifikaci, vězňem osoba má stanovenou zdravotní klasifikaci a podle ní je mu hledána a nabídnuta práce. Je-li natolik nemocen, že se to rovná plnému invalidnímu důchodu, trest si odpyká a nepracuje. Jsou ale závažné stavy srdečního selhání, plicních onemocnění či nádorové diagnózy, jež není možné léčit ve výkonu trestu – v terminálním stadiu onkologického onemocnění je totiž výkon trestu ne-realizovatelný a mívá se svým účinkem. V takových případech nastává institut přerušení trestu a propuštění, přičemž se stav buďlepší, pak trest pokračuje, anebo nastává smrt podmíněná nemocí. Jestliže není šance na uzdravení, pak můžeme či nemusíme věřit v „jinou“ spravedlnost.

**Setkáváte se s projevy násilí a agrese? Je role vězeňského lékaře nebezpečná?**

Role vězeňského lékaře není nebezpečná víc než jinde. Nejčastější je verbální napadání, kterému jsme vystaveni nejen za zdmi věznic. Dochází i k pokusům o fyzické napadání, pravidla jsou ale nastavena tak, aby zdravotnický personál nebyl příliš ohrožen.

**Je o povolání vězeňského lékaře/zdravotníka zájem, či se potýkáte spíše s nedostatkem personálu? A jaké vlastnosti by měl mít zájemce o tuto práci?**

Máme nedostatek lékařů, na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že by zde měl pracovat lékař s již formovanou osobností, pevný k kramflecích, zodpovědný a zkušený. Někdy je obtížné nalézt sebe sama i v běž-

ném životě, o to obtížnější je to tvář v tvář lidem, jejichž etické hodnoty a osobnostní normy jsou někde jinde, nebo naopak blízké našim. Mnoho lékařů nastoupí, ale za krátký čas zase odejde. Nastoupit do vězeňských ordinací bez předchozí zkušenosti s pacienty je vyloženě nešťastné. Potřebujeme zkušené lékaře s jasným názorem, kteří dovedou chápat, rozhodovat se a nenechají se zahltit nenávistí ani soucitem. Je to však zajímavá práce a zajímavá medicína. (asa)



Foto: archiv Mladé fronty



# Gravidita s roztroušenou sklerózou

Roztroušená skleróza (RS) postihuje hlavně ženy, které jsou ve fertilním věku. Otázka plánování gravidity pro ně představuje jedno z nejpalčivějších témat.

Ještě ve druhé polovině 20. století převládal názor, že těhotenství negativně ovlivňuje průběh RS, a ženám se proto nedoporučovalo. Za nejrizikovější se považovalo období prvních tří měsíců po porodu, kdy se onemocnění destabilizovalo a došlo k navýšení počtu relapsů.

Zlom v přístupu k těhotenství u pacientek s RS nastal na začátku druhého tisíciletí, kdy proběhlo několik prospektivních studií, které nepotvrdily, že by gravidita zhoršovala průběh roztroušené sklerózy. Naopak se prokázalo, že představuje příznivé imunosupresivní období, jež výrazně snižuje aktivitu onemocnění. Prozářlivou aktivitu potlačuje těhotenství i u mnoha jiných autoimunitních onemocnění, jako jsou revmatoidní artritida, psoriáza, uveitida nebo myasthenia gravis. V těhotenství se ataky redukuje až z 80 %, a to zejména ve druhém a třetím trimestru. Těhotenství u pacientek s RS je však důležité plánovat ve spolupráci se specializovaným RS centrem.

## Blahodárné pohlavní hormony

Po porodu často dochází k exacerbaci onemocnění, avšak po několika měsících se jeho aktivita obvykle vrací na původní úroveň. Pozitivní aspekt těhotenství prokázaly i některé retrospektivní studie, podle nichž existuje vyšší riziko vzniku RS u žen, které nikdy neotěhotněly, než u žen se dvěma a více dětmi. Riziko s věkem dokonce narůstá. Zároveň se u multipar zjistilo nižší riziko progresse onemocnění.

Aktivita onemocnění ve vztahu ke graviditě se posuzuje na základě cirkulujících hormonů, které mají imunomodulační vlastnosti (estrogen, prolaktin, glukokortikoidy). Se stoupající hladinou hormonů se snižuje aktivita onemocnění. Díky působení estro-



genů a progesteronu klesá počet prozářlivě působících Th1 lymfocytů a současně stoupají protizánětlivě působící Th2 lymfocyty. Stoupá i hladina prolaktinu, která oproti estrogenu po porodu a při laktaci neklesá. O protektivním vlivu kojení na aktivitu onemocnění se stále diskutuje, chybějí však zatím přesvědčivé závěry.

Není prokázáno, že by RS měla nějaký vliv na fertilitu. Vzhledem ke kolísající aktivitě onemocnění se doporučuje, aby pacientky s RS graviditu plánovaly. Rozhodování jim usnadňuje hormonální antikoncepce, u níž se neprokázalo, že by jakkoli ovlivňovala průběh onemocnění nebo interagovala s imunomodulačními nebo imunosupresivními léky. Přesto by pacientka měla být alespoň rok před otěhotněním v remisi. Vyšetření mozku a krční míchy pomocí magnetické rezonance nesmí prokázat subklinickou aktivitu onemocnění.

## Léčba v těhotenství

Neurologické sledování je nutné po celou dobu gravidity. Terapie se upravuje již několik měsíců před plánovaným těhotenstvím. Vysazují se cytostatika a imunosupresiva. DMD léky se vysazují dle konkrétního typu léčby a rozhodnutí ošetřujícího lékaře specializovaného RS centra. Gravidní pacientky mohou individuálně užívat i nízké dávky kortikosteroidů. Bazální a symptomatická léčba postupuje během prvního trimestru se stejnou rozvahou jako u zdravých žen.

Vzhledem k tomu, že nemocní s RS jsou více ohroženi autoimunitním zánětem štítné žlázy, je důležité,

aby se během prvního trimestru prováděl screening TSH, případně T4. Nedostatek thyroxinu má u embrya negativní dopad na vývoj a diferenciaci nervové tkáně. Hladiny hormonů by se proto měly sledovat i tři měsíce po porodu, kdy se také mohou objevit první příznaky thyreoiditidy nebo se mohou zhoršit její symptomy. Příznivý imunomodulační vliv na průběh RS představuje i vitamin D, proto se doporučuje podávat jej po celou dobu gravidity.

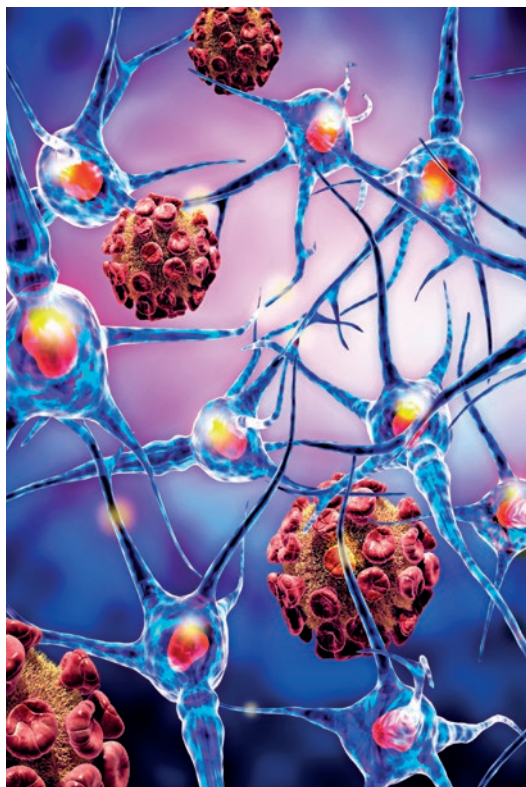
K asistované reprodukci je v případě pacientek s RS nutno zatím přistupovat s opatrností a opět po poradě s ošetřujícím lékařem. Rizikovým obdobím je doba po ovariální stimulaci pomocí GnRH (gonadotropin-releasing hormone), kdy by mohlo dojít k aktivaci imunitního systému a možnému vzplanutí onemocnění.

Během celé doby gravidity je nutné, aby byla pacientka neurologicky sledována. I když se počet atak během těhotenství snižuje na minimum, přece jen se vyskytují a musí být léčeny pomocí nízkých dávek kortikosteroidů (mezi 1500–2000 mg). Určité riziko pro plod může představovat léčba steroidy v průběhu prvního trimestru. Ve druhém a třetím trimestru, kdy se plod již vyvíjí příznivě, lze steroidy ženám podávat relativně bezpečně, stejně jako v období laktace. Je však zapotřebí upravit čas kojení, aby hladina steroidů v séru byla co nejnižší. Způsob vedení porodu nemá vliv na frekvenci relapsů. Nejčastěji však pacientky rodí přirozenou cestou.

Pokud je onemocnění stabilizované, doporučuje se maminkám kojit, protože se neprokázal nepříznivý vliv laktace na průběh onemocnění. Za optimální dobu kojení se považuje šest měsíců. V případě aktivity onemocnění, ať už během těhotenství nebo po porodu, se laktace naopak nedoporučuje, a pacientka by se měla co nejdříve vrátit k terapii.

Těhotenství by se pacientkám s relaps-remitentní formou RS nemělo zakazovat, ale neurologové by vždy měli posoudit míru klinického postižení, případně také míru aktivity nemoci. Riziko rozvoje relapsu vždy představuje poporodní období. Každá ataka vyžaduje, aby byla co nejdříve zahájena terapie, a to i přes možné riziko ohrožení plodu. Primárním cílem je vždy zabránit invalidizaci matky. *Mgr. Pavlína Perliková*

Zlepšit informovanost lékařů i pacientů je cílem aktivit většiny neziskových organizací, nadačních fondů a spolků, které pomáhají pacientům s RS. Všichni bedlivě sledují novinky v oblasti farmakoterapie, jež by co nejvíce oddálily nástup progresivní formy onemocnění. Nové poznatky o problematice roztroušené sklerózy shrnul i účastník 15. Národní konference Místo pro kvalitní život s RS, která se konala 6. 10. 2017 v Uměleckém centru UP Olomouc. Pořádala ji Unie Roska. Za účasti zahraničních hostů byly předneseny přednášky Management terapie RS ve světle biologických léčiv (prof. MUDr. Jan Mareš, Ph.D.), Nová léčba RS (MUDr. Tereza Svrčinová) či RS a menopauza (MUDr. Vladimíra Sládková, Ph.D.). Tématu včasné diagnostiky a léčby RS se bude věnovat také Český a slovenský neurologický sjezd, který se bude konat od 22. do 25. 11. v Brně.





Jídlo v této  
kuchařce není hřích,  
poznejte život 



Žádejte u svého knihkupce  
nebo se slevou 20 % na [www.kniha.cz](http://www.kniha.cz)

[kniha.cz](http://kniha.cz)



# Metadonová substituční terapie v ČR

*Metadonová substituční terapie patří z hlediska léčebných alternativ, které existují v oblasti zneužívání opiátů, mezi nejúčinnější nástroje. Jejím využitím lze v dané lokalitě oslovit až 60 % všech uživatelů. Významným benefitem je totiž minimalizace kriminality a infekčních rizik spojených s injekčním užíváním drog.*

„Substituční terapie patří k neefektivnějším nástrojům pro léčbu pacientů, kteří zneužívají opiátové látky, zejména heroin. Stále ale není dostupná odpovídajícímu počtu českých pacientů. A přitom co do účinnosti zatím nemáme žádný srovnatelný postup,“ uvedl přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze **prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.**

Substituční terapie je založena na tom, že pacient dostává tzv. substituent látky, na němž je závislý. Jedná se o danou látku v čisté formě nebo látku velmi podobnou původní, ovšem bez efektu rauše. U metadonu je to pomalejší uvolňování v organismu a stabilnější efekt. Zatímco pouliční dávky opiátů si závislí musejí aplikovat dvakrát i čtyřikrát denně, jedna dávka substituce se vylučuje průběžně i dva dny. Tím je metadon bezpečnější i z hlediska prevence předávkování.

Dvacet let zkušeností

První Centrum pro substituční léčbu (CSL) bylo v České republice otevřeno v roce 1997 pod vedením MUDr. Petra Popova, dnešního primáře Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN. Ten uvedl, že substituční terapie neměla jednoduchou cestu ke svému prosazení. Předsudky vůči tomuto

typu léčebného postupu byly veliké. K prosazování substituční terapie pomohly zejména její benefity, které jsou pro pacienta i pro společnost natolik výrazné, že jí klestily cestu. Substituce je podle primáře Popova bezpečná metoda, jež pomáhá vracet lidi do života. „Navíc je to velmi flexibilní metoda – pokud máte nemotivovaného pacienta, můžete s ním pracovat třeba deset let, během nichž se nepředávkuje nebo nezemře na záněty. Odklad, který pacienti díky substituci dostávají, je velmi cenný, protože k motivaci k léčbě většinou dospívají velmi obtížně. Substituční léčba ale nemůže být založena jenom na poskytování farmakoterapie. Je jí totiž nutné kombinovat s jinými technikami, mezi hlavní patří psychosociální intervence. Setkáváme se s pacienty, kteří kromě závislosti na opioidech mají také závislost na alkoholu. Musíme tedy léčit obě závislosti souběžně,“ dodává MUDr. Popov.

Pro většinu pacientů je léčba nedostupná

Zásadním problémem je nízký počet center, jež dnes substituční opiátovou léčbu vydávají. I přes velký počet pacientů, kteří by ji potřebovali, je substituce vysoce nedostupná a Česká republika je kvůli tomu kritizována evropskými protidrogovými autoritami. „V programech

opiátové substituce je velmi málo míst. V současnosti je zde léčeno zhruba tři tisíce osob, tedy necelá třetina problémových uživatelů. Substituční léčba je přitom vhodná pro minimálně polovinu těchto uživatelů. V takovém rozsahu by znamenala dramatické snížení kriminality i rizik spojených s infekčními nemocemi, mezi kterými jmenujme alespoň HIV či hepatitidu C,“ shrnul problematiku přednosta Michal Miovský.

K nedostupnosti léčby v ČR přispívá také dlouhodobý problém jejího financování. V současnosti je nesystémově hrazena z dotačních prostředků pro jednotlivá centra, kde substituční léčbu poskytují. „Opakovaně upozorňujeme, že léčba je lege artis, je registrovaná, a přesto není adekvátně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Podle zákona musí být v každé diagnostické skupině jeden plně hrazený lék, ale v této kategorii je pouze jeden lék hrazený pojišťovnou s komplikovaným způsobem schvalování úhrady a s rozsáhlou administrativou, což vede k tomu, že uvedenou možnost využívají pouze tři pracoviště v celé republice,“ uzavřel profesor Miovský. (eta)



Foto: archiv 1. LF UK Praha

Inzerce M17100405



## VÁŠ KONFERENCEČNÍ PŘÍSTAV HOTEL PORT...

- ✓ Bohaté zkušenosti s velkými konferencemi i menšími školeními
- ✓ 3 salonky a další variabilní prostory
- ✓ Konferenční sál až pro 200 osob
- ✓ Možnost jednání nebo párty na lodi

\*\*\*\*  
HOTEL PORT  
MÁCHOVO JEZERO  
[www.hotelport.cz](http://www.hotelport.cz)





# Českému národnímu registru dárců dřeně (ČNRDD) je 25 let

*Choroby krve tvorby v České republice postihují ročně stovky mladých lidí i malých dětí. Život jim zachraňuje transplantace kostní dřeně, ale i nové léčebné metody, které se neustále vyvíjejí.*

Díky stále se rozšiřujícím znalostem v oblasti molekulární biologie se v posledních letech zlepšují i možnosti leukemie a jiných hematologických onemocnění. Základem léčby bývá chemoterapie, případně imunoterapie či biologická léčba. Pokud terapie selhává, přistupuje se k transplantaci krvetvorných buněk od zdravého dárce. Ve většině případů se, bohužel, shodné transplantační znaky nenacházejí u rodinných příslušníků, ale v registrech neznámých dárců. Jedná se o seznam dobrovolníků, kteří jsou ochotni bezplatně darovat kostní dřeň.

Založit Český národní registr dárců kostní dřeně (ČNRDD) bylo hlavním cílem Nadace pro transplantaci kostní dřeně, od jejíhož založení letos uplynulo 25 let. Dárcovská centra vznikla díky obrovskému úsilí tehdejšího primáře Hemato-onkologického oddělení FN Plzeň MUDr. Vladimíra Kozy, který nakonec přesvědčil transfuzní oddělení i centrální instituce o smyslnosti své aktivity. Klíčová byla také podpora Ústavu imunologie a alergologie FN Olomouc a doc. MUDr. Adély Bártové. V roce 1993 se podařilo navázat i mezinárodní spolupráci prostřednictvím celosvětové sítě a od roku 2010 vstoupil registr také do evropského komunikačního systému EMDIS.

Koordinační úloha registru

Činnost registru zahrnuje mnoho souběžných aktivit. Zajišťuje osvětu a získávání dobrovolníků ochotných



## ČESKÝ NÁRODNÍ REGISTR DÁRCŮ DŘENĚ

darovat krvetvorné buňky. Vyšetřuje jejich transplantační znaky a udržuje elektronickou databázi. Průběžně i na základě dalších vyšetření vyhledává možné dárce pro konkrétní pacienty z ČR i zahraničí, provádí dále testování dobrovolníků a zajišťuje jejich bezpečnost. Registr rovněž organizuje všechny kroky spojené s odběry a transportem materiálu na transplantační pracoviště a dohlíží nad zdravotním stavem dárců po odběru, shromažďuje data o provedených odběrech i transplantacích a analyzuje je pro potřeby transplantačních strategií. Za dobu své existence se stal jedním z největších ve střední a východní Evropě. K 30. 9. disponuje databází 74 873 dárců s průměrným věkem 27 let a podařilo se mu najít dárce pro 1498 pacientů.

Od počátku své existence kladl registr důraz na kvalitu. Proto jako čtvrtý na světě podstoupil akreditaci Světové asociace dárců dřeně (WMDA), která vyhovuje nej přísnějším požadavkům a garantuje bezpečnost

pro každého dárce a kvalitu štěpu pro příjemce. Rozvoj registru s sebou ale nese značné finanční náklady, jež zůstávají závislé na grantovém programu Nadace pro transplantaci kostní dřeně. Částečné náklady pokrývájí od roku 2000 i zdravotní pojišťovny.

Nová léčebná metoda

Transplantaci kostní dřeně u 30–80 % nemocných kostní dřeně provází tzv. reakce na štěp proti hostiteli, která může být velmi bouřlivá a může vést i k úmrtí. Imunitní komplikace po transplantaci kmenovými buňkami jsou tématem klinické studie, která od roku 2014 probíhá ve Fakultní nemocnici v Plzni. Cílem týmu vedeného doc. MUDr. Danielem Lysákem, Ph.D., je vyvinout přípravek využívající tzv. mezenchymální kmenové buňky.

Vědecký tým vyvíjí novou léčebnou metodu, jejímž cílem je minimalizovat imunitní komplikace. Nový lék má využívat kmenové buňky, které se získávají z kostní dřeně, podkožního tuku nebo pupečnickové krve. Tyto buňky dokážou reagovat s buňkami imunitního systému a tlumit nežádoucí nebo nadměrně vystupňované imunitní reakce, podporují hojivé procesy a regeneraci buněk i tkání. Klinická studie je společným projektem FNP, Nadace pro transplantaci kostní dřeně a ČNRDD. Její výsledky představují další krok k úspěšné terapii hematologických onemocnění.

Mgr. Pavlína Perlíková



### ODBORNÝ LÉČEBNÝ ÚSTAV JEVÍČKO

NÁBOROVÝCH 100 000 Kč VÁM NENABÍZÍME!

ZATO VÁM NABÍZÍME KLIDNOU PRÁCI NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE V OBORU PNEUMOLOGIE A LÉČBY POHYBOVÝCH PORUCH – VČETNĚ REHABILITACE.

Vhodné pro lékaře s atestací, příp. ukončeným základním kmenem z interního nebo chirurgického oboru. Plat cca 80–90 tis. Kč včetně 3 služeb v měsíci (dle praxe). **Velký nebo malý byt k dispozici**, důchodové připojištění, podpora osobního růstu a celoživotního vzdělávání. Nádherné prostředí – viz [www.olujevicko.cz](http://www.olujevicko.cz)

tel. 777 142 209 | e-mail: [smekaloval@olujevicko.cz](mailto:smekaloval@olujevicko.cz)

### NEMOCNICE PÍSEK

přijme LÉKAŘE pro oddělení:

Neurologie (iktové centrum)  
Klinické biochemie  
Ortopedie

#### Nabízíme:

- zajímavé finanční ohodnocení
- práci na akreditovaném pracovišti
- práci v ekonomicky stabilní společnosti
- možnost bezúplatného dalšího vzdělávání
- přátelský kolektiv
- příspěvek na stravování
- možnost ubytování
- zvýhodněné telefonní tarify
- nástup možný ihned

#### Kontakt

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

Personální inzerce  
do časopisu  
**Zdravotnictví  
a medicína**



je přijímána  
na e-mailu:

[personalni.inzerce@mf.cz](mailto:personalni.inzerce@mf.cz)

nebo telefonicky:

225 276 380



## Volná místa

Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč  
přijme:

### • lékaře

#### Nabízíme:

- úvazek dle dohody,
- možnost vzdělávání,
- ubytování v době služby.

#### Kontakt:

Mgr. Eva Vráblová,  
telefon: 734 435 207

M171000484



Inzerce M171000470

### Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., přijme

#### LÉKAŘE/LÉKAŘKU na oddělení GASTROENTEROLOGIE

#### Požadujeme:

výrazný zájem o obor, absolvován  
interní/chirurgický kmen.

#### Nabízíme:

**ŠPIČKOVÉ PRACOVÍŠTĚ**  
(nadstandardně personálně  
i technicky zajištěné, perfektní  
edukační přístup, zahraniční  
spolupráce), významnou podporu  
specializačního vzdělávání  
v oboru, v případě závazku vůči  
současnému zaměstnavateli  
nemocnice automaticky  
převezme 100% závazku, práci na  
akreditovaném pracovišti, přátelské  
neformální pracovní prostředí,  
zaměstnanecké benefity (3 sick  
days, 7 000,- Kč/rok na rekreaci,  
penzijní připojištění, 5 týdnů  
dovolené).

Bližší informace podá primář  
oddělení MUDr. Vladimír Nosek,  
tel. č. 483 345 550 (540, 548),  
e-mail: nosek@nemjbc.cz,  
případně kontaktujte  
personální oddělení,  
e-mail: pavel.kures@nemjbc.cz

Inzerce M171000469

### Nemocnice Vyškov, p. o., přijme do pracovního poměru farmaceuta

#### Požadujeme:

- VŠ farmacie
- Atestace z veřejného nebo nemocničního lékárenství, popř. v přípravě
- Odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání – farmaceut v ČR
- Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- Praxe v nemocniční lékárně výhodou
- Platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe
- Nástup ihned nebo po dohodě

#### Nabízíme:

- Perspektivní zaměstnání v příjemném pracovním prostředí
- Možnost profesního růstu
- Příspěvek na stravování

Informace na tel. 517 315 680–681  
nebo e-mail [navratilova@nemvy.cz](mailto:navratilova@nemvy.cz)  
Písemné přihlášky s životopisem  
pošlete e-mailem nebo poštou.  
Nemocnice Vyškov, p. o.,  
Purkyňova 36, 682 01 Vyškov,  
právní a personální odbor

### Nemocnice Vyškov, p. o., přijme do pracovního poměru lékaře/ku interního oddělení

#### Požadujeme:

- Lékaře s atestací v oboru a praxí
- Odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR
- Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- Licenci pro výkon lékaře
- Znalost práce na PC
- Platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe, 14. platová třída
- Nástup po dohodě

#### Nabízíme:

- perspektivní zaměstnání v příjemném pracovním prostředí
- Možnost profesního růstu
- Příspěvek na stravování

Informace u náměstka pro  
zdravotní péči: [pojezna@nemvy.cz](mailto:pojezna@nemvy.cz)  
tel. +420 517 315 104  
Písemné přihlášky s životopisem  
pošlete e-mailem nebo poštou.  
Nemocnice Vyškov, p. o.,  
Purkyňova 36, 682 01 Vyškov,  
právní a personální odbor



Staňte se součástí týmu společnosti Fresenius Medical Care, která v České republice provozuje 25 dialyzačních středisek. V Praze a Pardubicích hledáme právě vás na pozici:

## Všeobecná zdravotní sestra

#### Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení,
- přátelský a příjemný kolektiv, kde se budete cítit dobře,
- moderní pracovní prostředí a nejnovější technologie,
- příspěvky na nadstandardní péči a lékařské zákroky,
- příspěvky na mateřskou školu a dětské tábory,
- příspěvky na penzijní a životní pojištění,
- příspěvky na sportovní aktivity, rodinnou dovolenou či kulturu,
- výhodný telefonní tarif pro vás i vaši rodinu,
- možnost dalšího vzdělávání a výuky cizích jazyků,
- šest týdnů dovolené,
- stravenky.

#### Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb.,
- postgraduální vzdělání v oboru nefrologie, ARIP výhodou, nikoli však podmínkou,
- komunikativnost, příjemné vystupování, lidský přístup,
- organizační schopnosti a spolehlivost,
- schopnost samostatné i týmové práce,
- základní znalost práce s počítačem,
- ochotu práce ve směnném provozu.

Fresenius Medical Care je celosvětově největším poskytovatelem dialyzační léčby a zároveň i dodavatelem dialyzačních produktů, jako jsou dialyzační přístroje, dialyzátory a ostatní spotřební materiál. V České republice v současné době zabezpečuje ve svých 25 střediscích péči o více než 1 600 pacientů v chronickém dialyzačním programu.

Více informací o společnosti Fresenius Medical Care získáte na webu [www.freseniusmedicalcare.cz](http://www.freseniusmedicalcare.cz).

#### Kontakt:

Fresenius Medical Care - DS, s.r.o., Šárka Málková  
E-mail: [sarka.malkova@fmc-ag.com](mailto:sarka.malkova@fmc-ag.com), Telefon: 273 037 940

NephroCare

Inzerce M171000444



**Rokycanská  
nemocnice**

**Nemocnice  
Plzeňského  
kraje**

společnost Nemocnice Plzeňského kraje, a.s. vypisuje **výběrové řízení** na post

## PŘEDSEDA PŘEDSTAVENSTVA

Rokycanské nemocnice, a.s. sídlem Voldušská 750, Rokycany

#### Požadavky kladené na zájemce

- VŠ vzdělání zdravotnického nebo ekonomického zaměření
- minimálně 3 roky praxe ve vrcholném managementu zdravotnického zařízení

#### Náležitosti přihlášky do VŘ

- ověřená kopie dokladu o dosaženém vzdělání
- strukturovaný životopis
- výpis z rejstříku trestů
- motivační dopis a navržený koncept řízení zdravotnického zařízení (max. 3 strany A4)

Upřesňující informace k VŘ na [www.ronem.cz/kariera](http://www.ronem.cz/kariera)

Přihlášky do výběrového řízení zasílejte do pátku **10. listopadu 2017** na adresu:  
Nemocnice Plzeňského kraje, a.s., Vejpřnická 663/56, 318 00 Plzeň



Inzerce M171000494

Inzerce M171000466 M171000490 M171000489



## SÁČEK NOVÉ GENERACE S MANUKOVÝM MEDEM

Manukový med přidáný do hydrokoloidu výrazně podporuje a zlepšuje hojení kůže v okolí stomie.

Napomáhá regulovat záněty, regeneruje buňky, má antibakteriální účinky.



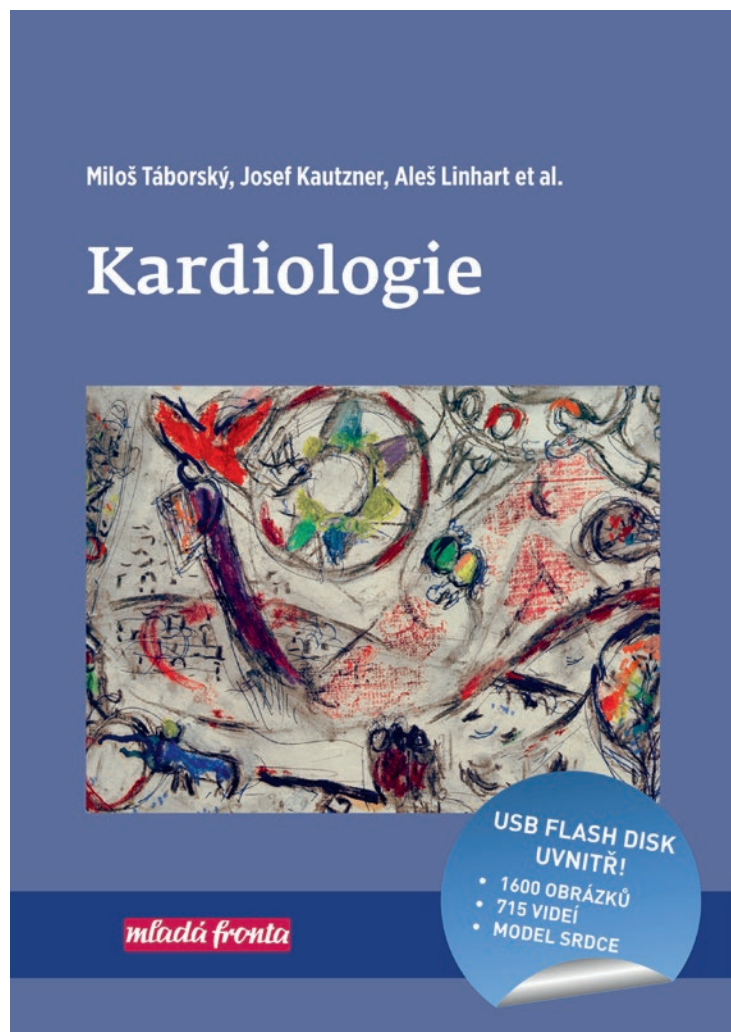
- Další výhody  
řady Aurum<sup>®</sup>**
- nový tvar podložky a sáčku
  - nový vylepšený filtr
  - nahlížecí okénko

Nová řada Aurum<sup>®</sup> jednodílných kolostomických, ileostomických a urostomických sáčků.

**zelená linka: 800 100 644**

Představujeme publikaci

# Kardiologie



Tato učebnice kardiologie vychází z unikátní interaktivní kardiologické výukové platformy, která je dostupná na [www.ecardio.cz](http://www.ecardio.cz). V 62 kapitolách pokrývá celou oblast kardiologie.

Inovativní je v kardiologii dosud neexistující formát klasické učebnice spojený s interaktivní platformou e-kardio a s flash diskem s rozsáhlou obrazovou dokumentací a s množstvím videosekvencí z praxe.

Cílovou skupinou jsou studenti lékařských oborů (pre- i postgraduální úroveň), kardiologové, internisté a další akademičtí pracovníci.

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

**Doporučená cena 3300 Kč**

Při objednání na **knihy.cz** sleva 5%