



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



11/2017

vyšlo: 13. 11. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Má být zdravotnictví ziskové? (str. 4)



**VYSOCE KVALITNÍ PÉČE PRO KLIENTY
VŠECH ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN**

Od základní preventivní péče po vysoce specializované zákroky jsme Vaším partnerem na cestě ke zdraví.



Předplatte si POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNU

a získáte jako dárek

Cafissimo MINI

v hodnotě 1990 Kč ZDARMA



Postgraduální medicína

ODBO RNÝ ČASOPIS PRO LÉKÁŘE

Postgraduální
akademie



Postgraduální medicína
JE OFICIÁLNÍM TITULEM
LEKOVÉHO VZDĚLÁVÁNÍ
LÉKÁŘŮ ČESKÉ LÉKÁRSKÉ KOMORY

Z obsahu

- Myelodysplasticko-
myeloproliferativní
syndromy
- Akutní myeloidní
leukémie
- Systémová
mastocytóza
- Febrilní neutropenie

NOVARTIS

5/2017
ROČNÍK 19 • 129 Kč

Hemato- onkologie

Tato nabídka platí jen do 30. 1. 2018

Cena ročního předplatného
je 749 Kč



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **mf@send.cz**,
uvedte své **jméno** a **doručovací adresu**.

Do předmětu napište kód **PM 0617**.

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

www.mf.cz



Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje
a info o požadovaném předplatném a periodiku.
Uvedte kód **PM 0617**

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



Kam půjde naše zdravotnictví?

V poslední době jsem se zúčastnil několika konferencí, které si vytýčily za cíl najít cesty ke zlepšení stavu našeho zdravotnictví. Co jsem si z nich odnesl? Ponaučení, která možná pořadatelé těchto setkání původně nezamýšleli.

Neexistují jednoduchá řešení. A pokud jsou realizována, často zjistíme, že výchozí stav nebyl zase tak špatný. Vypadá velice jednoduše zrušit úhradovou vyhlášku a nechat zdravotnická zařízení, aby si ve smlouvách s pojišťovnami konkurovala cenou. Ale když se řítím šedesátkou po dálnici kolem Ostravy, která byla tímto systémem vysoutěžena, a modlím se, aby závratnou rychlost vydržely tlumiče auta, mám pocit, že nejlevnější nabídka se ve svých důsledcích může pěkně nevyplatit. Stejně tak jednoduše zní, abychom vyřešili nedostatek lékařů zákazem jejich odchodu do zahraničí. Dobrá, možná že se na pár let stavy lékařů nebudou snižovat, ale kdo se potom přihlásí na velmi obtížnou vysokou školu s vidinou, že až vystuduje, nebude pánem svého osudu? Také nápad donutit lékaře z ambulancí, aby sloužili v nemocnicích, vypadá jako dobře míněný. Ale, upřímně řečeno, nechali by se ti, kteří řešení navrhuji, operovat lékařem, jenž již dvacet let praktikuje medicínu pouze ve své soukromé ambulanci?

Zdravotnictví, podobně jako fotbalu, rozumí téměř každý. Od odborníků na zdravotnictví dostáváme mnohdy velice protichůdné rady, jak zlepšit naši práci. Jak bychom současně měli s pacientem co nejvíce komunikovat, ale současně se chovat efektivně a nestrávit s ním zbytečně moc času. Jak máme vzdělávat své mladší kolegy v situaci, kdy na některých odděle-

ních již zůstal erudovaný pouze primář? Sám jsem osobně zažil personální audit na naší klinice, který nám doporučoval šest lékařů propustit, v době, kdy jsme omezovali operace pro jejich nedostatek. Prosím rádce, aby se šli do nemocničního provozu aspoň na jeden den podívat nebo si na chvíli sedli s lékařem či sestrou z běžné okresní nemocnice i běžné ambulance a nechali si reálnou situaci popsat.

Naše zdravotnictví není černá díra na peníze. Samozřejmě, že v každém systému existují neefektivní oblasti a také lidé, kteří si chtějí přilepšit na úkor druhých. Ale rozhodně nemám pocit, že by naše zdravotnictví bylo ve srovnání s jinými resorty horší. I přestože dáváme na fungování našeho zdravotnictví dlouhodobě kolem sedmi procent hrubého domácího produktu, což je asi o tři procenta méně než je průměr v Evropské unii, v mezinárodním hodnocení kvality se stále ještě držíme na čelných místech. Měli bychom hledat, jak zajistit našemu zdravotnictví podíl na domácím produktu, který by odpovídal evropskému průměru.

Nedobrovolnými sponzory našeho zdravotnictví jsou ti, kteří v něm pracují. Proto by se měli lidé, kteří o tom roz-



hodují, více zamyslet, jak jim práci co nejméně komplikovat a znepríjemňovat. Zamysleme se, zda jsou skutečně nutné a čemu vlastně slouží byrokraticky pojaté akreditace zdravotnických zařízení nebo direktivní zavádění elektronických receptů systémem, do něhož se nejsou schopni bez problému zapojit ani počítačové nadšenci. Zamysleme se nad tím, zda by zdravotníci neměli být lépe chráněni před agresivitou pacientů a také zda již nepřišel čas přemýšlet nad změnami, které by zdravotnictví skutečně polidštilo.

V povolebních dnech budou probíhat změny na místech, kde se o osudu českého zdravotnictví rozhoduje. Prosím ty, kteří budou o osudu rozhodovat, aby nezapomněli, že budou spravovat systém, na jehož fungování mohou být životně závislí jak oni sami, tak i jejich blízcí. Aby nezapomněli, že rozbit relativně fungující systém mohu špatnými zásahy během časově velmi krátkého období, ale jeho znovuvybudování může trvat i desetiletí.

MUDr. Zdeněk Mrozek, Ph.D.,
viceprezident ČLK

E-recepty: veškerý odpor je marný

Pod pláštíkem turbulentních událostí, které provázejí současný mezivolební čas, se na české lékaře řítí povinnost vypisovat od Nového roku recepty výhradně elektronicky. Jakkoli nástup povinných e-receptů budí vášně a ani zdaleka neprobíhá ideálním způsobem, je třeba si přiznat, že odpor proti tomuto opatření je z mnoha důvodů marný.

Naučili jsme se každodenně žít s elektronickým bankovníctvím, naučíme se to i s elektronickou preskripcí, zní častý argument obhájců e-receptů. Něco pravdy na něm jistě je, nicméně srovnání přece jenom kulhá. Především – i když banky odhánějí klienty od svých přepážek, jak jen dovedou, není používání elektronického bankovníctví povinné a klient-staromilec stále může obíhat bankovní úředníky. Navíc internetový přístup k bankovním operacím znamenal výrazné zvýšení pohodlí pro všechny aktéry – pro finanční domy, pro jejich klienty a kvůli elektronické stopě peněz i pro regulátory. To v případě e-receptů neplatí. Chybí u nich znatelný přínos zejména pro lékaře. Drtivě většině z nich by sice elektronická preskripce neměla život nijak výrazně zkomplikovat, ale to není zrovna silný argument pro striktní přístup, který stát k e-receptům zaujal.

Trochu to připomíná debatu kolem inkluze ve školství – je to systémově užitečná a potřebná věc, nicméně na nejvyšších politických místech chybí přesvědčivá entuziastická podpora. Místo ní vidíme chladný legislativní a úřednický tlak, který celkem

pochopitelně vzbuzuje u dotčených aktérů spíše odpor než nadšení pro věc.

Nicméně platí, že jakkoli provedení ze strany státu není v případě e-receptů zdaleka na výbornou, je to krok správným směrem a argumenty odpůrců působí s přibývajícím časem stále anachroničtěji. Připomeňme, že lékařská lobby v čele s ČLK zaznamenala v boji proti elektronické preskripci několik úspěchů, především dvojnásobný odklad v letech 2011 a 2013. Ale dalším snahám už chybí nejen přesvědčivost, ale hlavně politická podpora. V Senátu, pravda, vznikla novela zákona, která se pokouší povinné e-recepty zdržet o další dva roky, ale jednak není pravděpodobné, že by se vzhledem k termínům dala schválit včas, a jednak by nejspíš těžko hledala v nové sněmovně pochopení.

Sice v ní usedne 15 lékařů, ale důležitější je, že téměř všechny strany od ANO přes ODS a Piráty až po Starosty se ve svých programech zaklínaly elektronizací, nástupem a podporou eHealth a vůbec modernizací



všeho, zdravotnictví nevyjímaje. A tyto hlasy jsou ještě naléhavější než před pěti lety. Není tedy pravděpodobné, že by hned zkraje svého působení v nové sněmovně chtěly partaje sestavit jakoukoli většinu, která by proti tomuto trendu vystoupila a povinný e-recept, s nímž se počítá už deset let, zazdila. V systému elektronické preskripce už je navíc nasypano příliš mnoho peněz na to, aby byl příští ministr zdravotnictví, ať jím bude kdokoli, ochoten nechat jej další dva roky běžet jen jako vedlejší libůstku. A aby toho nebylo málo, úhradová vyhláška na příští rok už směle počítá s mnohamilionovými úsporami plynoucími z menší chybovosti v preskripcích, kterou má zajistit právě e-recept.

Jistě by bývalo stálo věst před pár lety důsledněji debatu o tom, jak to zařídit, aby e-recepty široce fungovaly, ale současně nemusely být povinné. Dnes už je ale pozdě. .

Martin Čaban,
autor je komentátorem deníku E15

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 11/2017

ŠéfredaktorkaMUDr. 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: perlikova@mf.cz**Editor**

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

Stálí spolupracovníci redakceMartin Caban,
Martin Ježek**Grafika a technické zpracování**

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

Redakční rada ZAMprof. 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


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 Svanda

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: zdm@mf.cz**DISTRIBUCE TITULU**Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
SEND Předplatná, spol. s r.o., Ve Žlíbku 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.skSmluvní 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 9. 11. 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

Nikdo nemá monopol na řešení problémů

Dosluhující ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA, na konferenci Zdravotnictví 2018, kterou pořádá Unie zaměstnavatelských svazů a divize Medical services vydavatelství Mladá fronta a.s., promluvil o výhledech i perspektivách českého zdravotnictví na další období.

Setkání bylo již tradičně určeno především pro odborníky, zástupce státu, poskytovatele, zdravotní pojišťovny, zákonodárce, zástupce zaměstnavatelů a zaměstnanců či akademiků. Přední odborníci zhodnotili současný stav zdravotnictví v České republice, vizi pro nadcházející období, záměry i očekávané změny. Konference letos opět vytvořila komunikační platformu mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR, poskytovateli zdravotní péče, zdravotními pojišťovnami, zástupci pacientů, zdravotníky a výrobci i dalšími segmenty v oblasti zdravotnictví. Slavnostně bylo také vyhlášeno ocenění Manažer roku ve zdravotnictví, které letos získal člen představenstva Nemocnice Strakonice, a.s., Ing. Michal Čarvaš, MBA.

Jak bude vypadat zdravotnictví v roce 2018?

To je dobrá otázka, ale už asi ne na mne, i když zdravotnictví asi ještě nějak ovlivním. Ale jak vypadalo v roce 2017, vidíte na publiku, jsou tady samé usměvavé tváře. Takže předpokládám, že dobře. Teprve především jsem vlastně zjistil, že jsem ministrem zdravotnictví – to jsem se totiž konečně (jako všichni mí předchůdci) dozvěděl, že jsem zcela nekompetentní, že zdravotnictví nerozumím, a že ho nicím. Bylo to v souvislosti s protestem ambulantních specialistů. Ale v podstatě každý z mých předchůdců měl to „štěstí“, že proti němu byla vyhlášena stávka, takže v této chvíli se cítím být plnohodnotným ministrem zdravotnictví.

Kdybych měl zhodnotit celkově rok 2017, i to, jak asi bude vypadat rok 2018, řekl bych, že je to paradox. Česká ekonomika roste, tím se zvyšuje i výběr zdravotního pojištění. Vyhláška pro příští rok bude navíc rozdělovat 16,2 miliardy korun, což je rekordní částka nárůstu. Zdroje ze zdravotního pojištění se blíží 300 miliardám korun, to je výborné, ale na druhou stranu všichni vidíme, že se ve zdravotnictví začínají čím dál tím více kupit problémy. Zásadním a klíčovým problémem, který paradoxně souvisí s ekonomickým růstem, je personální devastace v oblasti nemocnic a především lůžkové péče. Musím říci, že jde opravdu o velký problém, který začíná kulminovat, a téma, které bude asi charakterizovat rok 2017. Obávám se, že se přetaví do roku 2018, protože nedostatek hlavně středního zdravotnického personálu bude v oblasti zdravotnictví čím dál více limitujícím faktorem.

O českém zdravotnictví vyšly skvělé indexy, které ukazovaly, že jsme třinácté nejproduktivnější zdravotnictví v Evropě. Vyšla také spousta ukazatelů, dokládající, že jsme na tom dobře. Můžu prozradit ovšem jeden zajímavý indikátor, jenž udává, že když se přepočítá péče, která je poskytována českým zdravotnictvím podle nového systému DRG restart, tak je podávána za méně peněz, než za kolik by podle nového systému měla být poskytována. Je to tak trochu i odpověď na otázku, že české zdravotnictví



Foto: archiv MZ

jede opravdu už z rezerv, ze zdrojů, z nichž by čerpat nemělo. Typicky je to vidět na investiční podfinancovanosti českého zdravotnictví. Je to do jisté míry, samozřejmě, vidět na mzdách, ale zase na druhou stranu jde o konkurenční výhodu. Resort je skutečně ve stavu, kdy jede na maximální rezervy, i když ekonomika jede na maximální výkon. Zdroje ze zdravotního pojištění jsou konečné, zanedlouho se bude muset začít řešit otázka, proč tomu tak je a jak daný fakt napravit. Když si převedete doporučení OECD, které říká, že české zdravotnictví by mělo mít 9,3 % HDP, a dnes jsou někde 7,5–7,8 %, tak rozdíl činí až 100 miliard Kč. Kdybychom to přehnali, tak český dluh ve zdravotnictví, aby bylo na průměru OECD, je právě 100 miliard, které jsou zapotřebí, aby systém mohl regulérně a legálně poskytovat péči takovou, jaká je potřeba, aby nebyly žádné rezervy, aby nebylo nic podfinancováno, aby se všechno platilo, tak jak má.

Musíte si samozřejmě odpovědět na otázku, kde peníze vzít. V podobné situaci je třeba armáda. Máme dávat dvě procenta na obranu, ale dáváme jen jedno. Školství, které teď má poměrně vysoký nárůst, je na tom podobně. Já na to neumím dnes odpovědět. Uprímně řečeno, diskuse na toto téma se vede již dvacet pět let a stále neexistuje odpověď, takže očekávám, že dalších dvacet pět let se o tom možná bude mluvit. Ale faktem je, že čím dál tím víc je tento fakt na zdravotnictví vidět. Nikoliv v tom, jakou kvalitu poskytuje, ale je to patrné na tom, v jakých kulíšách a budovách se poskytuje. Je zkrátka vidět, jak je rozvrstvena síť poskytovatelů a že jsou tam vel-

Ministr zdravotnictví odpověděl také na dotaz z pléna. Účastníci mohou v mobilní aplikaci nalistovat nejen program konference, ale položit přednášejícím rovněž své dotazy.

Myslíte si, že je v pořádku, aby peníze z veřejného zdravotního pojištění končily jako nemalé zisky vlastníků soukromých zdravotnických společností či skupin?

Tazatel ještě zapomněl na farmaceutické firmy, na výrobce zdravotnického materiálu. To je legitimní otázka, která se rovněž musí vyřešit. Existuje ve zdravotnictví zisk? My jsme si totiž podobnou otázku nikdy nepoložili. Když se kalkuluje konkrétní výkon, patří k němu i přiměřený zisk? Je příjem zdravotníka jeho plat, který se stanovuje? To jsou věci, které nebyly vyřešeny ani před pětadvaceti lety, kdy vznikalo zdravotní pojištění. Stejně nebyly vyřešeny odpisy budov a je úplně jedno jestli jsou soukromé, veřejné nebo městské. Řeklo se, že podobné věci bude řešit stát. Když se nad tím zamyslíte, v ceně léku bude vždy nějaký zisk, protože ho někdo produkuje, v ceně materiálu rovněž. Pak vznikne otázka, kterou si musíme položit: Má být v ceně služby zisk? V tuhle chvíli na to neumím odpovědět

ké problémy.

Nedávno jsem byl v několika okresních nemocnicích a musím přiznat, že to nejsou moc příjemné zážitky. Z Motola se vše hezky pozoruje, protože sedíte ve špičkové a hezké nemocnici, ale když vyjedete do některých okresů, musíte konstatovat, že některé nemocnice vypadají, slušně řečeno, nedobře.

Tady se bude muset vyřešit pnutí. Víím, že odborníci budou tvrdit, že největší je samozřejmě v oblasti odměňování. Nechci jejich tvrzení úplně zpochybňovat, ale přece jenom se v poslední době udělalo v této oblasti strašně moc, protože mzdy ve zdravotnictví rostly nejrychlejším způsobem za poslední čtyři roky. Teď to dohání školství, ale jednorázovými kroky, což taky není dobře. Navíc v úhradové vyhlášce je skutečně stanoveno, že bude plně pokryto deseti procentní navýšení a že budou i dva tisíce korun pro sestry v lůžkové péči ve zdravotnických zařízeních. Jsme pořád v situaci, že běžíme za vozem a držíme se ho. Takže to vypadá, že na něm jedeme, ale začínáme čím dál tím více ztrácet.

Situace se bude muset vyřešit a já vše spatřuji ve dvou rovinách. Prvním je velká investiční podfinancovanost. Vidíme to všichni na českých nemocnicích, vidíme to na zdravotnických zařízeních. Větší problém bude po roce 2020, musíme si všichni totiž uvědomit, že spousta velké techniky, která dnes funguje, byla nakoupena za evropské peníze. Po roce 2020 už vše bude ale jinak. Průměrná životnost technologií, ať už jde o CT, MR nebo PET, je sedm let. Všichni ve zdravotnictví víme, že spíš kratší, protože software je po pěti letech zastaralý a nikdo ho nechce obnovit. Jestliže evropské financování skončí kolem roku 2020, tedy někdy po čtvrtstoletí, projeví se tento jev jako další rána českému zdravotnictví. My už se na tyto problémy přece jenom budeme muset připravovat.

Vážení zdravotníci, hlavu vzhůru! Jste dobří, umíte poskytovat péči a zdá se, že ji umíte poskytovat

lépe, než jste zaplacení. Věřte, že existují problémy. Dovolím si ale vyslovit skoro kacířskou myšlenku – v našem státě nemá nikdo monopol na to, jak dané problémy vyřešit. Budeme si muset všichni asi znovu sednout, znovu se dohodnout, znovu posoudit, jak vše dvacet pět let fungovalo a domluvit se, jestli chceme jít stejnou cestou, nebo jinou.

Dnes nejde o to, abychom tloukli po hlavě jeden druhého, že jeden něco dělá lépe a druhý hůře. Obávám se, že nás všechny čeká situace, že se budeme muset dohodnout a aplikovat systém win-win, což znamená, že všichni musejí o kus ustoupit. Objem peněz, který do resortu půjde, bude nějaký, ale ne skokově navýšený. Ano, 100 miliard se v něm neobjeví, budeme realisté. Konjunktura vygenerovala do systému navíc 16 miliard, což je možná dokonce rekord. Takto nízká nezaměstnanost už asi nikdy nebude. Můžete počítat s postupným nárůstem. Teď jsme přidávali 3,5 miliardy každý rok. Bůh ví, jaké to bude po roce 2020, ale realisticky můžeme očekávat nárůst. Mu-



Foto: archiv MF

síme se opravdu dohodnout, že pokud bychom dnes měli dávat 400 miliard, ale dáváme něco přes 300 miliard, je nutné najít způsob, jak vyřešit, aby současných 300–350 miliard bylo dostačujících.

Připravil Mgr. Denis Drahoš

V rámci zachování autenticity jsme do textu obsahově nezasahovali a pouze jej stylisticky a redakčně korigovali.

Těšíme se na setkání na příštím, již pátém ročníku konference

Zdravotnictví 2019,
která se bude tradičně konat
v Hotelu Grandior
ve dnech 8.–9. 11. 2018.



Obsah

Z domova

- Kam půjde naše zdravotnictví? 3
- E-recepty: veškerý odpor je marný 3
- Nikdo nemá monopol na řešení problémů 4
- In medias res 6
- Duel: Požadované vzdělání pro výkon psychoterapeutické praxe 7
- Zdravotnické vysvědčení pro současnou vládu 8
- Zdravý jedinec, zdravá společnost 10
- Proč ještě neměříme kvalitu zdravotních služeb? 11
- Toyota – hrdý partner konference Zdravotnictví 11
- Je změna současného paradigmatu českého zdravotnictví neodkladná? 12
- Změní se právní rámec veřejného zdravotního pojištění? 13

Speciál

- Čtvrtý ročník konference Zdravotnictví 2018 naplnil očekávání 14

Sestra

- Pooperační autotransfuzní systémy ortopedických operací z pohledu... 19
- Sestra roku před třemi lety 21
- Čtvrtstoletí s gama nožem 25
- Cévní mozkové příhody je lepší předejít, než ji léčit 26
- Ze společnosti 29

Medicína

- Transpersonální konference: po 25 letech opět v Praze 31
- Prof. Miloš Souček k mikulovské konferenci o hypertenzi 33
- Alzheimerova nemoc: První biologická léčba snad kolem roku 2025 34
- Dnes pečovat, zítra léčit 35
- Otevřený dopis: Vzdělávání psychoterapeutů 36
- Homeopatická léčba může pomoci při úzkosti i závislostech 38
- Nový monitorovací systém v Nemocnici Na Bulovce 39
- Protikuřácká osvěta má smysl 39
- 30 let Univerzity třetího věku 39
- Discovery Awards získaly práce související s nádorovými onemocněními 41
- Liraglutid, studie LEADER a nová éra diabetologie 42
- Kdy léčit hyperurikemii? 44
- Nová léčba metastatického karcinomu z Merkelových buněk 45
- Dotace zkvalitní péči v Thomayerově nemocnici 45
- Unikátní mamograf urychlí diagnostiku rakoviny prsu 45
- K patogenezi roztroušené sklerózy 46
- Nefrologické problémy z praktického hlediska 48

Eventy a nové knihy

- Personální inzerce 50





„Máme asi 500 pacientů, kteří jsou na čekací listině. Oproti Evropské unii je to stále pod průměrem.“

prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc., šéf sněmovního zdravotnického výboru a člen správní rady VZP

Dialýza se používá při selhání ledvin, v Česku ji potřebuje více než 10 000 lidí. Transplantací je kolem 460 ročně. Pojišťovna od příštího roku finančně podpoří vybraná zdravotnická zařízení, jako jsou transplantáčnická centra nebo dialyzační střediska. Projekt by měl vést k tomu, aby zařazených na čekací listinu bylo více.



„Náš protest nemíří proti elektronickému receptu ani elektronické evidenci tržeb. Zásadně ale nesouhlasíme s dlouhodobým a opakovaným finančním protěžováním péče v nemocnicích.“

MUDr. Eduard Bláha, generální ředitel a jeden ze dvou akcionářů společnosti MediClinic

Společnost MediClinic se připojila k požadavkům SPL ČR a 18. října symbolicky zkrátila ordinační dobu praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost.



„Biologičtí rodiče, kteří by souhlasili s adopcí svých embryí, by museli splňovat všechny podmínky pro anonymní dárce spermií a vajíček. Některá vyšetření ovšem při asistované reprodukci páry nepodstupují a nelze je ani zpětně absolvovat. Tím pádem drtivou většinu embryí nelze k adopci nabídnout.“

MUDr. Jaroslav Hulvert, primář reprodukční kliniky centra ISCARE

V řadě zemí je možné embrya uchovávaná v mrazicích boxech adoptovat neplodnými páry. V Česku ovšem této možnosti stojí v cestě komplikovaná legislativa.



„To je věc, která nemá obdoby a není spravedlivá.“

PharmDr. Lubomír Chudoba, prezident ČLnK

Podle prezidenta ČLnK je Česká republika jednou z posledních zemí v Evropské unii, kde příjem lékárny závisí na tom, jak drahý lék vydá.



„Na začátku byla naše osobní zkušenost. Sami jsme si prošli složitým obdobím ve vlastních rodinách. Jak populace stárne, přibývá lidí středního věku, jejichž rodiče a prarodiče ztrácejí schopnost samostatně obstarat své základní životní potřeby.“

Jakub Erben, jednatel nově zřízeného Domova seniorů Říčany

Nový domov pro seniory má kapacitu 152 míst a jde o investici za 135 milionů korun. Jeho cílem je nabídnout speciální péči pro seniory s Alzheimerovou chorobou a stařeckou demencí.



Požadované vzdělání pro výkon psychoterapeutické praxe

O svůj úhel pohledu na povolání psychoterapeuta, jeho vymezení v Národní soustavě povolání či podmínky výkonu ve zdravotnictví i v jiných oblastech jsme se zeptali **PhDr. Karla Koblíce**, předsedy České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP, a **doc. PhDr. Jiřího Růžičky, Ph.D.**, klinického psychologa, psychoterapeuta, rektora PVŠPS a ředitele Psychosomatické a psychoterapeutické kliniky Eset. Vyjádření odborníků uvádíme v souvislosti s uveřejněným Prohlášením k novým podmínkám pro psychoterapeutické vzdělávání. Plné znění otevřeného dopisu naleznete na straně 36.



Foto: archiv Karla Koblíce

PhDr. Karel Koblic

1. Současné právní vymezení psychoterapie je zcela nedostačující. Pacientovi, jeho ochraně a bezpečí v léčbě, by pomohlo, kdyby právní vymezení bylo pevnější a jasnější. Pochybnosti o účinnosti psychoterapie byly mimo jiné díky využití moderních zobrazovacích metod definitivně vyvráceny. Je samozřejmé, že co je účinné, může být také nebezpečné. Povolání psychoterapeuta je třeba regulovat, mělo by být regulováno pod střechou zdravotnictví a zřetelně, právě pro orientaci pacienta, odlišeno od využití psychoterapeutického vzdělání mimo poskytování zdravotní péče. I tam by však regulace a pravidla velmi prospěly, právě proto, abychom pro pacienta či klienta zmírnili zmatek obsažený již v dotazu. Ten totiž jako by obsahoval předpoklad, že ve zdravotnictví něco zdravotní pojišťovny hraadí, zatímco mimo něj totožnou činnost nikoliv. Přitom je jasné, že o tutéž činnost, o léčbu, jít nemůže. Přesto se i mnoho absolventů vzdělávání v psychoterapii pouští na právně nevymezenou půdu, psychoterapii mimo zdravotnictví nabízí a mimo zdravotnictví léčí – a to vždy bez právního zastřešení! Jednájí tak většinou na živnostenský list vydaný na nejrůznější druhy poradenství. Chybí jim většinou nejen nezbytná klinická praxe, ale i znalosti a diagnostické dovednosti, vědomosti a kompetence ve vývojové psychologii či psychopatologii. A stát, který by měl zasahovat a jasně hranice držet, vlastně proti tomu nic nekoná. Je však třeba zdůraznit, že psychoterapie hrazená ze zdravotního pojištění je nedostatkovým zbožím, plně kvalifikovaných psychoterapeutů nasmlouvaných zdravotními pojišťovnami by i ve srovnání s civilizovaným světem mělo být násobně více. Zatím se nedaří přesvědčit ani zdravotní pojišťovny, ani stát, aby situaci ku prospěchu potřebných zásadně změnil. Probíhající reforma psychiatrické péče sice nedostatek psychoterapie konstatuje, ale cesta ke změně se zatím neukazuje. Pacient indikovaný k psychoterapeutické péči si většinou nestěžuje, nelobuje, není příliš mediálně i politicky zajímavý.

2. Nevím, kdo je k podávání připomínek formálně kompetentní a povoláný. Podle mě by však nemělo jít o to, čím připomínky budou vzaty v potaz, ale o to, aby byly odborně kvalifikované a aby i jejich posouzení bylo odborně kvalifikované. Aby nebyly pouze výsledkem prosazování snahy například vzdělavatelů, jejichž přirozeným obchodním zájmem je co nejširší trh vzdělávaných a odbornost i zájem pacienta mohou ustoupit do pozadí. Nebo aby nebyly výsledkem zájmu resortu pod svoji střechu usadit další disciplínu. To může přispět pouze k chaosu, kdy by podobné aktivity různě upravovaly různé resortní předpisy.

3. Psychoterapie je v celém světě pojímána jako léčba. Že odborníci s psychoterapeutickým vzděláním působí i v jiných oblastech, je neocenitelné. Uplatnění tohoto vzdělání, jak jsem se pokusil vysvětlit výše, musí mít v jiných resortech i odlišný rámec a pojmenování, abychom minimálně omezili současnou neúnosnou a pro pacienta matoucí skutečnost. Psychoterapie musí mít určitá pravidla.

1. Současná norma chápe psychoterapii jako léčbu, která je ve zdravotnických zařízeních placena ze zdravotního pojištění, zatímco činnosti psychoterapeutů–nezdravotníků pojišťovny nehradí. Mělo by být povolání regulováno konkrétním vzděláním či certifikátem?
2. Neměly by být součástí definování pozice psychoterapeuta v Národní soustavě povolání zahrnuty připomínky nejen Ministerstva práce a sociálních věcí, ale rovněž Ministerstva školství a vzdělávacích institucí či škol?
3. Měl by se psychoterapeut soustředit výlučně na léčbu duševních poruch?



Foto: archiv Jiřího Růžičky

doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

1. Žádná norma, která by takto definovala psychoterapii, neexistuje. A to ani ve světě, ani u nás. Psychoterapie je disciplína s rozsáhlou působností, mnohačetnými teoriemi a často protichůdnými metodami práce. Záleží totiž na podmínkách i určení jejího použití. Je to disciplína, která se prudce a překvapivě rozvíjí. Často je součástí určité péče. V medicíně např. farmakoterapie, fyzioterapie a tam, kde hovoříme o tzv. psychosomatických poruchách. Má rovněž charakter komplementu, adjuvantního využití či přípravy na jiné lékařské výkony. Ve zdravotnictví je její použití vymezeno jinak v adiktologii a odlišně zase v psychiatrii či onkologii. V předchozím období se uvažovalo a také pracovalo na její využitelnosti prakticky ve všech klinických oborech. Regulace je bezesporu nutná, ale musí být všemi relevantními institucemi a subjekty adekvátně připravena. Nemůže být účelově vypoučována a příkazována jediným subjektem, o což se snaží současný výbor ČPS LS JEP.

2. Povolání psychoterapeuta je v současnosti velmi sporné a kromě několika málo evropských zemí není ani právně zakotveno. Důvodů je několik: 1. Jde o prudce se rozvíjející obor, který není za daných vzdělávacích podmínek – kromě Rakouska, Německa, Velké Británie, dvou severovýchodních zemí a částečně i České republiky – vyučován jako samostatný a speciální obor. 2. Vysokoškolské vzdělání by teprve umožnilo psychoterapii řádně učit spolu s relevantními obory, s nimiž souvisí a ze kterých vyrůstá. 3. Vysoké školy mají také svá nezávislá výzkumná střediska a poslání, jež jsou pro soustředěné a nezávislé zkoumání nezbytné. U nás se navazuje na vzdělání vysokoškolské a v některých případech i středoškolské (zdravotní sestry, v čemž jsme měli donedávna světově uznávaný primát i kvalitu). Podmínky by se musely široce odborně a systémově teprve prodiskutovat.

3. Z řečeného plyne, že psychoterapie není ani ve zdravotnictví využívána pouze pro duševní poruchy. Domnívám se nejen na teoretickém základě, ale i z reálné praktického hlediska, což podporuje dokonce i naše zdravotnická praxe a samozřejmě i využití psychoterapie v západní Evropě, že i ve zdravotnictví je využívána a potenciálně využitelná ve všech klinických oborech pro děti, dorost, dospělé i staré lidi. Zúžení použití na duševní poruchy je odborně bezdůvodné a bylo by pro pacienty škodlivé. Využití psychoterapie však je mnohem širší – setkáme se s ní ve zdravotnictví, školství, sociální oblasti, kriminologii, vězeňství, ale i v situacích, kde dochází ke krizovým stavům, jakými jsou hromadná neštěstí či tísnové situace. Proto by bylo problematické uzavřít ji do resortů. Vždyť například v církvích je využívána různorodě. Nehledě na to, že je úspěšně využívána z důvodů diskretnosti, i teoretických konceptů, což si přejí občané i mimo resorty a instituce. Měla by být kontrolována vzdělávacími instituty a relevantními odbornými sdruženími.

Připravil Mgr. Denis Drahoš

Zdravotnické vysvědčení pro současnou vládu

Prezident České lékařské komory **MUDr. Milan Kubek** pro odborný časopis zdravotnictví a medicína zhodnotil působení vlády v resortu zdravotnictví.

Jak hodnotíte činnost současné vlády v oblasti zdravotnictví?

Současná vláda v zásadě nebyla horší, ale ani lepší než vlády předchozí. Nesplnila velká očekávání a s ohledem na výraznou většinu v obou komorách parlamentu prosadila koalice velmi málo. Na druhou stranu je férové přiznat, že problémy, jež jsou příčinou současné krize, vláda nezpůsobila, ale zdědila.



Foto: archiv ČLK

Kterým tématům se měla věnovat a nic v dané oblasti neudělala nebo udělala málo?

Výdaje na zdravotnictví v České republice stále patří k nejnižším v celé Evropě. S nedostatkem financí úzce souvisí prohlubující se nedostatek zdravotníků, kteří již odmítají zdravotní péči dotovat na úkor svých platů a mezd. Sestry prchají mimo obor. Lékaři, zejména ti mladí, odcházejí za lepší perspektivou do Německa a Velké Británie. Nemocnicím chybí stovky lékařů a tisíce zdravotních sester. Pracující lékaři stárnou – každý čtvrtý z nás je již starší šedesát let. V nemocnicích je plošně porušován a cíleně obcházen zákoník práce. Řada nemocnic je již plně závislá na práci cizinců a kvůli nedostatku personálu jsou v nich zavírána klíčová oddělení. Dodržována není ani vyhláška o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb a komora již zaznamenala i případy nelegálního zaměstnávání cizinců se spornou kvalifikací. Za stejné výkony jsou jednotlivá zdravotnická zařízení placena různě a kvůli nedostatečným úhradám od pojišťoven se mnohde zbytečně prodlužují čekací doby na plánovaná vyšetření a operace. Řada pacientů, zejména dětí, již nemůže ani sehnat praktického lékaře. Úhrady soukromým lékařům stagnují a stále větší díl naší práce tak zůstává nezaplacený. A ve výčtu problémů bychom mohli pokračovat.

Na jaře loňského roku Česká lékařská komora veřejně deklarovala, že za stávajících podmínek již nejsme schopni pacientům garantovat bezpečnost zdravotní péče. Zahájili jsme informační kampaň – Zdravotnictví volá o pomoc. Počátkem března 2016 jsem otevřeným dopisem vyzval vládu, aby konečně začala krizi ve zdravotnictví řešit. Naše varování přišlo včas, tedy uprostřed funkčního období, kdy vláda ještě do voleb mohla prosadit potřebné zákony a vyhlášky. Marně. Vláda vedená tandemem A. Babiš – B. Sobotka neudělala nic!

Co podle vás vláda slibovala, ale nesplnila?

Neřeší především zmiňovanou personální krizi ve zdravotnictví. Místo toho se dále vyhazují peníze za nesmyslné projekty typu povinných elektronických receptů. Zklamáním je rovněž novela zákona o vzdělávání lékařů. Dva roky práce zahodil ministr Němeček takřkajíc do kanálu. Fakultní lobby si nakonec dokázala prosa-

dit, že k žádným podstatným změnám nedošlo. Systém zůstává vůči mladým lékařům nepřátelský, zatímco fakultní nemocnice budou mít i nadále zajištěn přísun laciné pracovní síly. Za vrchol ostudy lze považovat v Evropě raritní zařazení čínských léčitelů mezi zdravotníky.

Vláda dále neprosadila slibovaný zákon o neziskových nemocnicích, tudíž nadále neexistuje žádná garance základní neziskové sítě nemocnic. Prohlubující

se regionální rozdíly v dostupnosti zdravotní péče jakoby ministry vůbec nezajímaly. Nesplněný zůstal také slib, že za identické výkony budou mít jednotlivá zdravotnická zařízení od pojišťoven stejné úhrady. Revize seznamu zdravotních výkonů spojená s pravidelnou valorizací ceny práce totiž neproběhla.

Ze svého programového prohlášení pak vláda rezignovala na splnění závazku, že oddělí vlastnictví zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Propojení řetězce Agel a Průmyslové zdravotní pojišťovny si ministři řešit netroufli, stejně jako se vůbec nesnažili o redukci zbytečně vysokého počtu zdravotních pojišťoven.

Jsou ale nějaké kroky, za něž si zaslouží pochvalu?

Na rozdíl od mnoha předchozích se dosluhující vláda nestavěla a priori nepřátelsky vůči zdravotníkům, ani vůči odborovým organizacím. Díky premiérovi Sobotkovi a bývalému ministrovi Dienstbierovi se výrazně zlepšila komunikace s profesními komorami, které získaly možnost připomínkovat připravovanou legislativu. Samozřejmě to neznamená, že všechny naše připomínky jsou akceptovány, ale jsme o připravované legislativě alespoň podrobně informováni. Nepřipustila taky žádný další rozprodej či rozdávání nemocnic, byt návrh ministra Ludvíka na tzv. univerzitní nemocnice, byl velmi podezřelý.

Platby za státní pojištění byly opakovaně valorizovány, i když nebyl schválen zákon, který by to garantoval. Další vývoj tak zůstává závislý na tom „jak se vyspí“ ministr financí nebo „co si vytrucuje“ ministr zdravotnictví. To samozřejmě na jistotě zdravotníkům nepřidává. I nadále zůstává stát, který platí za děti, důchodce a nezaměstnané pouhou čtvrtinou odvodu z průměrné mzdy, největším dlužníkem zdravotního pojištění.

Pochvalu si vláda zaslouží za opakovaný růst platů zdravotníků, i když se to týká pouze části nemocnic ačkoliv splnění slibu sjednocení způsobu odměňování v nemocnicích podle tarifních tabulek jsme se nedočkali. Naopak u soukromých lékařů zůstává stále větší část práce ze strany pojišťoven nezaplacená.

Na co by se podle vás měla příští vláda zaměřit?

Začnu tím, co by dělat neměla. Neměla by na bedra zdravotníků nakládat další a další byrokratické poža-

davky. Měla by zapomenout na nesmysly, jakými jsou povinné elektronické recepty nebo EET u lékařů, kteří jsou placeni zdravotními pojišťovnami a kteří nevybírají prakticky žádné peníze v hotovosti. Zkrátka, když už nám nepomohou, neměli by nám alespoň házet klacky pod nohy.

(red)

Krizový plán ČLK pro zdravotnictví:

1. Zvýšení výdajů na zdravotnictví:

- schválení zákona o pravidelné valorizaci platby za státní pojištění,
- zavedení zdravotní daně na tabák a na alkohol,
- komerční připojištění.

2. Spravedlnost v úhradách zdravotních služeb:

- přeměna Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v reálný ceník,
- pravidelná valorizace ceny práce nositelů výkonů (lékařů) o 10 % každý rok,
- zrušení nespravedlivých regulací vyplývajících z tzv. úhradových vyhlášek a jejich nahrazení funkčním revizním systémem zdravotních pojišťoven,
- právo pacienta svobodně si zvolit lékaře i poskytovatele zdravotních služeb,
- umožnit pacientům připlácet si na zdravotnické prostředky, materiály a metody nehrázené z veřejného zdravotního pojištění.

3. Zvýšení příjmů zdravotníků:

- zvyšování tarifních platů lékařů a dalších zdravotníků v následujících letech každoročně o 10 %,
- novela zákoníku práce sjednocující pravidla odměňování zaměstnanců, jejichž zřizovatelem či majoritním vlastníkem jsou veřejnoprávní subjekty,
- dodržování limitů přesčasové práce stanovených zákoníkem práce.

4. Reforma vzdělávání lékařů a zdravotních sester:

- zvýšení příspěvku státu na specializační vzdělávání lékařů a vytvoření ekonomicky, místně i časově dostupného a předvídatelného vzdělávacího systému.

5. Nezávislá kontrola:

- novela zákona o zdravotních službách, která umožní ČLK kontrolovat personální vybavení poskytovatelů zdravotních služeb,
- právo ČLK ukládat nápravná opatření poskytovatelům lékařských zdravotních služeb,
- právo ČLK v důvodných případech pozastavit výkon povolání člena ČLK,
- právo ČLK provádět hodnocení kvality a bezpečí poskytování zdravotních služeb,
- právo ČLK garantovat odbornost a způsobilost soudních znalců v oboru zdravotnictví v lékařských znaleckých odvětvích.

MUDr. Milan Kubek,
prezident ČLK



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.

Jak správně podávat elektronické faktury prostřednictvím aplikace VZP Point

Většina poskytovatelů zdravotních služeb již v současnosti používá k předávání faktur za poskytnutou zdravotní péči elektronickou cestu. Jedná se o snadnou formu komunikace se zdravotní pojišťovnou a obtíží, které by při jejím využívání mohly nastat, je možné se vcelku jednoduše vyvarovat.

V dnešní poradně se zaměříme na zásady správného předávání faktur přes aplikaci VZP Point a také na to, jak předcházet případným chybám.

Jaké jsou možnosti předání faktury přes VZP Point?

Fakturu je možné předat dvěma způsoby:

- **Formou souboru FDAVKA.111** – soubor musí odpovídat aktuální Metodice pro pořizování a předávání dokladů a aktuálnímu Datovému rozhraní. Tyto informace naleznete na webu VZP v záložce **Poskytovatelé** v sekci **Metodika vyúčtování – aktuální stav**; změny předem avizujeme v sekci **Metodika vyúčtování – připravované změny**.
- **Vyplněním formuláře Faktura v aplikaci VZP Point** – formulář naleznete ve VZP Pointu v sekci **NOVÉ PODÁNÍ**.

Jaký zvolit druh faktury?

Podle způsobu vašeho financování si vyberete příslušný druh faktury:

- **Financování formou předběžné měsíční úhrady** – v položce **Druh faktury** vyberete „**Faktura za období**“ a jako **Druh fakturačního období** zvolíte „**Paušály – MÚ**“. Při ošetření cizího státního příslušníka vyberete v položce **Druh faktury** možnost „**Faktura za dávky**“.
- **Financování formou měsíčního vyúčtování zdravotní péče** (mimo financování lékáren a výdejen PZT) – v položce **Druh faktury** vyberete „**Faktura za období**“ a **Druh fakturačního období** zvolíte „**Měsíční**“. Kromě praktických lékařů (PL i PLDD) je možné použít pro běžnou měsíční fakturaci též „**Fakturu za dávky**“. Při ošetření cizího státního příslušníka vyberete v položce **Druh faktury** možnost „**Faktura za dávky**“.
- **Financování lékáren a výdejen PZT** – v položce **Druh faktury** vyberete „**Faktura za dávky**“.



Bc. Jan Švec, vedoucí referátu finančních služeb RP Praha

Jak zjistíte, zda je vaše faktura přijata?

Tyto informace naleznete v aplikaci VZP Point v sekci **ODESLANÁ PODÁNÍ**. Podání může mít následující stavy:

- **Zpracování zahájeno** – nejedná se o konečný stav, a proto přijetí faktury doporučujeme ověřit ještě následující pracovní den v odpoledních hodinách. Pokud je faktura doručena po konci předávacího období, kterým je 10. den v měsíci, může být v tomto stavu až do začátku následujícího předávacího období.
- **Zpracováno** (označeno zelenou barvou) – faktura je v pořádku přijata ke zpracování ve VZP.
- **Odmítnuto** (označeno červenou barvou) – předaná faktura obsahuje chybu, která brání jejímu zpracování. Konkrétní chybu zjistíte v obsahu podání. Chybu je nutné opravit a fakturu znovu odeslat.

Jaké jsou nejčastější chyby v předložených fakturách?

Chybná faktura bude v sekci **ODESLANÁ PODÁNÍ** ve stavu **Odmítnuto** a označena červenou barvou.

Důvodem odmítnutí může být:

- **Chybně zadaný druh hrazené péče** – v kolonce „Druh hrazené péče“ je potřeba vybrat platný ukazatel pro období předávané faktury. Platnost se vám zobrazí vpravo jako „Smluvní období“.
- **Částka faktury je vyšší než předběžná měsíční úhrada** – pokud jste hrazeni zálohově, formou předběžné měsíční úhrady s ročním vyúčtováním zdravotní péče, můžete měsíčně fakturovat jen do maximální výše stanovené úhradovým dodatkem.
- **Duplicitní číslo faktury** – číslo faktury musí být „unikátní“ v rámci roku, pod jedním číslem faktury je možné předložit fakturu jedenkrát v roce.
- **Duplicitní číslo dávky** – číslo dávky dokladů předaných k faktuře musí být „unikátní“ v rámci roku, pod jedním číslem je možné předložit dávku dokladů jedenkrát v roce.
- **Chybně zadaný druh faktury** – v závislosti na formě vašeho financování je nutné dodržovat druh předané faktury.

Pokud fakturu odesíláte formou souboru FDAVKA.111 generovaného z vašeho účetního programu, je nutné provést opravu přímo v něm, poté vytvořit nový soubor a znovu ho prostřednictvím aplikace VZP Point odeslat.

Na koho se obrátit v případě dotazů?

Pokud budete mít jakékoliv pochybnosti, můžete se obrátit na vašeho kontaktního pracovníka regionální pobočky VZP ČR, který je připraven zodpovědět vaše dotazy.

Zdravý jedinec, zdravá společnost

Když jsem vstupoval do vysoké politiky, tak jsem si představoval, že změny, které plánujeme ve zdravotnictví udělat, půjdou mnohem rychleji, než tomu po čtyřech letech ve skutečnosti bylo. Popsal bych roky 2013–2017 v Poslanecké sněmovně jako léta hledání, pátrání a hlavně analýz, protože naše zdravotnictví potřebuje celou řadu změn, jinak se zhroutí.

Najít priority nebylo jednoduché, ale šlo v podstatě o boj s korupcí a nastolit transparentnost finančních toků, což se částečně podařilo tzv. transparentní novelou zákona o veřejném pojištění, kde moje funkce zpravodaje sněmovny a funkce předsedy Výboru pro zdravotnictví byla jasně vidět. Když mluvíme o úsporách ve zdravotnictví, tak je třeba se věnovat především nákladům na léky. Podařilo se mi prosadit pozměňovací návrh v novele zákona o léčivech, který snižuje ceny biosimilars a generik. Roční úspora tak může dosahovat 3–4 miliard Kč.

Po celou dobu mého funkčního období jsem se snažil nastolit základní pravidla směřující k efektivnímu a transparentnímu zdravotnictví. Jsem jednoznačně přesvědčen, že v tom nám pomůže konečně nastolit pravidla elektronizace ve zdravotnictví. Naše země je v této oblasti na chvostu Evropy. Za námi je už jen Rumunsko a Albánie. Strategie pro eHealth byla nakonec přijata i vládou a na ní je třeba nyní pracovat. Předložil jsem základní verzi zákona, ale Sněmovna jej v daném období nestihla projednat. Předložím jej proto znovu v obsáhlejší podobě. Je to základna, na níž se bude moci eHealth budovat. Osobně mám radost z prosazení pozměňovacího návrhu, který stíhá tzv. klamavou reklamu, poněvadž lidé jí v nouzi věří a tonoucí se i stébla chytá, ale přitom jen okrádá lidijsem rád, že se podařilo prosadit tzv. protikuřácký zákon, kde jsem se při jeho tvorbě velmi aktivně angažoval.

Vzdělávání lékařů i léčitelů

Zdravotnictvím poslední dobou hýbe nedostatek personálu, lékaři odcházejí do zahraničí a zdravotní sestry pak do jiných profesí. Jedním ze základních důvodů jsou nesmyslně složitá a mnohdy chaotická procesy ve vzdělávání lékařů i sester. Proto jsem se intenzivně zapojil do tvorby novely zákona o vzdělávání lékařů – kde jsem jedním ze čtyř spoluautorů komplexního pozměňovacího návrhu, jenž zcela změnil vládní návrh Ministerstva zdravotnictví. Přispěl jsem i návrhy do zákona o vzdělávání nelékařských zdravotníků.

Navrhl jsem kontroverzní změnu v kontrole nad profesí lidí praktikujících tzv. tradiční čínskou medicínu. Není to jednoduchá záležitost, protože u nás tuto formu léčitelství provozuje něco kolem tří tisíc jedinců. Lidé vůbec nemají potuchy, ke komu vlastně jdou, zda má dotyčný v této oblasti alespoň nějaké vzdělání nebo je to podvodník. Je mi jasné, že je to jen začátek, protože léčitelství se obecně rozmáhá jak u nás, tak v celém světě. Bylo by proto vhodné mít obecný zákon o léčitelství, nikoli jen o čínské medicíně. O to se pokusím v nastávajícím období.

Strategie čelící politickým zvrátům

Trápí mě, že za poslední roky se u nás opakovaně pokoušíme o vytvoření nějaké strategie ve zdravotnictví, která by překonala politické zvrátání. Během tří let se mi se skupinou odborníků a na základě seminářů ve Sněmovně nebo v Senátu podařilo vytvořit tzv. 20 zdravých



Foto: archiv MF

vět. Staly se základem programu Hnutí ANO pro další volební období. Základy pro další aktivity ve Sněmovně jsou dány už tím, co bylo započato. Je třeba práci dokončit nebo alespoň dopracovat, aby byla nesmazatelně vtisnuta do našeho zdravotnictví.

Jsem přesvědčen, že dva zákony o zdravotních pojišťovnách jsou přepychem. Všechny sedm zdravotních pojišťoven by mělo fungovat podle stejných pravidel a jeden zákon je tedy nesmírně nutný. Jedná se přece o veřejné peníze. Chci pokračovat v realizaci eHealth tak, aby ji pochopili a ocenili jak zdravotníci, tak i pacienti, poněvadž jim může výrazně pomoci – usnadní byrokracii, zvýší finanční prostředky ve zdravotnictví ve všech sektorech a hlavně pomůže pacientům orientovat se ve složitém a mnohdy nepřehledném systému zdravotní péče, což povede k časné diagnóze. Tím se pacient ocitne ve středu systému diagnostické a léčebné péče a zvýrazní se jeho úloha v léčebném procesu. Ve svém důsledku to významně posílí roli prevence a nastaví se směr ke zdravější společnosti, neboť se řídím heslem: „Zdravý jedinec, zdravá společnost“.

prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSC.,
poslanec ČR

Inzerce M17000140

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte jako dárek

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

knihka.cz

Neváhejte!

**Tato nabídka platí jen
do 17. 12. 2017.**

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



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mf@send.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM1117**. Předplatit si můžete také **on-line** a našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM1117**. Nezapomenejte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zafixováním všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1252/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tiskových prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že 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



Proč ještě neměříme kvalitu zdravotních služeb?

Měření kvality zdravotních služeb a vhodné zveřejňování výsledků je jednou z oblastí, ve kterých české zdravotnictví výrazně zaostává za západní Evropou.

Proč bychom vůbec měli kvalitu měřit? Především proto, že se mezi jednotlivými poskytovateli často významně liší. Tento fakt byl jednoznačně prokázán ve stovkách studií v zahraničí a v několika analýzách i v ČR. Každý odborník tento fakt (nejčastěji, bohužel, v soukromém rozhovoru) rád potvrdí. Měření je nutné zejména pro zlepšení kvality. Dalším důvodem jsou ale i požadavky pacientů – podle čeho si dnes mají racionálně vybírat poskytovatele? Kvalita samozřejmě zajímá i samotné poskytovatele – ať už z důvodů profesních, marketingových nebo ekonomických. V akutní lůžkové péči jdou díky úhradě založené na DRG náklady komplikací z větší části za poskytovatelem.

Jak můžeme kvalitu měřit?

Vedle toho, že v ČR není kvalita zdravotních služeb systematicky měřena, byl vyzkoušen během působení ministra Ratha i opačný přístup – povinné zveřejňování úmrtnosti na úrovni celých nemocnic. Kupodivu z uvedeného měření vyšly úrazové nemocnice hůře než samostatné porodní ústavy. Tato avantýra možná významně zabrzdila snahu o skutečné měření kvality. Dá se ale kvalita doopravdy měřit? Věřím, že dá a dokonce to místy i v ČR děláme.

Nejvíce nás samozřejmě zajímají výsledky poskytování zdravotních služeb, včetně úmrtnosti. Zároveň je ale jejich měření také nejobtížnější. Základní podmínkou jeho správnosti je přizpůsobit výsledky vstupnímu zdravotnímu stavu pacientů. Pokud se o podobnou věc nepokusíme, jsou získaná data nesmyslná, navíc odrazujeme poskytovatele od pomoci složitým pacientům.

Přizpůsobení výsledků vstupnímu zdravotnímu stavu je dnes u mnoha diagnóz a zákroků technicky možné,

vyžaduje ale celou řadu vstupních dat. A zde jsme u kořene problému – jde směs o klinická data, která sice existují někde ve zdravotnické dokumentaci, ale nejsou systematicky sbírána, ověřována a už vůbec ne reportována. Pokud se tedy k tomuto kroku nerozhodnou sami lékaři či jejich odborná společnost, jako to udělali svého času kardiologové, invazivní kardiologové, či jako to průběžně dělají onkologové a pravděpodobně i další odbornosti. Takový vývoj, soudě podle zahraničí, dříve či později povede i ke zveřejňování výsledků jednotlivých pracovišť, což se dá ovšem těžko nařídit. Systematicky sbírat vstupní a výstupní klinická data totiž není vůbec jednoduché ani levné a s výstupy se jako s každou jinou informací dá manipulovat. Takže mluvíme o velkých investicích, změnách a nutnosti přísné kontroly správnosti dat.

Dvě možnosti měření

K výsledkům je samozřejmě nutné se finálně dostat, ale prakticky není špatné začít i z druhého konce – u faktorů, které je ovlivňují. Těmi nejjednoduššími jsou tzv. vstupy – množství, struktura a vzdělání personálu, přítomnost přístrojů a podobně. Tedy věci, jež jsou v ČR předepsány a občas i kontrolovány, byť ne moc důsledně.

Druhou úroveň je proces poskytování péče. K němu můžeme přistoupit z různých směrů. Jedním z nich je standardizace, o kterou zejména v oblasti ošetrovatelských a podpůrných procesů usiluje akreditace. Ta je v ČR ze všech přístupů ke zlepšování kvality nejpokročilejší.

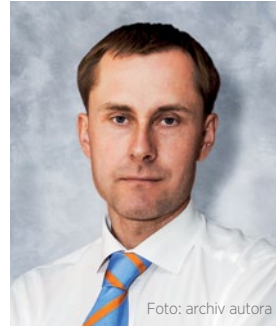


Foto: archiv autora

Dalším pohledem je otázka počtu poskytovaných výkonů určitého typu. U většiny jasně definovaných výkonů existuje velmi dobrá evidence, která ukazuje, jaké minimální množství je třeba pro získání a udržení potřebné kvalifikace. A ještě lépe – tato data nemusíme zvlášť sbírat, jsou totiž rutinně předávána zdravotním pojišťovnám. Procesní pohled má ještě jednu dimenzi – byla pacientovi poskytnuta služba (preventivní, diagnostická, léčebná, ..), jež mu podle doporučených klinických postupů měla být poskytnuta?

Nejde o zkoumání jednotlivých případů, ale o podíl těch, u kterých byl doporučený postup dodržen. A opět – alespoň část těchto údajů lze zjistit z dat reportovaných zdravotním pojišťovnám. A to jak v ambulantní, tak i v lůžkové péči.

Proč tedy kvalitu tak málo měříme?

Odpověď bych rád znal i já. Každopádně můžeme dnešní stav, na rozdíl od jiných problémů českého zdravotnictví, docela snadno a rychle napravit. Vedle již zmíněných iniciativ odborných společností se svého času systematickým měřením kvality na úrovni procesů zabývalo tehdejší Národní referenční centrum zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Projekt byl ale zastaven ještě dříve, než skončilo svoji činnost samotné NRC. Věřme tedy, že v blízké době dojde k nápravě na úrovni měření procesů a že se postupně jako jiné pokročilá země dostaneme i k měření výsledků – a jejich zveřejňování.

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.,
autor je řídícím partnerem

Advance Healthcare Management Institute

Toyota – hrdý partner konference Zdravotnictví 2018

Účastníci letošní odborné konference Zdravotnictví 2018 mohli ve večerních hodinách exkluzivně využít shuttle dopravu vozy Toyota a Lexus.

Luxusní automobily Lexus RX 450H, Lexus NX 300H a Toyota PROACE Verso VIP bezplatně a bezpečně odvážely účastníky večerního programu. Společnost Toyota Central Europe – Czech, s.r.o. také vystavila své vozy přímo ve foyer (Lexus LC 500) a v konferenčním sále (Toyota C-HR). Účastníci z řad nejvýznamnějších zástupců zdravotní politiky, ekonomiky a odborné zdravotní péče si tak mohli v průběhu konference vozy prohlédnout, posadit se do nich a dozvědět se bližší informace o společnosti, aktuální nabídce i možnostech financování.

Toyota se v letošním roce tradičně umístila na předních příčkách žebříčku nejobtížnějších automobilových značek Best Global Brands 2017. Současně se zařadila mezi



Foto: archiv Toyota Central Europe – Czech

nejhodnotnější značky světa spolu s takovými firmami, jako jsou Microsoft, Amazon, Coca-Cola nebo Samsung. Největší výrobce hybridních automobilů předstihl například Facebook, The Walt Disney Company či Intel. Autoři žebříčku vyzdvihli zejména zapojení Toyoty do vývoje nízkemisních automobilů. Toyota zakládá své dobré jméno na mimořádné kvalitě, trvanlivosti a spolehlivosti svých automobilů, vynikajícím zákaznickém servisu a intenzivním vývoji moderních technologií. V rámci projektu Toyota Business plus nabízí společnost atraktivní cenové zvýhodnění pro pracovníky ve zdravotnictví.

Více na informacích na www.toyota.cz
(red)

Je změna současného paradigmatu českého zdravotnictví neodkladná?

Rozhovor s **PharmDr. Michalem Krejstou, MBA**, generálním ředitelem farmaceutické společnosti OMEGA Pharma – Perrigo, Česká republika a Slovensko, a předsedou představenstva České asociace farmaceutických firem (ČAFF).

Náš zdravotní systém je jednoznačně zaměřen na dostupnost zdravotní péče a její plnou úhradu s minimální spoluúčastí. Je tato forma poskytování a financování dlouhodobě udržitelná?

Osobně se domnívám, že při současném vývoji objemu péče, nákladné centrové léčby a moderních technologií, jednoznačně udržitelná není. Změna paradigmatu financování zdravotní péče z modelu tzv. „volume-based healthcare“ je zcela nezbytná. Ve zmíněném modelu je totiž základní hodnotou maximální dostupnost služeb, neomezený přístup a hustá síť poskytovatelů, jednoduše koncept „švédského stolu“. To přináší úskalí plateb vázaných na pouhou existenci poskytovatele, protože poskytovatel prostě „je“ a potřebuje „udržet kapacitu“. Přesným opakem, kam bychom měli směřovat naše úsilí je model tzv. „value-based healthcare“, v němž nezáleží na objemu, ale na výsledku zdravotní služby a ve kterém je nejvyšší hodnotou dosažení zdraví. Zásadní výhodou tohoto modelu je platba za výkon s ohledem na efekt, tedy hodnocení nákladů ve vztahu k výsledkům léčby (tzv. pay for performance – P4P).

Má model „value-based healthcare“ přímý vliv na zvýšení efektivity systému?

Rozhodně ano, protože pokud chceme měřit efektivitu jakéhokoli systému, musíme znát jeho náklady i výsledky. A zdraví lze měřit třeba mortalitou, morbiditou (např. komplikace), kvalitou života nebo zástupnými parametry, jakými jsou např. dosahování cílových hladin diabetiků a další. Z pohledu efektivity je optimalizace (redukce či transformace) sítě poskytovatelů neodvratným vývojem českého zdravotnictví. V případě, že se totiž nezmění struktura lůžkových zařízení, bude nutné zvětšit objem finančních prostředků. Náš současný podíl výdajů na zdravotnictví je těsně nad 7 % HDP, tedy o čtvrtinu nižší než průměr zemí OECD, přičemž ale máme o polovinu více lůžek per capita. Vysoký počet akutních nemocničních lůžek jde na vrub nedostatku lůžek následné péče. Nelze ale pouze šetřit na počtu akutních lůžek a věnovat se jejich transformaci, je třeba měřit nákladovou efektivitu, tzn. kolik „zdraví“ poskytovatelé vyprodukují za jednotku ceny. Cílem poskytovatele by tak neměla být léčba v rozsahu nasmouvaného zdravotně pojistného plánu, ale dosažení zdravých, vyléčených a kompenzovaných pacientů.

Je z těchto pohledů současná koncepce úhradové vyhlášky již definitivně přezítá?

Úhradová vyhláška je přímým popřením základních principů pomyslného hodnotového „value-based healthcare“ trojúhelníku (dostupnost – kvalita – náklady zdravotní péče). Řeší jen setrvačnost financování současné struktury zdravotní péče, která fixuje minulou dostupnost, ale už se neptá na kvalitu péče. Vytváří tak deformovanou rovnici: Jak vlastně zajistit financování něčeho, o čem nevíme, jestli to potřebujeme. Nemáme totiž ani informace, za co vlastně platíme. Navíc regulace probíhá na úrovni poskytovatele a ve smluvním vztahu pojišťovna-poskytovatel, a proto nejde za pacientem. Paušály a limity se vypočítávají procentem z předložených úhrad, tzv. referenčních období. Takže logicky

platí, že kdo v minulosti poskytoval péči nákladně, dostane i letos více a obráceně, kdo dostával historicky málo, bude tratný, byť by léčil efektivněji. Toto pravidlo dlouhodobě poškozuje primární nemocnice v krajích, čímž diskriminuje jejich pojištěnce v přístupu k péči. Úhrady počítané historicky jsou tak popřením hospodářské soutěže. Péče se, bohužel, neakumuluje od poskytovatelů schopných nabídnout nejlepší cenu a kvalitu.

Na druhou stranu samotná existence úhradové vyhlášky ještě stále tvoří zachytý rámec, který garantuje rozsah, objem a strukturu zdravotní péče po jednotlivých segmentech vůči referenčnímu období na dobu jednoho kalendářního roku, což by velká řada převážně východních států Evropy velmi ocenila. Tam ale pravděpodobně směřovat nechceme.

Co podle Vás přinesl systém DRG pro efektivitu poskytování zdravotní péče doposud?

Úhradové mechanismy péče lze rozdělit na prospektivní formu platby a na retrospektivní úhradu. Retrospektivní úhrada byla forma platby, kdy poskytovateli byla uhrazena veškerá vykázaná péče bez omezení za dohodnuté časové období podle úhradové vyhlášky. Tento způsob úhrady fungoval mezi lety 1993 až 1997, měl ale za následek navyšování objemu produkce a vedl k nadbytečné technologické inovaci bez ohledu na finanční efektivitu a kvalitu. Systém byl finančně neudržitelný, a proto postupně přešel do systému hrazení podle diagnostických skupin neboli diagnosis related groups (tzv. DRG).

Od roku 1998 se začal používat regulativní prospektivní způsob úhrady. Tržní riziko je v něm přeneseno na samotné poskytovatele, protože s plátcem je dohodnut kontrakt pouze do určité výše. Nad tento rámec je péče hrazena nižší sazbou, nebo není placena vůbec. Modifikaci systému je velká spousta např. globální paušální úhrada, platba za unikátního pojištěnce, za použití různých regulací, například regulace preskripce na recept i poukazy či nutnost dosáhnout určitého počtu bodů. Od roku 1997 započaly snahy o systém platby za případ, tedy DRG, který byl prvně nastaven až od roku 2008 pro úhrady hospitalizací vybraných skupin pacientů.

Systém DRG přinesl významnou změnu v motivaci. Ve výkonovém systému totiž platilo, že co je odléčeno, je i zapláceno. Úhrada tak často vedla k přeléčení (tzv. overtreatment), protože každý další výkon přinášel zisk. Obráceně v paušálním systému objem úhrady za poskytnutou péči byl limitován úhradou z minulosti, což naopak vedlo k podléčení (tzv. undertreatment), protože každý další výkon byla čistá ztráta. V systému DRG je ale výše úhrady závislá na průměru hodnoty léčby daného nemocného bez ohledu na množství provedených výkonů v souvislosti s jedním případem. Vytváří tedy přirozenou motivaci léčit efektivně.

Jaká je současná situace s nastavením DRG Restart báze a jaké dopady můžeme očekávat?

Stále absentuje nastavení DRG Restart báze, která by objektivně reflektovala strop úhrady na standardizovaný výkon, který je svou povahou stále paušální, a nástroje DRG by se použily pouze pro měření výkonu potřeb-



Foto: archiv Omega Pharma – Perrigo

ného k dosažení paušálu, přičemž by nástroje výpočtu vycházely z jednotlivé historické reference a individuálních základních sazeb. To bude mít za následek pomalejší dofinancování regionálních nemocnic oproti těm s mnohem vyšším historickým základem.

Jaká bude podle Vás finanční stabilita úhradového systému v roce 2018?

Navzdory mnoha opakovaným snahám o zavedení komerčního připojištění je financování zdravotnictví stále více závislé na veřejném zdravotním pojištění, tedy nejvíce na odvodech pojistného za zaměstnance a platbě za státní pojištěnce. I přestože od finanční krize uplynulo již několik let, nedaří se vytvářet finanční rezervy, které systém naopak z uplynulých let stále spotřebovává. Hospodaření je tak jen těžce udržitelné. Nízká úroveň rezervy ho činí zranitelným vůči jakémukoli vnějšímu negativnímu šoku (např. návrat recese či pouhé zpomalení hospodářského růstu).

Dobrá zpráva je, že se systém ještě nedostal do finanční krize a že je možné zlepšit jeho kondici realokací zdrojů a podporou efektivnosti od samého začátku nového volebního období. Místo prohlubování regulace, přerozdělování a nesystémového dolévání finančních prostředků ze státního rozpočtu bude nezbytné optimalizovat síť poskytovatelů zdravotních služeb, přejít od paušálních plateb k systému založenému na principu P4P a připustit zvyšování spoluúčasti pacientů.

Připravil Mgr. Denis Drahoš

Změní se právní rámec veřejného zdravotního pojištění?

Zdá se, že zdravotnictví nebylo tématem letošních voleb a nebyť reklamy na zadarmo zdravotního Zaorálka a několika jasných NE neprobíhající privatizaci, tak jako by ani neexistovalo. V programech jednotlivých stran téma zdravotnictví sice své odstavce mělo, ale jejich obsah cílil spíše na voliče a nenabízel ucelený scénář reformních kroků. Tomu také zmiňované pasáže odpovídaly.

Vzhledem k výsledku voleb bychom se měli věnovat zejména představám hnutí ANO, protože právě ty se pravděpodobně stanou základem kapitoly zdravotnictví v programovém prohlášení budoucí vlády. Povinnou literaturou se tak stává kniha Andreje Babiše „O čem sním, když náhodou spím“ a její pasáže věnované zdravotnictví.

V nich klade důraz na prevenci, podporu zdravého životního stylu, odpovědnost občanů a organizaci péče o chronicky nemocné. Mihně se tam (z mého pohledu utopická) úvaha o diferenciaci pojištění podle životního stylu, aby ji následoval popis dalších kroků, které skutečně mohou zásadně zlepšit fungování našeho zdravotnictví. K nim patří vymezení rozsahu hrazené péče, které posílí postavení občanů ve zdravotnictví a umožní transparentní vstup soukromých prostředků do systému. Je zmíněna i nutnost zvýšení významu praktických lékařů, potřeba elektronizace zdravotnictví a role péče v domácím prostředí. Babiš navrhuje zavedení sledování kvality péče a spuštění konkurence ve zdravotním pojištění ve výši nominální části dvousložkového pojištění a v kvalitě zajišťovaných služeb.

Na závěr se věnuje zdravotnickému personálu a krokům, které by přidaly jejich práci na atraktivitě. Suma sumárum se této vizi nedá nic podstatného vytknout a po dlouhé době tu máme text vrcholného politika, který se ve zdravotnictví dívá dál než na horizont každoroční úhradové vyhlášky. Pojdme jej vzít za slovo a řekněme si, jak se konkrétně musí změnit právní rámec veřejného zdravotního pojištění, aby se promítl i do reality.

Leptší noty pro SÚKL

Prvním „pánem na holení“ je zákon o veřejném zdravotním pojištění, který na jaře oslavil dvacáté výročí své provizorní existence. V něm by měl být vymezen rozsah hrazené péče, primárně nikoli položkově, ale definováním procesu, kterým budou do úhrady z veřejného systému vstupovat nové výkony, včetně určení instituce, jež to bude realizovat. S tím úzce souvisí i stanovení klasifikačních systémů, používaných k popisu činností ve zdravotnictví, a ustavení instituce, která je bude vyvíjet a udržovat. Může být totožná s předchozí, ale nemusí.

V části zákona, která se věnuje léčivům, je namísto určit jednoznačná hodnocení kritéria pro vstup nových léků do systému. Ta by měla zohledňovat nákladovou



Foto: archiv autora

efektivitu, závažnost nemoci, dopad do rozpočtu a klinický přínos léku. SÚKL dostane pro svoji práci lepší noty a výstupy budou možná předvídatelnější a svižnější. V části věnované zdravotnickým prostředkům hoří nové vymezení způsobu, jakým se dobereme úhrady zdravotních prostředků na poukaz. S platností od začátku roku 2019 zrušil Ústavní soud institut ekonomicky nejméně náročné varianty, kterou stanovila pojišťovna na základě průzkumu trhu. Určitě stojí za revizi podoba paragrafu 16 a obnovení jeho role pojistky v mimořádné situaci. V současné době slouží k rutinnímu obcházení standardních procesů a všechny zúčastněné staví do problematické situace.

No, a konečně si revizi zaslouží posláni úhradové vyhlášky, která se v toku času změnila z pojistky řešící náhodnou nedohodu v dohodovacím řízení v nástroj, kterým stát rozděljuje peníze pojištěncům. Nutno říci, že se stejným úspěchem jako druhdy Státní plánovací komise. Každoroční kolotoč zbytečného papírování a vyřazení reálného vyjednávání a dlouhodobého plánování poškozují zdravotnictví stejně jako druhdy socialismus nás všechny.

Efektivizace pojišťoven

K tomu, aby se zdravotní pojišťovny odpovědně ujaly své skutečné role v systému, potřebují mít funkční corporate governance a správnou motivaci. První jev by mělo vyřešit sjednocení právní podoby zdravotních pojišťoven a převedení činnosti, které pro systém zajišťuje VZP, do společné servisní organizace. Existující Kancelář zdravotního pojištění se k tomuto kroku přímo nabízí. Corporate governance zdravotních pojišťoven by měla, analogicky k zákonu o obchodních korporacích, sestávat z dozorčí rady, obsazované třeba podle složení plátců pojistného, a představenstva, které jako statutární orgán zdravotní pojišťovnu řídí. Členové představenstva budou jmenováni a odvoláváni dozorčí radou. Spojení odpovědnosti s pravomocemi a odclonění politiky dá vedení pojišťoven potřebnou dynamiku.

Pojišťovny mají být motivovány k efektivnímu zajišťování potřebné a kvalitní péče svým pojištěncům. K tomu, aby se neorientovaly na získávání zdravých, mladých a bohatých, tu už máme docela funkční systém přerozdělení, který bude od 1. 1. 2018 ještě doplněn o další vrstvu, zohledňující chronická onemocnění. Návíc pojišťovny nemohou neatraktivní pojištění odmítat. Jakou péči mají zajišťovat, jim řekne

nová podoba zákona o veřejném zdravotním pojištění, takže k řešení zbývá otázka, jak naložit s jejich rozdílnými hospodářskými výsledky.

Velmi špatným příkladem bylo historické odebrání části přebytků na účtech těm úspěšnějším a jejich vrácení do přerozdělení. V Německu nebo v Nizozemí to řeší možnost změny výše pojistného podle očekávané bilance pojišťovny. Úspěšná jej zlevňuje, neúspěšná naopak zdražuje. Pro nás se nejlepším řešením jeví zavedení dvousložkového pojistného, které by sestávalo z dominantní části vybírané a spravované tak jako dosud a nominální části, kterou by si pojišťovna nastavila podle své bilance. Problém s přebytky nebo deficitem na účtech je vyřešen a pojištěnci mají informaci při volbě pojišťovny. Takže posledním zákonem na upravení je zákon o pojistném na veřejném zdravotním pojištění.

Menšinová vláda a její priority?

Na toto všechno bychom se mohli těšit, pokud by vznikla koalice mezi ANO a ODS, protože jejich představy o zdravotnictví jsou si blízké a sněmovní většina je pro schvalování tak rozsáhlých změn potřeba. Zatím to vypadá, že partnerská spolupráce těchto stran je stejně pravděpodobná jako sněhulák v létě. Ve chvíli, kdy píšu tyto řádky, je podoba vlády a trvání jejího mandátu ve hvězdách. Nejpravděpodobnější variantou se jeví menšinová vláda, s nejistou šancí získat důvěru sněmovny. Ať to ale s vládou dopadne jakkoli, nebude si zřejmě trhat žíly sepisováním systémových zákonů. Body se bude snažit sbírat exekutivní činností, kde nemá omezený manévrovací prostor. Můžeme očekávat personální změny na pozicích, které nespírají pod služební zákon, a tlak na zvýšení efektivity zdravotnictví v jeho současných právních mantinelech.

Prostor vidím v koučování přímo řízených organizací, kde se dá ledačos zlepšit bez nutnosti se předem popat v parlamentu. Další oblastí, kde by se mohl ministr zdravotnictví menšinové vlády realizovat, je elektronizace zdravotnictví. Situace je k tomu více než zralá a na rozdíl od racionalizace systému veřejného zdravotního pojištění není zavedení eHealth politikum. Třetí oblastí, kde by se dalo ledačos udělat, je veřejné zpřístupnění informací o poskytování péči a její kvantitě a kvalitě. No a konečně, i ta úhradová vyhláška se dá napsat tak, aby se všichni raději dohodli, než by se jí řídili.

Zásadní změny, o kterých nejen Babiš sní a které by našemu zdravotnictví pomohly ukončit pouť od státního do veřejného systému, si zřejmě ještě nějaký ten pátek poleží u ledu. Zdravotníci a pacienti se budou dál protloukat, jak se dá, a třeba se dožijeme příznivější politické konstelace. Ostatně, úspěšné reformy v Nizozemí předcházelo desetiletí dohadů. A my jsme o dost váhavější stělci.

MUDr. Pavel Vepřek,
Zdravotnictví 2.0



Čtvrtý ročník konference Zdravotnictví 2018 naplnil očekávání

V Praze proběhla 12.–13. října odborná konference Zdravotnictví 2018. Letos počtvrté se setkali nejvýznamnější zástupci z oblasti zdravotní politiky, ekonomiky a odborné zdravotní péče, aby společně diskutovali o situaci v českém zdravotnictví a o výhledech do dalších let. Konferenci tradičně pořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta a.s., ve spolupráci s Uníí zaměstnavatelských svazů ČR. V průběhu konference bylo rovněž vyhlášeno i nové ocenění Lékárník roku.

V dvoudenním programu přednesli své příspěvky ministr zdravotnictví ČR Miloš Ludvík, zástupci krajů, komorových organizací a představitelé zdravotních pojišťoven, v diskusních panelech pak vystoupili přední odborníci, aby reflektovali aktuální témata českého zdravotnictví, například odměňování zdravotníků, vzdělávání mladých lékařů, problematiku DRG i registru smluv. S velkým zájmem se setkala zejména předvolební politická debata, v níž prezentovali své vize zástupci ČSSD, TOP 09, KDU-ČSL, ANO, ODS a Realistů.

„Konference naplnila mé očekávání, a jak jsem měl možnost hovořit s účastníky, obdobné dojmy měli i oni. Zejména se líbila letošní novinka – předvolební debata, vystoupení zástupců politických stran i pana ministra. Účastníci si chválili také možnost pokládat otázky elektronicky. Velký zájem jsme zaznamenali o sekci řízení zdravotnických zařízení, která je zařazována již tradičně. Mně osobně se také velmi líbilo vystoupení pana ministra, jež bylo věcné a politicky oproštěné, dále příspěvek pana Ladislava Švece z Kanceláře zdravotního pojištění či přednáška místopředsedy představenstva společnosti Agel Jána Dudry, v níž krátce prezentoval zdravotní systémy z celého světa a poukázal, co je na nich inspirujícího a co bychom mohli využít v rámci našeho systému,“ shrnul první dojmy prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA.

Součástí konference bylo slavnostní předání ocenění Manažer roku ve zdravotnictví. „Cílem soutěže je zviditelnit úspěšné manažery ve zdravotnictví, ukázat příklady dobré praxe, inspirovat, motivovat a podpořit rozvoj v oblasti systému zdravotní péče,“ uvedl ředitel divize Medical Services Karel Novotný, MBA. Letošní cenu převzal ředitel Nemocnice Prachatice Ing. Michal Čarvaš, MBA, z rukou loňského vítěze – ředitele nemocnice Strakonice MUDr. Bc. Tomáše Fialy, MBA.

A na co se mohou účastníci těšit příště? „Během několika měsíců vznikne programové prohlášení vlády, jehož součástí bude kapitola zdravotnictví. Takže chceme samozřejmě pozvat nového ministra zdravotnictví, včetně širšího vedení resortu, aby nám přiblížili, jak se tyto programové změny projeví – časově i obsahově. To bude hlavní téma příští konference Zdravotnictví 2019,“ uzavřel Jiří Horecký.

Těšíme se na setkání na příštím, již pátém ročníku konference **Zdravotnictví 2019**, která se bude tradičně konat v Hotelu Grandiör ve dnech 8.–9. 11. 2018.



Prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Jiří Horecký



Radní hl. m. Prahy Raděk Lacko



Ministr zdravotnictví ČR Miloš Ludvík



Předseda ČLS JEP Štěpán Svačina



Ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček s ředitelem České asociace farmaceutických firem Martinem Mátlem



Vítězem soutěže Manažer roku ve zdravotnictví se stal předseda představenstva Nemocnice Prachatice Michal Čarvaš (vpravo)



Místopředseda TOP 09 Leoš Heger



Ředitel divize Medical Services Karel Novotný s místopředsedou představenstva společnosti AGEL Jánem Duđrou



Prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová



Prezident České lékárnické komory Lubomír Chudoba

Foto na dvoustraně: archiv MF

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

Moderuje Karel Novotný, MBA,
a MUDr. Michaela Lízlerová

**MEDICAL
SERVICES**



mef
MAKÁ PRÁCE



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

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 sestrám, porodním asistentkám, sestrám domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuje 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

Průběh soutěže:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů: e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz / vložením na 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. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu 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 zvládání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke kvalitování 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. V případě dotazů pište na adresu: sestraroku@mf.cz. Využijte také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra

www.sestraroku.cz

Generální partner



O krok dál pro zdraví

Záštity



Mediální partneři





Ilustrační foto: Shutterstock

Pooperační autotransfuzní systémy ortopedických operací z pohledu všeobecné sestry

Příspěvek se zaměřuje na problematiku ošetrovatelské péče u pacienta se zavedeným pooperačním autotransfuzním systémem, který se velmi často využívá při ortopedických operacích. Autotransfuzní systémy jsou v současnosti preferovány vzhledem k sociálním, ekonomickým i náboženským důvodům.

Je nutné zmínit fakt většího rizika komplikací u aplikace alogenní transfuze. Při poskytování ošetrovatelské péče je nezbytné, aby všeobecná sestra měla znalosti a dovednosti v péči o pacienta se zavedeným autotransfuzním systémem. Při jejich používání je nezbytné dodržet několik důležitých zásad, které jsou také uvedeny ve standardu ošetrovatelské péče.

Standard ošetrovatelské péče o autotransfuzní systém po ortopedické operaci s generátorem mikrovakua a provádění retransfuze

Charakteristika standardu: Závazná norma pro práci s autotransfuzním systémem s generátorem mikrovakua u pacienta po ortopedické operaci.

Cílová skupina: všeobecné sestry, sestry pro péči v chirurgických oborech, sestry pro péči v interních oborech.

Cíl: Profesionální, komplexní a bezpečná manipulace s autotransfuzním systémem, včetně provedení retransfuze u pacienta po ortopedické operaci.

Vydání: 2017.

Doba platnosti: od 1. 10. 2018.

Kontrola: průběžně, nepravidelně, minimálně 2x ročně.

Kontrolu vykonává: ředitelka ošetrovatelské péče, vrchní sestra, staniční sestra, interní auditor.

Kritéria struktury:

S1 Pracovníci: všeobecná sestra, sestra pro péči v chirurgických oborech, sestra pro péči v interních oborech.

S2 Prostředí: operační sály, pooperační oddělení, jednotka intenzivní péče.

S3 Pomůcky: autotransfuzní systém s generátorem mikrovakua, nůžky, rukavice, dezinfekční prostředek určený k dezinfekci povrchů, dezinfekční prostředek určený k provedení hygienické dezinfekce rukou, peán, transfuzní set s mikrofiltrem, emitní miska, jednorázová podložka, instrumentační stolek, sterilní krytí, náplast, fonendoskop, tonometr.

S4 Dokumentace: zdravotnická dokumentace včetně ošetrovatelské dokumentace (resuscitační záznam, šokový záznam).

Kritéria procesu:

P1: Všeobecná sestra v rámci svých kompetencí edukuje pacienta v předoperačním období o zásadách použití autotransfuzního systému po ortopedické operaci.

P2: Všeobecná sestra na operačním sále provede kontrolu celistvosti obalu autotransfuzního systému a obsahu balení.

P3: Všeobecná sestra v rámci celého postupu provádí hygienickou dezinfekci rukou podle stanovených indikací za dodržení zásad vycházejících z Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 5/2012.



P4: Všeobecná sestra sterilně odstraní první obaly z autotransfuzního systému, poslední obal odstraňuje těsně před napojením systému, tím se zabrání znečištění biologickým materiálem.

P5: Všeobecná sestra odstraní poslední sterilní obal z komponentů autotransfuzního systému, uzavře spojku, která je nejčastěji umístěna na dolní části rezervoáru, tím tak uzavře komunikaci mezi rezervoárem a retransfuzním vakem.

P6: Všeobecná sestra předá operujícímu lékaři trojcestnou spojku odsávacího vedení, kterou nejdříve lékař zastříhne v odpovídající zóně tak, aby průměr odpovídal průměru drenáže, poté jej zapojí na drenáž vedoucí z operační rány.

P7: Všeobecná sestra po propojení drenáže připojí na autotransfuzní systém generátor mikrovakua.

P8: Všeobecná sestra zapne generátor mikrovakua a nastaví hodnotu sání (nejčastěji na 90 cm H₂O nebo podle ordinace lékaře).

P9: Všeobecná sestra zkontroluje všechny důležité ukazatele (ukazatel pozice sání, ukazatel zapnutého vakua), čímž potvrdí správnost zapojení autotransfuzního systému a umístí ho do svislé polohy pod úroveň pacienta.

P10: Všeobecná sestra zapíše hodnotu sání a přesný čas zahájení sání do příslušné dokumentace a na štítek rezervoáru autotransfuzního systému.

P11: Všeobecná sestra sterilně zakryje operační ránu pacienta, při fixaci krytí zajistí i samotný drén a ujistí se, že drenáž vedoucí z operační rány je napojena na autotransfuzní systém a fixována tak, aby nedošlo k její dislokaci, tedy aby nenastalo znehodnocení celého autotransfuzního systému.

P12: Jakákoliv manipulace s pacientem je prováděna v poloze vleže, na transportním lůžku může mít pacient pouze mírnou elevaci horní části těla.

P13: Všeobecná sestra po každé manipulaci zkontroluje správné umístění a funkčnost autotransfuzního systému.

Pooperační oddělení, jednotka intenzivní péče

P14: Všeobecná sestra provede kontrolu autotransfuzního systému po příjezdu pacienta z operačního sálu, a to:

P14/1: těsnost napojení hadic drénu,

P14/2: průchodnost hadic,

P14/3: funkčnost autotransfuzního systému,

P14/4: zapojení generátoru vakua (hodnota podtlaku, kontrola ukazatelů sání) a provede kontrolu zdravotnické dokumentace, zejména pak zápis o čase zahájení sání a nastavené hodnotě.

P15: Všeobecná sestra fixuje autotransfuzní systém do svislé polohy (pod úroveň pacienta).

P16: Všeobecná sestra v první hodině po přeložení pacienta z operačního sálu kontroluje minimálně 3x za hodinu množství drénované krve a operační ránu, popřípadě upraví sací podtlak podle množství drénované krve (v prvních 30–60 minutách by mělo být cca 200–300 ml) a vede záznam do dokumentace.

P16/A: 200–300 ml krve v rezervoáru – sestra informuje lékaře a sníží sací podtlak, v případě velkých krevních ztrát se doporučuje zvednutí rezervoáru 10–20 cm nad úroveň operační rány popřípadě přepnutí vakuového spínače na rezervoáru.

P16/B: 200–300 ml krve v rezervoáru a prosakování operační rány – zvýšení sacího podtlaku.

P17: Všeobecná sestra dále monitoruje množství drénované krve a operační ránu po jedné hodině, vede záznam o hodnotě podtlaku, množství krve v rezervoáru a sleduje celkové krevní ztráty.

P18: Všeobecná sestra sleduje celkový stav pacienta (stav vědomí, fyziologické funkce apod.).

P19: Všeobecná sestra postupuje při organizaci retransfuze následovně:

P19/1: retransfuze může být podána pouze do 6 hodin od zahájení rekuperace,

P19/2: při velkých ztrátách krve zahajuje retransfuzi po dohodě s lékařem dříve a po další sérii může retransfuzi opakovat,

P19/3: při menších ztrátách krve zahajuje retransfuzi tak, aby pacientovi byla aplikace krve ukončena do 6 hodin od počátku rekuperace.

P20: Všeobecná sestra při podání retransfuze postupuje takto:

P20/1: všeobecná sestra změní přímo v rezervoáru množství odsáté krve,

P20/2: všeobecná sestra změní pacientovi fyziologické funkce a provede záznam do dokumentace,

P20/3: všeobecná sestra si k lůžku pacienta přiveze instrumentační stolec s potřebnými pomůckami (jednorázové rukavice, dezinfekční prostředek určený k dezinfekci povrchů, peán, transfuzní set s mikrofiltrem, emitní misku, jednorázovou podložku),

P20/4: všeobecná sestra odejme ze zadní strany rezervoáru retransfuzní vak a umístí jej na jednorázovou podložku na spodní části instrumentačního stolku,

P20/5: všeobecná sestra vypne generátor vakua,

P20/6: všeobecná sestra uzavře spojovací hadici k pacientovi svorkou,

P20/7: všeobecná sestra nastaví kohout vakua na pozici vypouštění, směrem doleva a za několik vteřin se indikátor vakua vypne,

P20/8: všeobecná sestra otevře svorku k retransfuznímu vaku, která se nachází na spodní straně rezervoáru,

P20/9: všeobecná sestra otevře svorku na spojovací hadici u retransfuzního vaku,

P20/10: všeobecná sestra uvolněním svorek zahájí přečerpávání krve z rezervoáru do retransfuzního vaku, rychlost přečerpání krve je zde dána výškovým rozdílem mezi vakem a rezervoárem,

P20/11: všeobecná sestra při přečerpávání krve ponechá v rezervoáru zhruba 50 ml krve jako prevenci průniku případných tukových částic nacházejících se na povrchu tekutiny,

P20/12: všeobecná sestra uzavře svorku mezi rezervoárem a retransfuzním vakem,

P20/13: všeobecná sestra uzavře svorku na spojovací hadici u retransfuzního vaku,

P20/14: všeobecná sestra nastaví kohout vakua na pozici sání a zapne generátor vakua,

P20/15: všeobecná sestra nastaví hodnotu podtlaku na 50–80 cm H₂O a řídí se současnými ztrátami krve a intervalem od počátku rekuperace,

P20/16: všeobecná sestra otevře svorku na spojovací hadici vedoucí k pacientovi, systémem tak opět odsává krev z operační rány,

P20/17: všeobecná sestra si připraví naplněný retransfuzní vak k podání pacientovi,

P20/18: všeobecná sestra napojí na retransfuzní vak transfuzní set s mikrofiltrem (na každou nově zahájenou retransfuzi používá všeobecná sestra nový transfuzní set),

P20/19: všeobecná sestra retransfuzní vak zavěsí k lůžku pacienta tak, aby transfuzní set i spojovací hadička mezi rezervoárem a retransfuzním vakem měly jistou vůli a nedošlo k jejich poškození,

P20/20: všeobecná sestra stiskne Martinovu baňku a naplní ji krví, následně naplní celý transfuzní set krví uvolněním regulátoru průtoku na transfuzním setu,

P20/21: všeobecná sestra po naplnění celého setu krví uzavře regulátor průtoku na transfuzním setu,

P20/22: všeobecná sestra připojí transfuzní set ke spojovací hadičce pacienta,

P20/23: všeobecná sestra zahájí aplikaci retransfuze u pacienta otevřením regulátoru průtoku na transfuzním setu, vhodně nastaví rychlost převodu krve a provede záznam o zahájení retransfuze a množství aplikované krve do dokumentace,

P20/24: všeobecná sestra v případě následné další retransfuze nikdy nepřerušuje spojení mezi rezervoárem a retransfuzním vakem (uzavřené spojkou), systém tak zůstává uzavřený a bezpečný z hlediska možné kontaminace,

P20/25: všeobecná sestra může po aplikaci krve opět zahájit přečerpání krve z rezervoáru s následnou opakovanou aplikací a využívá tak stejný postup jako v bodech P20/2, P20/5–P20/26,

P20/26: všeobecná sestra po aplikaci retransfuze provede záznam o jejím průběhu a ukončení do dokumentace,

P20/27: všeobecná sestra dbá na interval 6 hodin od počátku sání,

P20/28: všeobecná sestra po podání poslední retransfuze rozpojí rezervoár se spojovací hadicí od retransfuzního vaku (místo rozpojení se nachází u rezervoáru) a na oba konce napojí ochranné kryty umístěné na retransfuzním vaku,

P20/29: všeobecná sestra odpojí transfuzní set od spojovací hadičky pacienta,

P20/30: všeobecná sestra propláchne spojovací hadičku fyziologickým roztokem, aby byla po aplikaci krve stále průchodná,

P20/31: všeobecná sestra zkontroluje fyziologické funkce pacienta, provede záznam do dokumentace,

P20/32: všeobecná sestra uloží použitý retransfuzní vak v ochranném obalu označeným jménem pacienta, datem a hodinou aplikace retransfuze do chladicího zařízení v boxu na biologický materiál,

P20/33: Všeobecná sestra po celou dobu manipulace při retransfuzi dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, aseptického přístupu a využívá k tomu všechny potřebné a dostupné pomůcky.

P21: Všeobecná sestra nastaví po 6 hodinách od počátku rekuperace hodnotu podtlaku zhruba na 40 cm H₂O a tuto hodnotu ponechá do následujícího dne. Nastavení a zachování podtlaku prostřednictvím generátoru vakua se řídí dle ordinace lékaře.

Kritéria výsledku:

V1: Péče o autotransfuzní systém je komplexní a profesionální.

V2: Péče o pacienta s autotransfuzním systémem probíhá podle vyhotoveného standardu.

V3: Podávání retransfuze je prováděno za minimalizace pochybení.

V4: Požadavky na hygienicko-epidemiologický režim jsou dodrženy.

V5: Záznam v dokumentaci je kompletní.

Koncept standardu vychází ze standardu nemocnice, kde byl výzkum realizován a z TÓTHOVÁ, Valérie et al. Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-645-6.

Bc. Peter Plšek, Mgr. Martin Krause, DiS.,
Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Sestra roku před třemi lety

Finalistky soutěže Sestra roku 2014 vzpomínají na své dojmy z účasti v soutěži a na atmosféru slavnostního předávání cen. Ovlivnila soutěž jejich život? Jaké mají vzpomínky na galavečer? Co vzkazují svým kolegyním?

Alena Dudová,

porodní asistentka Ústavu pro péči o matku a dítě a finalistka soutěže Sestra roku 2014 v kategorii Sestra v ošetrovatelské péči

Myšlím, že účast na Sestře roku můj život výrazně neovlivnila. Díky soutěži se mi ale naskytla příležitost podílet se na výukovém videu internetového vzdělávacího portálu. Kolegové v práci na moje umístění ve finále reagovali různě. Všichni ti, jež mě mají upřímně rádi, mi moc fandili a ocenění mi přáli. Ale setkala jsem se i s nefalšovanou závistí.

Slavnostní předávání ocenění bylo krásné a vůbec celá soutěž se mi líbila, moc za to děkuji. Dokonalé zázemí, servis a péče od každého, kdo stál v pozadí přípravy. Přátelská atmosféra, lidská podpora, květiny, ceny, setkání s paní Havlovou... Pro mě to byl nezapomenutelný večer, díky kterému jsem pocítila, že práce, kterou dělám moc ráda a s láskou, má smysl a že ji dělám dobře. Pořadatelé se o nás postarali jako o princezny a já si jejich péče velmi vážím. Přála bych každé sestře, aby zažila ten pocit „výjimečnosti“. A co bych vzkázala sestřám? Do každé své činnosti, práce vkládám pozitivní přístup, radost, lásku k lidem, snahu pomoci a řídím se heslem: „Chovej se tak, jak chceš, aby se chovali druzí k tobě.“

Bc. Jitka Fikarová,

vrchní sestra Zdravotnického zařízení Ministerstva vnitra ČR Brno, vítězka soutěže Sestra roku 2014 v kategorii Sestra v ošetrovatelské péči a držitelka ocenění Sestra mého srdce

Všechny události spojené s mojí účastí v soutěži Sestra roku nebyly jednoduché, ale pozitivní zkušenosti určitě převažovaly. Minimálně jsem díky ní poznala velmi zajímavé a inspirující osobnosti, za což jsem určitě moc ráda. Zažila jsem velmi zajímavý večer i proces přípravy soutěže a natáčení medailonků. To jsou situace, do kterých jsem se nikdy předtím nedostala. Zjistila jsem, jaké lidi mám vedle sebe, na koho se mohu spolehnout a o koho se mohu opřít. Byla to velmi zajímavá poznání. Převažovaly určitě pozitivní reakce a dostalo se mi od mnoha lidí velké podpory. Lidé, s nimiž spolupracuji, si mojí účastí a umístění v soutěži velmi považovali. Potěšily mě reakce nejbližších kolegů, velmi jsem si vážila podpory ze strany útvarů, s nimiž spolupracujeme, pacientů a mnoha dalších osob, jež jsem například školiла v první pomoci. Dávalo mi to velkou sílu.

Slavnostní vyhlášení výsledků bylo velmi příjemné. Díky atmosféře, která v „zákulisí“ panovala, se mi celý večer zdál velmi příjemný a ani nebyl naplněný nervozitou. Nejhorší bylo myslet na to, kam si stoupnout, nezakopnout a nezakotkat se. Moderátorka byla skvělá a pohotová a všem nám moc usnadnila situaci, která pro nás určitě nebyla „běžnou denní rutinou“. Všechny finalistky našeho ročníku se jevily jako moc příjemné dámy, nepanovala mezi námi žádná revnivost (já jsem ji určitě nepocítovala), hodně jsme se v zákulisí nasmály a celý večer jsme si užily. Ze strany organizátorů o nás bylo postaráno skvěle. Při soutěži jsem si uvědomila, že mohu zvládnout prezentovat se na širokém plénu, to pro mě byla nová zkušenost. Nečekala jsem, že akce takového rozměru a významu, jakou Sestra roku bezesporu je, může být tak přátelská, zajímavá a podnětná. Jsem ráda, že jsem si touto zkušeností mohla projít.

Sestřám bych chtěla vzkázat, aby na svoji profesi byly hrdé, nebály se, užívaly si to pěkné, co nám péče o druhé přináší, a uvědomily si tu sílu, kterou každá z nás v sobě má, pokud povolání zvládá. Svoji volby stát se sestrou jsem nikdy nelitovala. Pokud mě něco mrzelo, byl to pohled a přístup lidí v okolí k sestřám a k jejich nelehké práci, kterou vykonávají. Sestry byly, jsou a budou nepostradatelnými pomocnicemi pacientů a nezastupitelnými členkami týmů pečujících o zdraví. Velmi se mi líbí, že je posilována role sester v prevenci, výzkumu i v managementu.

Marie Jurošková,

hlavní sestra Nemocnice Jičín a finalistka soutěže Sestra roku 2014 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání

Už samotná nominace mě velmi potěšila a také překvapila. Je to velmi krásný pocit být nominovaná a vybraná do finále mezi tak velkou konkurencí. Samotný průběh, točení medailonků, ale i finálový večer, který je jen o vás, je úžasná a skvělá zkušenost. Určitě je to nezapomenutelné. V naší skupince se sešla skvělá parta sestřiček, byly jsme si vzájemnou oporou. Trávily jsme spolu celý den a bylo to krásné. Vyvrcholením celé té krásy byl finálový večer. Ano, byla i tréma, vždyť sestřičky nejsou zvyklé na jeviště divadel, ale myslím, že jsme vše zvládly s grá-



Foto: archiv MF

Finalistky soutěže Sestra roku 2014 - zleva Jitka Fikarová, Dana Pilátová, Marie Jurošková, Markéta Mikšová (zástupce pořadatele), Jitka Kracíková, Jana Průchová, Helena Křížková a Alena Dudová

cií. Jsem ráda, že jsem byla nominovaná právě za management a vzdělávání. Myšlím, že vzdělávání je to hlavní, je totiž potřeba se stále učit, neboť medicína jde dopředu milovými kroky. Sestřička může být i studnicí vědomostí a pacienti k ní mají bliž než k lékaři. Proto by měla být vzdělaná. Není to honba za kredity, ale je to především o chtění něco se naučit a hlavně vědět. Kolegové a kolegyně, stejně tak jako moje rodina a přátelé, byli rádi. A myslím si, že mi můj úspěch přáli a že na mě snad byli trochu hrdí. Nikdy jsem se nad nikoho nepovyšovala a vždy jsem zůstala sama sebou. Odjakživa jsem chtěla pomáhat lidem, být jim na blízku a to se mi splnilo. Nyní své poznatky můžu zúročit ve své firmě, domácí a hospicové péči Maja. Mohu pracovat tak, jak je to správné a přínosné, aby všichni byli spokojeni. Nejkrásnější pocit je, když se vám práce stane koníčkem. Děláte ji pak z celého srdce, a tudíž dobře. Necítíte ji jako povinnost, ale máte jen radost z dobře vykonané práce.

Celý průběh soutěže, včetně finálového večera byl skvěle zorganizován. Měli jsme možnost prožít den jako princezny. Bylo to o nás! Všichni se o nás starali, česali nás, líčili, radili nám, prostě nezapomenutelný zážitek. I za to vše patří Markétě Mikšové a pořadatelům obrovský dík.

Celá soutěž byla jedno velké překvapení. Překvapil mě hned první telefonát paní Mikšové o nominaci a následně o mém postupu do finále. Musím říct, že i to mě velmi překvapilo. Mile. Práce s lidmi a zvláště s nemocnými, je těžká a vyčerpávající, ale pokud ji budete vykonávat s láskou, bude pro vás potěšením. Vždycky si uvědomte, jak se chováte a jak byste chtěly, aby se ostatní chovali k vám. Představte si samy sebe v roli pacienta. Buďte vstřícné, milé a empatické, být vás všechno štve. A taky si pamatujte, že se vám splní všechno, co si přejete. Myslete pozitivně a nikdy to nevdávejte. Mně se moje sny plní!“

Mgr. Jindra Kracíková,

mentorka Vysoké školy zdravotnické Praha a vítězka soutěže Sestra roku 2014 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání

Osobně mě účast v soutěži určitě ovlivnila. Velmi mne překvapilo, že mě někdo navrhl do této soutěže, byť jsem prakticky už v důchodu. Navíc jsem byla již v roce 2003 finalistkou. Věřila jsem, že jsem si už svůj díl ocenění a „slávy“ vybrala. Byla jsem oceněna v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání. Jako předsedkyně nefrologické sekce České asociace sester jsem se více než 20 let věnovala zejména vzdělávání sester. Potěšilo mě, že to někdo ocenil. Ostatně dodnes ani nevím, kdo mě navrhl. Údajně to bylo dokonce více lidí. Ocenění si velmi vážím. Zejména na konci kariéry šlo o pozitivní zpětnou vazbu, že vynaložený čas a úsilí věnované organizaci akcí stály za to.



V roce 2014 jsem pracovala jako externí mentor Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze 5. Po soutěži mi všichni mí kolegové blahopřáli (včetně vedení školy), vyjadřovali uznání. Rovněž kolegyně z České asociace sester nešetřily uznáním – ať už osobně, nebo gratulací e-mailem. Velice mě potěšilo, že několik mých bývalých „podřízených sester“ se ke mně hlásilo a daly mi najevo, že jsem jejich pracovní „životy“ pozitivně ovlivnila.

Na soutěž mám pěkné vzpomínky. Celé odpoledne příprava a péče o nás finalistky byly fajn. Z veřejného vystoupení před naplněným hledištěm Karlínského divadla jsme byly trochu nervózní, ale panovala mezi námi přátelská atmosféra. Po skončení soutěže ze všech spadla tréma a mohly jsme si užívat rozhovory s gratulanty. Na soutěži si cením i toho, že byly zavedeny ceny i pro druhé a třetí místo, takže každá finalistka má kromě zážitků i trofej, která jí bude tento výjimečný den připomínat.

Mám ale i jeden negativní zážitek. Jedna z finalistek se setkala s nepochopením na svém pracovišti a i já jsem se později dozvěděla, že jedna osoba z mého okolí prohlašovala, že jsem si cenu „zařídila“. Závěrem bych chtěla sestřím vzkázat, ať dělají svou práci s pochopením, když už se pro ni rozhodly, a ať vidí v nemocných své blízké, popřípadě dokonce sebe. A když ucítí, že se blíží vyhození, ať raději zkusí jiné povolání. Práce ve zdravotnictví si je ale většinou přitáhne zpět. Spíš bych možná vzkázala něco naší společnosti a politikům. Žádná úprava vzdělávání novou generací sester do zdravotnictví nedostane. Většina sester dělá velmi záslužnou práci a to ve všech segmentech zdravotnictví. Všechny sestry si zaslouží ocenění a uznání. Je ale třeba si uvědomit, že práce ve zdravotnictví je především velká dřina po stránce fyzické i psychické, která je navíc vykonávána v prostředí plném patogenů a rizik. A především tento fakt by se měl pořádně zaplatit. Možná by pomohlo, kdyby ti, co peníze pro resort zdravotnictví přidělují, každý měsíc odsloužili tři dvanáctihodinové služby.

Mgr. Helena Křížková,

sestra interní JIP Nemocnice Vyškov a finalistka soutěže Sestra roku 2014 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání

Moje účast v soutěži přišla ve chvíli, kdy jsem nastoupila na nové pracoviště, kde mě znala pouze jedna kolegyně, a to navíc z osobního života. Do soutěže mě totiž po domluvě s dalšími přihlásila kolegyně, s níž jsem dlouho pracovala v Jesenické nemocnici a která mě dobře znala. Účast v soutěži neměla na můj profesní život žádný vliv, stále vykonávám svou práci zdravotní sestry ve směnném provozu. V osobním životě jsem od své rodiny, svých blízkých, od přátel, bývalých kolegyní a mých žáků pocítila upřímné uznání a od rodiny i hrdost.

Na mém novém pracovišti se o mé účasti v soutěži vůbec nemluvilo. Moje staniční sestra (nyní již bývalá) mi řekla, že pro ni tahle soutěž nemá žádný význam a váhu, že ona by se do ní nikdy nepřihlásila, že pro ni je směrodatné, jak pracují a ne, jak se prezentují. Věřte, že mě tento přístup velmi zamrzl. Moje kolegyně „o tom nemluvily“, a tak kromě té, která mě znala, jsem od žádné neměla podporu. Nyní je situace zcela jiná, jsme bezva nový kolektiv a věřím, že za jiných okolností by mi holky držely pěsti.

Na samotné soutěži se mi asi nejvíce líbila atmosféra mezi námi, nepanovala žádná rivalita, žádná závist, ba naopak. Šlo o podporu, porozumění a upřímnou radost z vítězství našich kolegyní. U některých jsem měla pocit, jako bychom se znaly delší dobu. Tak jsem to alespoň vnímala já. A tak slavnostní předávání cen bylo jen třešinkou na dortu, která vše završila. Moc ráda na to vzpomínám.

Velmi mě překvapila samotná příprava na večerní slavnostní předávání cen. Konkrétně úžasná péče maskérek a vizážistek a také přístup pana režiséra, který měl skvělý smysl pro humor. Nikdy jsem neměla možnost podívat se do zákulisí divadla. To bylo velmi zajímavé.

Všem sestřím – budoucím finalistkám – bych chtěla vzkázat, aby byly samy na sebe hrdé za to, co dokázaly a co denně dělají, a vážily si těch, kteří je uznávají a podporují v jejich úsilí. A aby si nenechaly zkazit tento pocit závidí spojenou s pomluvami a někdy až pohrdáním. Všem ostatním sestřím, které dnes a denně chodí na směnu, do ambulancí, slouží na záchrankách či přímo pracují s lidmi v terénu, i těm, které vedou kolektiv, řídí nemocnici a připravují ve výuce novou generaci sester, bych zase chtěla vzkázat, že přihlášení kolegyněmi do soutěže je velká pocta a vyjádření důvěry ve vás samotné. Toho si važte! A těm, které pracují skvěle a s plným úsilím, a přesto je nikdo nepřihlásil, bych chtěla poděkovat já sama, neboť vím, jak moc v naší těžké práci chybí pochvala a uznání.

Dana Pilátová,

sestra I. interní kliniky FN Královské Vinohrady Praha a držitelka Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství v soutěži Sestra roku 2014

Účast v soutěži Sestra roku je pro mě nezapomenutelný zážitek. Reakce kolegů byla různá. Například pro mě bylo zcela nepochopitelné, když vedoucí oddělení prohlásil v přítomnosti pacientů, mediků a sester, že sestry jsou „cvičené opice“. Musím říct, že mě vyjádření pohoršilo. Od 1. července 2017 jsem takzvaně doma, nebyla mi prodloužena pracovní smlouva. Určitě je více sester v praxi, které by si ocenění také zasloužily. Slavnostní předávání cen jsem si moc užila. Ještě jednou moc děkuji za ocenění, i za to, že jsem ten den mohla poznat spoustu zajímavých osobností.

Jana Průchová,

staniční sestra Alzheimercentra Filipov, o. p. s., v Čáslavi a finalistka soutěže Sestra roku 2014 v kategorii Sestra v ošetrovatelství péči

Na soutěž vzpomínám ráda. V prvních dnech po vyhlášení výsledků soutěže mi řada lidí gratulovala. Stalo se, že mě zastavili i cizí lidé na ulici, aby se zeptali, jestli jsem tou „sestřičkou ze soutěže“. Zájem mě těšil, ale můj běžný život to dlouhodobě nijak zvlášť neovlivnilo. Jenom sama v sobě nosím myšlenku, že musím svou práci i nadále odvádět tak, abych si své ocenění zasloužila i v dalších letech. Všichni spolupracovníci mi ocenění přáli. Nikoho jsem se neptala, ale přesto jsem měla pocit, že můj úspěch berou i jako svůj. A mají pravdu. Bez ostatních zdravotních sester i pracovníků v sociálních službách bych nedokázala vůbec nic. Máme společný „tah na branku“ a já byla tou šťastnou, která „dala gól“ a byla vidět. Celý večer slavnostního předávání cen byl pro mě dost vypjatý, řada okamžiků mi ve vzpomínkách splývá. Byla jsem ale šťastná, že takovou velkou chvíli můžu prožívat společně s manželem a synem, že mám s sebou nejbližší spolupracovnice a že mi přišli poblahopřát i majitelé společnosti, ve které jsem pracovala a pracuji dodnes.

Na celé soutěži mě nejvíce překvapil samotný fakt, že se někdo namáhá dát dohromady akcí, které předchází dlouhodobá a složitá příprava, na které jsou desítky sester, různí hosté, účinkující, zajištěné pohoštění i ceny.

A všem sestřím vzkazuji: „Buďte hrdé na svoje povolání a stále pracujte na své odbornosti! Nemluvte o sobě jako o pouhých sestřích! A ať pracujete v jakémkoliv oboru, nezapomeňte na laskavost a na to, že i vy jednou budete staré.“

Mgr. Markéta Mikšová
Foto: Archiv Mladé fronty

Inzerce M171000050



Certifikace paliativní péče

Soubor 3 služeb, jehož cílem je zvýšit kvalitu poskytované paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v České republice.

Služby, které nabízíme:

- vzdělávání – 4 bloky seminářů pro sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotníky a management
- konzultaci s odborníkem, který prověří dosavadní způsob poskytované péče v zařízení
- návštěvu expertů APSS, kteří ohodnotí kvalitu poskytované péče a vystaví certifikát

Model Certifikace paliativní péče byl vyvinut ve spolupráci s předními odborníky doc. MUDr. Ivou Holmerovou, Ph.D., a MUDr. Ladislavem Kabelkou, Ph.D., za přispění společnosti HARTMANN-RICO a.s.

Kontakt: Ing. Pavel Jirek, e-mail: projekt@apsscr.cz



roku
Sestra 
MLADÁ FRONTA

Staňte se sestrou roku! Vyhrajte hodnotné ceny!

Mladá fronta a. s., divize Medical Services a měsíčník Zdravotnictví a medicína vyhláší 18. ročník soutěže **SESTRA ROKU**.

Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne **1. 3. 2018** v **divadle Hybernia** v Praze.
Pravidla soutěže naleznete na www.sestraroku.cz

Jak se přihlásit?

Vyplňte přihlášku na www.sestraroku.cz

Zašlete přihlášku e-mailem na adresu: sestraroku@mf.cz

Zašlete přihlášku poštou na adresu redakce Zdravotnictví a medicína,
Mladá fronta, a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4



www.sestraroku.cz

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Záštity



Mediální partneři



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) PSČ
Kontaktní adresa
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
.....
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
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

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící 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 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 poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?



Čtvrtstoletí s gama nožem

V Nemocnici Na Homolce si připomněli 25. výročí od první operace pomocí Leksellova gama nože. V průběhu čtvrtstoletí bylo pomocí technologie provedeno více než 18 500 radiochirurgických operací.

Oddělení stereotaktické a radiační neurochirurgie bylo v Nemocnici Na Homolce otevřeno v říjnu 1992, kdy se nemocnici jako osmé v Evropě podařilo získat nákladný přístroj – Leksellův gama nůž (LGN). Finanční prostředky pomohla opatřit Nadace Charty 77 prostřednictvím nadačního projektu Konto Míša, do něhož částkou 100 milionů Kč přispěli lidé z celé České republiky. Nadace následně nemocnici gama nůž za symbolické nájemné zapůjčila. Dnes je těchto přístrojů na světě více než tři sta.

Pracoviště doc. MUDr. Romana Liščáka, CSc., využívá LGN k minimálně invazivním neurochirurgickým výkonům. Provádí šetrné biopsie tkání z oblasti mozku, funkční stereotaktické výkony – diagnostické zavádění mozkových elektrod (např. u epileptiků), hluboké mozkové stimulece u parkinsoniků a dystoniků, případně zásahy v hlubokých strukturách mozku, které pomáhají při léčbě neztížitelné bolesti.

Jestliže na začátku byly indikací k léčbě gama nožem především cévní anomálie a benigní nádory, začal se přístroj postupně uplatňovat i u ORL nádorů nebo v endokrinologii u nádorů v oblasti hypofýzy. Úspěšně se také používá v léčbě glaukomu, očních nádorů a věkem podmíněné makulární degenerace.

Přesné zacílení nádoru

Získání LGN se dá v Nemocnici Na Homolce považovat za počátek éry robotické chirurgie. Jde o přístroj speciálně zkonstruovaný pro operace hlavy, založený na fokusovém gama záření. Základní součástí nože tvoří radiační jednotka. Modernější model Perfexion s řadou automatizovaných funkcí, který nemocnice používá od roku 2009, je vybaven 192 kobaltovými zářiči, pevně umístěnými v hemisférické jednotce kolem hlavy pacienta. Lékaři hlavu umístí tak, aby se tkáň ocitla v průsečíku paprsků, kde se energie izolovaných paprsků sčítají. Díky jejich slabé síle je radiační zatížení jen postižená tkáň, naopak okolí bývá zářením dotčeno minimálně. Přístroj pomocí clon umožní změnit velikost ohniska a přesně se přizpůsobit i velmi nepravidelnému nádoru. Dokáže dokonce odstranit i vícečetná ložiska.



Gama nůž Perfexion

Zdroj: Nemocnice Na Homolce

Nikdy nekončící inovace

Nemocnice Na Homolce je stále jedinou nemocnicí v České republice, která gama nožem disponuje. Novějším modelem oddělení léčí zhruba tisícovku pacientů ročně. Celkem tu odoperovali 18 500 lidí, včetně dětí. Podle doc. Liščáka si ČR drží jeden světový primát. Nikde jinde totiž neplatí pojišťovny za radiochirurgickou léčbu méně než v České republice.

V budoucnu by nemocnice ráda získala úplně nový přístroj Icone se zářiči cylindricky umístěnými kolem hlavy, jenž je vybaven CT ramenem, které umožňuje větší frakcionování léčby. Podařilo by se tak léčit širší spektrum onemocnění, včetně extrakraniálních nádorů a zvýšit i počet operovaných metastáz, které jsou u dosavadního modelu omezeny. Nový přístroj stojí zhruba jeden milion EUR.

Mgr. Pavlína Perlíková

Léčba suchého a dráždivého kašle



Drosetux[®] neo

Léčba suchého a dráždivého kašle

- Pro děti od narození a dospělé
- Vhodný i pro těhotné a kojící ženy
- Neobsahuje alkohol

BOIRON[®]

Složení: 100 g sirupu obsahuje: Amica montana 4 CH 0,1 g; Belladonna 4CH 0,1 g; Cina 4 CH 0,1 g; Coccus cacti 5 CH 0,1 g; Corallium rubrum 4 CH 0,1 g; Cuprum metallicum 5 CH 0,1 g; Drosera 4 CH 0,1 g; Ferrum phosphoricum 5 CH 0,1 g; Ipeca 4 CH 0,1 g; Solidago virga aurea 3 DH 0,1 g. Pomocné látky: natrium-benzoát, monohydrát kyseliny citronové, čišťená voda, prostý sirup (roztok sacharózy). **Držitel rozhodnutí o registraci:** BOIRON, 2 avenue de l'Ouest Lyonnais, 69510 Messimy, Francie. **Indikace:** Homeopatický léčivý přípravek užívaný tradičně v homeopatii k léčbě suchého kašle, dráždivého kašle nebo jiných forem neproduktivního kašle. **Dávkování:** Děti mladší 5 let: 2,5 ml sirupu 3–4× denně. Děti starší 5 let: 5 ml sirupu 3–5× denně. Dospělí: 15 ml sirupu 2–3× denně. **Způsob podání:** Perorální podání; pro odměření uvedených dávek použít přiloženou odměrku. Množství v ml je uvedeno na odměrce. Jednotlivé dávky je třeba užívat v pravidelných intervalech během celého dne, nejlépe mimo dobu jídla. Poslední dávku je vhodné užít před spaním. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, rostliny z čeledi hvězdnicovitých nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Žádné nežádoucí účinky se neočekávají. **Interakce:** Neužívat současně s expectorancii. **Upozornění:** Tento léčivý přípravek nesmí být užíván v případě produktivního kašle. Obsahuje sacharózu (100 g sirupu obsahuje 64,14 g sacharózy). Je nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Tento léčivý přípravek může být užíván v době těhotenství a kojení. Datum první registrace: 17. 8. 2016. Přípravek je volně prodejný a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



Cévní mozkové příhody je lepší předejít, než ji léčit

Před jedenácti lety spojily své aktivity Mezinárodní společnost pro mrtvici (International Stroke Society) a Světová federace mrtvice (World Stroke Federation), aby vytvořily jednotnou platformu pro osvětové kampaně zaměřené na prevenci cévní mozkové příhody.

Cévní mozková příhoda (CMP) se považuje za epidemii 21. století. Každoročně postihuje na světě mezi 16 až 17 miliony lidí, z toho jich šest milionů nepřežije. V České republice jde ročně o 30 tisíc pacientů a po onkologických onemocněních a infarktu myokardu představuje třetí nejčastější příčinu úmrtí.

Mezi hlavními aktivitami nevládní Světové organizace pro mrtvici (WSO) je podporovat nejlepší standardy praxe, zvyšovat povědomí o CMP mezi laickou veřejností i zdravotníky, ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi pořádat vzdělávací a podpůrné programy, ať už pro postižené pacienty, či jejich rodiny. V současnosti WSO spojuje asi 4000 členů, 60 společností a 50 tisíc odborníků z 85 zemí světa.

Změna přístupu v léčbě mrtvice

Díky spolupráci s WHO se organizaci daří redefinovat mrtvici v Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD). CMP byla totiž dlouho zařazena mezi kardiovaskulární onemocnění. Transzitorní ischemické ataky se spojily k onemocněním nervového systému a cerebrovaskulární nemoci (CO) byly v sekci náhodných zobrazovacích nálezů. Na základě doporučení odborníků se v příštím roce podaří včlenit CO jako samostatnou kategorii (ICD-11) mezi nemoci nervového systému. WSO tento administrativní krok považuje za milník, který povede k účinnější prevenci a léčbě. Jde o stejně významnou změnu přístupu k léčbě onemocnění, jakou se podařilo před patnácti lety docílit v souvislosti s intravenózní trombolýzou u pacientů s akutním ischemickým iktem. Tato léčba, jež spočívá v podání 60minutové infuze rtPA, rozpouštějící krevní sraženiny v rozmezí od 3 do 4 a půl hodiny od prvních symptomů, včetně sledování a korekce stavu pacienta, se dnes považuje za standardní postup, který prokazatelně snižuje mortalitu. Přesto v deseti procentech případů je okluze natolik velká, že trombolýza nefunguje. Právě pro tyto případy je od roku 2004 standardizovaným postupem endovaskulární trombektomie, založená na mechanickém odstranění uzávěru pomocí katetru zavedeného do tělesa. Data ukazují na to, že je možné pomocí této metody úspěšně léčit i tromby starší šest hodin.

Specializovaná centra

Zástupci WSO neustále připomínají, že léčbě a prevenci CO musí být v každé zemi věnována ta největší možná pozornost. Česká republika patří k zemím s nejvyšší mortalitou, která u nás dosahuje ve srovnání s většinou vyspělých států téměř dvojnásobných hodnot. Účinným prostředkem ke snižování nepříznivých ukazatelů je zkvalitnění primární i sekundární prevence a koncentrace pacientů do center vysoce specializované péče. Základem je multidisciplinární tým lékařů a specializovaných pracovníků a technické a materiální zázemí na co nejvyšší úrovni. Kritéria pro poskytovatele komplexní péče stanovilo MZ ČR ve spolupráci s odbornými společnostmi ČLS JEP a Asociací krajů ČR. Vzhledem k počtu obyvatel se za optimální množství považuje 11 center specializované cerebrovaskulární péče a 34 iktových center, přičemž cerebrovaskulární centra pokrývají i iktovou péči. Jednotlivá centra by měla ročně ošetřit

Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP, mozkový infarkt, mrtvice, iktus) je akutní stav charakterizovaný poškozením mozku v důsledku poruchy mozkového krevního oběhu. CMP se nejčastěji dělí podle mechanismu svého vzniku na ischemické CMP (představují asi 80 % všech CMP), vznikající nejčastěji v důsledku ucpání mozkové cévy sraženinou. Bez kyslíku začnou buňky v této části mozku odumírat. Výsledkem může být ztráta funkcí, které postižená část mozku kontroluje.

Hemoragické (krvácivé) CMP (20 %) vznikají v důsledku porušení stěny mozkové cévy, vedou ke krvácení do mozku či mozkových obalů. Většina ischemických CMP vzniká v důsledku aterosklerózy krčních tepen a aorty s následnou embolizací do mozku (50%), při postižení drobných mozkových tepen - arteriol (25%) a v důsledku srdečního onemocnění (kardioembolizace u chlopněných vad, arytmií, kardiomyopatie asi 20%).

alespoň 500 pacientů, provést alespoň 40 systémových trombolýz, 100 neurochirurgických cévních operací a minimálně 60 výkonů pro ischemické a hemoragické CMP.

Prevence na všech úrovních

Komplexní péče zahrnuje kromě zdravotní péče také prevenci. Připomenout prevenci je hlavním úkolem osvětových akcí pořádaných každoročně u příležitosti Světového dne mrtvice (29.10.). Až 91 procent mrtvic podle studie Interstroke vzniká na základě působení rizikových faktorů, které se dají ovlivnit. Jde o vysoký krevní tlak, fyzickou neaktivitu, vysoký cholesterol, špatné stravovací návyky, obezitu, psychosociální faktory, kouření, alkohol, srdeční a ischemické choroby, znečištěný vzduch. Za nejvyšší rizikový faktor se považuje vysoký krevní tlak, který způsobuje až 50 procent všech mrtvic a zvyšuje také riziko intracerebrálního krvácení, jež vede k těm nejzávažnějším neurologickým deficitům.

Život zachraňuje i správné chování v urgentních situacích. Bohužel, podle odhadů až 70 % pacientů nedokáže rozpoznat příznaky slabé mozkové příhody a transitorní ischemické ataky. I přesto, že jsou symptomy rozpoznatelné, pouze jeden ze tří lidí je schopen okamžitě přivolat pomoc. A čas mezi prvními příznaky a zahájením léčby hraje klíčovou úlohu. Světové organizace proto široké veřejnosti neustále dávají jednoduchý návod „Jednej rychle“ (Acting F.A.S.T., což je zároveň zkratka F - Face, A - Arm, S - Speech, T - Time), který radí, jak hovořit s člověkem s podezřením na mrtvici a jak rychle zjistit, jestli mu neklesá jedna tvář, paže, zda je schopen zřetelně zopakovat krátké věty, zda je schopen správné koordinace pohybu. Vše by mělo směřovat k rychlému přivolání lékařské pomoci.

Budoucnost rehabilitace po CMP tkví v komplexní péči

Kromě prevence, rychlé a účinné přednemocniční a nemocniční péče tvoří důležitou složku v péči o pacienta s CMP zejména rehabilitace. Může být účinná jen v případě, pokud je komplexní a pacient spolupracuje. Terapii na míru nabízí ERGO Aktiv o.p.s. Právě tady pomáhají lidem po prodělané CMP, kraniotraumatech nebo nádorových onemocněních vrátit se do aktivního života a k práci. O této unikátní službě jsme si povídali s ředitelem centra Mgr. Janem Königem.

Jaké u vás potkáme klienty?

Naším klientům je průměrně 45 let. Počet mladších lidí s kardiovaskulárními nemocemi a prodělanou CMP se neustále zvyšuje. Může za to soustava faktorů, jako neléčená hypertenze, obezita, kouření, stres a nedostatečná fyzická aktivita. Ale neznamená to, že

starší lidi odmítáme. Jsme aktivizačním centrem a pacienti v sobě musejí mít potenciál k aktivitě. Což může mít devatenáctiletý člověk stejně jako osmdesátník.

A role vašeho centra v rehabilitačním procesu?

Jsme denním stacionářem s mnoha aktivitami, který

v první řadě završuje celý proces rehabilitace. Poskytujeme intenzivní komplexní rehabilitaci cílenou na návrat do aktivního života zhruba stovce lidí ročně. Učíme člověka dovednosti, o něž si řekne. Nejprve on sám představí, co by chtěl změnit a zlepšit. Může to být sen nebo přání. Společně potom zformulujeme do-

sažitelné rehabilitační cíle a v odborném týmu sestavíme individuální rehabilitační program, jenž obnáší součinnost fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, psychoterapie, sociální práce a externího rehabilitačního lékaře.

Dále působíme i jako bezplatná poradna, provozujeme KC Remozka. Zapojujeme se i do preventivních programů. Rozesíláme newsletter na zvládnání dlouhodobého stresu (www.reknistres.cz), který je jedním z rizikových faktorů mrtvice a všech KV onemocnění. Často si totiž ani neuvědomujeme, že chronický stres nahlodává naše úspěšné kariéry a zrychlené životy. CMP se pak může týkat každého z nás.

O stresu se dnes hovoří v souvislosti s řadou onemocnění...

Stres jako obranný faktor těla nebo pracovní modus potřebujeme. Dělá z nás supermanky bez pocitu hladu a žízně. My ale, bohužel, většinou zažíváme chronický stres, po němž nenastává potřebná regenerace. Jako prevenci doporučujeme třeba jednoduchá relaxační cvičení, která můžeme provozovat klidně i pár minut na židli v kanceláři.

Jak se o vás lidé dozvědí?

Spolupracujeme s nemocnicemi, a to na všech úrovních. Skvělou vazbu máme třeba s ÚVN v Praze, s níž jsme uzavřeli dohodu o spolupráci. Společně vytváříme vhodné klienty, kteří k nám přecházejí, čímž je zajištěna kontinuita péče. Podmínkou je, aby lidé byli alespoň základně svépomocní. Sídíme sice v Praze, ale klienti za námi běžně dojíždějí i z jiných krajů.

V čem se lišíte od jiných rehabilitačních center?

Unikátní jsme v intenzitě a komplexnosti přístupu, využití neurerehabilitačních přístupů a úzké specializaci na osoby se získaným poškozením mozku. Zároveň jsme ojedinelí přesahem do běžných aktivit, které se u nás plánují podle individuálních cílů. Unikátní jsme tím, že služby jsou finančně dostupné pro všechny. Jeden náš klient si ze všeho nejvíce přál zatancovat si s dcerou na svatbě, my jsme na základě jeho přání postavili celý program. Jeho motivace se stala motorem celkové rehabilitace. Hodně se zaměřujeme na dopravu, nácvik cesty do práce, za přáteli, protože udržení sociálního kontextu má pro lidi po CMP obrovský význam.

Podle čeho sestavujete denní program?

Scházíme se v 8.00. Pak už se klienti věnují svému individuálnímu programu, který v ideálním případě probíhá po dobu tří měsíců od 8.30 do 14.00.

Proč k vám klienti docházejí jen tři měsíce?

Rádi bychom, aby se co nejdříve vymanili ze spárů zařízení. Po měsících izolace se totiž často cítí být navždy odkázaní na pomoc druhých. Ale stále zdůrazňujeme, že mají pouze handicap, s nímž se dá naučit žít, což je



třeba velké téma u mužů, kteří dříve byli živiteli rodin.

Tři měsíce se ukázaly jako optimální doba, po níž je potřeba přerušit závislost na pomoci, případně na terapeutovi. Ale máme samozřejmě návaznost služeb.

Jak je vaše centrum financováno?

V době, kdy jsem centrum spoluzakládal, jsme fungovali na bázi grantů, což bylo nevyhovující. Nakonec nám pomohl Magistrát HMP, který nás zařadil do Krajské sítě poskytovatelů sociálních služeb. Dotace magistrátu nám zajišťují kontinuitu, ale samozřejmě je doplňujeme vlastním fundraisingem a dalšími grantovými aktivitami. Dokončujeme také rozšíření statutu a brzy se staneme zdravotnickým zařízením. Doufáme, že se nám podaří uzavřít smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Stát by měl být motivován investovat do rehabilitace po CMP, u níž čas hraje zásadní roli. Čím dříve se začne, tím menší je pravděpodobnost, že pacient skončí jako doživotní invalida s těžkým handicapem a stane se pro stát a pro zdravotní pojišťovny velkou finanční zátěží.

Další možností, která by trochu odlehčila státu, je forma svépomoci, s níž jsem se teď seznámil v Anglii na konferenci. Jde o dobrovolnickou pomoc – tzv. stroke clubs (v Anglii je asi 600 takových klubů), kde se scházejí a pomáhají lidé, kteří v minulosti sami prodělali CMP.

Mgr. Pavlína Perlíková

Inzerce M171000545

Co říkají naše sestřičky...

Je pro mě důležitá **rodinná atmosféra, přátelský kolektiv a bezpečné pracovní prostředí.**



Využívám pomoc při **péči o mé děti a rodinné příslušníky.**



Má práce je oceněna.



S NADACÍ AGEL ráda **otevřu své srdce potřebným.**



Vítám možnost dalšího **vzdělávání a zvyšování kvalifikace.**

Svou práci zvládám lépe i díky **zázemí, pracovní jistotě a právní ochraně.**



Po nástupu jsem se rychle zorientovala s pomocí **mentora, který mi pomáhal.**



www.agel.cz/kariera

 **AGEL**

ERWIN BÖHM INSTITUT ve spolupráci s Mladou frontou a. s., divize Medical Services pořádají

Mezinárodní odborné sympozium s prof. Erwinem Böhmem

„Etická dimenze péče“

pondělí 11. 12. 2017, Magistrát hlavního města Prahy,
Mariánské náměstí 2, Praha 1

Program (10.00–17.00 hodin)

Prof. Erwin Böhm opět v Praze „Nejen chlebem živ je člověk...“

Nová legislativa pro dlouhodobou péči v Rakousku a Německu

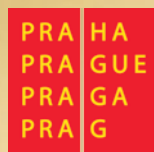
Implementace Biografie do praxe – zkušenosti z projektových domů

Dárek pro vás – Adventní zpěvy

(dívčí pěvecký sbor Cancioneta Praga – Vánoční koledy pro Vaše potěšení a klid na duši)

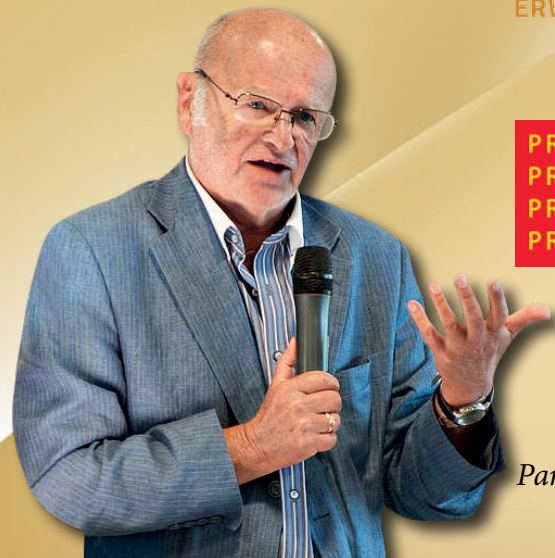
Základní vstupné 950 Kč/35 €, snížené vstupné 250 Kč (studenti po předložení karty ISIC)

Účastníci odborného sympozia obdrží certifikát akreditovaný u ČAS a POUZP.



Kontakt: e-mail: ebinbio@gmail.com, www.ebinbio.cz
e-mail: matouskova@mf.cz, www.medical-services.cz

Partneři konference:





Světová novinka: Mikrofiltr z Homolky

Na odborné konferenci *Kardiologický den Petra Niederleho* představili kardiologové z Nemocnice Na Homolce světovou novinku v léčbě pacientů postižených fibrilací síní – mikrofiltr, který se zavede pacientovi do pravé i levé krkavice, aby zde zachytil případnou krevní sraženinu.

O možnostech nové intervenční metody hovořil primář kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce **prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., FESC**. „Jedná se o zcela nový způsob léčby pacientů postižených fibrilací síní. Porucha srdečního rytmu může totiž v některých případech vytvořit krevní sraženinu, která pak způsobí cévní mozkovou příhodu. Rizikových je až 20 % těchto pacientů. Aplikace trvalého mikrofiltru je přitom celkem jednoduchý zákrok, který dokáže krevní sraženinu mechanicky zachytit, ještě než se dostane do mozkových cév, a předejít tedy mrtvici,“ vysvětluje Neužil.

Aplikace trvalého mikrofiltru do pravé i levé krkavice se provádí pouze pod kontrolou ultrazvuku a při lokální anestezii. Operátor ho zavede do nitra tepny ultratenkou jehlou přes kůži krku. Filtr se po zapnutí spouštěče roboticky vysune z pouzdra injektomatu a rozvine se volně v dutině příslušné tepny. Oboustranná implantace pro obě krkavice netrvá déle než 20 sekund. Výhodou tohoto výkonu je stálá možnost vytažení filtru, pokud není dosaženo optimální polohy, a vyjmout se dá i 24 hodin po výkonu.

Zdroj a foto: Nemocnice Na Homolce



3. LF UK oznámila kandidáta na děkana

Členové Akademického senátu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy zvolili dne 25. října 2017 na svém 2. mimořádném zasedání kandidáta na děkana pro období 2018–2022.



Kandidátem byl zvolen **prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC, FACC**, přednosta III. interní kardiologické kliniky a proděkan pro vědu a akademické postupy. Senát tak vyřadil druhou kandidátku prof. MUDr. Lucii Bankovskou Motlovou, Ph.D., proděkanku 3. LF pro vnější vztahy, rozvoj akademické obce a sociální záležitosti.

Profesor Widimský patří mezi přední české kardiology a zásadním způsobem změnil způsob léčby akutního infarktu myokardu v celosvětovém rozsahu. Díky jeho práci se aplikace koronární angioplastiky u nemocných s akutním infarktem myokardu stala rutinní záležitostí ve všech kardiocentrech v Česku. Došlo tak k významnému snížení nemocniční úmrtnosti na tuto srdeční příhodu.

Děkanem fakulty je od roku 2010 prof. MUDr. Michal Anděl, CSc. Nový děkan,

kterého volí Akademický senát fakulty, se ujme funkce 1. února 2018 a bude ji vykonávat do 31. 1. 2022.

Zdroj a foto: 3. LF UK

Inzerce M171000161

PROFESIONALITA A PRESTIŽ

Cadenza®



NOVINKA

CADENZA
BASIC KOLEKCE

WWW.CADENZA.CZ





PROGRAM KONGRESU
Prohlédněte si podrobný vědecký program!

31. ČESKÝ A SLOVENSKÝ NEUROLOGICKÝ SJEZD

29. ČESKO-SLOVENSKÝ EPILEPTOLOGICKÝ SJEZD

22.–25. 11. 2017, BRNO

VÝUKOVÉ KURZY

Pro účastníky sjezdu jsou připravené **4 bloky paralelních výukových kurzů**, které jsou určeny jak pro kolegy ve specializační přípravě, tak pro zkušené neurology, kteří si přejí získat nové praktické informace z jiných oblastí oboru, než na které se specializují. Neváhejte se přihlásit!

SPOLEČENSKÝ VEČER

Společenský večer se uskuteční dne **24. 11. 2017**. Účastníci mohou vybírat ze dvou variant programu.

www.csns2017.cz



ilustrace: Otto Placht

Transpersonální konference: po 25 letech opět v Praze

Více než 140 řečníků zabývajících se tématy transpersonální psychologie, psychoterapie, výzkumu vědomí, psychedelického výzkumu, vnitřní ekologie, sociální transformace, kosmologie, šamanismu, mystiky a umění přijelo na přelomu září a října do Prahy, aby se zde setkali na Mezinárodní transpersonální konferenci (ITC 2017), tentokrát s podtitulem „Za obzor materialismu směrem k celistvosti“.

ITC 2017 byla pokračováním tradice celosvětových transpersonálních setkání, jejichž cílem je otevřená mezioborová diskuse nad stavem lidské a kolektivní duše, civilizace, planety a nad aktuálními společenskými tématy. Jedná se o celosvětové setkání vědců, výzkumníků, terapeutů, umělců, sympatizantů a všech lidí se zájmem o transpersonální hnutí a vědy nového paradigmatu. Letošní transpersonální konference se vrátila do Prahy po 25 letech a oslavila tak i 50. výročí existence transpersonální psychologie.

Špičky transpersonální psychologie

Exkluzivní čtyřdenní program nabídl stovku přednášek, panelové diskuse i zážitkové workshopy vedené zakladateli transpersonální psychologie, klíčovými postavami současného výzkumu i mladými a progresivními osobnostmi. Mezi klíčovými řečníky, kteří na konferenci vystoupili, byli například prof. Stanislav Grof, spoluzakladatel transpersonální psychologie, který poskytl konferenci záštitu a vedl víkendový workshop holotropního dýchání. Jedná se o jeho vlastní průkopnickou metodu

využívající transformativní potenciál změněných stavů vědomí, ke kterým dochází pomocí zrychleného dýchání a evokativní hudby. Dr. Ervin László, jenž je považován za zakladatele systémové filosofie a teorie obecné evoluce, přednesl příspěvek Rozloučení s hmotou. Ústředním tématem jeho práce byla v posledních letech formulace a rozvoj kosmologické teorie spojitosti, nového pojetí kosmu, života a vědomí, která vyvstává na horizontu současné vědy. Známý kvantový fyzik Amit Goswami si připravil příspěvek na téma kvantová psychologie. Gos-

wami je průkopníkem nového paradigmatu „vědy uvnitř vědomí“, ve svých knihách se věnuje popularizaci svého bádaní o kvantové fyzice a vědomí.

Další z přednášejících, profesor Charles Grob, se zaměřil na problematiku využití terapeutického potenciálu psilocybinu na konci života. Prof. Grob, působící na lékařské fakultě Kalifornské univerzity v Los Angeles, vedl první vládou schválený psychobiologický výzkum MDMA a byl vedoucím pracovníkem mezinárodního výzkumného projektu v brazilské Amazonii, zaměřeného na vizionářský rostlinný nápoj ayahuasca. Dr. David Lukoff seznámil účastníky s konceptem spirituální kompetence. Lukoff je emeritním profesorem psychologie na Sofia University v Palo Alto a spoluautorem diagnostické kategorie Náboženský nebo spirituální problém v psychiatrickém manuálu DSM-IV. Na mezinárodní úrovni vede semináře na téma ztráty a zármutku, smrti a nemoci, zabývá se duchovními problémy a psychospirituálními krizemi.

Léčení hlasem i význam intuíce

O poznatky z psychedelického výzkumu se podělil Rick Doblin, zakladatel a výkonný ředitel Multidisciplinární asociace pro psychedelická studia. Hlasová odbornice Jill Purce, která je považována za mezinárodní průkopnici práce se zvukem a s hlasovou terapií, vedla workshop věnovaný léčení duše zvukem hlasu. Dr. Sandra Harner, klinická psycholožka a spoluzakladatelka nadace Foundation for Shamanic Studies, která zaved-

Co je transpersonální psychologie

Transpersonální psychologie (TP) se zaměřuje na transpersonální, transcendentní a spirituální aspekty lidské zkušenosti. Zabývá se například mimořádnými a změněnými stavy vědomí. Za předchůdce TP se pokládá Carl Gustav Jung, který vytvořil pojem kolektivní nevědomí – nevědomí lidstva přesahující osobní nevědomí jedince. Jung přišel také s pojmem archetyp a zdůrazňoval důležitost spirituality. TP vznikla v USA koncem 60. let v návaznosti na humanistickou psychologii.

Podle transpersonálních psychologů by psychologie měla zahrnovat i oblasti, jakými jsou mystické stavy, duchovní praxe, psychedelické zážitky, trans, kreativita, náboženské či umělecké projevy. TP psychologie se dále zabývá perinatální oblastí nevědomí, domorodými rituálními praktikami, náboženským či filozofickými a duchovními aspekty smrti

a umírání. Jejím cílem je mimo jiné sblížit vědu, mystickou tradici a východní duchovní filozofii.

Mezi zakladatele TP se řadí Stanislav Grof, Christina Grof, Frances Vaughan, Roger Walsh, Abraham Maslow, Ronald David Laing, Charles Tart, Anthony Sutich, Roberto Assagioli a Ken Wiber. Profesor Grof společně se svou ženou Christinou vyvinuli techniku holotropního dýchání, která slouží k vyvolání mimořádných stavů vědomí a má podle Stanislava Grofa významný terapeutický potenciál v léčbě mnoha psychických a psychospirituálních problémů. Mezi další významné osobnosti tohoto směru patří například Fritjof Capra, David Bohm, Karl Pribram, Gregory Bateson či Ervin László.

Ve vědecké obci je dosud TP vnímána jako kontroverzní směr a má své stoupence i odpůrce.

Zdroj: *opsychologii.cz*

la šamanskou cestu do práce s individuálními klienty, pak hovořila o transkulturních šamanských zkušenostech.

O významu intuíce přednášel prof. Paul Grof (bratr Stanislava Grofa), který se desítky let věnuje léčbě a výzkumu poruch nálady. V současnosti je profesorem

psychiatrie na Universitě v Torontu. Manželé Annie a Michael Mithoeferovi, kteří společně vedou psychotherapeutické výcviky, seznámili publikum s využitím MDMA v psychotherapeutické praxi.

České zastoupení a doprovodný program

Z českých spíkrů, kteří vystoupili na konferenci, pak jmenujme například psychiatry Milana Hrabánka, zakladatele transpersonálního centra Holos, Zdenku Kmuníčkovou, Ritu Kočárovou, věnující se psychedelickému výzkumu či anatoma Petra Zacha, jenž se zabývá výzkumem a praxí tibetského buddhismu.

Paralelně s konferencí probíhal tradiční doprovodný program, z něhož bychom chtěli vyzdvihnout zejména zahájení mezinárodní výstavy Holotropic art v pražské Ville Pellé. Holotropní umění má své místo v terapeutické práci k vyjádření vnitřního procesu. Vztah holotropních stavů vědomí a lidské kreativity se využívá například při holotropním dýchání. Na konferenci představil téma malíř Alex Grey v příspěvku Mystická zkušenost a vizionářské umění.

Konferenci organizovala Česká transpersonální společnost, Centrum Holos, Budapeštský klub ČR a Česká psychedelická společnost ve spolupráci s Evropskou transpersonální asociací, Mezinárodní transpersonální asociací, Kalifornským institutem integrálních studií a Asociací transpersonální psychologie.

(red)



Zleva: Raymond Moody, Stanislav Grof, David Steindl-Rast a Karel Fuller.

Foto: archiv České transpersonální společnosti



Boehringer Ingelheim

Prof. Miloslav Souček k mikulovské konferenci o hypertenzi

Začátkem října se v Mikulově konaly XXXIV. konference České společnosti pro hypertenzi, XXVI. konference pracovní skupiny Preventivní kardiologie ČKS a blok České asociace srdečního selhání ČKS. Jednomu z organizátorů akcí prof. MUDr. Miloslavu Součkovi, CSc., jsme položili několik otázek.

Mohl byste vyjmenovat nejdůležitější body programu a významné přednášející?

Na konferenci zaznělo více než šedesát příspěvků. Pracovní skupina Preventivní kardiologie ČKS připravila dva velmi zajímavé bloky: „Srdce a ledviny“ a „Ovlivnění hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění u žen“. Česká asociace srdečního selhání ČKS zorganizovala dvouhodinový blok s názvem „Novinky v léčbě srdečního selhání“. Ze zahraničních hostů se představil prof. MUDr. Janusz Feber, FRCPS, s přednáškou „Hypertenze u dětí“. Dále prof. MUDr. Karel Pacák, DrSc., který tradičně navštěvuje naše akce, s přednáškou „Feochromocytom – aktuální v diagnostice a léčbě“. V sobotním dopoledním programu byl blok Slovenské hypertenzní společnosti. Konference se účastnilo také kolem osmdesáti sester a jejich program byl rozdělen do dvou bloků v pátečním dopolední. Vítězem ceny České společnosti pro hypertenzi za nejlepší publikovanou originální práci za rok 2016 se stal MUDr. Ján Rosa, Ph.D.

Co jste na akcích postrádal?

Možná jsem čekal více výsledkových sdělení od dětských hypertenziologů.

S jakou problematikou jste vystoupil vy?

Přednesl jsem dvě přednášky. První s názvem SGLT2 inhibitory a jejich kardiovaskulární účinky – randomizované studie vs. reálná praxe. Druhá byla o možnosti snížení residuálního KV rizika u diabetiků 2. typu ve světle studie LEADER.



V Mikulově se předávala ocenění

Můžete být trochu podrobnější?

Hypertenze a diabetes mellitus 2. typu spolu velmi úzce souvisejí. Můžeme diabetologům závidět nové antidiabetické léky, které se prezentují především kardiovaskulární bezpečností. My v léčbě hypertenze, bohužel, nic nového nemáme. SGLT2 inhibitory jsou úžasné léky, které příznivě ovlivňují glykemii či glykovaný hemoglobin, ale i další rizikové faktory. Snižují krevní tlak, pozitivně působí na nadváhu a obezitu. Výsledkem je snížení kardiovaskulárního rizika, především ovlivnění hospitalizace pro srdeční selhání, jež se diskutovalo u diabetiků při léčbě DPP4. Ale je to také působení na kardiovaskulární a celkovou mortalitu. Glifloziny mají nejen data ze studií, ale i z reálné klinické praxe. To bylo předmětem první přednášky. Ve druhé pak zazněly výsledky studie LEADER s liraglutidem, které jako další antidiabetikum přináší velmi pozitivní výsledky z hlediska kardiovaskulárního rizika.

Které téma vás na konferenci nejvíce zaujalo a proč?

Hlavním bodem programu byla „Nová doporučení diagnostiky a léčby hypertenze – 2017“. Profesor MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC, FAHA, přednesl za výběr ČSH návrh doporučení k možné diskusi. Vzhledem k tomu, že za poslední čtyři roky, od vydání posledních doporučení, došlo k celé řadě změn, především v léčbě, přikročil výbor k vydání doporučení nových.

Co nového tato doporučení přinesla?

Především automatické měření krevního tlaku (TK) bez účasti zdravotníků. Připraveny jsou nové kapitoly: Léčba mladých hypertoniků, paroxysmální hypertenze, dále jsou uvedeny léky, které zvyšují TK, upravena je kapitola white coat a maskovaná hypertenze. Upravena je i léčba mírné hypertenze, kombinální léčba, důraz na fixní kombinace, preference diuretik indapamidu a chlortalidonu, postavení spirolaktonu v léčbě rezistentní hypertenze, nový lék ARNI – sacubitril/valsartan u hypertenze (HT) a srdečního selhání s nízkou ejekční frakcí u pacientů s diabetem mellitem 2. typu a upravena je rovněž hypolipidemická léčba. V léčbě HT máme v současné době dva hlavní problémy. Pro praxi je sepsána velmi potřebná část – předoperační léčba z hlediska antihypertenziv. Jistě jsem na něco zapomněl, ale doporučení vyjdou v krátké době v časopisech.

Kde cítíte největší současný problém ve vašem oboru?

V léčbě hypertenze máme v současné době dva hlavní problémy. U vysokého procenta pacientů nedosahujeme cílových hodnot TK a dále je to špatná adherence pacientů k léčbě. Právě té je věnována další kapitola našich doporučení.

Jaké kroky by se tedy měly udělat na celostátní úrovni, aby se problém zlepšil?

Možná by stačilo dodržovat naše nová doporučení, v nichž jsou tyto problémy řešeny. Směřujeme ke kombinální léčbě, především k fixním kombinacím. Máme v současné době v praxi pro léčbu vysokého TK již fixní



Miloslav Souček křtí novou knihu

trojkombinací a máme fixní kombinace pro léčbu dvou rizikových faktorů současně (hypertenze – ACEi, blokátor kalciových receptorů a atorvastatin v léčbě dyslipidemie). Dále hledáme rezervu v adherenci jednak na straně lékaře, ale i na té pacientské.

Jak jsme na tom v léčbě hypertenze v porovnání s ostatními státy?

Minimálně srovnatelně, dokonce v některých ohledech i lépe. Povědomí o HT je u 86 % populace, což je velmi dobré. Také léčba je v České republice na slušné úrovni a dosažení cílových hodnot TK je srovnatelné, ale i lepší ve srovnání s některými státy. Spektrum léků pro hypertenzi je rovněž velmi bohaté.

Myslíte si, že je osvěta o „tichém zabíjáčovi“ neboli o vysokém krevním tlaku a srdečních chorobách dostatečná? Co by se případně mělo či mohlo ještě udělat?

Již z řečeného je jasné, že rezervy stále máme. Není to jen otázka hypertenze, ale i ostatních rizikových faktorů. Diabetes mellitus 2. typu, obezita a nadváha, dyslipoproteinemie, kouření a další rizikové faktory, které velmi úzce souvisejí s hypertenzí. Náš přístup by měl být komplexním ovlivněním všech rizikových faktorů směrem ke snížení kardiovaskulárního rizika. Kromě lékařů by si to měli uvědomit (tedy být edukováni) především pacienti. Můžeme vymýšlet sebelepší způsoby léčby, když je ale pacienti nebudou dodržovat, pak je to k ničemu. Tedy edukovat, edukovat a zase edukovat.

Děkuji za rozhovor.

Martin Ježek, foto archiv Miloslava Součka

Alzheimerova nemoc: První biologická léčba snad kolem roku 2025

Prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D., v brněnské Fakultní nemocnici u svaté Anny a vědeckém centru CEITEC léčí a zkoumá neurodegenerativní onemocnění mozku, nejčastěji však Alzheimerovu a Parkinsonovu nemoc. Její práce je ve světě známá a uznávaná. V současnosti se věnuje výzkumu poruch řeči, čtení, psaní a zrakové pozornosti u lidí hovořících různými mateřskými jazyky.

„Alzheimer“ a „Parkinson“ nejsou spojeny pouze se stářím. „Je to patologické, nikoliv ‚normální‘ stárnutí. Zatímco Alzheimerova nemoc postihuje jedince většinou (ale ne výlučně) od šedesáti let věku života, pak Parkinsonova nemoc není pouze nemocí stárnoucí populace, ale může se rozvinout již před čtyřicátkou. Dále je to Parkinsonova nemoc s časným počátkem a ve více než 10 % případů jde o geneticky vázané onemocnění způsobené známou genetickou mutací. Může mít různé atypické rysy a pacienti trpí dříve a častěji např. pohyby neovladatelnými vůli, tedy kroucením rukou, nohou nebo šije. Častější a typičtější je ale rozvoj Parkinsonovy nemoci ve věku nad šedesát let. Frontotemporální demence je třetí nejčastější degenerativní demence spojená s poruchou chování, nálady a/nebo poruchou řeči. Může se také projevit velmi časně, již po třicítce. Degenerativní nemoci mozku tedy nejsou spojeny pouze s vyšším věkem,“ vysvětluje profesorka Rektorová.

Rozvoj onemocnění

Podle Rektorové je zajímavé, že projevy patologického stárnutí mozku je možné sledovat pomocí speciálních vyšetřovacích metod již dříve, asi patnáct až dvacet let před rozvojem klinických příznaků Alzheimerovy nemoci. V mozku se totiž ve zvýšené míře ukládá beta amyloid a další patologické bílkoviny, a dochází k zániku nervových buněk. Teprve po mnoha letech rozvoje nemoci v mozku si ale nemocní začínou stěžovat na poruchy paměti, objevují se i první subjektivní stesky. Později je možné tyto obtíže „objektivizovat“ pomocí neuropsychologického kognitivního vyšetření. „Hovoříme o mírné kognitivní poruše, později se ztrácí schopnost jedince provádět složitější pracovní úkony a sociální aktivity, ještě později i aktivity běžného denního života, což je stadium plně rozvinuté demence. Dlouho před rozvojem poruch paměti či demence dochází v mozku k patologickým dějům. Toto ještě ‚klinicky němé‘ nebo velmi časně klinické stadium, je důležitým obdobím, kdy by bylo teoreticky možné progresi nemoci zastavit. Výzkum biologické léčby na imunologickém podkladě směřuje k vyhledávání jedinců v těchto stadiích onemocnění, tj. před rozvojem patologické kaskády dějů, které již pravděpodobně zastavit nelze,“ líčí Irena Rektorová.

Nová biologická léčba Alzheimerovy nemoci a dalších degenerací mozku spojených s demencí bude zcela zásadní a výzkum již u „Alzheimera“ zaznamenává první úspěchy, i když zatím jen ve stadiu předběžných výsledků na relativně malých skupinách. Profeska Rektorová však připouští, že první léky mohou být k dispozici již kolem roku 2025.

Odhalení časného stadia nemoci

„Bezpečně dokážeme poznat Alzheimerovu nebo Parkinsonovu nemoc podle charakteristických klinických příznaků. Sledujeme-li pacienty delší dobu, stává se naše klinická diagnóza velmi pravděpodobnou či téměř jistou, ačkoliv platí, že konkrétní diagnózu lze stanovit až pitvou po smrti nemocného. Existují ale biomarkery onemocnění



ni, které mohou napomoci odhalit nemoc již velmi časně, ještě před stanovením klinické diagnózy. Patří mezi ně zobrazovací vyšetření mozku, například amyloidový PET – vyšetření pomocí pozitronové emisní tomografie, které zobrazí v případě Alzheimerovy nemoci ukládání beta amyloidu v mozku. Využívá se také specializované vyšetření určitých podkorových struktur mozku pomocí ultrazvuku či tzv. DaT SCANu, tj. vyšetření s pomocí jednofotonové emisní tomografie v případě Parkinsonovy nemoci. Jsou i specializovaná biochemická vyšetření z mozkomíšního moku nebo vyšetření klinická, jako například akustická analýza řečového projevu v případě Parkinsonovy nemoci nebo specifické kognitivní testy v případě Alzheimerovy nemoci,“ vysvětluje prof. Rektorová.

Žádné vyšetření podle ní ale neodhalí přesný typ onemocnění ve stadiu před klinickou diagnózou se sto procentní přesností. Proto je nyní hledání vhodných kombinací neinvazivních vyšetření pro časný záchyt degenerativních nemoci mozku jedním z hlavních směrů současného výzkumu. Bez schopnosti vyhledat rizikové jedince nebo pacienty ve velmi časném, prodromálním stadiu před plným klinickým rozvojem nemoci nebude výzkum nových přípravků úspěšný.

Tancem proti degeneraci

Profesorka Rektorová se nyní věnuje dvěma směrům výzkumu Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Tím prvním je hledání vhodných klinických a zobrazovacích biomarkerů pro časnou diagnostiku specifických typů nemoci a pro rozvoj onemocnění. Druhým pak hledání

nefarmakologických postupů v léčbě konkrétních příznaků nemoci a pro posílení kompenzačních mechanismů mozku. „Pomocí neinvazivních technik, jako je například intenzivní tanečně pohybová intervence, nebo neinvazivní stimulace mozku pomocí stejnosměrného proudu či pulzního magnetického pole se snažíme posílit funkci a plasticitu mozku a ‚ožit‘ ho proti procesům degenerace. Provádíme studie, kdy zdraví senioři i nemocní s mírnou kognitivní poruchou podstupují vyšetření klinické, pomocí magnetické rezonance a dále pravidelnou a intenzivní půlroční tanečně-pohybovou aktivitou na Fakultě sportovních studií MU nebo neinvazivní mozkovou stimulaci v laboratoři v CEITECu. Po dokončení intervence čeká jedince opět klinické vyšetření magnetickou rezonancí. Předběžně výsledky vypadají zatím velmi slibně, ale studie probíhají, na finální výsledky si budeme muset jeden až dva roky počkat,“ míní Rektorová.

Každý národ jinak?

Dalším cílem, na kterém Irena Rektorová s týmem jako hlavní řešitelé pracují s kolegy z univerzit z Arizony a Szegedu, je mezinárodní H 2020 projekt, který se věnuje kognitivní problematice v behaviorální neurologii u nemocných s Alzheimerovou a Parkinsonovou nemocí a u nemocných po cévní mozkové příhodě. „První nápad a návrh projektu vznikl při mé cestě do Arizony v lednu 2016, kdy jsem byla pozvána přednášet na University of Arizona tamním profesorem neurologie a psychiatrie, který se věnuje behaviorální neurologii, zejména poruchám řeči. To je mimochodem klinická a neurovědní oblast, jež se u nás a v Maďarsku nevyučuje. Přitom schopnost řečové komunikace, tj. řečové produkce a porozumění mluvenému, je základní lidskou schopností a dovedností, která se v různé míře ztrácí právě s rozvojem mozkové degenerace,“ pokračuje brněnská neuroložka.

Efekt lexikality

Hlavním cílem výzkumu je podle jejích slov studium poruch řeči, čtení, psaní a zrakové pozornosti u jednotlivých uvedených nemocí, a to u lidí hovořících různými mateřskými jazyky. „Budeme pomocí specializovaného klinického a MR vyšetření mozku sledovat, co je daným nemocem podobné, čím se liší, a jaký vliv má na řečové poruchy mateřský jazyk. Tzv. efekt lexikality je v angličtině vyšší než v češtině či maďarštině, protože v angličtině se na rozdíl od češtiny nebo maďarštiny slova jinak píšou a jinak čtou. To se může projevit v odlišné míře zapojení jednotlivých řečových mozkových sítí při čtení a psaní v jednotlivých jazycích. Předpokládáme, že i některá onemocnění a zejména mozková mrtvice se odehrávají ve stejném místě mozku, nemusejí mít stejný efekt na člověka, který mluví anglicky a na člověka, jenž mluví česky nebo maďarsky. Pak by tedy i následná logopedická intervence nebo neinvazivní stimulace měly tuto situaci odrážet. Nové poznatky lze ihned využít pro cílenou neinvazivní stimulaci mozku, kterou se budeme snažit ušít na míru danému pacientovi.“

Text a foto Martin Ježek



Dnes pečovat, zítra léčit

Princip „Care today – Cure tomorrow“ byl mottem a hlavním tématem konference Alzheimer Europe, která se uskutečnila 2. až 4. října v Berlíně. Ve spektru odborných setkání jde o poněkud unikátní projekt, protože ve svém programu zahrnuje nejen aktuální vědeckou a odbornou problematiku, ale také zkušenosti lidí s demencí – přináší praktické příspěvky z praxe či informace o projektech alzheimerovských společností.

Snahou pořadatelů, výboru Alzheimer Europe a jeho odborného týmu, bylo najít rovnováhu mezi jednotlivými oblastmi, které jsou pro život lidí s demencí důležité. Byly představeny významné evropské projekty, jejichž cílem je najít lepší možnosti léčby a intervence, které by mohly buď zabránit vzniku demence, či jej alespoň oddálit. Do programu byly zařazeny informace o evropských projektech zaměřených na diagnostiku a terapii demence, na nichž se Alzheimer Europe podílí (PredictND, EPAD, MOPEAD and ROADMAP). Výzkum samozřejmě přináší naději jak lidem trpícím demencí, tak i budoucím pacientům. V současné době a nepochybně i v blízké budoucnosti však budeme nadále potřebovat péči o lidi s nastupující či rozvinutou demencí. Letos se konference účastnilo 750 účastníků ze 42 zemí, což je nejvyšší účast v historii. Vystoupilo 180 přednášejících a bylo představeno 216 posterů. Celá akce proběhla díky podpoře programu Zdraví Evropské unie.

Hledání cest ke zlepšení péče

Aktivita podporující kvalitu života lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků jsou nesmírně důležité. Tématem se zabývá INTERDEM – významná a stále se rozrůstající komunita vědců různých oborů. Spolupráce INTERDEM a Alzheimer Europe je skutečně unikátní, protože doplňuje to, co v mnoha jiných oblastech medicíny do značné míry chybí: oblast psychosociálních intervencí, jejich vědecké zkoumání či poskytování důkazů pro farmakologickou léčbu i nefarmakologické intervence. V režii INTERDEM proběhlo jak satelitní setkání vědců před vlastní konferencí Alzheimer Europe, tak několik zajímavých sympozií a přednášek. Mnohaletá a oboustranně přínosná spolupráce Alzheimer Europe a INTERDEM byla stvrzena podepsáním memoranda o spolupráci.

Dalším významným produktem spolupráce je výzkumný projekt zkoumající situaci rodinných pečujících v České republice, Finsku, Itálii, Nizozemí a Skotsku. Profesor Bob Woods z univerzity ve waleském Bangoru prezentoval první výsledky studie, která zahrnuje celkem 1400 rodinných pečujících a jež se uskutečnila díky podpoře firmy Roche.

Velmi významnou roli ve zlepšování péče mají sami lidé s demencí, jejichž názory jsou pro směřová-



Foto: archiv MF

ní alzheimerovských organizací klíčové. Na evropské úrovni hraje tuto úlohu Evropská pracovní skupina lidí s demencí (EWGPWD), která se podílí na řešení evropských projektů zejména v posledních letech a jejíž zástupce je stálým členem výboru Alzheimer Europe. V tomto roce se konference zúčastnilo 38 lidí s demencí – někteří z nich se jako klíčoví spítkři s přítomnými podělili o své zkušenosti s životem s touto nemocí.

Do 30 let se počet nemocných ztrojnásobí

V úvodní přednášce zdůraznil prof. Dr. Alexander Kurz z Technické univerzity v Mnichově komplexnost problematiky demence, ale i situaci kolem hledání a očekávání nového léku, který by Alzheimerovu nemoc vyléčil či alespoň zásadním způsobem oddálil. Zatím, bohužel, není k dispozici. Jeho výzkum se zaměřuje několika směry – například na ovlivnění amyloidové kaskády a imunitní reakce organismu, ovlivnění sekretáz či tau proteinu. Do procesu etiopatogeneze Alzheimerovy nemoci je zapotřebí zasáhnout už v preklinické fázi, mnoho let před prvními příznaky onemocnění. Pro pacienty to znamená kromě naděje na vyléčení také prodloužení období, kdy budou žít s vědomím nevyléčitelného a postupně progredujícího onemocnění, které na ně bude klást velké nároky a v jehož průběhu budou nepochybně potřebovat odbornou podporu. Přestože v současné době nemáme k dispozici kauzální lék, existuje v managementu syndromu demence a jeho příznaků mnoho přístupů, jež podporují jak samotné pacienty, tak jejich rodinné příslušníky, zaměřující se na vytvoření vstřícnějšího a přátelštějšího prostředí pro lidi s demencí. Uvedená opatření jsou známá, ale zdaleka nejsou dostupná všem a ne všichni lidé s demencí z nich mohou profitovat.

Profesor Anders Wimo, MD, PhD., z Institutet Karolinska ve Stockholmu zopakoval v této souvislosti důležité údaje: v roce 2015 žilo na světě 47 milionů lidí s demencí (z toho 10,5 milionu v Evropě). Do roku 2030 se počet lidí s demencí ve světě zvýší na 75 milionů a v roce 2050 to bude dokonce 132 milionů. Ekonomický dopad demence je enormní a představoval 818 miliard dolarů již v roce 2015. Prof. Wimo poté upozornil na skuteč-

nost, že i zde je zapotřebí hledat nové cesty a užší mezinárodní spolupráci. Globální odhad nákladů na demenci je totiž náročný pro velmi odlišné podmínky v jednotlivých zemích, rozdíly v ceně práce, zdravotní péče a dalších faktorů, které odhady determinují.

Norský profesor Knut Engedal, MD, PhD., hovořil o důležitosti alzheimerovských strategií a jejich významu pro zlepšení situace lidí s demencí a jejich blízkých. Poukázal na skutečnost, že zejména v zemích, které schválily své alzheimerovské strategie (mezi prvními byly Francie, Norsko, Belgie, Anglie, Skotsko), došlo k významnému zlepšení prakticky ve všech oblastech péče o lidi s demencí. Švédsko například zavedlo guidelines jako nástroj zlepšení kvality služeb. V každém případě mělo a nadále má význam formulování národních strategií proti demenci. Jedná se o jeden z důležitých kroků k úspěšnějšímu řešení problémů, jež s demencí souvisejí.

Pozornost byla věnována také situaci lidí s demencí v nemocnici. V mnoha evropských zemích se ukazuje, že lidé s demencí potřebují jiný přístup, a to i v rámci hospitalizace na akutních odděleních. Situace je řešena v jednotlivých zemích různými způsoby, většinou jí však není věnována dostatečná pozornost, ani s ohledem na narůstající počet hospitalizací. Prezentace, které zazněly v této části, představily snahy o řešení uvedené problematiky. Poukázaly na současnou praxi nemocničních oddělení, která je zatím zaměřena zejména na pravidelný režim a výkon, takže může jen obtížně reagovat na specifické potřeby lidí s demencí. Účastníci sekce i diskuse se shodli na urgentní potřebě najít řešení. Jako další naléhavé problémy se jeví koordinace služeb, jejich plánování a post-diagnostická podpora. Plánování péče byl věnován i jeden z workshopů INTERDEM.

V závěru konference proběhla plenární diskuse zaměřená na priority výzkumu v oblasti demence, které se zúčastnili zástupci Evropské komise, Alzheimer Europe, INTERDEM a vybraných výzkumných pracovišť. V diskusi byla připomenuta historie výzkumu demence a 110. výročí publikací Aloise Alzheimer a Oskara Fischera, současné směry a potřeba zaměřením výzkumného úsilí. Ve městě, kde před téměř třemi dekádami došlo ke zboření zdi, jež symbolizovala rozdělení evropského prostoru na Východ a Západ, byla připomenuta také stávající situace, v níž země bývalé střední a východní Evropy mají nejen méně rozvinuté služby a podporu lidí s demencí (jak ostatně dokázal i letošní materiál Alzheimer Europe), ale v daleko menší míře než jejich západní sousedé se dosud podílejí na jednotlivých výzkumných projektech. Alzheimer Europe proto publikuje sborník abstrakt na webových stránkách: <http://www.alzheimer-europe.org/Conferences/Berlin-2017/>

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,
Gerontocentrum, Praha 8

Inzerce M171000534

Binding Site

THE BINDING SITE



Otevřený dopis: Vzdělávání psychoterapeutů

Výbor České psychoterapeutické společnosti LS JEP
Výbor Psychiatrické společnosti LS JEP
Předsednictvo ČLS LS JEP
Výbor ČAP
Vzdělávací instituty v psychoterapii
MZ ČR

Vážení,
výbor České Psychoterapeutické společnosti Lékařské společnosti JEP publikoval v květnu 2017 nová Kritéria pro schvalování komplexních vzdělávacích programů v psychoterapii pro zdravotnictví zahajovaných od roku 2018. K tomuto dokumentu máme několik výhrad. Vznikl opět za nepřijatelných podmínek, neboť požadavky byly stanoveny bez diskuse se vzdělávacími instituty i bez diskuse uvnitř PS. Nebyli k ní rovněž přivzváni žádní uznávaní, ani reprezentativní odborníci oboru, aby diskuse byla odborně způsobilá a reprezentativní. Vzniká dojem, že se jedná jen o názory malé skupiny lidí, která sleduje především své vlastní zájmy. Vždyť i v rámci stávajícího výboru ČPS panují různé názory na danou problematiku. S odvoláním se na evropskou praxi a autority Evropské psychoterapeutické asociace (EAP), stejně tak, jako na vysokoškolské učitele, kteří psychoterapii vyučují, cvičí a provádějí, píší o ní nejen u nás i v zahraničí, na naše odborníky ve zdravotnictví i mimo něj, neexistují zásadní rozdíly mezi psychoterapií prováděnou ve zdravotnictví i mimo něj. Totéž hledisko zastává významný počet psychoterapeutických institutů (např. Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, Česká daseinsanalytická společnost, Institut pro psychoterapii a poradenství zaměřené na člověka (PCA) aj.) a jejich odborných garantů. Konstatují to ostatně i stanovky EAP i jejíž významní činitelé. Názor, že, kliničtí psychologové a psychiatři, kteří absolvovali certifikovaný kurz Specializace v systematické psychoterapii, mají lepší předpoklady k výkonu psychoterapie, než ti, kteří klinické vzdělání nemají, nebyl jakkoli prokázán. Zmíněný kurz je spíše účelový a nemá průkaznou odbornou hodnotu, a to zejména proto, že je vyučován i zkoušen jen několika jednotlivci, kteří mají často zcela odlišné, ba protikladné psychoterapeutické vzdělání a metody výuky, než účastníci kurzu. Se znalostí historie a průběhu tohoto kurzu víme, že skutečným důvodem pro způsob jeho zavedení a stanovení podmínek pro přijetí bylo omezit psychoterapii jen na úzký okruh poskytovatelů, kteří by měli v jednání s pojišťovny o proplácení výkonu psychoterapie výsadní postavení. V důsledku tohoto omezení není v současnosti možné, aby zdravotní pojišťovny proplácely psychoterapeutické výkony ostatním zdravotnickým pracovníkům a pracovníkům ve zdravotnictví vzdělaným v psychoterapii, včetně lékařů nepsychiatrů a zdravotních sester.

Další námítky:

1. Nevíme o tom, že by byl u nás proveden jakýkoliv vědecký výzkum, který by prokázal odlišnosti a míru úspěšnosti ve výkonu psychoterapie u zdravotníků a nezdravotníků.
2. Neexistuje žádné vědecké grémium, které by bylo ustaveno k tomu, aby posoudilo odpovídajícím a nezávislým způsobem pojetí a provádění psychoterapeutického vzdělávání.
3. Domníváme se, že celý navržený systém je diskriminační, a to nejen k nezdravotníkům, ale i ke zdravotníkům, tj. lékařům klinických oborů vyjma psychiatrie, zdravotně-sociálním pracovníkům, sociálním pracovníkům pracujícím ve zdravotnictví, adiktologům, logoterapeutům, fyzioterapeutům, ergoterapeutům a dalším odborníkům ve zdravotnictví.
4. Navržený systém, který se snaží omezit psychoterapeutické vzdělávání pouze pro klinické psychology a lékaře s odborností psychiatrie, je v přímém rozporu se současnou koncepcí péče o duševně nemocné, který klade důraz na spolupráci jednotlivých profesí při péči o jednotlivé pacienty i jejich rodiny, o pacienty s určitým typem diagnózy atp. Vyžaduje rovněž, aby pracovníci poskytující tuto péči měli psychoterapeutické vzdělání.
5. Psychoterapie není pouhý apendix nebo přívažek psychologie či psychiatrie, ale samostatný obor se svými nenahraditelnými specifiky, jak tomu ostatně svědčí řádné vysokoškolské studium psychoterapie bakalářské i magisterské u nás i na řadě evropských univerzit. Ostatně odpovídá i naši vzdělávací praxi. Zmíněná pravidla brání tomu, aby mohly vzniknout univerzitní vysokoškolské programy, které by psychoterapeutické vzdělání poskytovaly jako samostatný obor, což je již zavedená praxe v jiných evropských zemích.
6. Jedinými skutečně odbornými garanty jednotlivých vzdělávacích směrů jsou vzdělávací instituty, které jsou vedeny speciálně vzdělanými odborníky v daném směru nebo systému. Ti jsou kompetentní k stanovování vzdělávacích podmínek, jejich ověřování, měnění a kontrolu.
7. Univerzity i vysoké školy, psychoterapeutické instituty i resortní pracoviště i psychoterapeutičtí učitelé a teoretici jsou obcházeni a diskriminováni, neboť nejsou přivzváni k diskusím o psychoterapeutickém vzdělávání a jsou autoritativně stavěni před hotové, sporné a s nimi neprojednané požadavky a vzdělávací podmínky.
8. Tvrzení, že začínat psychoterapeutický výcvik je možné až v 23. resp. 25. věku života, se nezakládá na žádné vědecké bázi, je čistě spekulativní a vzbuzuje podezření, že skrývá mocensko-politické intence. V psychoterapii je významným léčebným i diagnostickým činitelem osobnost psychoterapeuta. Záleží proto na tom, jak a kdy je o tento prostředek pečováno. Posouvání věkové hranice je proto kontraindikací zmíněné péče, neboť ta může přijít pozdě. Obecně platí, že nemáme lepšího kultivačního činitele, než je sebezkušenostní, osobní a dlouhodobě aplikovaná systematická psychoterapeutická a z psychoterapie odvozená péče o adepta.
9. Psychoterapeuti s různým předchozím vzděláním se mohou v rámci psychoterapie mnohem lépe specializovat na různé oblasti jejího uplatnění, a to jak ve zdravotnictví, tak mimo něj.
10. Přístup ke vzdělávání je zaručen příslušnými právními normami, jak našimi, tak evropskými. Předkládaný předpis jim v některých věcech odporuje (právo na vzdělávání, věková hranice dospělosti či způsobilosti ke vzdělání). Navržená omezení nemají žádnou oporu v příslušných právních normách. Naopak, jsou s nimi v přímém rozporu.
A) Zákon č. 198/2009 Sb., výslovně v § 2 odst. 3 stanoví, že „Přímou diskriminací se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, viny či světového názoru.“
B) Toto omezení je také v přímém rozporu s rovným přístupem ke vzdělávání, které patří k základním principům demokratického státu. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod v článku, č. 33 odst. 1 výslovně stanovuje, že každý má právo na vzdělání.
11. Pokud je některá vysoká škola akreditována k určitému vzdělávání, má právo i povinnost ze zákona toto vzdělání poskytovat. Absolventi pak mají právo se ucházet o zaměstnání stejně, jako psychoterapeuti, kteří získali vzdělání tradičním způsobem. Přímé i nepřímé, otevřené i skryté omezení tohoto práva je protiprávní.
12. Tvrzení, že psychoterapie je určena výhradně k léčbě duševních poruch, je prakticky i vědecky neopodstatněné. Psychoterapie obsahuje řadu poradenských, koučinkových, mediačních, krizově intervenčních, kultivačních, vzdělávacích, rozvojových a dalších aspektů. Bez nich by ztratila svoji skutečnou tvář i poslání a ani by se nedala provádět v rozsahu i s účinností, kterou ve zdravotnictví i mimo něj má. Z předchozího plyne, že je uplatnitelná a také se uplatňuje v oblastech, jež nespádají pod zdravotnictví a to jako metoda, která napříč resorty a obory léčí, přeučuje a učí, socializuje i adaptuje, mění hodnoty a vztahy, vede k růstu a rozvoji, nezávislosti a pozitivnímu pohledu na život i na svět. Toto vše je psychoterapií poskytováno obecně i speciálně.

doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.



PACIENTKY SE BUDOU PRO SENI LADY RÁDY VRACET (ALE NE TAK ČASTO)*

seni

PREMIUM QUALITY

STÁLE BEZ DOPLATKU
Seni Lady
STÁLE BEZ DOPLATKU



URO
PROTECT



Seni Lady

urologické vložky pro lehkou a střední inkontinenci

více informací na www.seni.cz

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

Inzerce ▼ M171000259

21. kongres o ateroskleróze

Pořádá



ČSAT

Česká společnost pro aterosklerózu

NH Collection Olomouc Congress Hotel

7. – 9. prosince 2017

www.gsymposion.cz
www.athero.cz



Inzerce ▼ M161000461

Homeopatická léčba může pomoci při úzkosti i závislostech

Homeopatie se nejčastěji užívá u různých akutních i chronických stavů. S úspěchem ji lze využít v léčbě dětských či geriatrických pacientů, pomáhá rovněž zmírnit nežádoucí účinky konvenční léčby (například onkologické) či snižovat spotřebu léčiv s potenciálními vedlejšími účinky, jako jsou analgetika či antiflogistika.

Jaké jsou ale možnosti využití homeopatických léků v oblasti psychiatrie, především v léčbě úzkostných poruch? Uvedené téma bylo mimo jiné na programu homeopatického semináře, který v květnu pořádala Homeopatická lékařská asociace v Praze a na nějž pozvala předního odborníka na danou problematiku **Dr. Patricka Vachette** z francouzského Lyonu.

Komplexní přístup a zaměření na jedince

Psychiatri Patrick Vachette ve své klinické praxi úspěšně kombinuje konvenční psychiatrickou léčbu s léčbou homeopatickou i s nefarmakologickými postupy, jako jsou hypnóza, kognitivní terapie, relaxační a další techniky, jež vedou ke snižování úzkosti. V průběhu své dvacetileté homeopatické praxe se u svých pacientů zabýval různými aspekty úzkosti – sociální fobií, panickou poruchou, obsedantně-kompulzivní poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou, generalizovanou úzkostí a také mnoha projevy návykového chování.

Díky komplexnímu terapeutickému přístupu se mu daří výrazně snižovat spotřebu psychofarmak. A netřeba připomínat, že v mnoha vyspělých zemích, včetně České republiky, je stále vysoká konzumace anxiolytik či hypnotik na bázi benzodiazepinů, jejichž dlouhodobé užívání vede k závislostem se všemi negativními dopady na kvalitu života pacientů. Podle doktora užívá anxiolytika až čtvrtina populace, v mnoha případech se různé úzkostné poruchy a fobie pojí s depresí, jejíž výskyt rovněž narůstá. „Vysazování léků musí být pozvolné a je nutné s obezřetností hledat jiné alternativy. Odvykání uvedenému způsobu léčby představuje komplexní problém, při němž se však dají s úspěchem využít kognitivní a relaxační metody stejně jako homeopatická léčba. Homeopatie zde neléčí symptom, ale zaměřuje se na pacienta, který ho



Foto: archiv Patrick Vachette

vykazuje. Symptomy ovšem mohou být velmi různorodé a individuální, takže je třeba léčit nejen aktuální stav, ale přihlídnout i k osobnosti pacienta, jeho profilu neboli terénu. „Každý má svůj vlastní způsob, jak se u něj projevuje úzkost,“ vysvětluje Patrick Vachette.

Neoddělovat jedince od rodiny a symptomu

Pečlivá anamnéza hraje v léčbě klíčovou roli. Homeopat kromě běžných anamnestických údajů pátrá po údajích z pacientova života, počínaje průběhem těhotenství a rodinnou zátěží a podrobně se vyptává na charakter i průběh obtíží. „Roli v rozvoji úzkostné poruchy hrají různá traumata, operace, těžký porod, psychický šok, separace... Je známo, že úzkostní lidé mívají úzkostné děti. Někdy nacházíme v rodině celé generace úzkostných lidí,“ upozorňuje Vachette a dodává, že je nutné si pečlivě zapisovat pacientovy stížnosti, aby bylo možné se orientovat v rozvoji jeho obtíží. Pro výběr homeopatického léku je třeba identifikovat nejen samotný příznak, ale také jeho průběh, lokalizaci, frekvenci, vyvolávací faktory, doprovodné příznaky a faktory, které vedou k jeho zlepšení či zhoršení. „Homeopat nesmí oddělovat symptom od jedince a jedince od rodiny. Často se stává, že symptom dítěte rovná se symptom rodiny. Lékař homeopat by proto měl být ideálně i rodinným lékařem,“ myslí si Vachette, který sám jako rodinný lékař dokonce začínal.

V léčbě úzkostných poruch lze využít množství symptomatických homeopatických léků i těch tzv. terénních. Pro akutní stavy jsou to například: Aconitum, Argentum nitricum, Ignatia amara, Gelse-

mium, Moschus, Nux moschata, Asa foetida, Lilium tigrinum, Actae racemosa, Arsenicum album či Ambra grisea. Z léků terénních, jež se indikují na základě morfologie pacienta, jeho emocí a somatických symptomů, pak jmenujme kromě výše uvedených Pulsatilla, Phosphorus, Sulfur, Psorinum, Lycopodium či Thuja. Řada z uvedených léků se využívá jak v akutní, tak i v chronické indikaci. Podrobnější popis a indikace ovšem přesahují rámec článku a případně zájemce odkazujeme na některý z kurzů homeopatického vzdělávání.

Medicína je jen jedna – integrativní

Narůstající výskyt depresí, návykového chování, úzkostných i dalších psychických poruch je podle Dr. Vachette celospolečenským problémem, kterému je nutné čelit. Rozvoj úzkosti je spojen s emočními i tělesnými stavy, myšlenkovými schémata i rozpadem společenských norem, pravidel a filosoficko-náboženských systémů. Lékař by měl uvedené jevy vést v pozornosti a pečlivě vyhledávat rizikové pacienty. Při výběru vhodné léčby je důležité zohledňovat jejich individualitu a pracovat s různými metodami. Vedle nadměrně užívaných i zneužívaných psychofarmak mohou pomoci psychoterapeutické postupy, jóga, relaxační metody či techniky mindfulness. Nedílnou součástí je pak homeopatická léčba. „Homeopatie by neměla být dále považována za komplementární nebo alternativní metodu, ale měla by být implementována do jedné integrativní medicíny,“ uzavírá Dr. Vachette.

MUDr. Andrea Skálová



Ilustrační foto: Shutterstock

Nový monitorovací systém v Nemocnici Na Bulovce

Nový přenosný monitor převzali od Nadačního fondu Kapka Naděje zdravotníci na pediatrickém oddělení Nemocnice Na Bulovce. Moderní přístroj slouží ke sledování zdravotního stavu hospitalizovaných dětských pacientů.

Přístroj IntelliVue MP5 disponuje senzory vitálních funkcí, jako jsou dech, srdeční puls, tělesná teplota nebo zásobení krve kyslíkem. Zároveň zaznamenává elektrokardiografické a elektroencefalografické křivky, výsledky měření biologických tlaků, ale i další biometrické parametry. „Velmi si vážíme a děkujeme za každou podporu, která pomáhá modernizovat a zlepšovat naši práci. A naším úkolem je jediné, pečovat a léčit. To děláme,



a i díky pomoci druhých v tom můžeme být ještě úspěšnější,“ říká ředitelka Nemocnice Na Bulovce, MUDr. Andrea Vrbovská, MBA.

V nemocnici ročně hospitalizují okolo 1600 pacientů od novorozeneckého věku až do devatenácti let. Podle přimáře dětského oddělení Nemocnice Na Bulovce MUDr.

Ivana Peychla umožňuje přístroj přesně sledovat základní životní funkce dětských pacientů. Zvyšuje bezpečnost dětí hospitalizovaných pro poruchy dýchání, zpomalenou či zrychlenou srdeční akci nebo pro jinou poruchu srdečního rytmu. Slouží i pacientům s hypertenzí, anebo naopak se sníženým krevním tlakem. Důležitou součástí je čidlo k přesnému měření obsahu kyslíku v krvi, které dává možnost včas rozpoznat selhávání životních

funkcí a zahájit léčbu kyslíkem či jinou adekvátní terapií.

Na zakoupení monitorovacího systému přispěli svým vstupem návštěvníci akce Jezdecký muzikál, který se odehrával v rámci projektu Koně pomáhají v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Zdroj a foto: Kapka naděje

30 let Univerzity třetího věku

Před 30 lety byla na 1. LF UK založena Univerzita třetího věku (U3V). Zájem seniorů, toužících po vědění, neustává. Kromě znalostí o biologii člověka si absolventi odnášejí i další benefity – zvýšení životní aktivity, sebedůvěru a pocit zdraví.

Již při sestavování prvního programu U3V před třiceti lety bylo jasné, že výuka nemůže nést žádný znak profesní přípravy, při níž se vychovávají zdravotničtí profesionálové. Jejím cílem je spíše poskytnout dostatek informací k tomu, aby posluchači porozuměli funkci jednotlivých orgánů i celého organismu. Součástí výuky je i stručná historie medicíny a poznatky o významných osobnostech české lékařské vědy, jakou byl např. J. E. Purkyně. Snahou pedagogů 1. LF UK je podat posluchačům co nejsrozumitelněji zajímavé informace. „Moc si vážím nejen aktivního přístupu studentů U3V a jejich zájmu se dál vzdělávat, ale i pedagogů naší fakulty, kteří se výukou seniorů podílejí na popularizaci medicíny a zdravotní osvětě v řadách široké veřejnosti,“ chválí všechny účastníky U3V děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Hlavním garantem programu byl v roce 1987 ustanoven tehdejší proděkan 1. LF UK fakulty prof. MUDr. Ra-



Eva Topinková, přednostka Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a garant kurzu U3V na 1. LF UK na setkání k 30. výročí U3V. V pozadí dlouholetý pedagog zakladatel české moderní rehabilitace Jan Pfeiffer

domír Čihák, DrSc. Současnou garantkou studia je přednostka Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Eva Topinková, CSc. Dvouletá výuka U3V probíhá v jarním a zimním semestru, vždy jednou týdně po dvou hodinách. Podmínkou přijetí do kurzu je dosažení důchodového věku a středoškolské vzdělání s maturitou. Studium je bezplatné, pouze za hajovací manipulační poplatek činí 500 Kč. Po ukončení studia, které je podmíněno úspěšným složením závěrečného testu, dostávají účastníci U3V Osvědčení o ukončení studia. Po absolvování základních kurzů mohou navázat pokračovacím kurzem „Novinky v medicíně“, jenž je nazýván také jako „Klub absolventů univerzity třetího věku“, kde mají další možnosti se dále vzdělávat v přednáškovém cyklu, který se každoročně obměňuje. Letos se do 1. ročníku přihlásilo přes 60 studentů.

Zdroj a foto: 1. LF UK

Protikuřácká osvěta má smysl

Rakovinou plic ročně onemocní zhruba 6400 Čechů. Diagnózu rakoviny plic si v příštím roce zřejmě vyslechne méně Čechů.

U osmi z deseti případů se karcinom plic diagnostikuje v pokročilém stádiu, kdy vyhlídky na pětileté přežití jsou v podstatě minimální. Hlavním rizikovým faktorem zůstává kouření. Onemocnět mohou vinou genetické predispozice i nekuřáci v relativně mladém věku. Příkladem je nemalobuněčný karcinom plic, podtyp ALK-pozitivní.

Principem vzniku této rakoviny je mutace v DNA, kdy dojde ke změně pořadí dvou genů, čímž se vytvoří prorakovinový efekt. Stanovení podtypu rakoviny na molekulární úrovni má pro pacienta zásadní význam, protože určuje strategii následné léčby. Po letech nárůstu nových případů a období stagnace se v roce 2018 očekává pokles nově diagnostikovaných případů. Na osvětě a včasné diagnostice pracuje již třetím rokem v rámci roadshow Zdravé plíce organizace Onkomaják.

Mezi nemocnými stále převažují muži, nárůst případů diagnostikovaných žen je ale alarmující. „I když ženy samy jsou u této diagnózy minoritou, často to jsou právě ony, kdo se odhodlají k prvnímu kontaktu a kdo začne možné onemocnění muže ve svém okolí řešit,“ popisuje zkušenosti z pohledu patientské organizace Onkomaják její ředitel Tomáš Kruber.

U většiny Čechů je nemoc objevena v prognosticky velmi nepříznivém stádiu, kdy je šance na vyléčení mizivá. „Bohužel v České republice není v klinické praxi zaveden organizovaný screening, který by umožnil systematické vyšetření rizikové populace,“ komentuje stávající klinickou praxi Jiří Votruba, primář I. kliniky tuberkulózy a respiračních nemocí VFN v Praze.

Po letech, kdy počty diagnostikovaných pacientů kontinuálně narůstaly, jsou od roku 2012 téměř konstantní. Na rok 2018 je predikován dokonce mírný pokles na 6348 nově diagnostikovaných případů. „Ke stagnaci přispěla zejména intenzivní osvěta. Svůj podíl mají ale určité i postupně zaváděná restriktivní opatření typu zákazu kouření na veřejných prostranstvích, které fenoménu ubírají na popularitě,“ hodnotí prognózu Tomáš Kruber. Právě patientská organizace Onkomaják již třetím rokem realizuje roadshow Zdravé plíce. S třímetrovým modelem plic, kterým zájemce provádějí studenti posledních ročníků lékařské fakulty, již navštívili celkem 55 destinací a oslovili více než 10 tisíc lidí. Projekt je podpořen grantem společnosti ROCHE, která s organizací od roku 2009 partnersky spolupracuje a která se zaměřuje na inovace a nové objevy v diagnostice a léčbě závažných onemocnění.

Zdroj: Onkomaják o.s.

Registrujte se ZDARMA do odborného newsletteru Zdravi.euro.cz

a získáte slevu 30 % na nákup knih
dle vlastního výběru na knihy.cz

Registrujte se zde: 
zdravi.euro.cz/newsletter

Web Zdravi.Euro.cz nabízí
každodenní zpravodajství
a monitoring tisku z oblasti
zdravotnictví.

NAVÍC
každý měsíc
jeden z nově
registrovaných
vyhraje **KÁVOVAR**
Cafissimo Pure
v hodnotě
2 499 Kč

Pravidla soutěže o kávovar
naleznete na www.mf.cz





Discovery Awards

získaly práce související s nádorovými onemocněními

Dvě ze tří zdravotnických cen šestého ročníku putují do Brna. Porota vybírala ze čtrnácti prací od dvanácti vědeckých týmů.

Cenu v kategorii Základní výzkum v oblasti biomedicíny získala PharmDr. Jitka Palich Fučíková, Ph.D. (Ústav imunologie z. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole) za práci Význam imunogenní buněčné smrti pro prognózu a léčbu nádorových onemocnění. Práce dokumentuje stěžejní roli kalretikulinu in vivo v léčbě pacientů s karcinomem plic (NSCLC) a akutní myeloidní leukémií (AML).

„Současné poznatky v oblasti nádorové biologie dokazují, že imunitní systém je schopný rozpoznávat nádorové buňky dříve, než se projeví jako klinicky závažné onemocnění, a tyto nádorové buňky dokáže odstranit,“ shrnuje východisko své práce doktorka Palich Fučíková.

Cenu v kategorii Inovativní přístupy včetně prototypů a ICT řešení vyhrál doc. RNDr. Ondřej Slabý (Masarykův onkologický ústav, Masarykova univerzita, Středoevropský technologický institut) za práci Kombinovaný panel mikroRNA pro neinvazivní diagnostiku a prognostikaci kolorektálního karcinomu. Ve studii, které se účastnilo



Jitka Palich Fučíková

Zdroj: Discovery Award

celkem 430 pacientů a 370 zdravých dárců, tým Ondřeje Slabého vyvinul neinvazivní diagnostický test zalo-

žený na detekci čtyř mikroRNA v krevním séru, umožňující s citlivostí 90 % a specificitou 80 % diagnostikovat pacienty s kolorektálním karcinomem.

Zvláštní cenu získal Mgr. Martin Bartošík z centra RECAMO při Masarykově onkologickém ústavu za práci Elektrodový biočip pro detekci lidských papilomavirů. Nově navržené HPV testování v porovnání s cytologií se jeví jako spolehlivější způsob snižování incidence invazivního karcinomu děložního hrdla.

„Posuzovali jsme i praktický přínos. Oceněné práce mají velký potenciál, mohly by přinést významnou úsporu ve zdravotnictví. Screening kolorektálního karcinomu i detekce lidského papilomaviru je pro nás klíčová,“ komentuje profesor MUDr. Roman Prymula, DrSc., náměstek ministra zdravotnictví a předseda odborné poroty Discovery Awards.

Discovery Awards každoročně uděluje společnost Novartis mladým vědeckým týmům do 40 let, kteří se zasloužili o výjimečný posun na poli výzkumu v oblasti medicíny a farmacie. Zvláštní cenu udělovanou za ekonomický dopad na systém zdravotnictví nebo významný metodologický přínos podporuje ji Česká průmyslová zdravotní pojišťovna.

DISCOVERY AWARD

XVIII.
Hradecké
pediatrické dny

24.–25. listopadu 2017

www.pediatriehk.cz



Kongresové centrum
ALDIS
Hradec Králové



Boehringer Ingelheim

Liraglutid, studie LEADER a nová éra diabetologie

Kardiovaskulárním účinkům antidiabetik se v poslední době věnuje zvýšená pozornost na odborných akcích určených nejen diabetologům, ale také internistům, kardiologům a praktickým lékařům. Nejinak tomu bylo v případě XXIV. kongresu České internistické společnosti ČLS JEP, který proběhl koncem října v Praze.

Satelitní sympozium společnosti NovoNordisk se zaměřilo na postavení liraglutidu v léčbě diabetu mellitu 2. typu (DM2). Název sympozia „Tři mouchy jednou ranou“ zaměřil pozornost účastníků k výsledkům studie LEADER a prokázanému trojímu účinku antidiabetika: snížení kardiovaskulárního (KV) rizika, snížení glykovaného hemoglobinu (HbA1c) a snížení hmotnosti léčených pacientů. Sympozium předsedal prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., přednosta II. interní kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN Praha.

Od glukocentristu ke kardiovaskulární perspektivě

Kardiovaskulární komplikace jsou nejčastější příčinou úmrtí pacientů s DM2. Do popředí zájmu diabetologů se proto dostává kromě kontroly glykemie také snaha o farmakologické ovlivnění pozdních komplikací. Postoj charakterizuje posun pojetí léčby DM2 od čistě glukocentrického k širšímu přístupu, zahrnujícímu i KV perspektivy. Na sympoziu to zdůraznil prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA, z III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN Praha. V příspěvku věnovanému aktuálním možnostem léčby DM2 a změnám v doporučeních České diabetologické společnosti poukázal na možnosti a rizika kombinací jednotlivých skupin antidiabetik a vyzdvihl potřebu volit léky a kombinace, které přinesou nemocnému největší benefit.

„Současným cílem diabetologie je oddálení vzniku komplikací a zlepšení kvality života nemocných. Nedílnou součástí toho je individualizovaná medicína s individuálními cíli, která umožňuje cíleně vybrat terapii zaměřenou na pacienta,“ řekl profesor Škrha. Nová doporučení léčby DM2 by měla podle něj posuzovat pacienta z hlediska rizik, bezpečnosti zvolené léčby a další prognózy, dále vyhodnocovat efekt cílené zvolené léčby (v šestiměsíčním intervalu) a využívat antidiabetika s prokázaným příznivým efektem na KV onemocnění.

Příznivý kardiovaskulární efekt liraglutidu

Liraglutid (Victoza) je analog GLP-1 (glucagon-like peptide-1) určený k léčbě dospělých pacientů s nedostatečně kompenzovaným DM2, a to buď v monoterapii při nevhodnosti léčby metforminem, nebo v kombinaci s perorálními antidiabetiky či bazálním inzulínem. Liraglutid byl po exenatidu druhým antidiabetikem ze skupiny inkretinových analogů, které vstoupily na český trh. Již ze starších studií je známo, že liraglutid signifikantně snižuje HbA1c, hmotnost a krevní tlak. Výsledky rozsáhlé několikaleté studie LEADER to potvrdily, navíc prokázaly jeho příznivé kardiovaskulární působení.



Ilustrační foto: Shutterstock

bení. Příznivý KV účinek byl již dříve prokázán rovněž u pioglitazonu a metforminu, studie EMPA-REG OUTCOME pak prokázala snížení KV rizika také u empagliflozinu. Liraglutid se tím stal jedním ze čtyř antidiabetik, které vykazují příznivé kardiovaskulární účinky.

Jaký byl důvod k provedení velkých studií zaměřených na KV efekt moderních antidiabetik? Víme, že diabetes mellitus 2. typu je komplexní metabolické onemocnění charakterizované hyperglykemií a spojené s vysokým rizikem makrovaskulárních a mikrovaskulárních komplikací. Dosažení glykemické kontroly je provázeno snížením rizika mikrovaskulárních komplikací, efekt antidiabetik na snížení makrovaskulárních komplikací však donedávna nebyl zcela jasný. Regulační úřady proto vyzvaly k přehodnocení KV bezpečnosti nových antidiabetik. Vedle zmíněného liraglutidu a empagliflozinu byly (nebo stále ještě jsou) sledovány účinky saxagliptinu, alogliptinu, sitagliptinu, lixisenatidu, semaglutidu a exenatidu.

Studie LEADER

Výsledkům studie LEADER (Liraglutide Effect and Action in Diabetes Evaluation of cardiovascular outcome Results) se podrobněji věnoval prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., v příspěvku Mechanismus působení a metabolické účinky liraglutidu. Cílem uvedené prospektivní multicentrické randomizované studie fáze IV bylo posoudit dlouhodobý účinek liraglutidu na KV a jiné významné příhody u nemocných s DM2. Do studie bylo zařazeno přes devět tisíc pacientů s DM2 a vysokým rizikem KV příhod. Pacienti mohli být bez léčby nebo léčeni perorálními antidiabetiky či jejich kombinací s inzulínem. Primárním cílovým ukazatelem byla doba do vzniku velké KV příhody (major adverse cardiovascular event – MACE), mezi něž byly počítány

infarkt myokardu, cévní mozková příhoda nebo úmrtí z KV příčin. Pacienti v aktivní větvi dostávali liraglutid, v kontrolní větvi s placebem standardní léčbu podle doporučených postupů.

Studie ukázala, že liraglutid významně snížil výskyt MACE o 13 %, dále významně snížil KV mortalitu o 22 % a celkovou mortalitu o 15 %. „V současnosti víme, že liraglutid účinně zlepšuje kompenzaci diabetu, pomáhá snižovat hmotnost a pozitivně ovlivňuje řadu dalších kardiovaskulárních rizikových faktorů. Studie LEADER prokázala kardiovaskulární protektivitu, snížení mikrovaskulárních komplikací, nefroprotektivní efekt, snížení potřeby intenzifikace inzulínových režimů a snížený výskyt těžké hypoglykemie,“ shrnul výsledky studie s liraglutidem profesor Haluzík.

Redukce aterosklerotických změn

„Empagliflozin s liraglutidem představují revoluci v antidiabetické léčbě,“ konstatoval dále profesor Linhart, který se v příspěvku Kardiovaskulární účinky liraglutidu zamýšlel nad patofyziologií KV morbidity a mechanismem účinku GLP-1 agonistů stejně jako nad budoucností první linie léčby diabetu ve světle nových zjištění o příznivém KV efektu nových antidiabetik. Podle profesora Linharta je efekt liraglutidu dán především redukcí aterosklerotických příhod. Je to rozhodně pozitivní zpráva, neboť „aterosklerózu máme všichni, jen různého stupně,“ potvrdil doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., z III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v doplňujícím příspěvku, jenž se věnoval právě vztahu antidiabetické léčby a aterosklerózy. Podle docenta Vrablíka není potřeba rozhodnout, zda volit glifloziny, nebo GLP-1, ale nalézt cestu, jak v léčbě DM2 využít obě skupiny.

Nová éra diabetologie

„Liraglutid se stal druhým z nových antidiabetik po empagliflozinu, kde byl prokázán příznivý vliv na srdce. Počet pacientů ve studii LEADER je tak vysoký, že výsledky jsou přesvědčivé a zcela jistě zásadně ovlivní diabetologii ve světě i u nás,“ napsal prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, v komentáři ke studii. Podobný závěr vyjádřil také profesor Škrha v závěru odborného sympozia, kdy k otázce budoucí léčby první linie DM2 řekl: „Metformin si zatím drží prvenství, nicméně dostávají se do popředí nová antidiabetika, která mají příznivý vliv na kardiovaskulární prognózu. V každém případě můžeme konstatovat, že jsme svědky významného posunu od glukocentrického pohledu na antidiabetickou léčbu ke kardiocentristu.“

MUDr. Andrea Skálová

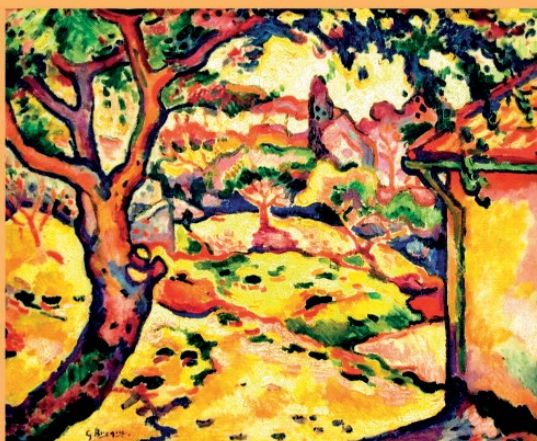
Představujeme publikaci

Interní propedeutika druhé, přepracované a doplněné vydání



Miloš Táborský, Josef Zadražil, Vlastimil Ščudla,
Vlastimil Procházka, Vítězslav Kolek, Karel
Indrák, Jiří Ehrmann (eds.)

Interní propedeutika druhé, přepracované a doplněné vydání



mladá fronta

Moderní učebnice interní propedeutiky je dílem zkušeného autorského kolektivu z Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci pod edičním vedením profesorů Miloše Táborského, Josefa Zadražila, Vlastimila Ščudly, Vlastimila Procházky, Vítězslava Kolka, Karla Indráka a Jiřího Ehrmanna.

Přehledná a praktická učebnice, určená především pro studující všeobecného lékařství, vychází již ve druhém, přepracovaném a rozšířeném vydání. Text je doplněn velkým počtem didakticky orientovaných obrázků a schém, které usnadní orientaci a pomohou k zapamatování klíčových faktů.

Řada klíčových kapitol byla autory přepracována a doplněna – mj. kapitoly Vyšetření v kardiologii, Vyšetření v pneumologii, Vyšetření v hematologii nebo Vyšetření v revmatologii.

Kniha vychází v moderní a nově upravené grafické podobě.

**Autoři: Miloš Táborský, Josef Zadražil,
Vlastimil Ščudla, Vlastimil Procházka,
Vítězslav Kolek, Karel Indrák,
Jiří Ehrmann (eds.)**

Doporučená cena 490 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

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





Kdy léčit hyperurikémií?

Hyperurikémie je charakterizována zvýšenou hodnotou kyseliny močové v séru nad 360 $\mu\text{mol/l}$. Zvýšení hladiny nad určitou hodnotu je spojeno rizikem tvorby krystalů natrium urátu nejčastěji ve tkáních kloubů a ledvin, což vede ke vzniku chronického onemocnění – dny. Terapie se zaměřuje na prevenci a zmírnění akutních i chronických příznaků.

Hyperurikémie se vyskytuje u 20 % obyvatel západního světa, manifestní dna pak postihuje asi 1 % populace. Typickým projevem je dnavá artritida, která je nejčastějším zánětlivým kloubním onemocněním u mužů nad 40 let. Klinicky se dna může manifestovat jako akutní monoartritida (nejčastěji palce u nohy) nebo jako tofózní dna s chronickou polyartritidou. Bez léčby dochází po opakovaných záchvatech k trvalé deformaci postižených kloubů.

Dnavý záchvat může být vyprovokován různými podněty – nemírností v jídle, únavou, stresem či poraněním. K vzestupu sérové hladiny kyseliny močové

vede obvykle konzumace potravin bohatých na puriny (červené maso, vnitřnosti, mořské produkty) a zvýšený příjem alkoholu. Dále se na její zvýšené hladině podílí řada léků, jako jsou diuretika, kys. acetylsalicylová či cyklosporin. Pravděpodobnost vzniku dnavého záchvatu je závislá na výši urikémie a době jejího trvání.

U některých pacientů se vlivem vyšší hladiny kys. močové rozvíjí nefrolitiáza, která se vyskytuje u 10–25 % pacientů s dnou, ale pouze u 0,4 % pacientů s asymptomatickou hyperurikémií, a chronická intersticiální nefropatie.

Asymptomatická hyperurikémie a léčba

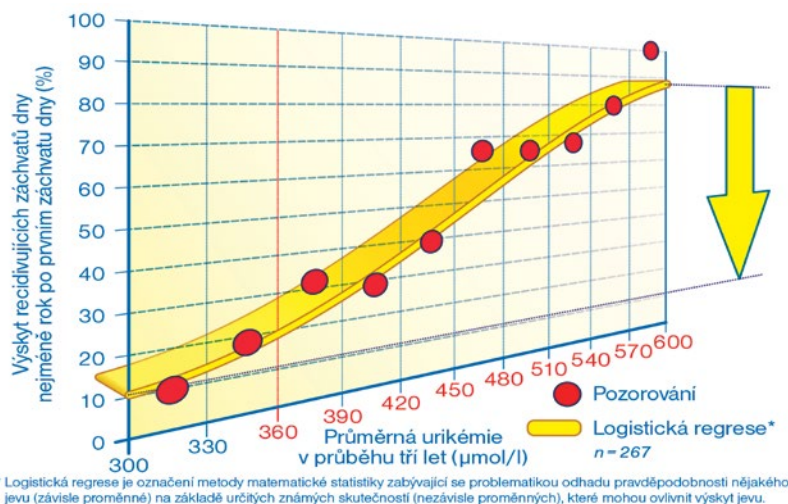
Stadium asymptomatické hyperurikémie je charakterizováno nálezem zvýšené hladiny kyseliny močové v séru bez manifestace dnavé artritidy či přítomnosti urolitiázy. Stadium trvá v průměru 20 let a končí záchvatem dnavé artritidy nebo nálezem urolitiázy. Renální koliku před první atakou dny však prodělá 10–40 % pacientů.

Terapie dny se zaměřuje na léčbu akutního dnavého záchvatu, prevenci rekurence dnavé artritidy, zabránění tvorby depozitů krystalů v kloubech, ledvinách a ostatních tkáních a léčbu asociovaných onemocnění (obezita, hypertenze, inzulinová rezistence...). V léčbě se uplatňují nefarmakologická opatření (omezení konzumace potravin s vysokým obsahem purinů a snížení příjmu alkoholu) a farmakoterapie – NSA, allopurinol či urikosurika.

Někteří autoři naznačují, že allopurinol by se měl užívat nejen u akutních případů dny, ale i preventivně, a to v dávkování nad 360 $\mu\text{mol/l}$. Retrospektivní studie (Shoji et al., 2004) sledující vztah mezi hyperurikémií a dnovou artritidou u 267 pacientů prokázala, že snížení sérové hladiny kys. močové pod 360 $\mu\text{mol/l}$ redukuje výskyt budoucích záchvatů dny. Ukázalo se, že čím nižší je urikémie, tím menší je počet recidivujících záchvatů (graf 1). Dále byly provedeny studie, jejichž výsledky svědčí pro preventivní léčbu: potvrdily vztah hyperurikémie a nové hypertenze (CARDIA study), souvislost s KV příhodami u nemocných s esenciální hypertenzí (PIUMA study), riziko CMP u hyperurikémie či incidenci srdečního selhání v závislosti na hladině kys. močové (Framingham study). Další studie pak příznivý vliv allopurinolu na pokles TK u mladých hypertoniků a kardiovaskulární onemocnění. Prospektivní kohortová (Niskanen et al., 2004) studie sledovala po dobu 12 let u 1423 mužů morbiditu a mortalitu ve vztahu k výši urikémie. Výsledky ukázaly, že čím je nižší urikémie, tím mají pacienti větší šanci na delší přežívání (graf 2). Data naznačují benefit léčby u nemocných s rozvinutou hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční a srdečním selháním. Tento efekt je prokazatelný především u vyšších dávek allopurinolu (nad 300 mg).

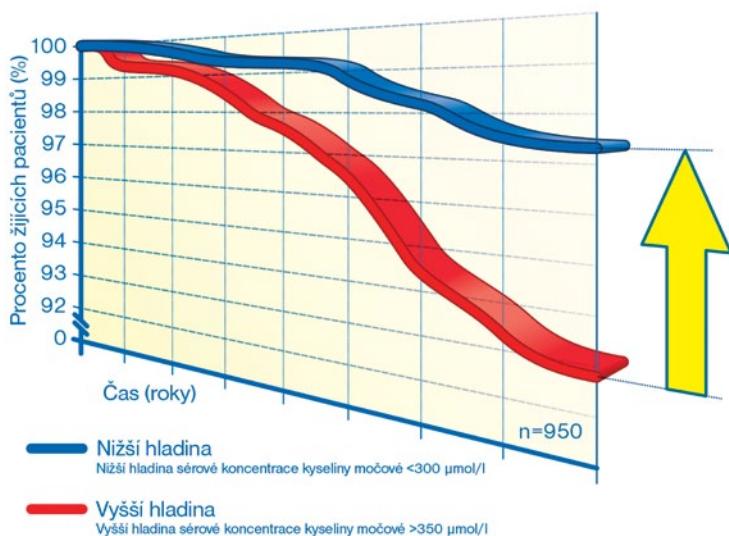
Allopurinol – lék první volby

Praxe ukazuje, že většina pacientů s hyperurikémií nedodrží doporučená nefarmakologická opatření. Na řadu tedy přichází farmakologická léčba. Osvědčeným přípravkem, který prokazatelně snižuje koncentraci kys. močové v séru, je allopurinol (Milurit). Z doporučení pro léčbu dnavé artritidy České reumatologické společnosti ČLS JEP vyplývá, že allopurinol je nejčastěji předepisované urostatikum a lék první volby při léčbě hyperurikémie. Bylo prokázáno, že redukce hladiny kys. močové vede k dlouhodobému snížení frekvence dnavých záchvatů. V léčbě hyperurikémie se začíná dávkou 100–300 mg allopurinolu denně, která se navyšuje, dokud není dosaženo cílové hodnoty. Na základě klinických studií byla cílová hladina kys. močové stanovena na 360 $\mu\text{mol/l}$. Zvýšení dávky o 100 mg allopurinolu přitom vede ke snížení urikémie o 60 $\mu\text{mol/l}$. (red)



Čím nižší je sérová koncentrace kyseliny močové, tím mají pacienti menší počet recidivujících záchvatů

Graf 1 Výskyt recidivujících záchvatů dny při různých koncentracích kyseliny močové (muži a ženy, kteří prodělali minimálně jeden záchvat dny)



Čím nižší je sérová koncentrace kyseliny močové, tím mají pacienti větší šanci na delší přežívání

Graf 2 Porovnání KV mortality při různých koncentracích kyseliny močové (muži středního věku bez KV onemocnění, diabetu mellitu, rakoviny)

Nová léčba metastatického karcinomu z Merkelových buněk

Nový přenosný monitor převzali od Nadačního fondu Kapka Naděje zdravotníci na pediatrickém oddělení Nemocnice Na Bulovce. Moderní přístroj slouží ke sledování zdravotního stavu hospitalizovaných dětských pacientů.

Evropská komise (EK) udělila rozhodnutí o registraci pro přípravky Bavencio (avelumab) v monoterapii pro léčbu dospělých pacientů s metastatickým karcinomem z Merkelových buněk (mMCC), což je vzácný a agresivní karcinom kůže. Nová imunoterapie výrobců Merck a Pfizer má rozhodnutí o registraci ve 28 zemích Evropské unie, očekává se proto, že bude komerčně dostupný během následujících měsíců.

mMCC je vzácné agresivní onemocnění, u něhož se nádorové buňky tvoří v horní vrstvě kůže, blízko nervových zakončení. MCC, který se také označuje jako neuroendokrinní karcinom kůže nebo trabekulární karcinom, začíná často v oblastech kůže, jež jsou často vystaveny slunečnímu záření. Rizikové faktory MCC zahrnují sluneční záření a infekci polyomavirem Merkelových buněk. Zvýšené riziko mají muži starší 50 let. MCC bylo často nesprávně

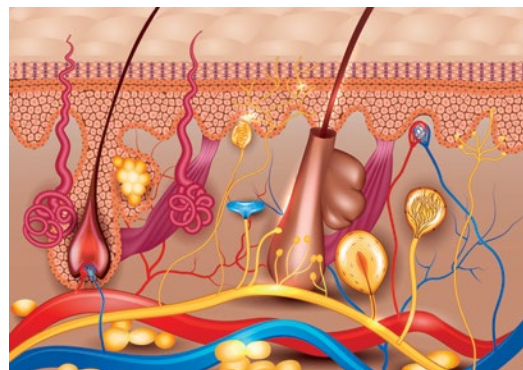
diagnostikováno jako jiné typy karcinomů kůže. Současné léčebné možnosti zahrnují chirurgickou léčbu, ozařování a chemoterapii.

V Evropě onemocní MCC každým rokem přibližně 2500 lidí a metastatické onemocnění se diagnostikuje u 5–12 % pacientů, přičemž pouze pětina pacientů přežije následujících pět let. V České republice ročně mMCC onemocní přibližně 50 pacientů.

Lék byl schválen na základě údajů ze studie JAVELIN Merkel 200, což je mezinárodní, multicentrická, otevřená studie fáze II s jedním ramenem a dvěma částmi. Do části A bylo zařazeno 88 pacientů s mMCC, jejichž onemocnění progredovalo nejméně po jednom cyklu chemoterapie. Četnost objektivní odpovědi byla 33 % s tím, že 11 % lidí mělo kompletní odpověď (CR) a 22 % pak částečnou odpověď (PR). V době analýzy byly nádorové odpovědi dlouhodobé s 93 % odpovědí trvající nejméně 6 měsíců (n=25) a 71 % odpovědí trvalo nejméně 12 měsíců (n=13). Trvání odpovědi (DOR) se pohybovalo od 2,8 do déle než 24,9 měsíců.

Část B v době uzavření dat zahrnovala 39 pacientů s histologicky potvrzeným mMCC, kteří dosud nebyli léčeni systémovou léčbou u metastatického onemocnění. Četnost objektivní odpovědi byla 62 % s tím, že 14 % pacientů mělo kompletní odpověď (CR) a 48 % mělo částečnou odpověď (PR). Šedesát sedm procent pacientů mělo míru přežití bez progresu (PFS) tři měsíce. Bezpečnost léčiva se hodnotila u 1738 pacientů v klinických studiích se solidními nádory, včetně metastatického MCC (N=88), kteří avelumab dostávali v dávce 10 mg/kg každé dva týdny.

Zdroj: Pfizer



Ilustrační foto: Shutterstock

Unikátní mamograf urychlí diagnostiku rakoviny prsu

Novojičínské diagnostické centrum (NDC), člen skupiny AGEL, jako jediné v České republice vlastní modul kontrastní mamografie. Metoda poskytuje lékařům další informace nad rámec klasické mamografie. Investice do nového vybavení, včetně příslušenství, přesáhla 8 milionů korun.

Nově instalovaný mamograf má o dvě důležité funkce navíc než původní přístroj. „Umí takzvanou tomosyntézu, kterou můžeme nahlížet do nitra prsu v několika vrstvách a provádět na něm kontrastní mamografii. Metoda dokáže částečně či úplně nahradit magnetickou rezonanci prsu a je rychlejší a také levnější,“ vysvětluje MUDr. Zdeněk Mutina z NDC. Mamogramy na novém přístroji jsou přesnější a ostřejší a zvýšila se také celková rychlost vyšetření. „Na diagnostické stanici můžeme výsledky hodnotit prakticky ihned po snímkování klientky,“ doplňuje MUDr. Mutina. Nejčastěji zachycenou diagnózou je v rámci mamografie rakovina prsu v nejčasnějších stádiích. „A to je podstata toho, proč se preventivní mamografie provádí. Zachytit problém na počátku. Onemocnění se, bohužel, nevyhýbá ani velmi mladým ženám,“ podotkl lékař. NDC poskytuje specializovanou radiodiagnostickou péči na třech pracovištích – v Novém

Jičíně, ve Vsetíně a ve Frenštátě pod Radhoštěm. Ročně zde vyšetří přes 20 tisíc klientek.

Zdroj a foto: AGEL a.s.



Dotace zkvalitní péči v Thomayerově nemocnici

Speciální zevní fixátor k prodlužování kostí a chirurgická síta jsou nové přístroje, které mohla Thomayerova nemocnice pořídit díky dotaci z pražského magistrátu.

„Za téměř čtyři miliony korun byly zakoupeny přístroje na čtyři oddělení. Zdravotnická zařízení podporujeme dlouhodobě a já mohu slíbit, že v tom budeme pokračovat,“ říká pražská primátorka Adriana Krnáčová. „Zařízení bezesporu zvýší kvalitu chirurgické péče naší nemocnice, zejména pak specialistům z dětské chirurgie a traumatologie, chirurgické kliniky, urologie a gynekologicko-porodnického oddělení,“ říká ředitel Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Zdeněk Beneš, CSC.

Zevní fixátor pro prodlužování kostí končetin bude využit zejména na Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice. „Po závažných, složitých zlomeninách se může stát, že se končetina sice zahojí, ale je o několik centimetrů kratší. U dětí se přidává zásadní komplikující faktor – dětská kost roste a úraz může poškodit růstovou zónu. Speciální zevní fixátor umožňuje narušené kosti prodloužit. „Šrouby nebo dráty se zavrtají do postižené kosti, spojí se konstrukcí mimo končetinu, kost se přeruší a manipulací se zevní montáží se kost pomalu prodlužuje a narovná. Fixátory lze naprogramovat speciálním softwarem v počítači a růst kosti lze postupně korigovat,“ vysvětluje přednosta kliniky dětské chirurgie a traumatologie prof. MUDr. Petr Havránek, CSC., FEBPS.



Jan Lacko, Adriana Krnáčová a Zdeněk Beneš

Další zakoupené nástroje, chirurgická síta, pak budou sloužit zejména u gynekologických a porodnických operací, kde povedou nejen ke zlepšení péče o pacientky, ale také navýšení počtu operačních výkonů a zkrácení doby objednání na operaci. Nové nástroje využije Chirurgická klinika 1. LF UK a TN, kde přispějí k celkové kvalitě práce na operačním sále. Zejména pak půjde o nový kontejnerový systém, který slouží k zachování sterility v nejvyšší dosažitelné kvalitě a bezpečnosti. Urologické oddělení z dotace zakoupilo chirurgické síta, jež urychlí sterilizaci při laparoskopických operacích. Specialisté z urologie v současné době dokáží provést dvě takové operace denně. Díky dotaci z magistrátu se jejich počet zvýší na tři.

Zdroj a foto: Magistrát HMP



K patogenezi roztroušené sklerózy

Patologickým znakem roztroušené sklerózy (RS) je orgánově specifické zánětlivé autoimunitní onemocnění CNS, které sekundárně vede k demyelinizaci nervových vláken. Patogeneze RS je komplexní proces, který předpokládá vliv genetických a environmentálních faktorů.

RS má progresivní průběh. Histologicky jsou průkazné šedě ohraničené plaky v bílé hmotě mozku a míchy s patrným úbytkem myelinu. V časně fázi nemoci převládá zánětlivý proces, v pozdní pak zase proces degenerativní.

Zánětlivé procesy, které se uplatňují v patogenezi roztroušené sklerózy (RS), vedou k lokální destrukci myelinových obalů nervových vláken a postupné ztrátě oligodendrocytů a axonů. Zatímco u jiných zánětlivých onemocnění, jako je například encefalitida, je imunitní reakce vedena proti mikrobiálnímu původci, u RS jde o reakci proti tělu vlastním složkám neboli autoautogenům. Vzhledem k mimořádně klinické závažnosti RS se patogenezi vždy věnovala mimořádná pozornost.

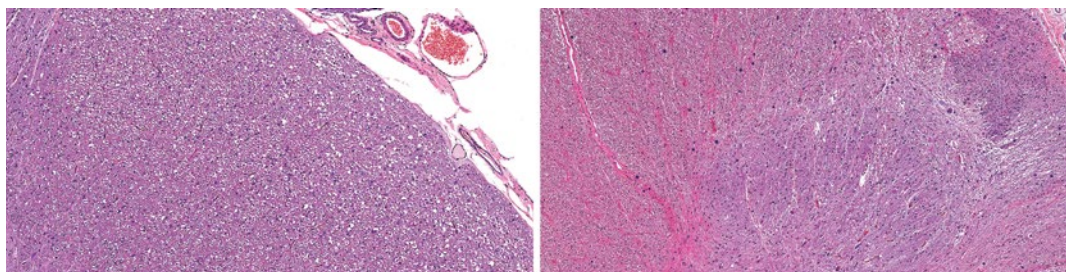
Studovat patogenezi onemocnění umožnil experimentální zvířecí model - EAE (Experimental Autoimmune Encephalitis), který se používá už od 30. let 20. století. V geneticky vnímavém kmeni imbredních myši se pomocí imunogenních složek spolu se suspenzí usmrcených mykobakterií v purifikovaném minerálním oleji (tzv. Freundovo adjuvans) indukuje autoimunitní encefalomyelitida. U zvířat se následně vyvíjí onemocnění, které se podobá RS u člověka.

Role T-lymfocytů

Ústřední úlohu v patogenezi onemocnění hrají T-lymfocyty. V experimentálním modelu bylo prokázáno, že autoreaktivní T-lymfocyty rozpoznávají struktury, které jsou součástí myelinové pochvy nervových vláken. Tyto buňky tvoří součást adaptivního imunitního systému a jsou teoreticky schopné rozpoznat tělu vlastní antigen (autoantigen).

V případě autoimunitního onemocnění však nejspíš dochází ke špatné eliminaci těch T-lymfocytů, které jsou tak schopné indukovat autoimunitní zánět. K aktivaci autoreaktivních T-lymfocytů pravděpodobně dochází v lymfatických uzlinách. Tyto aktivované T-lymfocyty poté přecházejí do CNS, kde vyvolávají zánět.

T-lymfocyty a jejich funkční subtypy se podařilo podrobně analyzovat díky modelu transgenních myši, do nichž jsou vneseny geny kódující řetězce TCR. Modely umožňují odděleně studovat různé funkční



Histologický obraz barveného myelinu. Vlevo zdravá mícha, vpravo jsou patrné ztráty myelinu při roztroušené skleróze

subtypy T-lymfocytů, např. Th1, Th17, Treg. Tímto způsobem byly získány zásadní informace o úloze jednotlivých jmenovaných subtypů T-lymfocytů.

Nové poznatky o B-lymfocytech

Model EAE objasnil také roli B-lymfocytů, které představují základní kameny protilátkové imunity. Vznikají v kostní dřeni, kde i dozrávají. Až donedávna nebyly T-lymfocyty považovány za buňky, jež by se účastnily udržování autoimunitního zánětu, ačkoli přítomnost protilátek v mozkomíšním moku byla s využitím izoelektrické elektroforesy prokázána elektroforeticky. V současné době nejsou známy autoantigeny, jež tyto autoprotilátky rozpoznávají. Bylo ale prokázáno, že T-lymfocyty a B-lymfocyty se při patogenetických mechanismech RS značně ovlivňují. B-lymfocyty se tedy významně podílejí na imunopatogenezi RS. Důkazem byly histopatologické nálezy na meningách nemocných se sekundárně progresivní formou RS. Dokládají, že zde probíhá antigenem stimulovaná diferenciace B-lymfocytů. Podobné struktury se popisují i u jiných onemocnění.

B-lymfocyty vyjadřují antigen CD20. Zjistilo se, že terapeutická aplikace monoklonální protilátky proti antigenu CD20 vedla u pacientů s RS ke klinickému zlepšení. Dále se potvrdilo, že v likvoru takto léčených nemocných dochází i ke snížení počtu T-lymfocytů. Poznaček předznamenal průlom v terapii. Letos v březnu totiž Americký úřad pro kontrolu potravin a léků (FDA) schválil přípravek ocrelizumab, určený pro pacienty s relabující a primárně progresivní formou

RS. Podle výsledků klinických studií se jedná o jeden z nejúčinnějších léků pro léčbu roztroušené sklerózy (RS), který dokáže minimalizovat aktivitu RS.

Mechanismy vrozené imunity

V imunopatogenezi RS sehrává vrozená imunita svoji významnou úlohu. Buňky vrozené imunity, zvláště dendritické buňky a makrofágy, totiž exprimují receptory, které se označují jako PRR (pattern recognition receptors), jež jsou schopné rozlišit nebezpečné struktury vyskytující se v patogenech nebo ty spojené s nebezpečím. Na signály ohrožení reaguje tělo zánětlivou odpovědí, ale také obrannou reakcí, která je spojena s jistou mírou poškození vlastních tkání. Signály nebezpečí mohou být exogenního nebo endogenního původu.

Součástí přirozené imunity tvoří i NK buňky (z angl. natural killer cells), jež se donedávna považovaly za efektorové buňky odpovědné za cytotoxickou aktivitu namířenou především proti buňkám infikovaným virem nebo nádorovým buňkám. Experimentální a klinická data dokládají, že sehrávají významnou regulační úlohu v imunitě organismu. Jsou významným zdrojem řady cytokinů, jimiž zasahují do fyziologických a patofyziologických procesů v těle. NK buňky exprimují několik desítek povrchových receptorů, jež se buď podílejí na jejich aktivaci (killer activating receptors - KAR), nebo naopak inhibují jejich funkce (killer inhibitory receptors - KIR). Jejich prostřednictvím získávají NK buňky rozhodující informace, zda spustit cytolytické mechanismy vedoucí k usmrcení cílové buňky. Aktivita NK buněk a jejich počet se u nemocných s RS dlouhodobě sledují. V mozkové tkáni jsou schopny napadat oligodendrocyty a jsou nalézány v aktivních lézích. Biologická terapie interferonem beta vede ke snížení počtu NK buněk v periferní krvi.

Patogenetické procesy u nemocných s RS vznikají s přispěním vrozené i adaptivní imunity a pravděpodobně i poškozením složek CNS. Úlohu v těchto procesech sehrává genetická predispozice jedince. K rozvoji onemocnění přispívají nejspíš i epigenetické faktory, což jsou všechny proměnné, které ovlivňují přepis konkrétních genů. V neposlední řadě je třeba zmínit i environmentální faktory, jako jsou životní prostředí, potrava, tabákový kouř nebo psychický stres a nedostatek vitamínu D.

Mgr. Pavlína Perliková



Roztroušená skleróza - demyelinizace

Představujeme publikaci

Dětská přednemocniční a urgentní péče



Vladimír Mixa, Pavel Heinige, Václav Vobruba (eds.)

Dětská přednemocniční a urgentní péče



mladá fronta

Neodkladné stavy týkající se dětských pacientů tvoří přibližně deset procent případů, které jsou v rámci České republiky ošetřeny záchrannou službou nebo projdou urgentním příjmem nemocnice. Pro personál těchto zařízení jsou dětské pacienti do jisté míry obávaní, neboť vzhledem k menší frekvenci výskytu není dostatek zkušeností s péčí o ně.

Kolektiv autorů, specialistů zabývajících se dětskou intenzivní medicínou a přednemocniční péčí, připravil publikaci, která si klade za cíl poskytnout čtenáři orientaci v problematice dětské urgentní péče. Kniha je určena pro lékaře i nelékařský personál zdravotnické záchranné služby a příjmových oddělení nemocnic, pro praktické lékaře i dětské lékaře pracující v nemocnici. Potřebné informace v ní získají i studenti lékařských a zdravotnických vysokých škol.

Kniha je rozdělena na obecnou a speciální část. V obecné části jsou uspořádány základní fyziologické, patofyziologické a farmakologické charakteristiky dětského věku mající vztah k urgentní medicíně, propedeutické postupy a další teoretické podklady řešení neodkladných situací včetně tabulek, rejstříků a schémat. Speciální část shrnuje urgentní stavy a situace především z oblasti dětské chirurgie, traumatologie a vnitřního lékařství, ale také z psychiatrie, kožního lékařství, oftalmologie a ORL.

Autoři věří, že čtenářům nabídnou publikaci, která se stane praktickou, široce používanou pomůckou v řešení neodkladných stavů v dětském věku.

Autoři: Vladimír Mixa, Pavel Heinige, Václav Vobruba (eds.)

Doporučená cena 550 Kč

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



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





Nefrologické problémy z praktického hlediska

Kongresové prostory hotelu Grandior patřily 26. října odbornému sympoziu Postgraduální nefrologie v kazuistikách, které pořádala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta.

Akce se konala u příležitosti vydání čtvrtého čísla časopisu Postgraduální medicína s fokusem nefrologie. Garantem odborného programu byl prof. MUDr. Vladimír Tesař, Dr.Sc., MBA, FASN, FERA, přednosta kliniky VFN v Praze a 1. LF UK. Přednášející svými příspěvky chtěli předat posluchačům co nejvíce praktických zkušeností. V každém příspěvku si účastníci sympozia nejprve vyleskli kazuistiku, pak následoval systematický výklad. Nejrůznější stavům spojeným s poruchou funkce led-

vin, včetně problémů, které souvisejí s jejich léčbou, se věnovali MUDr. Petr Táborský, prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D. či prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc. Na chronické onemocnění ledvin u dětí se zaměřili doc. MUDr. Sylva Skálová, Ph.D., a MUDr. Jakub Zeig, Ph.D. Mezi další tematické okruhy patřily patologické močové nálezy (doc. MUDr. Dita Maixnerová, Ph.D.), nádory ledvin (doc. MUDr. Milada Zemanová, Ph.D.) či pokles glomerulární filtrace (MUDr. Martin Havrda). (red)



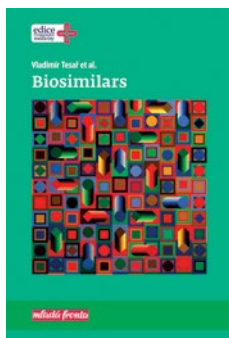
Foto: archiv MF

NOVÉ KNIHY



Vladimír Tesař et al.
Biosimilars

Rozsah: 150 str.
Cena: 880 Kč
ISBN: 978-80-204-4642-8
Vydavatel: Mladá fronta
Edice: Postgraduální medicína



Vydavatelství Mladá fronta představuje nejnovější odbornou publikaci Biosimilars, která mapuje moderní a diskutované téma biologické léčby. Biologické léky se v medicíně používají od začátku 90. let. Počet těchto léků i indikací neustále narůstá. Jedná se však o léčbu ekonomicky velmi nákladnou.

Autoři monografie Biosimilars přistoupili k problematice z pohledu svých oborů a klinických indikací. Nechybějí však ani cenné informace o výrobě, právních a ekonomických aspektech biologických léků, včetně regulačních opatření při jejich uvedení na trh. Interdisciplinární monografii připravil prof. MUDr. Vladimír Tesař Dr.Sc., MBA, FASN, FERA, s kolektivem autorů.

Vladimír Beneš, Petr Suchomel
Mozková aneurysmata
a subarachnoidální krvácení

Rozsah: 232 str.
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-204-4406-6
Vydavatel: Mladá fronta
Edice: Aesculap

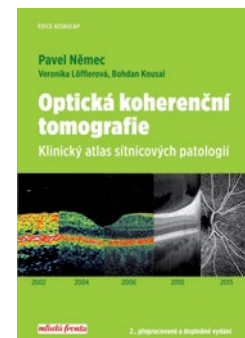


Monografie seznamuje lékařskou obec se současnými poznatky, které se týkají mozkových aneurysmat a subarachnoidálního krvácení. Kniha je uspořádána do několika tematických celků. V úvodní části se věnuje epidemiologii a vzniku neprasklých mozkových aneurysmat. Dále popisuje jejich diagnostické možnosti a symptomatologii.

Terapeutická část sleduje postupně možnosti chirurgické i endovaskulární léčby, a to jak pro aneurysmata neprasklá, tak i v kontextu subarachnoidálního krvácení. Následně se porovnávají rizika přirozeného průběhu a aktivního řešení neprasklých výdutí, navzájem se konfrontují chirurgická a endovaskulární terapie a jejich dlouhodobá účinnost. Závěrem se rozebírají některé specifické klinické situace. Nastíněn je i možný výhled do budoucnosti.

Pavel Němec, Veronika Löfflerová,
Bohdan Kousal
Optická koherenční tomografie

Rozsah: 408 str.
Cena: 590 Kč
ISBN: 978-80-204-4414-1
Vydavatel: Mladá fronta
Edice: Aesculap



Optická koherenční tomografie (OCT) je dnes již samozřejmou a nenahraditelnou metodou v jakémkoliv oftalmologické praxi. Pochopení a osvojení OCT vyšetření zásadně pomáhá zvýšit míru senzitivity a specifity u diagnostiky celého spektra sítnicových patologií, zvyšuje kvalitu terapeutického rozhodování a umožňuje přesný monitoring léčebných výsledků.

Druhé doplněné vydání českého OCT atlasu přináší dvě nové aktuální kapitoly OCT angiografie a Autofluorescence u různých patologií. Každou ze stávajících kapitol doplňují autoři kazuistikami. Bohatý obrazový dokumentovaný text umožní pochopit podstatu diagnostické metody, správně se orientovat v základních charakteristikách snímaného obrazu, interpretovat a přesně popisovat získané skeny sítnice. (red)

Inzerce M171000456

Chcete žít zdravě a aktivně?

Zveme Vás na velkou východočeskou výstavu

DNY ZDRAVÍ

23.- 24. LISTOPADU 10 - 18 hod.

60 firem z celé ČR, přednášky lékařů

DŮM TECHNIKY PARDUBICE

770 623 217
www.dtpce.cz

VSTUPENKA PRO 2 OSOBY
ZDARMA



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

 **ZDRAVOTNICTVÍ**
MEDICÍNA 
MLADÁ FRONTA





Volná místa

Lukrativní nabídka V Mohelnici

• **Hledáme lékaře s atestací všeobecné praktické lékařství (popř. pracovní lékařství) pro oblast PLS do ordinace v Mohelnici.**

Nabízíme:

- nadstandardní mzdové ohodnocení,
- volitelná pracovní doba.

Více na: www.preventado.cz

Kontakt:

Andrea Suszková, tel. 777 003 773,
e-mail: info@preventado.cz

M171000542



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.

Kontakt:

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

NephroCare

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

tel. 777 142 209 | e-mail: smekaloval@olujevicko.cz

Inzerce M171000481



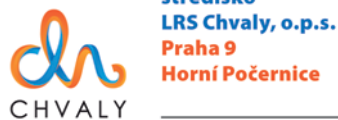
lukrativní nabídka Mohelnice

Hledáme lékaře s atestací všeobecné praktické lékařství (popř. pracovní lékařství) pro oblast PLS do ordinace v Mohelnici.

Nadstandardní mzdové ohodnocení, volitelná pracovní doba...

Více na: www.preventado.cz
Kontakt: Andrea Suszková
Telefon: 777 003 773
E-mail: info@preventado.cz

Inzerce M171000543



Rehabilitační středisko
LRS Chvaly, o.p.s.
Praha 9
Horní Počernice

Přijme na lůžkové oddělení **lékaře** se specializovanou způsobilostí v oboru FBRL, internistu, neurochirurga, případně obdobné specializace na plný nebo částečný úvazek. Nástup možný ihned.
Kontakt: chvaly@chvaly.cz
nebo tel. **602 133 078**

Inzerce M171000512

JESSENIA a.s., Rehabilitační nemocnice Beroun, přijme lékaře/ku pro
RADIOLOGICKÉ ODDĚLENÍ
UROLOGICKOU AMBULANCI
GASTROENTEROLOGICKOU AMBULANCI
ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE S REHABILITAČNÍM ZAMĚŘENÍM

Požadujeme:

- lékaře se specializací v oboru
 - zdravotní způsobilost
 - trestní bezúhonnost
- nástup dle dohody (možný ihned)

Nabízíme:

- práci v ekonomicky stabilní společnosti
- perspektivní zaměstnání v příjemném prostředí
- práci v přátelském kolektivu s možností profesního růstu
- zaměstnanecké benefity – příspěvek na důchodové připojištění, příspěvek na stravování, 5 týdnů dovolené atd.
- zajímavé finanční ohodnocení podle odborné způsobilosti a délky praxe
- podporu celoživotního vzdělávání

Nabídky zasílejte na e-mailovou adresu info@nember.cz

Inzerce M171000522



Personální inzerce do časopisu

Zdravotnictví a medicína

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

Inzerce M171000445

Inzerce M171000428 M171000533

Vánoční nadílka pro Vašeho andělka



TUTTOCAFFÈ

~~2 999 Kč~~
1 799 Kč

Latte



SLEVA
50%

MINI



SLEVA
35%

Classic



SLEVA
38%

Akce se vztahuje na všechny kávovary Cafissimo MINI, Latte, Tuttocaffè a Classic.
Platí v obchodech Tchibo a na e-shopu Tchibo.cz od 13. 11. do 31. 12. 2017 nebo do vyprodání zásob.

Objevte jedinečný svět Tchibo

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[®]**
- nový tvar podložky a sáčku
 - nový vylepšený filtr
 - nahlížecí okénko

Nová řada Aurum[®] jednodílných kolostomických, ileostomických a urostomických sáčků.

zelená linka: 800 100 644