



ZDRAVOTNICTVÍ

MEDICÍNA



12/2017

vyšlo: 18. 12. 2017

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ



Veselé Vánoce a šťastný nový rok vám přeje
redakce Zdravotnictví a medicína



O krok dál
pro zdraví

generální partner
akce

roku
Sestra



1. března 2018, Divadlo Hybernia, Praha

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

Bezplatné zdravotnictví – realita nebo mýtus?

O tom, zdali je české zdravotnictví pro pacienty zdarma, jak je možno dovozovat z ústavy, nebo nikoliv, se příliš veřejně nemluvilo. V současnosti se však opakovaně diskutuje nad případy pacientů – většinou s negativní prognózou – kteří nezískali (zpravidla) nejdražší léčbu, protože ji pojišťovna odmítla uhradit s odůvodněním existence alternativní léčby levnější. Každému, kdo bude takto postižen, se jistě podobné odůvodnění líbit nebude. Je ovšem zcela zřejmé, že v řadě případů je vynakládání obrovských prostředků za limitovaný účinek neefektivní a pro systém, který vydává na zdravotnictví mezi 7,0-7,5 % HDP, prostě neufinancovatelné. Korektní je ale připustit, že to nedokáže žádný zdravotní systém, ani americký, který vynakládá na zdravotnictví téměř 20 % HDP.

V čem je podstata problému? Přirozenou snahou komerčních farmaceutických firem je realizovat zisk, a protože patentová ochrana inovativních produktů není nijak velká, dotčené firmy se snaží svůj zisk realizovat extrémně vysokými cenami, které jsou někdy až nemravné a naprosto nereflktují reálné náklady. Na trh se dostávají desítky nových molekul ročně a zde si komerční sféra bere za rukojmí pacienty za podpory vybraných loajálních odborníků. Vytvořit smutný masmediální příběh je velmi jednoduché, komerční média mají podobné historky v oblibě a vysoká sledovanost je zaručena. Jedinou obětí je ve finále systém sám, neboť právě on musí přístup podobných preparátů na trh limitovat a posoudit, zdali získaný efekt odpovídá nákladům při odpovídající kvalitě života. Fakt, že pacient (ve srovnání s předchozím preparátem) přežije o dva měsíce déle,

nemůže být rozhodujícím kritériem.

Je pravdou, že v současnosti je „Černý Petr“ v rukou pojišťoven, a to v podobě paragrafu 16, kdy pojišťovna rozhoduje, jestli daný preparát či léčebnou kúru proplatí, či ne. Pojišťovny logicky usilují o zrušení zmíněného paragrafu, aby byla nastavena jasná pravidla, kdo je oprávněn čerpat a kdo už indikací nesplňuje. Tento přístup je však nepřijatelným politikem, plošně by totiž vznikla skupina osob, která na určitý typ péče nemá nárok, a to je zcela politicky nepřijatelné. Medicína není matematika a u někoho může mít levnější a teoreticky méně účinný preparát podstatně lepší efekt než preparát dražší. Je nutné si uvědomit, že i u preparátů s vysokou účinností nemůžeme z ekonomických důvodů garantovat péči všem, ale stanovujeme určité priority. Klasickým příkladem je nová terapie virové hepatitidy C. Kdybychom chtěli vyléčit všechny nakažené, neboť účinek terapie je dramaticky vyšší než u výše zmiňované biologické léčby pro maligní onemocnění. Nakažených virem hepatitidy C je



máme všem potřebným umožnit transplantaci jater nebo máme aplikovat preparáty, které umožní omezené prodloužení života u onkologických diagnóz? Na všechny tyto otázky nelze současně odpovědět ano. To je dilema každého dne a jistě to není o tom, že by si lékař, zaměstnanec pojišťovny či ministerský úředník nevážil lidského života.

Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.
náměstek ministra zdravotnictví

Smůla dvacátého ministra

Ministerská kancelář v budově na Palackého náměstí zažila malé jubileum. Usedl do ní přesně dvacátý ministr zdravotnictví samostatné České republiky – jednatřicetiletý ambiciózní právník Adam Vojtěch, před volbami poradce ministra financí Andreje Babiše a zdravotnický expert hnutí ANO.

Ačkoli v době psaní tohoto textu ještě neznáme programové prohlášení nové vlády Andreje Babiše, lze celkem s jistotou tvrdit, že zlatým písmem se Vojtěch do dějin českého zdravotnictví nezapíše. Předešlý kvůli věcem, které je při přemýšlení o jeho ministerské kariéře potřeba vytknout před závorku. První z nich je starý známý mamutí střet zájmů Vojtěchova stranického a teď už i vládního šéfa. Fond Hartenberg, jeden z nejaktivnějších investorů v českém zdravotnictví, už sice není přímo Babišův, ale má k němu pořád zatracené blízko. Jakékoli politické aktivity Babiše nebo jemu loajálních lidí ve zdravotnictví jsou proto předem problematické.

Druhé břímě, jež si s sebou Vojtěch ponese, ať bude dělat cokoli, je samotná politická situace kombinovaná s Babišovou neschopností dojednat vlastní vládě podporu ve sněmovně. Lze si představit dočasně vládnutí a hledání ad hoc podpory pro jednotlivé návrhy, ale to je stěžejní mechanismus, jímž by se dalo ve zdravotnictví prosadit něco důležitého.

Přítom je to vlastně škoda. Nový ministr to sice určitě ještě párkrát schytá za svůj věk, nelékařské vzdělání a mladické účinkování v SuperStar, ale to je hodně krátkozraká kritika. Vojtěch se během pár let

vypracoval z nuly v celkem respektovanou osobu, která českému zdravotnictví nepochybně rozumí. Už jeho dopisy Svatopluku Němečkovi či Milanu Kubkovi (podepsané samozřejmě Andrejem Babišem) patří po odmyšlení politicky útočné omáčky k tomu lepšímu, co bylo v žánru analýzy českého zdravotnictví napsáno. Vojtěch po celé minulé období pečlivě navštěvoval jednání sněmovního zdravotnického výboru a trpělivě se potkával se všemi zdravotnickými aktéry. Víc poslouchal, než mluvil, a z jeho posledních výstupů je patrné, že o situaci a problémech zdravotnictví má solidní přehled, navíc nezkršený například dlouholetým šéfováním velké fakultní nemocnice.

Vlastně by to s jiným stranickým zázemím a v jiné politické situaci mohl být docela zajímavý materiál na ministra. Už jeho první návrhy redukce akutních nemocničních lůžek a koncentrace specializované péče jsou v obecné rovině zcela rozumné,



a navíc sympaticky nepopulární. Důraz na kvalitu péče, přemýšlení o úloze úhradové vyhlášky, hledání řešení pro dlouhodobou péči, strukturování pojistného, to jsou všechno dobře trefená témata, v nichž nejde primárně o sběr politických bodů, ale o systémová opatření, o nichž by stálo zato vést seriózní debatu. A na ministerské straně by v ní stál někdo, koho zdravotnictví nejen živí, ale taky zajímá a baví a kdo je schopen jakéhosi makro náhledu. To se přinejmenším o posledních dvou ministrech říci nedá.

Jenže Andrej Babiš celou svou první vládu proměnil v mocenskou šaržadu vystavenou na ublíženém handrkování se sněmovnou. To je prvním předpokladem špatného vládnutí, což se nutně dotkne i rezortu zdravotnictví. A v tomto případě lze skutečně říci, že je to pech. Mohlo to být zajímavé.

Martin Čaban
autor je komentátorem deníku E15

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 12/2017

Šéfredaktorka

MUDr. Andrea Skálová
(Medicína a kongresové zpravodajství),
tel. 602 710 567, 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 redakce

Martin Caban,
Martin Ježek

Grafika a technické zpracování

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

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
(předseda)MUDr. Václava Bártů, Ph.D.
doc. MUDr. Libuše Celedová, Ph.D.
prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.MUDr. Radkín Honzák, CSc.
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
doc. MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.Mgr. Jana Nováková, MBA
MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., MBA, FESC, FACC
doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtěšková

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

Obchodní ředitelka

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

Personální inzerce

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

mladá fronta

Výkonný ředitel

Ing. Jan Mašek

Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, MBA

DTP

Miloslav Pařík (vedoucí), Milan Kubička, Petr Novák

Marketing a distribuce

Ředitel marketingu a distribuce:

Bc. David Švanda

Brand Manager:

Petra Trojanová

Manažerka výroby a distribuce:

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

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

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

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

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
SEND Předplatné, spol. s r. o., Ve Žlábku 1800/77, hala A3,
193 00 Praha 9, tel.: 225 985 225, mobil: 777 330 370
e-mail: mf@send.cz, www.send.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Videňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183, Vajnorská 137,
830 00 Bratislava 3, tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abomkapa.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 14. 12. 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

Srovnání dopadů chronických onemocnění na zdravotní a sociální náklady

Koncepce a organizace hrazení zdravotních služeb a peněžitých dávek v nemoci je 25 let rozdělena mezi několik systémů. Stejně dlouhou dobu se nezdálo potřebné vnímat různé formy zajištění nároků a potřeb pacientů jako jeden celek. Svě výlučné postavení si už čtvrt století každý ze systémů žárlivě střeží.

Když už se hovoří o vztahu mezi zdravotním a sociálním systémem, jde obvykle pouze o určení hranice přechodu systému do sociální péče. Důvodů pro pohled na sociální systém jako celek je ale více a budou dále přibývat. Jsme svědky úsilí o zavádění nových zdravotnických technologií, které významně zvyšují náklady zdravotního pojištění. Není snad přirozenou myšlenkou požadavek posouzení jejich efektivity z hlediska ekonomiky sociálního zabezpečení jako celku?

Jen ti neoptimističtější analytici nepředvídají hrubý tlak na efektivitu všech veřejných systémů v souvislosti s dlouhodobými demografickými změnami. Není v takové situaci nejen vhodné, ale dokonce nutné podívat se na nastavení vzájemných motivací a kompetencí v celém komplexu veřejných výdajů na řešení nemoci? Vždyť všechny solidární systémy, poskytující dávky v nemoci, jsou různými stranami jedné mince. Jeden pacient, jedna nemoc, jedna sociální událost! Kolik kompetencí, procesů, dávek a posouzení?

Dopady chronických onemocnění

A právě uvedená úvaha stála za projektem, který Kancelář zdravotního pojištění z pověření výborů Poslanecké sněmovny koordinovala. Po několika více, ale spíše méně úspěšných pokusech na úrovni státní správy jsme byli požádáni o prozkoumání a nalezení nových cest, jež by umožnily porovnat dopad chronických onemocnění do systémů sociálního zabezpečení. Ale nechtěli jsme zůstat pouze u toho. Od počátku jsme se totiž snažili získat více – mimo jiné právě pohled na účinnost nově zaváděných technologií z hlediska výdajů a úsporu sociálního i zdravotního pojištění.



Foto: archiv MF

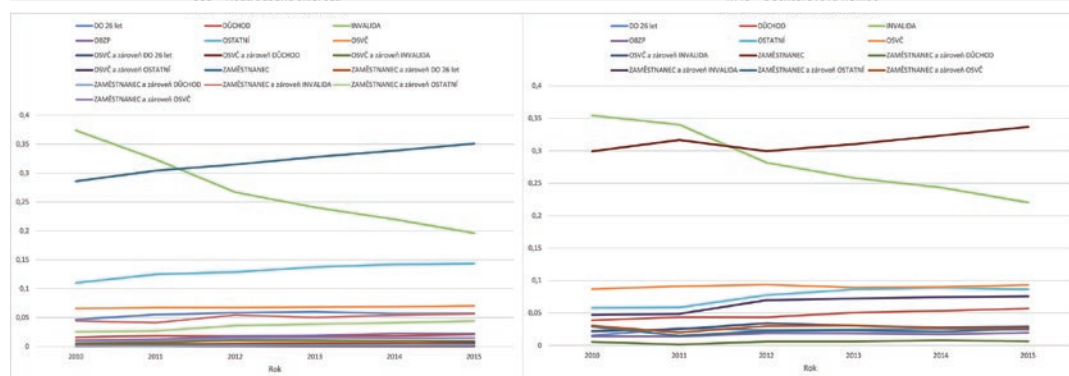
Vzhledem k roli národního kontaktního místa zdravotního pojištění jsme v každodenním pracovním kontaktu s kolegy z českých i zahraničních orgánů sociálního zabezpečení. I proto pro nás nebylo těžké získat je ke spolupráci. Na základě řady jednání se zdravotními pojišťovnami, ČSSZ, Lékařskou posudkovou službou a Generálním ředitelstvím Úřadů práce se nám během jednoho roku podařilo zjistit stav a obsah informační základny jednotlivých odvětví, vyvinout metodiku přístupu ke zpracování dostupných informací, definovat datová rozhraní, provést sběry dat a realizovat samotnou závěrečnou analýzu na dvou vybraných signálních diagnózách (roztroušená skleróza a Bechtěrevova choroba).

Smyslem volby signálních diagnóz byla možnost porovnání výstupů s již existujícími dílčími analýzami a ověření správnosti zvolené metodiky. Tento proces úspěšně proběhl ve spolupráci se společností iHETA. Metodika je postavena na primárním využití komplexních dat zdravotního pojištění a jejich doplnění o data ostatních orgánů sociálního zabezpečení ve vztahu k předmětné diagnóze. Jedním z cílů bylo vyhnout se potřebě vzájemného propojování individuálních údajů pojištěnce mezi systémy, což se nám podařilo dosáhnout zejména využitím údajů, které musí zdravotní pojišťovny průběžně evidovat pro účely správného určení plátce pojistného.

Náklady konkrétní diagnózy

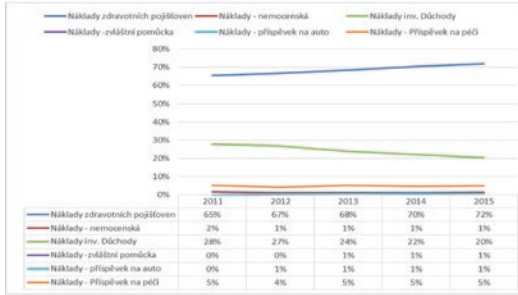
K jakým výstupům nás vlastně metodika dovedla? V nejhrušším členění jsme se dokázali podívat na celkové veřejné náklady na dávky v nemoci (zdravotní a so-

Hodnocení přínosu terapií - příklad výstupů: Vývoj podílu sociálních stavů pacientů, léčených vyjmenovanými léky
G35 – Roztroušená skleróza
M45 – Bechtěrevova nemoc





Příprava strategií a politik - příklad výstupů: zvyšování podílu ZP na soc. výdajích u chroniků = zvýšený tlak na výdaje v z.p. G35 – Roztroušená skleróza



ciální pojištění + nepojistné dávky) ve vztahu k dané diagnóze, včetně určení podílu jednotlivých systémů. V podrobnější míře jsme pak dokázali rozklíčovat celkové i průměrné náklady zdravotního a sociálního pojištění (zdravotní, důchodové, nemocenské) ve vztahu ke konkrétní diagnóze, v členění podle typu poskytovaného léčení a sociální situace osoby, a to vše včetně zachycení vývoje a vzájemných souvislostí jednotlivých parametrů v čase (sběr dat se týkal šestiletého období 2010-2015).

Umíme se tak kupříkladu podívat, jak se vyvíjí podíl zaměstnaných osob nebo naopak invalidních důchodců v závislosti na způsobu léčení (v souvislosti se zvolenými diagnózami šlo o příjemce tzv. centrové péče). Umíme do velké míry rovněž spočítat, jak se projevují investice do léčby na zvýšené výdajů zdravotního pojištění a jak zvýšeným nákladům odpovídají úspory na straně peněžité dávky sociálního pojištění, zejména pokud jde o invalidní důchody.

Dokážeme modelovat i další nepřímé finanční dopady dané diagnózy a zvoleného způsobu léčení z hlediska veřejných rozpočtů – nejenom z pohledu celkových ztrát v souvislosti s diagnózou (pojistné a daně z příjmu, neodvedené vlivem onemocnění a invalidity), ale například i z hlediska specifikace dopadů zvoleného léčení na výši průměrných příjmů veřejných rozpočtů z výdělečné činnosti praceschopného pacienta.

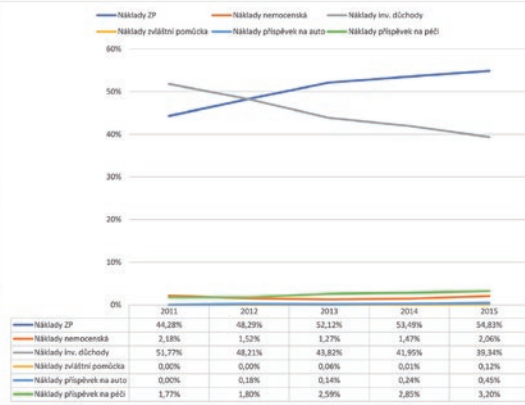
Komplexní hodnocení účinnosti a přínosu terapií

Základním výsledkem pro nás ovšem nejsou samotné grafy a údaje ke dvěma zvoleným diagnózám*. Mnohem důležitější jsou vyvinuté postupy, lze po odpovídající adaptaci využít pro rozbor dalších chronických onemocnění a způsobů jejich léčení. Využití ve větším měřítku by přitom mohlo sloužit nejen pro komplexnější hodnocení účinnosti a přínosu terapií, ale i pro vytváření dlouhodobých strategií a politik s ohledem na stárnutí populace a trendy u jednotlivých diagnóz. Na nejvyšší úrovni mohou být podkladem pro hodnocení efektivity organizačního, legislativního a ekonomického nastavení sociálního zabezpečení jako celku. Informace, podporující potenciální systémové změny na uvedené horizontální úrovni, ale i v rámci samotného zdravotního pojištění, jsou pro mne osobně výstupem nejzajímavějším.

Ve výše uvedeném ohledu odkazují zejména na grafy, které zachycují trend vývoje účasti jednotlivých systémů na řešení nemoci jako sociální události. Analýza totiž potvrdila naše nevyčtená očekávání. Ukázala výrazné zvyšování podílu zdravotního pojištění na celkových nákladech sociálního zabezpečení v souvislosti s chronickou nemocí. Naproti tomu podíl nákladů na peněžité dávky (zejména invalidní důchody) se snižuje. Přestože šlo pouze o dvě signální diagnózy, lze se právem domnívat, že obdobný trend prokáží analýzy i u dalších diagnóz.

Vedlejším výstupem projektu je i jakási celková mapa systému poskytování dávek v nemoci. Vyplývá z ní, že dávky v nemoci dnes poskytují tři až čtyři v zásadě zcela oddělené systémy, že jsou upraveny v rámci

M45 – Bechtěrevova nemoc



12 různých zákonů(!), že jejich posuzování a poskytování může být postupně administrováno v rámci 3 až 4 institucí, několika oddělených procesů s vlastními žádostmi, lhůtami a způsobem pohledu a že systémy fungují bez jakékoli vzájemné motivace. Máme dokonce zákonný systém kvazi-pojištění pracovních úrazů nebo nemocí z povolání, který je 25 let provizorně(!) spravován komerční pojišťovnou...

V dané souvislosti je ale pro mne i pro vás klíčové něco jiného. Zvyšování celkového podílu zdravotních pojištěných na řešení sociální události není nijak kompenzováno posílením jejich kompetence, možností zvýšení příjmů na pojistném nebo přesunem prostředků z přebytkových systémů do oblasti zdravotní péče.

Systémové nedostatky

Co jsme si tedy z dosavadní práce odnesli? Hlavně jsme dokázali, že to jde i bez evropských projektů a utracených milionů. A že by mohlo realizovat i mnoho dalších věcí, na nichž si stále dokola lámeme zuby (konkrétní projekty za posledních 15 let si dokážete dosadit sami).

Srovnání systémů zdravotního a sociálního pojištění nám navíc pomohlo nahlédnout i na naše vlastní vnitřní systémové nedostatky. V porovnání s ostatními dávkovými systémy (a hrazená zdravotní péče není ze systémového hlediska nic jiného, než dávka) téměř dokonalou neohraničenost zákonné definice nároku i odpovědnosti pojištěnce (tedy toho, co je v evropském právu definováno jako „věčná dávka“) a nejasnou úpravu vztahů mezi jednotlivými aktéry, která vede ke stavu, v němž všichni odpovídají za vše a nikdo za nic. Nedomonalost je, bohužel, patrná i z vnějšího pohledu a snižuje prosaditelnost přesunu větší míry kompetencí pod systém zdravotního pojištění.

Někdy je při uvažování o budoucnosti nutné vrátit se do minulosti a opravit základ, pokud se pod tíhou přistavovaných pater začíná hroutit. Jen pokud začneme o výzvách budoucnosti uvažovat v koncepčních, systémových celcích, podaří se očekávaný vývoj zachytit. To se týká sociálního zabezpečení, ale i vnitřního fungování našeho systému veřejného zdravotního pojištění. Nemluví přitom o zázracích na počkání, o horizontu jednoho volebního období ani o salámové metodě drobných úprav, jež vede tam a zase zpátky. Věřím, že se jednou naučíme nahlížet za horizont aktuálních hlučných operativních problémů a vlastních zájmů. Věřím, že se nám již brzy pro tento způsob uvažování podaří získat podporu. V opačném případě nejsme my, ani celá veřejná správa na horizontální úrovni víc, než hokejová brankáři, kteří reagují až na vystřelené puky...

*(viz https://www.kancelarzp.cz/images/cmu_documents/analzy/starnuti_pilot.pdf).

JUDr. Ladislav Švec,
ředitel Kanceláře zdravotního pojištění



Obsah

Z domova

- Bezplatné zdravotnictví – realita nebo mýtus? 3
- Smůla dvacátého ministra 3
- Srovnání dopadů chronických onemocnění na zdravotní a sociální náklady 4
- In medias res 6
- Duel: Bude Zdravel úspěšným nástupcem IZIP? 7
- Téma: Etika při řízení společnosti 8
- Otevřený dopis senátorům 10
- S lékaři nás pojí spolehlivost, kvalita a odpovědnost 11
- Úhradová vyhláška směř zdravotní... 12

Speciál

- Nesem vám noviny 13
- Vánoční anketa 15

Sestra

- Týrané dítě v povědomí odborné zdravotnické veřejnosti 19
- STOP dekubitům 21
- Role sester ve zdravotnictví je nedocentitelná 22
- Ještě k psychoterapii 23
- Když mě práce baví, stres nevnímám 24
- Jak se vypořádat s následky nehody? Často tápou i odborníci 26
- Ze společnosti 28

Medicína

- Bazální stimulace – koncept, který jde k jádru 31
- Společnost MSD oslavuje 25 let... 34
- Jaká je kvalita lékáren? 35
- Jan Evangelista Purkyně – nová publikace 35
- Pacienti potřebující antikoagulační terapii 36
- Diabetes, neinfekční epidemie 21. století 37
- Empagliflozin snižuje KV mortalitu u pacientů s diabetem 37
- Ložisková psoriáza: cílem léčby už není jen PASI 75 38
- Souvislost mezi spánkovou poruchou a Parkinsonovou chorobou 39
- Pacienty s diabetem nejvíce omezuje absence sladkých jídel 39
- Nesem vám noviny 40
- Jak správně diagnostikovat a léčit bolesti... 42
- Anoro Ellipta pomáhá pacientům s CHOPN 43
- Nová srdeční pumpa k miniinvazivním výkonům 43
- Brněnský workshop CMC 44
- Neúčinná nákladná léčba nebude hrazena 44
- Přehled léčebných možností roztroušené sklerózy 46
- Boj pneumologů s CHOPN 47
- Modernizace perinatologického centra VFN 47
- Seniorům může pomoci nová služba 47
- Vliv psychoterapie na léčbu nespavosti 48
- Nové vydání Optické koherenční tomografie 49
- ČLS JEP ocenila publikaci MF 49

Personální inzerce

50





„Pokud se nám nepodaří povinnost o rok posunout a změnu legislativy stihnout, roční bezsankční období by mohlo tuto věc řešit.“

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch

Ministr zdravotnictví bude prosazovat, aby lékaři nebyli pokutováni první rok po zavedení eReceptu.



„Mimo jiné se tím odlehčilo nejtěžším případům s finančně náročnou medikací, protože se zastropovaly pro tyto lidi roční výdaje.“

Ing. Mirek Topolánek, premiér v letech 2006–2009

Zavedení poplatků mělo podle současného kandidáta na prezidenta své opodstatnění. Pacient by měl dnes přispívat například za hotelové služby v nemocnicích. Dvojitá kvalita pro chudé a bohaté však nemůže existovat.

„To je výběrové řízení, jaké svět neviděl. Pokud by ho v tak krátkém čase dovedl někdo zaznamenat, tak nevím, jak by ještě stačil připravit přihlášku a všechno ostatní. Potom se rozumí samo sebou, že se asi přihlásí jeden uchazeč a ten je následně vybrán.“

Mgr. Martin Kupka, místopředseda ODS a zastupitel Středočeského kraje

ODS na jednání krajského zastupitelstva zpochybnila výběrové řízení na generálního sekretáře Asociace středočeských nemocnic. Informace o soutěži nebyly dostatečné a o funkci se ucházel jediný kandidát.



„Je to nesystémové, není to nic, co by mělo co dělat se skutečným pojetím lékařského povolání.“

MUDr. Alena Dernerová, lékařka a senátorka

Senát podpořil vyřazení terapeuta a specialisty čínské medicíny ze seznamu odborných zdravotnických pracovníků.

„Zneužívání psychoaktivních léků je značný problém – jak v oblasti adiktologie, tak veřejnozdravotní. Závislí na lécích jsou významnou skupinou pacientů v léčbě závislých v psychiatrických ambulancích i lůžkových zařízeních.“

MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D., šéf Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti

Téměř pětina lidí v Česku užívala v posledním roce sedativa, analgetika a hypnotika. Každý osmý člověk mezi 15 a 64 lety si pak přípravky opatřil bez lékařského předpisu či je bral v rozporu s doporučením doktora.





Bude Zdravel úspěšným nástupcem IZIP?

O svůj úhel pohledu na elektronizaci zdravotnictví a na klady i zápory elektronické zdravotní knížky se s námi podělili **Mgr. Jan Petřík**, ředitel Institutu pro podporu elektronizace zdravotnictví, z.ú. a **doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.**, bývalý ministr zdravotnictví a člen Správní rady VZP.

Foto: archiv Jana Petříka



1. Elektronická knížka Zdravel má ambice být efektivnější inovací svého předchůdce, systému IZIP. Kde vidíte hlavní přednosti a vylepšení nového elektronického projektu?
2. Proč podle vás projekt IZIP nenaplnil očekávání a selhal? Kde byly jeho slabiny?
3. Myslíte si, že Zdravel bude úspěšnější než IZIP? Jaké podmínky musí být splněny, aby měl Zdravel smysl?

Mgr. Jan Petřík

1. Nejsme a nechceme být pouhou inovací, Zdravel je zcela novým řešením. Z historie jsme si vzali pozitivní nápady a omyly opakovat nechceme. Základ Zdravelu je poskytnout pacientům i lékařům možnost mít všechny zdravotní záznamy v elektronizované podobě. Dnes jsou totiž většinou „papírové“. Nosným pilířem je však myšlenka, že elektronizace má lékaři práci zjednodušovat a snižovat administrativu. Na straně pacienta pak má vést k lepší prevenci a delšímu životu. Chceme být modernější, uživatelsky přívětivější a hodláme respektovat moderní trendy. Mohl bych tu vyčerpát celou stranu na popisy vylepšení oproti IZIP. Radši zmíním jeden další podstatný aspekt – vývoj Zdravelu je financován ze soukromých zdrojů. Zde máte další zásadní rozdíl.

2. Pokud bych chtěl být pozitivní, musel bych odpovědět, že IZIP o několik let předběhl svou dobu. Elektronizace zdravotnictví je trendem už prakticky ve všech vyspělých státech světa, v Česku máme za sebou de facto jenom menší krůčky. Ovšem nápad vést elektronický zdravotní záznam pro pacienty byl velmi progresivní a ve světě už dnes normálně funguje. I proto jsme koupili vlastníka systému a 2,5 mil. ověřených identit klientů. Jen jejich získání je, mimochodem, investicí ve výši mnoha set milionů korun. Oblastí, kde by IZIP mohl být lepší, je orientace na konkrétní případy. Dnes jsou již notoricky známy diagnózy, u nichž je řízená zdravotní péče včetně online sběru dat, mnohem efektivnější, než klasický systém kontrol po několika měsících. Hovořím o monitoringu cukrovky, kardiovaskulárních chorob, bolesti, obezity a dalších chronických chorob.

Jeden příklad za všechny. Naše aplikace běží v projektu diaBetty, díky níž si mohou ženy samy kontrolovat těhotenskou cukrovku, kterou jim lékař diagnostikoval. Diabetolog vše sleduje online a může efektivně reagovat na možné problémy. Ženy tak nemusejí chodit na tolik kontrol, ušetří si zbytečné nervy a stres. Samy se lépe starají o své zdraví.

3. Píše se rok 2017. V Dánsku, Švédsku, Finsku a dalších zemích mají pacienti podobný systém k dispozici řadu let, dostávají špičkové informace a vede je to k mnohem lepšímu zacházení s vlastním zdravím. Česká republika prostě a jednoduše nemůže zůstat tak pozadu. Zdravel budujeme jako volnou platformu jak pro pacienty, tak pro lékaře, zdravotní pojišťovny i stát. Dám příklad – dnes se stále debatuje o GDPR. Zdravel je systémem, který striktní požadavky na ochranu osobních dat pomáhá splňovat.

Ptáte se, kolik procent pacientů musí být zapojeno? Je to otázka přístupu konkrétní osoby. Pokud se chcete o své zdraví a lepší léčbu starat, jste ve Zdravelu vítáni. Náš systém je dobrovolný a nabízí možnost budovat postupně komunitu lidí, kteří chtějí lepší a zdravější život. Lékařům pak nabízíme zjednodušení administrativy a více času na pacienty.

Foto: archiv MF



doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.

1. Společnost Zdravel, která je pokračovatelem projektu IZIP, nabízela již v roce 2016 pro vrcholové sportovce zdravotní knížku ve formě aplikace pro mobilní telefon. V říjnu letošního roku přišla s komerčním produktem, jenž zdarma nabízí bazální verzi, jež umí přijímat a shromažďovat zdravotní informace pro vlastní potřebu pacienta a v případech nouze zjistit jejich použití záchrannou službou. Dále jsou k dispozici širší, ale zpoplatněné verze v ceně mezi 69 až 599 Kč/rok, umožňující sdílet pacientova data s lékařem, využití tele-medicínských prvků, využití programů personalizované zdravotní péče pro chronicky nemocné či aplikace zmíněných možností, vyvinutých pro sportovce. Podrobnosti lze nalézt na Internetu, ale z veřejných zdrojů nelze funkčnost nového systému podrobněji hodnotit.

2. Principy IZIPu byly velmi novátorské a dlouho si od nich zdravotnictví slibovalo, že se stane nejen zdravotní knížkou pro potřeby pacienta, ale také nástrojem pro výměnu informací o pacientovi mezi ošetřujícími lékaři. O IZIPu se hovořilo jako o projektu, který byl oceňován i ve světovém měřítku. Pokud se v prvních letech jeho zavádění něco kritizovalo, tak to byl paradoxně jen fakt, že je závislý na souhlasu pacientů a není ze zákona povinný. Z dnešního pohledu je jasné, že žádná výměna údajů mezi poskytovateli zdravotní péče již nikdy bez souhlasu pacienta možná nebude, a tato limitace IZIPu dnes relevantní není. Domnívám se proto, že hlavní příčinou neúspěchu IZIPu v praxi byla snaha, aby fungoval jak pro osobní potřeby pacienta, tak i pro potřeby lékařů. Tomuto zadání je velmi obtížné přizpůsobit strukturu informací, jež vyhovovala oběma skupinám uživatelů.

3. Myslím si, že stupeň rozšíření Zdravelu ani míra vládní podpory nejsou klíčem k úspěchu. Tím je především struktura údajů, jež bude zdravotní knížka obsahovat, a jak se do ní budou stahovat z velmi podrobné databáze Zdravel/IZIP. Složití pacienti mají obrovské množství zdravotnických záznamů, které obvykle v rámci více poskytovatelů nemají standardní hierarchii a neobsahují shrnutí, jako jsou epikrízy, zjednodušené zprávy o hospitalizaci, časové řady vybraných laboratorních parametrů aj. Nesourodné soubory zdravotnické dokumentace pak neumožňují rychlou orientaci, nezbytnou pro rozhodování nového ošetřujícího lékaře.

Snahou tvůrců elektronických zdravotních knížek by mělo být vytvoření jakési stručné a přehledné elektronické „karty pacienta“, z níž by pomocí odkazů bylo možné vstupovat do specifických částí pacientovy historie, které jsou k dispozici. Pokud Zdravel či kdokoliv jiný k řešení problému přispěje a najde způsob, jak se bude karta jednoduše aktualizovat, bude to významný počín, jenž může přehlednost zdravotnické dokumentace výrazně posunout kupředu.

Připravil Mgr. Denis Drahoš



Téma: Etika při řízení společnosti

1. Řízení firmy není jenom o ekonomických výsledcích. V jakých chvílích přemýšlíte nad etickou stránkou vaší profese?

2. Image firmy se tvoří také uvědomělou společenskou odpovědností firmy. Které nástroje uplatňujete pro získání konkurenční výhody vaší společnosti?

PharmDr. Jiří Stránský

business Director Pharma, Sprinx Systems, a.s.



1. Nad etickou stránkou práce nepřemýšlíte, etické otázky, které se objevují při každé vaší činnosti, prostě vnímáte. Nastavení etického žebříčku je individuální a je ovlivněno vším, s čím se v životě setkáme a podle čeho v etických otázkách reagujeme. Etické otázky se objevují jak v případě aktivit obrácených ven, tedy směrem ke klientům, tak i při řešení a rozhodování směrem dovnitř. Podle mého názoru je důležité mít stanoven jasný a srozumitelný firemní i osobní etický rámec, který stanoví etické mantinely a usnadní posuzování a rozhodování v situacích, které business přináší.

2. Jako firma si svou společenskou odpovědnost uvědomujeme. Nevnímáme ji jako prvoplánovou snahu o konkurenční výhodu, ale jako zprávu našim zákazníkům, zaměstnancům a partnerům, že dokážeme rozpoznat společenské problémy a hledáme své způsoby, jak je řešit. Například dlouhodobou podporou charitativních projektů, nebo zaměstnáváním kolegů s handicapem, z nichž někteří si u nás budují reálnou kariéru, nebo nabídkou míst s různým profilem na praxi pro studenty, která jim umožní v budoucnu hladší vlastní kariéru. Neděláme velké věci, ale jsme přesvědčeni, že jde o věci užitečné.

MUDr. Jiří Pešina

ředitel komunikace ve společnosti ROCHE



1. O etice přemýšlím často a z různých pohledů. Roche investuje do výzkumu a vývoje každý rok neuvěřitelných 9,9 miliardy dolarů, kdy jako lídr v oblasti personalizované medicíny vyvíjí nové moderní léky a diagnostické metody. Následně získání úhrady pro nový lék, která zajistí jeho faktickou dostupnost pro pacienty, je dlouhým a nejistým procesem. Přitom např. onkologičtí paci-

enti nemají čas čekat na výsledek táhnoucích se řízení a nového léku se třeba ani nedočkají. Zamýšlím se i nad nerovným přístupem k moderní léčbě, kdy záleží na době, ve které pacient onemocněl nebo na zdravotní pojišťovně, u které je pojištěn. Přemýšlím také na tím, zda významně prodloužení života u pacienta s generalizovaným nádorem lze vůbec finančně vyčíslit. Není mi lhostejná ani situace lékařů, pokud by museli rozhodovat, který pacient lék dostane a kterému bude léčba odepřena. Další etické otázky mě napadají ve chvíli, kdy je úspěch medicínského výzkumu rychlejší než připravenost systému. Příkladem je možnost genomového testování nádoru. Pacient se dozví, zda ve světě existuje léčba účinkující přesně na jeho typ nádoru, ovšem i když léčba existuje, tak v ČR nemusí být dostupná. Je etické nabízet takový test pacientovi, i když je z medicínského hlediska vynikající?

2. Neřekl bych, že nám naše uvědomělá společenská odpovědnost přináší konkurenční výhody. Spíše si myslím, že náš výjimečný přístup vytváří trvalou udržitelnost, která je nedílnou součástí naší strategie a můžeme na ní být hrdí. Společnost Roche byla letos již po deváté v řadě vyhlášena lídrem v trvalé udržitelnosti v žebříčku zdravotnických společností v indexech Dow Jones, protože si vedeme zvláště dobře v oblasti nákladů na zdravotní péči, etických marketingových postupů a strategie v oblasti klimatu. Dále byla naše společnost v roce 2017 poprvé označena mezinárodní neziskovou organizací CDP za světového lídra v oblasti udržitelného hospodaření s vodou. Cílem Roche je snížit do roku 2020 spotřebu vody na zaměstnance o 10 %. Ze společenského hlediska má dlouholetou tradici naše transparentní spolupráce s patientskými organizacemi a nedávno jsme např. vytvořili i pracovní příležitost pro ženu se zdravotním handicapem, která by jen obtížně hledala uplatnění na trhu práce.

MUDr. David Kostka, MBA

generální ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR



1. Popravdě? Téměř nepřetržitě. Uvedu vám příklad. Každým dnem vznikají nové léčebné postupy a léčiva, které jsou často velmi finančně náročné. Zároveň je zdravotní pojišťovna zcela svázána platnou legislativou, a tak může svým klientům hradit jen tu léčbu, která je schválena coby hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Nové léčebné postupy a farmaka mezi ně ve většině případů nepatří. Pak nastává okamžik, kdy pojištěnec vyžaduje určitou zdravotní péči, ale pojišťovna mu nemůže vyhovět, protože by tak porušila zákon.

V té souvislosti se hodně diskutuje o tzv. § 16, kvůli kterému může zdravotní pojišťovna ve výjimečných případech zaplatit i to, co není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Avšak pouze v případě, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

Zatímco v roce 2011 jsme schválili cca 1500 takových žádostí v hodnotě 19 milionů korun, za pět let už bylo přes 3200 schválených žádostí v hodnotě vyšší než 220 milionů korun. Letos ještě není konec roku a na výjimečnou péči jsme již vyplatili téměř 272 milionů korun pro skoro 2800 klientů. Vybálcovat upřímnou snahu pomoci s reálnými možnostmi zdravotní pojišťovny je stále složitější. Nad pojišťovnami stojí řada kontrolních orgánů, které dohlížejí na oprávněně vynakládání veřejných prostředků, a jejich úředníky zajímají jen čísla. Probírají jednu položku za druhou, zda jsme náhodou nezaplatili pacientovi něco víc, než jsme mohli. Kontrolní orgány zajímají rozměry ekonomické, nikoli etické.

Myslím, že je nejvyšší čas začít otevřeně hovořit o těchto disproporcích a o změně systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Serióznost, vstřícnost, komunikace. Tři hesla, která se snažíme v ZP MV ČR jak vůči klientům, tak i ostatním partnerům uplatňovat. Snad to potvrzují i výsledky: jsme držiteli dvou ocenění Zdravotní pojišťovna roku a jako jediná zdravotní pojišťovna v zemi máme mezinárodní ocenění kvality Czech Superbrands 2017.

Mgr. Jakub Dvořáček, MHA

výkonný ředitel AIFP



1. Otázky týkající se etiky prostupují celou řadou projektů a činností Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. Takže se všichni - výkonný tým i kolegové z členských společností, jež jsou angažováni v pracovních skupinách a platformách - zamýšlejí nad etickými aspekty poměrně často. Společnosti se připojením k Asociaci zavázaly dodržovat přísný etický kodex a další seberegulační pravidla jdoucí ještě nad rámec platné legislativy. Naším cílem je posouvat hranice ještě dále. Farmaceutický průmysl si nese z minulosti určitá stigmata, ale věříme, že to nebude navěky.

Zmíním několik konkrétních aktivit: Školíme a certifikujeme reprezentanty členských společností, aby veškeré etické i právní mantinely své práce dobře znali. Jde o pracovníky, kteří jsou v pravidelném kontaktu s lékaři. Zveřejňujeme data o podporovaných vzdělávacích seminářích a kongresech pro odbornou lékařskou veřejnost. Etická komise AIFP rozhoduje o případných sporných otázkách a může udělit členům pokutu.

2. Jsme nezisková organizace, a tak se nacházíme v jiné situaci než představitelé firem. Nesnažíme se získat žádnou konkurenční výhodu. Místo toho provozujeme užitečné projekty pro veřejnost (například poradnu o lékových interakcích Známe své léky nebo Akademii patientských organizací), abychom zlepšovali image inovativního farmaceutického průmyslu jako celku.



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 řešit vzniklé spory se zdravotní pojišťovnou mimosoudní cestou

Mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou, stejně jako mezi kterýmikoliv jinými smluvními partnery, se mohou při plnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb objevit sporné záležitosti. Při jejich řešení není vždy nutné obracet se na soud, ale lze využít institut smírčího jednání.

Smluvní vztah mezi pojišťovnou a poskytovatelem reguluje vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Z ní i ze smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb vyplývá, že smluvní strany mohou případné spory týkající se plnění smlouvy řešit v tzv. smírčím jednání.

Smírčí jednání v praxi

Smírčí jednání může být navrženo kteroukoli smluvní stranou. Bývá zahajováno zpravidla z podnětu poskytovatele zdravotních služeb, který nesouhlasí s výší úhrady za poskytnuté hrazené služby, nebo se závěry plynoucími z revizní činnosti zdravotní pojišťovny.

Z výše uvedené vyhlášky i ze smlouvy uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb vyplývá, že i když je podán návrh na zahájení smírčího jednání, není druhá strana povinna návrh na konání smírčího jednání akceptovat. Návrh může být jeho adresátem i odmítnut, přičemž se tak může stát zejména v situacích, kdy je zřejmé, že konání smírčího jednání by nemohlo vést k dosažení dohody.

Smírčího jednání se na straně poskytovatele účastní zástupce profesního sdružení poskytovatele. Pojišťovna je zastupována pověřeným zaměstnancem. Obě strany si mohou k jednání přizvat i zvolené odborné poradce.

Výsledkem smírčího jednání může být buď smíř, tj. dohoda na oboustranně přijatelném a právně ob-



Mgr. Karel Kvasnička
ředitel Právního odboru

hajitelném řešení veškerých sporných otázek, případně části z nich, nebo konstatování, že rozpor mezi účastníky se nepodařilo odstranit, s uvedením stanovisek obou stran.

Přínosy smírčího jednání

Jednoznačné pozitivum smírčího jednání lze spatřovat v tom, že účastníci mají možnost si své postoje neformálně vysvětlit, a to bez nadbytečných nákladů na případný soudní spor. Tím, že se jednání účastní zpravidla výhradně odborníci, kteří se v oblasti zdravotnictví orientují, odpadá i nutnost zdlouhavě vysvětlovat právní i odborné otázky spojené s předmětem sporu, což je v soudním řízení zcela nezbytné. Nepředvídatelnost soudního rozhodování v oblasti úhrad z veřejného zdravotního pojištění je realitou, s níž se potýkají jak poskytovatelé, tak i zdravotní pojišťovny. Dohoda dosažená bez účasti soudní moci tedy může být pro obě strany efektivním řešením jejich rozporů.

Limity smírčího jednání

Přes všechny přínosy smírčího jednání je však třeba upozornit i na jeho limity. Ty jsou dány skutečností, že v jeho rámci strany jednají o veřejných prostředcích. Účastníci jednání tedy musejí hledat řešení nejenom oboustranně ekonomicky akceptovatelné, ale zejména takové, které stojí i z hlediska všech veřejnoprávních předpisů, jež oblast veřejného zdravotního pojištění regulují. Nelze tedy například, a to ani částečně, z veřejného zdravotního pojištění hradit služby, které jsou dle příslušných právních předpisů či uzavřené smlouvy nehrazené.

VZP dá v roce 2018 na péči 171,6 miliardy Kč.

Oproti uplynulému roku je to o 11 miliard více.

Přidáno dostanou všechny segmenty.

Být naším partnerem se vyplatí!



Otevřený dopis senátorům

Vážená paní senátorko, vážený pane senátore,

jako představitelé lékařů, stomatologů a lékárníků dlouhodobě a opakovaně upozorňujeme na nebezpečí vyplývající ze zavedení povinné elektronické preskripce od 1. 1. 2018. Zároveň vysvětlujeme, že nejsme zásadně proti elektronizaci zdravotnictví, ovšem za předpokladu, že nám usnadní práci, omezí zbytečnou administrativu a ušetří čas, který bychom mohli věnovat odborné práci a svým pacientům. Samozřejmostí z našeho pohledu musí být zároveň zajištění osobních údajů a bezpečnosti celého systému.

Státním ústavem pro kontrolu léčiv připravený systém elektronických receptů bohužel nesplňuje podmínky, na jejichž základě by bylo možno ospravedlnit jeho povinného vymáhání. Naopak. Je nám vnucováno polovičaté řešení, které v předložené podobě nepřináší žádnou přidanou hodnotu pacientům ani zdravotnickým profesionálům. Neumožní nám využít poznatky o aktuální farmakoterapii jednotlivých pacientů a pouze zvyšuje naši administrativní zátěž. Jedná se navíc o systém v praxi dostatečně neproověřený zátěžovými testy. A pro případ jakékoli havárie, ať již způsobené výpadkem Centrálního úložiště nebo kolapsem internetového připojení, není připravena spolehlivá náhradní varianta zajišťující plošnou funkčnost systému předepisování a výdeje léčivých přípravků.

Naše profesní samosprávy v zájmu bezpečnosti pacientů trvají na stanovisku, že elektronické recepty musejí i po 1. 1. 2018 zůstat pouze nepovinnou možností. Pacient musí mít právo elektronický recept odmítnout, aniž by byl trestán tím, že mu bude odpírána potřebná lékařská péče. Lékaři, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou elektronické recepty vystavovat, musí mít právo i nadále vykonávat svoji praxi a vystavovat svým pacientům recepty klasickým způsobem. Elektronické recepty připravené Státním ústavem pro kontrolu léčiv nepřináší zdravotníkům, zdravotním pojišťovnám a především ani pacientům prospěch, který by vyvážil hrozící pokles dostupnosti lékařské péče způsobený nuceným uzavřením řady privátních lékařských praxí. Upozorňujeme, že toto nebezpečí hrozí zejména na venkově, kde již v současnosti je pro pacienty lékařská péče špatně dostupná.

Vážená paní senátorko, vážený pane senátore,

dovolujeme si Vás tímto požádat o pomoc. V této chvíli prosíme o podporu přijetí senátního návrhu zákona senátorů Vladimíra Plačka, Milady Emmerové, Evy Sykové, Aleny Šromové, Boženy Sekaninové, Lubomíra France, Jiřího Voseckého, Jaroslava Doubravy a Václava Homolky, kterým se mění zákon č. 70/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších zákonů.

V úctě

MUDr. Milan Kubek
prezident, Česká lékařská komora

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
prezident, Česká stomatologická komora

PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident, Česká lékárnická komora

V Praze, dne 4. 12. 2017

Inzerce M171000575

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek

Motivační diář DOLLER ZDARMA!

Nedatovaný motivační diář, který ti pomůže splnit si své sny. Díky svým originálním funkcím poslouží jako organizovaný nástroj seberozvoje a sebemotivace. Měj své sny, plány a nápady na jednom místě a využij své svůj čas efektivněji.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen
do 21. 1. 2018.

Předplatné na rok
pouze za 399 Kč.



Předplaťte 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 **ZM1217**. 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 **ZM1217**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



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



S lékaři nás pojí spolehlivost, kvalita a odpovědnost

S úsměvem vzpomíná na svůj první vůz, jímž byl Trabant, za něhož si nakonec koupil vysavač. Dnes **Martin Peleška** řídí českou centrálu firmy Toyota, která na kartu hybridního pohonu vsadila již před čtyřiceti lety a jejíž první vůz s tímto pohonem vyjel na cesty před dvěma dekadami. Dnes považuje hybridní vozy a ekologickou dopravu za společensky odpovědný standard.

Toyota a Lexus se staly partnerem konference Zdravotnictví 2018. Proč cílíte právě na segment zdravotnictví? Má to souvislost s ekologickými ambicemi značky?

Nechceme se profilovat výlučně jako ekologická značka. S daným sektorem jsme se spojili z několika důvodů. To, co nás sblíží, ať pod značkou Toyota nebo Lexus, je kvalita, spolehlivost, odpovědnost, technologie a inovace. Sázíme na budoucnost alternativních pohonů i ekologie. Proto směřujeme do zdravotnictví. Jde o obor, který se pořád vyvíjí a snaží se odpovídat na nové výzvy. O totéž se usilujeme i my, nechceme totiž jen přinášet řešení, tedy pomyslný lék, ale chceme rovněž současnou situaci udržet stabilní a dodávat řešení, jež jsou funkční.



Diesellové motory dostaly v poslední době několik ran. Jednou z nich byl emisní skandál Volkswagenu, jinou zvažovaný zákaz motorů v centrech měst Evropské unie. Opouští Toyota uvedený segment zcela?

Toyota daný segment nemusí opouštět, odpoutala se od něho – alespoň mentálně – vlastně už dávno. To, jak lidé vnímají kauzy okolo naftových motorů, je založeno právě na aférách, ale nikdo už příliš nezkoumá, jak vznikly. Dnes převážná většina lidí vnímá ekologickou dopravu zejména s ohledem na CO₂, ale problémy týkající se dieselu jsou spojeny zejména s oxidy dusíku a pevnými částicemi. Smogová situace ve městech je z jedné pětiny způsobena spalovacími motory. Škodlivé látky pak negativním způsobem přispívají k vyššímu výskytu rakoviny. I proto dnes nabírají na obrátkách aktivity zaměřené na regulaci diesellových motorů. Mnozí se diví, jak může být ekologická lobby tak silná,

že dokáže ovlivňovat automobilový průmysl. Postupně totiž vyplavalo na povrch, že nešlo jen o skleníkové plyny, ale o celkový dopad na zdraví lidí.

Mnoho lidí se hybridů či vozidel s čistě elektrickým pohonem obává. Neví totiž, kde by je nabíjeli. U hybridů jde o mýtus, jejich baterie se totiž dobíjejí rekupeací při brzdění. Je to skutečně tak jednoduché?

Ano, začínáme velmi zajímavé období. Když se podíváme na vývoj automobilismu, nedělo se nikdy nic tak razantního, jako se odehrává právě nyní. Toyota na hybridní kartu vsadila už před čtyřiceti lety, kdy začala hybridní auta vyvíjet. Na trhu se pak objevila v roce 1997. Od té doby se celosvětově prodalo 11 milionů vozidel s kombinací benzínového motoru a elektromotoru, jež si vzájemně pomáhají nebo běží souběžně. Baterie se dobíjejí rekupeací, což z hybridních vozů činí soběstačný elektromobil.

V současnosti není elektromobil napájený ze sítě životaschopný. Výrobci by měli respektovat, jak se automobily používají nyní a jak se budou používat v budoucnosti.

Češi ale hledají praktický a spolehlivý vůz. Tvrdíte, že hybridní pohon je spolehlivý a ověřený. Jak dlouhou životnost má baterie?

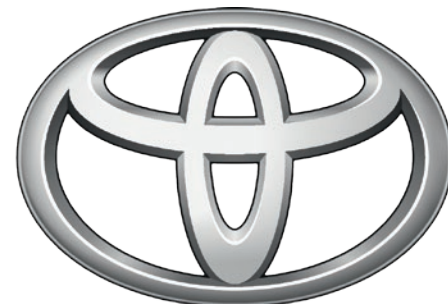
Ročně se prodá okolo milionu aut s hybridními pohony. Na pohon i na baterii je desetiletá záruka bez omezení kilometrů. Výhody člověk ocení hlavně při používání, tedy zejména nižší spotřebu než u běžného vozu. Naměřili jsme, že pokud jezdíte po městě standardní rychlostí, tak se dá jezdit během dne z 63 procent na elektřinu, rekuperace využívá brzdění motorem, proto se ani brzdové destičky a tlumiče neopotřebovávají, jako je tomu u normálního auta. Člověk se cítí mnohem komfortněji, k čemuž přispívá jak automatická převodovka, tak i plynulý rozjezd či pružnější zrychlení.

Dalším mýtem je, že jsou automobily s hybridní technologií drahé...

Většina hybridních aut (při srovnání výbavy, protože mají automatickou převodovku nebo jde o čtyřkolky) stojí podobně jako jiné dobře vybavené diesellové vozy. Všechny hybridy, které uvádíme na trh, jsou dokonce na stejné cenové úrovni nebo i levnější, než benzínové varianty. S větším počtem prodaných aut a s rozšířením technologií jsou stále dostupnější. Vezměte si třeba model Yaris, jeho cena je velmi výhodná.

Ale co segment SUV, například Toyota RAV4?

I zde se za posledního půl roku prodalo mnoho hybridních variant, aktuálně tvoří hybridní mix u tohoto modelu téměř 90 procent. Tento vůz plně odpovídá potřebám rodiny a zároveň jde o volnočasové auto, s nímž můžete vyrazit mimo silnice. Dneska můžeme hybridní pohony nabídnout opravdu v široké škále modelů.



TOYOTA

Zdá se mi, že takový druh vozu užijí nejvíce lidé, kteří se pohybují v osídlených aglomeracích s hustou dopravou, ale že na dálnici či rychlejších úsecích okresek benefity hybridů nejsou tak razantní. Zřejmě je vůz určen hlavně pro klidné řidiče.

Máte pravdu, jeho největší efektivita se ukáže v příměstském či městském provozu. Ale i na dálnici dosahují hybridní vozy velké dynamiky. Další generace vozů navíc nabídne ještě silnější typ hybridního pohonu. Máme v nabídce i 300 či 500koňové benzínové varianty vozů. Snažíme se vnímat a sledovat, co si přejí naši zákazníci, naslouchat a vyhovět jim. To je pro nás závazné a to by mělo určovat směr, který je životaschopný.

Ve filmu Vesničko má středisková hrál Rudolf Hrušínský doktora, který se rád kochal krajinou, ale často havaroval. Když jsem vůz testoval, zdálo se mi, že díky nejmodernějším technologiím je to téměř nemožné. Spoléhat na techniku může být i nebezpečné, nemyslíte?

Lidé dnes při řízení dělají různé věci. Dříve se možná kochali, nyní stíhají mnohem více činností. Auta proto hlídají jízdní pruhy, využívají radar, aby kontrolovala vozy před vámi, a zpomalí či se rozjíždějí zcela bez zásahu řidiče, což je vlastně další krok na cestě k autonomnímu řízení. Všechny bezpečnostní prvky by měly lidem zjednodušit řízení a pomoci jim dojet do jejich cíle. Zatím by ale rozhodně neměly nahradit řidiče.

Řekl jste, že prodeje hybridů dnes činí zhruba čtvrtinu prodaných vozů. Jedním z velmi zdařilých světových marketingových sloganů je „Today. Tomorrow. Toyota.“ (v překladu: Dnes. Zítřka. Toyota), v Čechách se ale více ujal: „Nic není nemožné, Toyota.“ Chystáte slogan i pro hybridy?

Dnes již považujeme naši hybridní technologii za standardní, a proto ji nechceme nijak vylučovat. Už delší dobu používáme „always a better way“ neboli „vždy lepší cesta“. Snažíme se tím říci, že vytváříme stále lepší automobily pro lepší mobilitu. Ale můžeme to vzít komplexně. Toyota se stala globálním partnerem paralympijských her a spolupracuje mimo jiné na vývoji protetiky, což pomáhá posunout lidi dál, ale také předurčuje další budoucí vývoj.

Děkuji za rozhovor.

Mgr. Denis Drahoš

Úhradová vyhláška směr zdravotní péče neurčuje

Stejně jako na konci roku minulého roku se i letos sešli zástupci regulátorů, plátců i poskytovatelů zdravotní péče, aby debatovali nad smyslností Úhradové vyhlášky (ÚV) a změnami, které jsou plánovány pro rok 2018.

V úvodním vystoupení zdůraznil MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA, náměstek ministra zdravotnictví ČR, že v současném legislativním nastavení stále považuje ÚV za potřebný nástroj, který brání chaosu ve financování zdravotní péče. Vyhláška vychází ze zákonného zmocnění, podle něhož stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad a záloh hrazených služeb i regulační omezení na následující kalendářní rok. Pro rok 2018 pracuje s celkovým rozpočtem 283 miliard. Na pojistném se podle predikce vybere o 15 miliard více a díky rezervám bude reálná částka ještě o miliardu a půl vyšší. Pouze 12 % prostředků z meziročního nadvýběru pojistného je možné volně použít, 88 % se odvíjí od vládních priorit, růstu mezd a platů. Zohledňuje příplatky sester, legislativní změny, e-recepty, doplatky na léky atd. Odrážejí se v ní také demografické ukazatele a přirozený vývoj.



Úhradová vyhláška 2018 – konference ANDROSA

Větší úhrady pro nemocniční péči

Co se týče nárůstu úhrad péče pro rok 2018, u ambulantní péče se přepočlává 2,6 mld., nemocnice dostanou 0,3 mld. více, z nichž se musí zaplatit i slíbené navýšení platů, jejich růst se odvíjí od velikosti zařízení, menší získají navýšení vyšší. Následná péče získá o 1,7 mld. více, tzv. centrové léky s úhradovým symbolem „S“ o 1,4 mld. navíc. Vyhláška počítá i s proplácením výkonů nemocnic nad plánovaný objem, čím více jich ale bude, tím se částka ponížší. Za výkony nad 130 % dostanou nemocnice polovinu. Nebude se to týkat porodů, novorozenců, léčby HIV nebo psychiatrické péče.

Náklady na tzv. centrové léky kontinuálně stoupají, jde zhruba o roční nárůst o 1 mld. Ten nebude stejný pro všechna centra, ale bude se lišit podle oblastí. Například pro léčbu rozdělilo MZ úhrady do více diagnostických skupin. Vyšší růsty jsou plánovány u hematologie, neurologie, infekce, na léčbu metabolických vad nebo imunitního systému půjdou stejné prostředky jako loni. Praktičtí lékaři dostanou zhruba stejně jako loni, u ambulantních specialistů se oproti minulému roku plánuje nárůst o 1,8 %.

Od regulace k „value-based healthcare“

Následující konferenční příspěvky se nesly spíše v kritickém duchu. Předsedkyně Lékové komise Svazu zdravotních pojišťoven ČR Mgr. Kateřina Podrazilová se věnovala lékové politice z pohledu zdravotních pojišťoven. Zdůraznila, že jen málokterá evropská země reguluje léčiva jak finančně, tak i na základě preskripčních a indikačních omezení. I přesto, že jsou léky regulovány, náklady na centrové léky nezadržitelně rostou. Systém stále více utrácí za velmi úzký program specializované péče, kde náklady na jednoho pacienta mohou dosáhnout i milionů Kč ročně, což je dlouhodobě neudržitelný stav. Koncept „švédského stolu“ českého zdravotnictví kritizoval i MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., ředitel Value Outcomes, s.r.o. Český zdravotní systém je podle něj zaměřen na maximální dostupnost zdravotní péče. Model „volume-based health care“ je dlouhodobě neufinancovatelný a musí nutně směřovat k systému, kde nezáleží na objemu, ale na efektivitě – dosažení zdraví, které lze měřit mortalitou, morbiditou či kvalitou života. Jen uvedený základ může určovat směr toku finančních prostředků.

Podle MUDr. Doležala pokračuje ÚV jen v setrvačnosti současné struktury zdravotního pojištění. Přitom informace o tom, za co platíme, získat lze. Zmínil se o programu platném v německých nemocnicích, kde od roku 2004 existuje 350 strukturálních, procesních a výsledkových indikátorů kvality ve 30 terapeutických oblastech. Od roku 2015 jsou zohledněny v platbách pojištěnec. Co se týče rostoucích nákladů na tzv. centrové léky, tak v drtivé většině neodrážejí skutečnou potřebu moderní léčby. Specializovaná centra mají omezené rozpočty a pro řady skupin pacientů se stává léčba nedostupná. Příkladem jsou 15 let dostupná biologická léčiva na psoriázu či revmatoidní artritidu, která nemohou být předepisována ambulantními specialisty mimo centra.

Pohled ze strany poskytovatelů nabídl i MUDr. Zuzana Friedmannová z FN Motol, podle níž je ÚV zastaralá, neodpovídá na otázky kolem úhrady nově vstupujících ATC skupin a diagnóz. Není také jasné, jak budou financovány léky, jejichž léčba stojí miliony Kč ročně. Rovněž PharmDr. Michael Krejsta, MBA, který byl zároveň moderátorem konference, ve své prezentaci připomněl, že systém, závislý pouze na veřejném zdravotním pojištění, je bez vytváření dostatečných rezerv dlouhodobě neudržitelný. Zatím systém nepovažuje za krizový, ale je zapotřebí realokovat finanční zdroje a podporovat efektivnost a transparentnost zdravotnického systému. Za jeden z nutných kroků považuje optimalizaci sítě poskytovatelů zdravotních služeb. Zvyšovat by se také měla spoluúčast pacientů.

Svět bez ÚV by si většina účastníků celodenní konference dovedla docela dobře představit. Záleží na odvaze příštích ministrů zdravotnictví i poslanecké podpoře. Bez legislativních zásahů půjde jen o další prohlubování regulace a přerozdělování finančních prostředků.

Mgr. Pavlína Perlíková

Foto: ANDROSA s.r.o.

Inzerce M171000578

ALKOHOL MŮŽE ZPŮSOBOVAT RAKOVINU

CENTRUM
VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ
SE ZAMĚŘENÍM NA
ALKOHOL

KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE
ve spolupráci se
STÁTNÍM ZDRAVOTNÍM ÚSTAVEM

www.alkoholpodkontrolou.cz

ČÍM VÍCE
INFORMACÍ
ZÍSKÁTE, TÍM
LEPŠÍ BUDOU
VAŠE ROZHODNUTÍ



MATERIÁL VZNIKL V RÁMCI PROJEKTU: „Příprava a spuštění veřejnozdravotního centra se zaměřením na alkohol“ | ROZHODNUTÍ č. OZS/65/4141/2017 o poskytnutí účelového neinvestičního příspěvku ze státního rozpočtu ČR na rok 2017 přímo řízeným organizacím MZ ČR ze dne 11. srpna 2017.







NESEM VÁM NOVINY...

Adventní doba přináší řadu tradičních kulturních či charitativních akcí. Mnoho z nich se odehrává také ve zdravotnických zařízeních. Neseme vám noviny alespoň o některých z nich.

Ve strakonické nemocnici zpívali koledy

Vánoční strom tradičně rozsvěcují v areálu strakonické nemocnice, kde letos potěšili pacienti i děti z Dětského centra Jihočeského kraje, o.p.s., již 30. listopadu. Akce se zúčastnili starosta Vodňan Václav Heřman, starosta Volyně Václav Valhoda, starosta Sedlice Jiří Rod, místostarosta Strakonice Josef Štrébl, hejtmanka Jihočeského kraje Ivana Stráská a ředitel strakonické nemocnice MUDr. Bc. Tomáš Fiala, MBA. Přihlížející si mohli poslechnout a zazpívat vánoční koledy, jež zahrálo dechové kvarteto. Okolo vánočního stromu vznikl i relaxační koutek z bílých kamínků, evokující sněhovou nadílku.

(red)



Mikuláš nezapomněl na malé pacienty



Mikuláš s krásnými anděly a rozvernými čerty zavítal také na dětské oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. Studenti třetího ročníku Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Zlín, kteří chodí na dětské oddělení pravidelně, potěšili malé pacienty nejen kostýmy a scénkami, ale také dárčky. Na otázku ohledně zlobení sice děti odpovídat nechtěly, zato ochotně Mikulášovi předvedly básničky nebo písničky. A musely se předvést i sestřičky z oddělení, básničku dokonce zarecitovala primářka dětského oddělení MUDr. Lucie Svitálková. Za malými pacienty se ještě vydají 18. prosince herci Městského divadla Zlín a také i zlíňští fotbalisté.

Mgr. Dana Lipovská

I v nemocnicích chodí Mikuláš

Ve všech nemocnicích Královéhradeckého kraje je v předvánočním čase veselo. Především pro děti, seniory či dlouhodobě hospitalizované pacienty se konají různé předvánoční kulturní a zábavní akce, aby alespoň na chvíli zapomněli na své starosti. Pacienty dětských oddělení v Náchodě, Jičíně a Trutnově navštěvuje třeba Mikuláš s čerty a anděly, kteří rozdávají drobné dárčky od sponzorů a nemocnic. Seniorům na LDN v Jaroměři a Novém Bydžově přicházejí navodit vánoční atmosféru děti z uměleckých škol. Na oddělení následné péče v Rychnově nad Kněžnou zase přijdou zazpívat studenti gymnázia. Pacienti v rámci terapií vyrábí například adventní věnce a vánoční výzdobu, některé výrobky jsou dokonce i prodejné.

V Novém Bydžově chodí pacienty rozveselit Dobrovolní hasiči z Nepolís, kteří každoročně připravují hudební vystoupení s názvem Vánoční troubení. V Jičíně navštěvují dětské oddělení každý měsíc Zdravotní klauni, a ti mají právě před Vánocemi speciální program - vánoční klauniádu. Jičínská nemocnice také velmi úzce spolupracuje s Oblastní charitou, která chodí rok co rok na Štědrý den s Betlémským světlem a v lednu pořádá Tříkrálovou sbírku. Ruku k dílu a navození adventní a vánoční atmosféry přidávají i studenti místních zdravotnických škol či přímo zaměstnanci nemocnic.

Ing. Magdaléna Doležalová



VÁNOCE V REGIONECH



Nemocnice Frýdlant tvoří i zpívá

V období adventu realizujeme na odděleních následně péče tzv. Adventní ergoterapeutické dílny. Cílem ergoterapie je udržení a rozvoj jemné motoriky a její další rozvinutí – zkrátka zlepšit soběstačnost klienta v každodenních běžných činnostech – například zapnout si zip, knoflíky, odemknout zámek, nalít si kávu do hrníčku a tak podobně. V rámci těchto dílen naši pacienti společně s ošetřujícím personálem připravují výzdobu oddělení, tedy adventní věnec na dveře ke vchodu, ozdoby na stromeček, apod. Výzdoba oddělení je pak limitována jejich provozem. Na většině pracovišť nepřipadá živý stromeček v úvahu, musíme se, bohužel, spokojit s umělým. Začátkem prosince pak připravujeme pro naše pacienty malé vánoční posezení, kdy nám děti z místní základní školy přijdou koledy zazpívat. Zpíváme ale i my. Máme v našich řadách kolegy a kolegyně, kteří umějí hrát na akordeon, klávesy či kytaru.

Během Vánoc zůstává v nemocnici více než polovina klientů právě na oddělení následně péče. Sestřičky se snaží o vytvoření vánoční pohody. Přichází více příbuzných než jindy, kteří nosí pacientům cukroví i jiné vánoční pochoutky.

Dita Fuchsová



Mikulášská nadílka a Štědrý den ve FN Motol

Na Mikulášské a štědrovečerní nadílce, jakož i zajišťování předvánočního programu se v loňském roce podíleli zaměstnanci Pediatrické kliniky z LF UK a FN Motol, ZŠ a MŠ při FN Motol, organizace Zdravotní klaun a Loutky v nemocnici, Nadační fond Kapka naděje, Dobrovolnické centrum FN Motol, studenti z lékařské fakulty UK a další. V předvečer svátku sv. Mikuláše navštěvují jednotlivá dětská oddělení Mikuláš s anděly a čertem. Díky darům dostávají naši malí nemocní nejen sladkosti, ale i drobné dárky, jako jsou plyšová zvířátka a postavičky, stavebnice i další různě pozornosti. Nezapomínáme ale také na pacienty z LDN – centra následně péče, kteří mnohdy nemají žádného svého blízkého, jenž by je potěšil vánočním dárkem či sladkostí.

Poděkování patří nejenom firmám, které nám drobnosti a sladkosti pro malé pacienty věnovaly (IKEA, Haribo, Ferrero, Nestlé), ale také všem, kdo děti v předvánoční čas s dárky navštívili a tato setkání jim umožnili. Velké díky všem organizátorům i dárcům!

Mgr. Luďmila Šimáčková



Prosinec se nese v předvánočním duchu také v Nemocnici Šumperk



Díky dlouhodobé spolupráci s žáky Střední zdravotnické školy v Šumperku navštěvuje pacienty dětského oddělení Mikuláš se svojí výpravou. Pravdou je, že některé děti jeho návštěvu nečekají a jsou hodně překvapeny. Nakonec ale vždy ze své paměti vyloučí nějakou písničku a básničku, za kterou jsou samozřejmě náležitě odměněny v podobě sladkého, ale zdravého balíčku. Právě děti snázejší pobyt v nemocnici velmi těžce. Pokud ale musejí zůstat v nemocnici i přes svátky, nejsou o Štědrý den ochuzeny. Na dětském oddělení nechybí vánoční strom se sladkými ozdobami a figurkovou kolekcí. Pod stromečkem pak na děti čekají drobné dárky a na večeri dostanou bramborový salát i rybu. Přítomnost rodičů je na dětském oddělení samozřejmostí. S dětmi zde mohou být po celou dobu, včetně Štědrého večera. Nemocnice však nezapomíná ani na své ostatní hospitalizované pacienty. Na odděleních nechybějí vánoční ozdoby i stromečky, které se mnohdy zdobí právě ve spolupráci s pacienty. Máme také nemocniční kaplanku, která pro naše dlouhodobě hospitalizované pacienty zaštiťuje řadu aktivit, jež se nesou v duchu Vánoc, a v neposlední řadě poskytuje pro mnoho pacientů nezbytnou duchovní útěchu.

Ing. Hana Hanke

Dařilo se letos společně, které se podílejí na fungování českého zdravotnictví? Jak hodnotí svou letošní úspěšnost a na co se připravují v roce příštím? Bilancují ředitelé a další zástupci vedení firem.

1. Letošní rok byl pro českou ekonomiku velmi vydařený. Jak hodnotíte uplynulý rok ve vaší firmě?
2. Co se vám v uplynulém roce nejvíce podařilo?
3. Nemělo by se, jak se říká, usnout na vavřínech. Jaké výzvy vás tedy čekají v příštím roce?

Ing. Michal Čarvaš, MBA
předseda představenstva
Nemocnice Prachatice, a.s.

**NEMOCNICE
PRACHATICE**
a.s.



1. Rok 2017 byl ve znamení hospodářské konjunktury, jež s sebou přinesla pozitivní věci, ale také rostoucí problém na trhu pracovních sil, který je ve zdravotnictví dlouhodobější a jen se tak prohloubil. Ačkoli se problémy s nahrazením odcházejících zaměstnanců, především zdravotních sester, dotkl i naší nemocnice, podařilo se situaci zvládnout. Za to bych chtěl všem našim zaměstnancům poděkovat. Navíc se tento fakt vůbec neprojevil na produkci, která byla dokonce větší než v referenčním roce, což jen ukazuje důvěru pacientů v prachatickou nemocnici a kvalitu poskytované zdravotní péče. Věřím, že i nově nastoupivší pracovníci z Ukrajiny a dalších zemí využijí svoji pracovní příležitost a budou platnými členy našeho týmu.

2. Za významný úspěch považuji získání dotačních prostředků z programů IROP Návazná péče i v projektech eHealth. Pro naši malou nemocnici jde o významnou pomoc v jejím dalším rozvoji. Díky těmto možnostem pořizujeme nové moderní přístroje, které usnadňují práci našim lékařům i zdravotním sestram a umožňují ještě lepší péči o naše pacienty. Letos se podařilo modernizovat vybavení naší gastroenterologické ambulance (poskytující péči o pacienty nejen z Prachaticka), včetně screeningových vyšetření. Nové rentgeny poskytnou lepší zobrazovací možnosti s menší zátěží radiací pro pacienty. Taktéž investice do IT zajistí do budoucna vyšší ochranu dat, jejich lepší využívání i nové aplikace pro personál a pacienty. Naše nemocnice je již několik let plně pokryta wi-fi, což si hospitalizovaní pacienti velmi pochvalují.

3. Na začátku nového roku čeká celou nemocnici výměna starých postelí za nové, moderní, elektricky polohovatelné a pacienti rovněž dostanou i nové stolky. Na tuto výměnu jsme již dlouho čekali, ale až nyní se podařilo nalézt finanční prostředky k realizaci. Budeme pokračovat v modernizaci přístrojů z IROP na oddělení rehabilitace i centrální JIRP či v laboratořích. Taktéž budeme realizovat obměnu HW i SW v rámci eHealth, školení zaměstnanců v rámci GDPR a chystáme se vybudovat nový urgentní příjem.

MUDr. Tomáš Gottvald

generální ředitel a předseda představenstva
Nemocnice Pardubického kraje, a.s.



1. Ekonomické výsledky i přes progresivní navyšování mzdových prostředků, kterým jsme reagovali na situaci na pracovním trhu v českém zdravotnictví, budou dobré. Určitě překročíme finanční plán a budeme směřovat k vyrovnanému hospodaření. Takže letošní rok byl dobrý, ale zároveň hledím s obavami do roku 2018 i dalších let. Tlak na mzdový nárůst ve zdravotnictví vytvořil velmi nebezpečnou spirálu a při jakémkoliv drobném výkyvu české ekonomiky to může znamenat velké problémy pro hospodaření většiny českých nemocnic.

2. V poslední době se relativně slušně vyvíjí personální situace, přišel k nám velký počet lékařů i sester. Po určitém neklidu bezprostředně po fúzi a vzniku společnosti jsme již vnímáni jako stabilní, prosperující firma. Platíme své závazky, máme dostatek finančních zdrojů na účtech, byli jsme schopni provést akvizici historicky vyvedených provozů. Od prvního března jsme navýšili základní mzdy o deset procent, byli jsme úspěšní se žádostmi o dotace z evropských fondů. Za všechny bych



se rovněž projekt centrálního urgentního příjmu a centralizace akutních oborů v Pardubické nemocnici za více než miliardu korun. Měl by se realizovat v horizontu tří až pěti let. Z menších projektů bych zmínil spuštění druhé magnetické rezonance a vybudování zázemí pro PET CT, což máme schváleno přístrojovou komisí Ministerstva zdravotnictví. Pochopitelně je potřeba dál pracovat na personální oblasti a posilovat jméno naší společnosti, abychom byli atraktivním zaměstnavatelem a měli dostatek spokojených zaměstnanců.

Ing. Václav Vachta, MBA

generální ředitel a předseda představenstva EUC a.s.



1. Rok 2017 byl pro nás ve znamení rozjezdu mnoha důležitých projektů. Zahájili jsme transformaci našich poliklinik, které se přibližují potřebám klientům. Začali jsme v Kladně, kde se klienti mohou již objednat, rozšiřujeme ordinanční hodiny a mizejí nám fronty v čekárnách. Ústředním komunikačním bodem se tak stává recepce. Startujeme projekty v oblasti telemedicíny a péče o chronicky nemocné. Významně jsme posunuli laboratorní segment, kde dosahujeme meziročního růstu 20 %.

Koupili jsme dvě mamodiagnostická centra v Pardubicích, kliniku Homolka Premium Care, jednu polikliniku v Ostravě a čtyři v Praze. Pro naše zařízení prémiové péče Canadian Medical jsme získali atraktivní prostory v pražských Jinonicích v areálu Waltrovka. Dosáhli jsme odha-



sdílení informací napříč zdravotnickými zařízeními, využívání telemedicínských služeb. Pacienti se budou objednávat elektronicky a chroničtí nemocní mohou být ve spojení se svým lékařem i na dálku. V čekárnách se nemusejí tvořit fronty a lékaři budou údaje o svých klientech sdílet, léčba se tak stane jednodušší, účinnější a hlavně efektivnější. Za ní rádi přijdou další klienti EUC. A tuto vizi budou rádi sdílet lékaři pod křídly EUC, největší české ambulantní skupiny.

jmenoval nový pavilon psychiatrie v Pardubicích nebo projekty eHealth v rámci výzvy č. 26 eGovernment I. Podařila se nám změna organizační struktury a snížení počtu ředitelů. Ovšem za nejkritičtější záležitost považují fakt, že jsme na půdě našeho vlastníka byli schopni obhájit plán rozvoje Nemocnice Pardubického kraje, strategický dokument pro naši společnost, který vznikl v rámci našich vlastních odborných týmů. Teď by měl být v určitých intervalech dále rozpracováván a aktualizován a měl by firmu neustále v jednotlivých oblastech posouvat dopředu.

3. Máme rozpracováno zhruba 70 projektů a k nim ještě desítky drobných. Skrývá se za tím enormní zátěž pro naše zaměstnance. Jako klíčový vidím projekt centrálního urgentního příjmu v Orlickoústecké nemocnici za více než 300 milionů korun, u něhož je jednoznačné zadání vlastníka, aby se v příštím roce začalo stavět. Pomůže uspořádání nemocnice, které bude reflektovat současné požadavky. Připravuje se rovněž projekt centrálního urgentního příjmu a centralizace akutních oborů

dovaný obrat 2,5 miliardy korun. Takže panuje spokojenost.

2. Proдали jsme svůj příběh investorům, kteří zjevně naší stabilitě a rozvojovému potenciálu věří. V listopadu jsme vydali emisi pětiletých dluhopisů v celkovém objemu 1,4 miliardy korun, ty byly během tří hodin prodány institucionálním investorům, bankovním institucím a klientům privátního bankovníctví. Šlo o první úspěšnou emisi dluhopisů v sektoru zdravotnictví v ČR. Peníze využijeme také na další akvizice.

3. Zkusím se dívat dále než jen do příštího roku a vyjádřit naši dlouhodobou vizi. Ambulantní kliniky a menší nemocnice dospějí k privatizaci. Politici pochopí, že základ ekonomicky udržitelného kvalitního zdravotnictví tvoří ambulantní péče, promyšlená prevence a péče o chronicky nemocné. Všechno směřuje k větší elektronizaci,

PharmDr. Jiří Stránský
business Director Pharma,
Sprinx Systems, a.s.

Sprinx Pharma

1. Sprinx Systems si stanovuje na každý rok dva typy cílů, finanční plán a priority. Priority nám pomáhají identifikovat dlouhodobé cíle pro jednotlivá oddělení naší společnosti, umožňují nám soustředit se na cíle, které považujeme za důležité z obchodního hlediska nebo i z hlediska dalšího vývoje naší společnosti a tuto koncentraci udržet. Úspěch v obchodní oblasti nám umožňuje věnovat se o to více vývoji a zdokonalení našich řešení. V právě končícím roce jsme se zabývali zejména rozvojem našich řešení v oblasti e-Commerce, které jsme završili spuštěním několika nových portálových řešení pro naše zákazníky z různých oborů. Spustili jsme také nové CRM produkty vycházející z platformy CRM 7.x. V oblasti zdravotnictví jsme uvedli v letošním roce aplikaci pro monitoring registru smluv a nyní ke konci roku uvádíme aplikaci pro distributorská hlášení dle nové platné legislativy. A díky našim inovacím jsme tudíž spokojeni i po obchodní stránce.



2. Malých i velkých věcí, které se nám v právě uplynulém roce podařily, je celá řada. Rád bych upozornil především na dvě. Prvním z nich je systém aplikací pro práci s ceníky, cenami, bonusy a ostatními trade marketingovými nástroji, hlavně ve farmaceutických firmách, například aplikace Back Office Toolkit, kterou v prosinci doplní aplikace pro hlášení distributorů dle DIS - 13 a zejména držitelů registrace, které se bude dle nové legislativy provádět poprvé v lednu 2018.

Druhou věcí, která se povedla, je uvedení CRM produktů platformy CRM 7.x na trh v ČR a USA. Jedná se o jednoduché obecně použitelné CRM produkty s integracemi na obou trzích, jež jsou obvykle používané jako řešení v oblasti ekonomického a organizačního software.

3. Velkou výzvou příštího roku je implementace GDPR postupů u všech řešení, která máme implementována u našich zákazníků. Jsme připraveni implementovat procesy a technická řešení podle jejich zadání a cesty, kterou si k realizaci požadovaných opatření vyberou. V našem případě jde zejména o portály, e-shopy a CRM řešení ve všech segmentech.

Další výzvou pro příští rok v segmentu farmaceutického trhu je uvedení aplikace pro monitoring zdravotnických prostředků.

Václav Laštovka
jednatel Proton Therapy Centra



1. Vzhledem k tomu, že smyslem naší práce jsou vyléčení pacienti, hodnotím uplynulý rok jako velice dobrý. Nejenže se u nás zvýšil počet úspěšně léčených pacientů, ale zahájili jsme rovněž léčbu nových diagnóz. Jako příklad bych rád uvedl karcinom prsu.

Naše služby – stejně jako nemoci – neuznávají geografické hranice. V současné době se u nás léčí pacienti z 25 zemí světa! Mohu bez nadsázky říci, že vše je podřízeno požadavkům našich klientů, to znamená zajištění maxima pro dosažení léčebného výsledku a vysoké kvality námi poskytovaných služeb. Naše úspěchy na mezinárodní úrovni reprezentují dosažené výsledky léčby a také skutečnost, že naše postupy přebírají ostatní protonová centra ve světě. Spolupracujeme například s mezinárodní odbornou společností ILOG na tvorbě léčebných doporučení pro protonovou terapii v léčbě lymfomů. Naším hlavním cílem je zpřístupnění léčby českým pacientům. Tento cíl se nám daří plnit. Receptem je vzájemné propojení našich odborníků v multidisciplinárních týmech s kolegy z onkologických center, čímž



je zajištěna komplexní péče o pacienty. Nic z toho, čeho jsme v letošním roce dosáhli, bychom nevládli bez našich zaměstnanců a kolegů z onkologických center, a proto jim patří za jejich práci obrovský dík.

2. Je toho mnoho, z čeho mohu vybírat, ale chtěl bych vyzdvihnout, že díky dlouhodobému sběru a hodnocení dat dnes můžeme měřit kvalitu námi poskytované zdravotní péče a deklarovat tak účinnost a výhodnost protonové terapie. To jsou zásadní kritéria, která nám umožňují jak dosahovat nejlepších léčebných výsledků, tak úspěšně rozvíjet spolupráci s tuzemskými i zahraničními zdravotními pojišťovnami. Jednou z našich nových zahraničních partnerských pojišťoven se nedávno stala britská zdravotní pojišťovna Bupa. Je pro nás velkým uznáním, že si ze všech protonových center ve světě vybrala právě nás a že dalších 16 milionů klientů bude v případě potřeby moci využívat naše služby.

3. V roce 2012 jsme se zařadili mezi první tři centra na světě, která začala používat nejmodernější protonovou technologii. Dříve jsme mohli říci, že jsme předběhli dobu, dnes děláme maximum, aby doba nepředběhla nás. Podle světových analýz se připravuje více než 300 protonových ozařoven. Zahájili jsme proto program v oblasti výzkumu a inovací, jenž povede ke zvýšení účinnosti léčby rakoviny. Jsme tedy na dobré cestě dostat našemu krédu – zpřístupnit protonovou léčbu všem, kteří ji potřebují.

Připravil: Mgr. Denis Drahoš, foto archiv respondentů

Sestra roku



Galavečer soutěže

1. března 2018
divadlo Hybernia

- Finále soutěže Sestra roku
- Vystoupí **Marek Ztracený**
a další známé osobnosti

Galavečer moderuje **Libor Bouček**

Prodej vstupenek a program naleznete
od 3. 1. 2018 na www.sestraroku.cz

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Záštity



Mediální partneři





Týrané dítě v povědomí odborné zdravotnické veřejnosti

ilustrační foto: Shutterstock

Týrání dětí je celospolečenský problém, který musejí umět rozpoznat zejména zdravotníci. Povědomí o syndromu CAN se sice zvyšuje, vzdělávání je ovšem stále na místě.

Na půdě nemocnic Ústeckého kraje, v Krajské zdravotní, a.s., se téměř deset intenzivně zabýváme tématem syndromu CAN (Child Abuse and Neglect – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte). Zaměřujeme se především na otázku povědomí odborné zdravotnické veřejnosti o syndromu CAN a přístupu k uvedené problematice. V roce 2008 a 2017 jsme na pěti pracovištích Krajské zdravotní a.s. provedli mezi zdravotnickým personálem srovnávací průzkum a zjišťovali, jestli jsou zdravotníkům známy možnosti, jak týraným dětem pomoci.

Moderní společnost se více zajímá o postavení dítěte a posílení jeho práv. Týrání jako ubližování v té nejkrutější podobě představuje pro dítě zcela jistě jedno z největších nebezpečí. Syndrom CAN je tedy nutno vnímat jako jev, který musí mít zdravotník pečlivě sledovat, neboť vzniká z mnoha příčin. Je nutné jej vnímat z různých úhlů pohledu a z dlouhodobého hlediska. Odbornou veřejností je týrání vnímáno jako problém multidisciplinární.

Znalost zdravotnického pracovníka je zásadním faktorem při detekci dětí se syndromem CAN. Lze konstatovat, že se jedná o problém, jenž má a bude mít vždy různé podoby. Pokud přichází do ordinace zdravotnického zařízení dítě, u kterého máme podezření na syndrom CAN v některé z jeho forem, je nutné v komunikaci s dítětem a jeho doprovodem zachovat profesionální jistotu, přičemž existují vědomosti a znalosti, jež nám mohou pomoci. Samozřejmě musíme brát v potaz, že v danou chvíli je prioritou ochrana dítěte, a to i proto, že týrané děti nejsou zpravidla schopny na jednání svých rodičů upozornit a přivolat si pomoc. To, že zdravotnický pracovník

ví, co má dělat, je tedy nezpochybnitelným a důležitým prvkem péče o týrané děti ve zdravotnickém zařízení.

Zjištění povědomí odborné zdravotnické veřejnosti o syndromu CAN, přístup k problematice a možnost pomoci postiženým dětem se proto staly předmětem srovnávacího průzkumu v Krajské zdravotní, a.s.

Průzkum na půdě zdravotnického zařízení

Průzkum v roce 2008, který se uskutečnil na půdě pěti zdravotnických zařízení Krajské zdravotní, a.s., si kladl za cíl zjistit, jaká je úroveň znalosti uvedeného fenoménu mezi zdravotnickým personálem, a zda jsou většinou dotazovaných zdravotnických pracovníků známy možnosti pomoci týraným dětem. Respondenti byli osloveni souhrnně a jako vhodné se ukázalo i dílčí rozdělení do dvou skupin (první skupinou byli respondenti dětských oddělení a druhá skupina se rekrutovala z dalších oddělení) jednotlivých nemocnic. Z realizovaného průzkumu tehdy vyplynulo, že se zdravotničtí pracovníci domnívají, že problematiku syndromu CAN znají a umějí správně a neprodleně reagovat. Na dětských odděleních byla znalost vyšší, jednalo se o 88 % dotazovaných. Pomocí doplňujících otázek se u obou skupin respondentů ukázala znalost jako spíše obecná. Ze souhrnných výsledků obou skupin respondentů průzkumu vyplynulo, že více než 70 % dotazovaných se již ve své praxi setkalo se syndromem CAN, znalo jeho možné příznaky a varianty i možnosti pomoci týraným dětem. Jen 30 % hodnotilo pomoc jako účinnou. Zde bylo možno odpově-

děť na doplňující otázku: „Proč?“ Téma zdravotníka totiž zajímalo pouze z profesního hlediska. Alarmujícím výsledkem průzkumu bylo hodnocení otázky společenské ochrany dětí postižených syndromem CAN. Za dostatečnou ji označilo jen 12 % z dotazovaných respondentů a jen 18 % cítilo potřebu týrání či zneužívání dětí vždy oznamovat. Z uvedených zjištění vyplynul závěr, který hovořil o obrovském nezájmu lidí zabývat se problémem, jenž se jich úzce nedotýkal a pokud ho řešili, tak jen z hlediska své profese. Průzkum tedy zakončilo konstatování, že problematika týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí nemá v povědomí zdravotnických pracovníků i naší společnosti své jasné a pevné místo a je nutné se jí na půdě zdravotnického zařízení mnohem více zabývat.

Na základě výsledků průzkumu byly v průběhu let realizovány tematické akce a semináře, jež v roce 2017 vyústily srovnávacím průzkumem.

Průzkum na půdě zdravotnického zařízení – rok 2017

V průzkumu realizovaném na půdě nemocnic od dubna do září 2017 s téměř shodným vzorkem respondentů byly položeny naprosto stejné otázky jako před devíti lety. Respondenti byli hodnoceni jako souhrnná skupina a v dílčích otázkách byli identicky rozděleni na skupiny dvě, přičemž jednu skupinu tvořili respondenti rekrutující se z dětských oddělení a druhou z ostatních oddělení nemocnic. Cílem průzkumu bylo zjistit, jaká je znalost fenoménu mezi zdravotnickým personálem a zda jsou většinou dotazovaných zdravotnických pracovníků známy možnosti pomoci týraným dětem.

Ukázalo se, že zdravotničtí pracovníci (v souhrnu obou skupin respondentů) problematiku syndromu CAN znají. Téměř 88 % z nich ji už nepovažuje jen za obecnou informaci, ale jsou schopni i správně a neprodleně reagovat. Na dětských odděleních dokonce 98 % z nich. Otázka společenské ochrany dětí postižených syndromem CAN je označena v souhrnném hodnocení 65 % respondentů jako dostatečná, což je výsledek s výrazně vzrůstající tendencí. Ve srovnání s rokem 2008 se výrazně liší odpověď na otázku, jejímž cílem bylo zjistit, jestli veřejnost vnímá problematiku týrání či zneužívání. Více než 60 % respondentů se vyjádřilo kladně. Spolu s odpovědí využili i možnost volného vyjádření, jež vhodně doplňuje tematiku:

- „myslím, že společnost se mění, již nejsme tak lhostejní ke svému okolí“,
- „odborná veřejnost je poučena a vzdělávána“,
- „fungují preventivní programy“,
- „při neoznámení se dopouštíme trestného činu“,
- „je nutné ochránit dítě před vlastní rodinou“,
- „když nikdo jiný dítě neochrání, je to moje soukromá i profesionální povinnost“,
- „nemohu přece dopustit, aby k tomu docházelo, jako člověk a i jako zdravotník“,
- „chráníme tím dítě a jdeme příkladem nové generaci“.



Porovnání výsledků průzkumů 2008 a 2017

Klady:

- Průzkum 2017 poukázal na velmi dobré povědomí zdravotnické veřejnosti o syndromu CAN, především pak na dětských odděleních.
- Zdravotničtí pracovníci v současnosti problematiku syndromu CAN znají a umějí správně a neprodleně reagovat.
- Společenská ochrana týraných dětí se hodnotí kladně a má od roku 2008 výrazně vzestupnou tendenci.
- Nezájem lidí zabývat se problémem syndromu CAN, již v porovnání s rokem 2008 není tak palčivý.
- Potřeba oznamovat týrání či zneužívání stoupá.
- Oba průzkumy ukazují, že další vzdělávání zdravotnického personálu je stále nutné.



Zápory:

- Průzkum z roku 2017 u třetiny respondentů poukázal na neprovázanost profesionální multidisciplinární pomoci. V roce 2008 byla spolupráce s pomáhajícími institucemi hodnocena kladně.
- Polovina respondentů (2017) z dětských oddělení se oproti roku 2008 zmínila o zdlouhavém řešení a šetření úřadů.
- Bylo poukázáno (2017) i na nutnost zvýšení pravomoci zaměstnanců OSPOD, která je dle respondentů nyní málo rozsáhlá a měla by být rozšířena.
- Ve čtyřech případech respondenti z dětských oddělení (2017) uvádějí i fakt, kdy bylo dítě vráceno do rodiny k prarodičům, kam mohl agresor volně docházet.
- V roce 2017 se nově objevil aspekt benevolence v profesionální sociální sféře s konstatováním: „Každý je měřen jiným metrem“.

Porovnání v rámci ČR

Deskripce současného stavu detekce syndromu CAN se zabývali autoři Novotný, Jelen, Holčáková⁽¹⁾. Do studie byla zařazena pracoviště pomáhajících profesí, včetně zdravotnického zařízení. Jednalo se o pokus zavedení elektronické formy hlášení podezření na syndrom CAN, přičemž zdravotníci projevili největší konzervativnost a nejnižší aktivitu. Ve výsledku byli v detekci syndromu CAN označeni zdravotníci i jako nejslabší článek týmu. V souvislosti s průzkumem z roku 2008 lze zaznamenat shodu ve velmi malé iniciativě hlásit podezření na syndrom CAN, tu již nenecháváme o devět let později, což je pozitivní.

Syndrom týraného dítěte má mnoho tváří a podob. Všichni zdravotničtí pracovníci (a především ti, kteří pracují s dětmi) by měli problematiku znát a při setkání s dítětem by o ní měli vždy uvažovat. Vědomosti zdravotnického pracovníka spolu s včasnou detekcí, zhodnocením všech souvislostí, s důkladným vyšetřením a dokumentováním mohou přispět k ochraně dětí před dalším týráním.

Ve shodě s Fondem ohrožených dětí⁽²⁾ by v péči o týrané děti měly směřovat do řad laické i odborné veřejnosti ještě dvě obecné indicie. První je, aby si poznatky o špatném zacházení nikdy nenechával člověk jen pro sebe. Druhou pak umět zhodnotit situaci, která je závažná a ohrožující život dítěte. Směrem ke zdravotnické veřejnosti by mělo zaznít ještě sdělení profesora Matějčka⁽³⁾. Ten poukazuje na důležitost vhodného chování a přístupu zdravotnických pracovníků vůči dětskému pacientovi. Uvedené chování totiž může výsledky péče o něj umocňovat, ale někdy také znehodnocovat.

Použitá literatura

1. Týrané dítě v naší dnešní společnosti a zdravotníci. *Česko-slovenská pediatrie*, 2007, 62(1), s. 25-30.
2. Fond ohrožených dětí [online]. c2012-2017 [cit. 2017-09-25]. O týrání. Dostupné z <http://www.fod.cz/nase-cinnost/o-tyrani>.
3. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha, H+H 2001. 151s.

Mgr. Bc. et Bc. Michaela Rothová

Inzerce M171000555

Janssen



STOP dekubitům

Téma prevence dekubitů je klíčové v oblasti předcházení poškození pacientů v průběhu poskytování zdravotní péče a je z pochopitelných důvodů jednou z priorit ošetřovatelství.

Proleženiny představují velký problém, s nímž se potýkají zdravotníci na celém světě. Evropský poradní sbor pro otázky proleženin European Pressure Ulcer Advisory Panel (dále jen EPUAP) definoval dekubity jako oblast lokalizovaného poškození kůže a podkožní tkáň způsobené tlakem, smykem, třením anebo jejich kombinací.

Nejkritičtějšími neboli predilekčními místy vzniku defektů měkkých tkání jsou místa s kostními prominencemi, tedy křížová krajina (sakrální oblast), paty, kotníky, zevní hrany chodidel, oblasti trochanterů (oblast kyčlí) a kolena.

Dekubity se podle závažnosti dělí do pěti stupňů, přičemž ten nejméně závažný se projevuje ostře ohraničeným zarudnutím kůže, které při vitropresi přetrvává. Uvedené stadium je při včasné léčebné zásahu reverzibilní. U druhého stupně dochází k povrchovému poškození epidermis, což vypadá jako puchýř nebo mělký kráter, jenž nezasahuje pod kůži. U třetího stupně vzniká nekrotický vřed, který prostupuje všemi vrstvami kůže, případně až k vazivovému obalu svalů, ten zůstává nepoškozen. Čtvrtý stupeň se vyznačuje vředem s rozsáhlými nekrotizacemi, jež zasahují svaly a šlachy. U pátého stupně nekróza postupuje svaelem, přičemž dochází k jeho destrukci a k destrukci tkání až na kost. Mortalita pacientů s dekubitálním vředem je čtyřikrát vyšší než u stejné skupiny pacientů bez vředu. Je proto důležitá důsledná prevence vyžadující intenzivní péči o kůži a polohování pacienta.

Systematická prevence a péče v ÚVN

Problematika dekubitů je v Ústřední vojenské nemocnici dlouhodobě řešena. Máme totiž propracován celý systém prevence jak jejich vzniku, tak i péče o pacienta s již vzniklými proleženinami. Základem je provádění vstupního ošetřovatelského vyšetření a identifikace rizik spojených s poskytováním ošetřovatelské péče. V této souvislosti je vedena evidence pacientů s rizikem vzniku dekubitu, včetně evidence pacientů, kteří s ním do nemocnice již přicházejí, nebo u nichž došlo k jeho vzniku právě v době hospitalizace.

Péči o pacienta zajišťuje ve spolupráci s lékařem ošetřovatelský tým složený ze sestry, ošetřovatelek, sanitářů, fyzioterapeutů a nutričních terapeutů. Cílem ošetřovatelské péče je předcházet vzniku dekubitů při dodržování zásad prevence jejich vzniku. V ÚVN se zaměřujeme na odstranění působení tlaku, jež působí na postiženou oblast, polohování pacientů na lůžku nebo na vozíku v pravidelných časových intervalech za využití antidekubitních matrací a pomůcek. Nezbytná je zvýšená hygienická péče a včasná mobilizace pacienta s využitím kompenzačních pomůcek. Predilekční místa jsou ošetřována speciální ochrannou kosmetikou. Pokud je přijat pacient

s dekubity, pak jsou ošetřovány terapeutickými obvazovými. Velký význam má rovněž rehabilitační ošetřování, sledování bolesti či zahájení případné analgetické terapie. U všech rizikových pacientů je ve spolupráci s nutričním terapeutem zajišťována vyvážená strava, mnohdy obohacená o vhodné nutriční doplňky, a je sledován příjem stravy. Součástí úspěšné léčby je edukace pacienta, včetně jeho rodiny.

Sledování dekubitů i výměna odborných informací

Proleženiny jsou častým problémem zejména u imobilních, zpravidla starších pacientů s celkově zhoršeným zdravotním stavem. Často je tak řeší na odděleních následné péče, odděleních sociální péče, ale i na odděleních akutní péče u nemocných s náhle vzniklou imobilitou. Ke vzniku dekubitů dochází totiž i při ošetřování nemocných v domácím prostředí.

K ošetření již vzniklých poškození jsou využívány terapeutické obvazové materiály, a to podle aktuálního stavu rány. Přečepy jsou prováděny v pravidelných intervalech, dle léčebného a ošetřovatelského plánu. V úvahu se bere nejen stav rány, ale i celkový stav pacienta. Ošetřování se řídí doporučenými postupy léčby (EPUAP), kde se uvádí, že pokud dekubit nevykazuje zlepšení během 14 dnů, je nutná změna léčby. Nedílnou součástí převazu je i pořizování fotodokumentace a její ukládání v ošetřovatelské dokumentaci, což umožňuje lepší sledování vývoje rány.

Sledování dekubitů je v ÚVN, jež se účastní projektu „Šetření dekubitů na národní úrovni“, jedním z indikátorů kvality péče. Pracuje se s využitím již existující metodikou prevalence sběru dat. Formou hlášení nežádoucí události provádějí v zařízení incidentní šetření dekubitů, které přináší přesnější výsledky hodnocení s možností vyhodnocení dynamiky změn vzniklých proleženin.

Bez výměny odborných informací a zkušeností s ošetřováním pacientů s dekubity by nedocházelo k zlepšování péče. Takovou příležitost poskytli například kazuistický seminář, který ÚVN pořádala u příležitosti celosvětového dne STOP DEKUBITŮM, vyhlášeného na 16. listopadu 2017. Byl věnován právě problematice prevence, sledování a ošetřování dekubitů a určen zejména nelékařským zdravotníkům pracujícím na lůžkové části, poskytováním základní ošetřovatelskou péči, ale i sestřím, specialistkám na hojení ran. Prezentace jednotlivých kazuistik přispěla k prohloubení znalostí a připomenutí dovedností ošetřování dekubitů.

Mgr. Karla Libertová,

členka týmu kvality péče ÚVN, foto: ÚVN Praha

Stupně dekubitů dle NUPUAP/EPUAP

I. stupeň – neporušená kůže s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, obvykle nad kostním výčnělkem. Místo může být bolestivé, tvrdé nebo měkké, teplejší nebo chladnější než okolní tkáň. Toto stadium je při včasné léčebné zásahu reverzibilní.

II. stupeň – částečná ztráta kožního krytu, která se projevuje jako mělký vřed s růžovočervenou spodinou bez povlaku. Může se také projevovat jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou.

III. stupeň – úplná ztráta tkáň. Je možné vidět podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly nejsou odhalené. Může být přítomen povlak či podminování. Hloubka dekubitu se liší podle místa vzniku. Hřbet nosu, ucho, zátyl a kotník nemají podkožní tkáň – dekubitus může být tedy mělký. Opakem je oblast s velkým množstvím podkožního tuku, kde se mohou tvořit velmi hluboké dekubity. Kost nebo šlacha nejsou viditelné nebo přímo hmatné. Okolí bývá začervenalé probíhající

zánětlivým procesem. Může se projevovat jako neporušený puchýř naplněný zkaženou tekutinou.

IV. stupeň – úplná ztráta tkání s obnaženou kostí, šlachou nebo svaelem. Ve spodině rány mohou být přítomny povlak nebo černá krusta. Často je přítomné podminování. Hloubka se liší podle místa vzniku. Hřbet nosu, ucho, zátyl a kotník nemají podkožní tkáň – dekubitus může být tedy mělký. Tyto dekubity se mohou rozšířit do svalů nebo pojivových tkání, což může způsobit osteomyelitidu. Obnažená kost nebo šlacha je viditelná a hmatná.

Neznámá hloubka rány – úplná ztráta tkáň s povlakem pokrývající spodinu rány. Ve spodině může být také nekróza. Hloubku rány nebo dekubitu není možné určit, dokud se neodstraní dostatečné množství povlaku nebo nekrozy, které pokrývají spodinu rány. Lokalizovaná oblast fialové, tmavě červeně zbarvená, neporušená kůže nebo puchýř naplněný krví. Postižená část může být bolestivá, tuhá, rozměklá, teplejší nebo chladnější než okolní tkáň.

Zdroj: ÚVN Praha



I. stupeň



II. stupeň



III. stupeň



IV. stupeň



Neznámá hloubka rány

Role sester ve zdravotnictví je nedocenitelná

Jednou z akcí, která si zaslouženě získala popularitu mezi zdravotnickou veřejností, je Sestra roku. V březnu proběhne již 18. ročník odborné soutěže pro nelékařské pracovníky ve zdravotnictví. Soutěž vyhlašuje divize Medical Services Mladé fronty a.s. Tradičním partnerem události je společnost HARTMANN-RICO a.s. Jaké důvody ji k tomu vedou, objasnil výkonný ředitel společnosti Ing. Tomáš Groh.

Soutěž Sestra roku se letos koná již po osmnácté. HARTMANN-RICO akci podporuje téměř od samého vzniku. Proč jste se rozhodli soutěž podporovat?

Podílet se na ocenění pro nás znamená, že můžeme vyjádřit respekt a hluboké uznání práci sester. Nejen těm, kterým se podaří získat ocenění, ale i všem sestřím, jež ve zdravotní a sociální péči působí. Sestry pracují s našimi produkty prakticky denně. Tím, že se mediálně podílíme na akci, jako je Sestra roku, jim vyjadřujeme uznání veřejně. Sestru roku zároveň považujeme jak po organizační, tak obsahové stránce za velmi prospěšnou aktivitu. A to je další důvod, proč nám dává smysl se na ní sponzorsky podílet.



Jaká je podle vás role sester v našem zdravotnictví?

Pokud bych měl popsat roli jedním slovem, zvolil bych výraz nedocenitelná. Myslím, že sestry dokáží skloubit nejlépe profesionální pohled zdravotníka a obrovský lidský rozměr. Profesně si myslím, že se význam role sester v našem systému bude nadále zvyšovat. V Evropě existují systémy zdravotní péče, kde sestra přebírá řadu kompetencí lékařů a dokáže výrazně přispět k efektivitě celého systému. Je to určitě správný směr a věřím, že rovněž u nás k posunu dojde. Nejen z hlediska činností, které sestry přímo vykonávají, ale i z hlediska uznání jejich kompetencí a odpovědností, které s tím souvisejí.

Myslíte si, že jsou sestry ohodnoceny tak, jak by si zasloužily?

Odměňování sester a zdravotnického personálu celkově se v poslední době výrazně posunulo pozitivním směrem. Když se však v jakémkoli průzkumu zeptáme zaměstnanců na výši jejich odměňování, vždy vidí prostor ke zlepšení. Je to přirozené a osobně jsem přesvědčen, že vzhledem k rostoucím nárokům na tuto roli je správné platy nadále zvyšovat. Je důležité, aby se ohodnocení posouvalo úměrně s růstem kompetencí sester v systému zdravotní a sociální péče.

Patronka soutěže Dagmar Havlová kdysi řekla, že „dobrá sestra léčí tělo i duši a stává se pro pacienta nejlepší přítelkyní, oporou a nadějí“. Jaká by měla být zdravotní sestra podle vás?

Souhlasím s tímto vyjádřením. Sestry patří k těm, které dokáží pro pacienta udělat vždy něco navíc. Jaká by sestra měla být dnes a zejména v budoucnu, si netroufám tvrdit. Věřím jen, že v kontextu růstu její role a kompetence zůstane dostatek prostoru rovněž na pohazení slovem i dotykem. Přijít o přirozený lék by bylo velkou chybou.

Ve společnosti působíte už dvacet let. Co se za ta léta nejvíce změnilo?

HARTMANN-RICO je jednou z pěti nejvýznamnějších společností skupiny HARTMANN a za dobu mého působení prošla firma třemi významnými fázemi. Od období zaměřeného na růst a rozvoj, přes období konsolidace až k dnešku, kdy zůstává důraz na kvalitu a inovativnost. Z evropské společnosti se měníme na firmu celosvětové úrovně. Za slovem inovace nemusíme hledat pouze technologie a originální výrobky chráněné patentem. Jde nám spíše o to, abychom přinášeli a představovali nové pohledy na systémy a procesy zdravotní péče a nabízeli řešení, jak přispívat k jejich udržitelnosti, a to jak v rovině kvality, tak i dostupnosti. Za posledních dvacet let se zvýšila průměrná délka života lidí v České republice o sedm roků. Když se nad tím zamyslíte, tak jde vskutku o významný fakt. Stále jsme ovšem za některými vyspělými státy Evropy. Snažíme se více a důrazněji otevírat témata, která umožní žít lidem déle při zachování vysoké kvality jejich života.

Kde ale hledat úspory ve zdravotnictví a přitom nesnížit kvalitu poskytované péče?

Přestože se zdá, že se tato témata vylučují, tak za nás mohu zmínit dva konkrétní případy, kde je tomu naopak. Jde o oblast hojení ran, kde ve srovnání s jinými vyspělými zeměmi jsou moderní postupy léčby využívány výrazně méně. Jedná se o produkty, které urychlují hojení a snižují celkové náklady na léčbu. V případě podtlakové terapie dokáží v řadě případů snížit i riziko úmrtí pacienta. Druhou oblastí je boj s infekcí. Na nemocniční infekce v Evropě zemře ročně 37 tisíc lidí, což je více, než kolik lidí zemře při dopravních nehodách. Když si zdravotníci správně dezinfikují ruce, přispívají tím nejen k záchraně lidského života, ale i k efektivitě celého zdravotnictví. Jen v České republice je na řešení nemocničních nákaz vázáno přes osm miliard korun. To je cena za infekce, které lze z velké části eliminovat prevencí. Samozřejmě, nejde jen o dezinfekce rukou, ale o celkový přístup ke kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče. Určitě nás může všechny těšit, že si důležitost těchto témat v České republice uvědomujeme stále více.

Jak se vám daří posunout české zdravotnictví blíž k pacientům a jejich potřebám?

Dovolím si uvést jeden příklad. V letošním roce jsme uvedli na trh měřič krevního tlaku s EKG - Veroval. Když jsme připravovali prezentaci produktu, většina kolegů se neváhala rovněž změřit. Zjistili jsme dva případy, u nichž bude v důsledku zvýšeného krevního tlaku a srdeční arytmie jistější, když navštíví lékaře. Myslím, že v rámci celé populace může být situace velmi podobná. Produkt je zároveň propojen se softwarovou platformou MediConnect, která umožňuje uživatelům sdílet naměřené hodnoty přímo se svým lékařem. Vedle zaměření se na inovace, které dokáží zvyšovat účinnost produktů a šetřit čas zdravotnického personálu, je trendem zvyšování osobní zodpovědnosti lidí za vlastní zdraví, čemuž jde HARTMANN naproti.

Společnost HARTMANN-RICO se zaměřuje na výrobu zdravotnických a hygienických prostředků. Můžete nám tedy představit nějaké novinky?

V našem portfoliu máme řadu novinek v oblasti hojení ran a péče o inkontinentní pacienty. Za tu nejvýraznější z poslední doby považuji výrobek MoliCare Elastic. Je to zcela nová řada inkontinenčních výrobků, která zvyšuje komfort nejenom pacientů, ale dokáže personálu zdravotnických zařízení ušetřit až dvacet procent času při jejich výměně a snižuje námahu spojenou s často fyzicky náročnou činností.

Děkujeme za rozhovor.

(red)

foto: archiv HARTMANN-RICO a MF



Kateřina Palinčáková, Tomáš Groh, Taťána Gregor Brzobohatá



Pracovní dny Koloproktologické sekce ČCHS ČLS JEP

22.–23. 2. 2018

Erbia congress center

budova City Tower (27. patro), Praha 4

TÉMA:

DIVERTIKULÁRNÍ CHOROBA

HOST: PROF. SEBASTIAN BIONDO, BARCELONA

- STŘEVNÍ, REKTÁLNÍ, PERINEÁLNÍ PÍŠTĚLE A SINUSY
- VIDEOSEKCE
- UP TO DATE VARIA

Akce je součástí celoživotního vzdělávání ČLK a ohodnocená kredity.

Aureole Fusion Lounge je unikátní projekt ve 27. patře nejvyšší budovy CityTower v Praze ve výšce 109 m.

Další program:

Kurz základní a pokročilé techniky laparoskopického šití 21. a 22. 2. 2018

Garant – doc. MUDr. M. Šoltés, Ph.D., EAES (European Association of Endoscopic Surgery)

Školitel – as. MUDr. L. Martinek, Ph.D., SEMCH ČCHS ČLS JEP

Další informace a přihlášky na e-adrese:

soltes.marek@yahoo.com; lubomir.martinek@fnmotol.cz

Křest publikace Koloproktologie – vybrané kapitoly II.

Večerní společenský program – Divadlo Semafor

POD GESCÍ VÝBORU KOLOPROKTOLOGICKÉ SEKCE A GARANTA:

prof. MUDr. Jiřího Hocha, CSc.

ODBORNÁ GARANCE A ZÁŠTITA



MEDIJÁLNÍ PARTNER

ORGANIZÁTOR



Přihlášky k aktivní účasti jsou možné do 20. 1. 2018 na adrese conkova@mf.cz – bližší informace o ubytování, organizačních pokynech a registrace na webové stránce www.medical-services.cz

Inzerce ▲M171000050 ▼M171000436

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



Složení: 100 g sirupu obsahuje: Arnica 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, čištěná 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.

Když mě práce baví, stres nevnímám

Takové je životní krédo Bc. Jitky Fikarové, vrchní sestry Oblastního zdravotnického zařízení Ministerstva vnitra ČR v Brně. V roce 2015 se stala vítězkou soutěže Sestra roku v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči a získala i titul Sestra mého srdce.

Pamatujete se na své začátky v roli zdravotní sestry? Kde bylo vaše první působiště?

To víte, že si svoje začátky pamatuji. Nastupovala jsem v roce 1999 do Psychiatrické léčebny v Brně-Černovicích na oddělení, na němž jsem nikdy pracovat nechtěla (ženské přijímací uzavřené oddělení). Když se na dívám zpětně, byla to asi ta nejlepší škola, kterou jsem mohla dostat. Možná tvrdá, ale zkušenosti, jichž se mi zde dostalo, bych asi jinde získávala hodně dlouho a asi ne tak komplexně. Pamatuji si na svůj první pracovní den, na některé první pacienty, na kolegy, ale třeba také na první úmrtí a na mnoho dalších zážitků. Práce, chápejte povolání, i přes svoji náročnost, mě od začátku neskutečně bavila a zajímala.

Od roku 2009 pracujete ve zdravotnickém zařízení Ministerstva vnitra ČR jako vrchní sestra. Byl to velký rozdíl v práci?

Rozdíl to určitě byl a pro mě značný. Odcházela jsem z ARO a přestup do primární péče se zaměřením na pracovní-lekářskou péči (v dnešní terminologii) byl pro mě šokující. Chyběli mi pacienti, akčnost práce, technika a přímá spolupráce s kolegy při poskytování péče. Ale časem se vše poddalo a našla jsem cesty, jak očekávání a potřeby naplnit i na stávajícím pracovišti. Samozřejmě jsem časem objevila i zajímavosti a jedinečnosti v práci, kterou dělám.

Jaká jste šéfová?

Na otázku by vám asi nejlépe odpověděli moji kolegové. Můžu říct, jaká se snažím být – podporující, chápavá, přátelská, ale nezaměňujte to s měkkostí. Samozřejmě musím být i tvrdá, důsledná, někdy nesmlouvavá, vyžadují kvalitní plnění pracovních úkolů. Zjistila jsem, že intuice mnohdy nestačí, že skončila éra „intuitivního“ managementu (říká jeden z našich přednášejících na studiu Organizace a řízení zdravotnictví na NCO NZO v Brně – děkuji vám, Pavle) a jsem ráda, že mohu nahlédnout i do oblasti spojené se zdravotnictvím a že mi můj zaměstnavatel studium umožnil.

A jak řešíte případné problémy s podřízenými?

Problémy se snažím hlavně řešit v klidu a lidsky. Rozčilil se umím, to ano, ale vím,



Jitka Fikarovás úsměvem před minovým polem



Jitka Fikarová na výcviku

že tím absolutně ničeho nedosáhnu. Myslím si, že lidé nechodí do práce s úmyslem dělat chyby či někoho poškodit (třeba i zaměstnavatele), vždy je třeba hledat příčinu, poznat okolnosti a zohlednit je při následném řešení problému. Někdy lze postupovat shovívavě, jindy naopak důsledně a přísně.

Můžete nám přiblížit, jak vypadá váš běžný pracovní den?

Mám asi štěstí, že běžný pracovní den vlastně nemám. Každý den je jiný a díky tomu je moje práce tak pestrá. Mnoho pracovních dní trávím na svém pracovišti v Brně, kde plním úkoly, které jsou jak dlouhodobé, jak i akutní, mnohdy spojeny se zajištěním provozu. Jsem moc ráda, že se dostanu i do terénu, za kolegy na naše další pracoviště, na výuku a v neposlední řadě k pacientům.

Věnujete se také zdravotnické přípravě příslušníků speciálních policejních útvarů. Co to znamená?

Když mi to mé pracovní povinnosti a vedení umožní, moc ráda učím první pomoc, vidím v tom totiž smysl. Učím ráda kohokoliv – děti, dospělé, seniory, každá skupina má svoje specifika... Vzhledem k mému zaměstnavateli mohu pracovat i s příslušníky policejních útvarů, jako jsou policisté na obvodních odděleních, ale také dalšími specialisty – policejními potápěči, psovody či například příslušníky zásahové jednotky. Těm je mnohdy nutné vzdělávání „ušít na míru“. Tito lidé mají bohaté pracovní zkušenosti ze specializovaných oblastí, jež jsou spojené s hlubokou a komplexní znalostí problematiky, včetně první pomoci. Pro mě to znamená, že se na výuku musím připravovat, například získat informace o potápění, dozvědět se něco o zbraních, o práci ve výškách či o poranění způsobená zvířaty.

V roce 2013 jste byla členkou mise Policejního prezidia ČR v Bosně. Co vás k rozhodnutí přivedlo?

Mise v roce 2013 byla první. V té době se řešilo zdravotnické zabezpečení potápěčské mise. Vzhledem k tomu, že mám vystudován obor intenzivní péče a následně jsem v něm i pracovala, padla nakonec volba na mě. Odjet do zahraničí pro mě nebylo úplně jednoduché z mnoha důvodů – nejen pracovních, ale i osobních. Svě účasti na misiích nelituji, hodně jsem se naučila, spoustu věcí jsem se dověděla i o sobě, poznala jsem zajímavé lidi i zemi, jež je na některých místech stále nebezpečná.

Popište nám své pocity, když jste do Bosny přiletěla.

Jezdili jsme tam vždy auty. Země je hodně podobná té naší, je ale méně spoutaná,



Kamila Nývltová, Jitka Fikarová a Václav Noič Bárta při vyhlášení sestry roku 2015

divočejší a jsou na ní stále patrné stopy války. Lidé jsou zde milí, přátelští a pohostinní, někdy méně důvěřiví a spíše ostražití. V podstatě nemám žádnou negativní zkušenost. Pohostinnost spojená s vynikající kuchyní byla velmi nebezpečná zejména pro naše figury. Ale teď vážně – kulturním šokem jsem neprošla, cítila jsem se dobře. Navíc jsem tam byla se skupinou moc fajn lidí, na něž jsem se mohla v každém ohledu spolehnout a kteří mi dávali pocit bezpečí.

Co pro vás bylo na misi nejtěžší? Neříkala jste si někdy, že už chcete domů?

Že chci odjet domů, protože je nějaký problém, mě opravdu ani jednou nenapadlo. Běžné těšení se domů, jako z dovolené, je naprosto normální, scházejí vám vaši blízcí, domácí pohoda a soukromí. Já jsem se cítila opravdu dobře a nic jiného mi nescházelo. Nedokážu ani říci, co pro mě bylo nejtěžší. Problémy se snažím řešit a všechny naše potíže v Bosně řešení našťastí měly.

Vaše práce představuje vypětí a stres. Jak odpočíváte?

Odpočívám ráda a víceméně aktivně – od sportu, přes zahrádku, po práci na domku či péči o zvířata. Baví mě setkávat se s přáteli. Moje práce je náročná, ale neoznačila bych ji za permanentně stresující. Samozřejmě si ráda sednu se zajímavou knížkou, ručními pracemi, jdu do přírody nebo prostě nedělám nic a jen tak odpočívám, což považuji za příjemně strávený čas.

Bojujete nějak se syndromem vyhoření?

Na otázku jsem už v podstatě odpověděla v předchozím textu. Má práce mě baví nebo se snažím najít cestu a takový pohled, aby mě bavila. V tom je podle mě základ. Vyvažuji práci odpočinkem a čas trávím tím, co mi dodává energii – rodinou, přáteli a kamarády, přírodou, uměním nebo tvořením. Snažím se život užít a prožít, nejen ho přežít.

Dosáhla jste bakalářského titulu a specializace v oborech sestra pro intenzivní péči a sestra pro péči v psychiatrii. Na čem pracujete teď?

Momentálně studuji na NCO NZO v Brně specializační studium Organizace a řízení zdravotnictví. Za setkání s některými lidmi a za informace zde získané jsem velmi vděčná.

Působíte také jako lektorka mezinárodního humanitního práva. V čem vaše činnost spočívá?

Působím zejména jako lektorka první pomoci a zastupuji Český červený kříž ve FA-EEN (First Aid Education European Network). Co se týká mezinárodního humanitárního práva, lektoruji ho nyní z časových důvodů minimálně, ale stále mě zajímá. Jsem ráda, že jsou věci, které u nás řešit nemusíme. Zlí jazykové tvrdí, že právo je špatně postaveno. Nemyslím si, že tomu tak je, jde o chování lidí a jejich respekt k právním normám (vždyť žádný zákon nezastaví vypálenou střelu, neodpálí minu, vše je o lidech a nutně to neznámá, že „pravidla“ jsou špatná).

Kterými cizími jazyky hovoříte?

Při setkání s některými lidmi mám pocit, že zejména češtinou... To byl, samozřejmě, pokus o vtip. Učila jsem se angličtinu, francouzštinu, ruštinu, prošla jsem základy němčiny a portugalského. Ve světě se neztratím, ale jde o znalosti, jež se musí udržovat a o to se stále snažím. Na druhou stranu, pokud se lidé chtějí domluvit, vždycky si najdou způsob, jak to udělat. Každý jazyk vám dává možnost poznat i jinou kulturu, což je obohacující.

Ve zdravotnictví pracujete téměř dvacet let. V čem se postavení sestry za tu dobu nejvíc změnilo?

Podle mého názoru jsou sestry dnes vzdělanější, sebevědomější, samostatnější, už nejsou jen pouhou pomocnicí lékaře a „holkou pro všechno“. Aktivně se podílejí na péči a řízení ošetřování, spolupracují dle svých kompetencí na léčbě. Rozhodně jako sestry máme větší možnosti, širší uplatnění i kompetence, dostupnou širokou škálu informací, lepší materiály a dokonalejší technické vybavení. Má to i svá negativa – velkou náročnost profese, jež začíná už u studia, nárůst „papírové“ práce a další zátěže, které jsou na sestry i jiné zdravotnické pracovníky kladeny.

Co byste sestram nejvíce přála?

Abychom se nebály a byly hrdé na profesi, kterou vykonáváme, vždyť za námi stojí spousta skvělé práce. Abychom své povolání dělaly se stejným nadšením a ochotou a aby naše práce byla dobře oceňována jak pacienty, kolegy, s nimiž spolupracujeme, širokou veřejností, ale také i finančně. Zkrátka – aby toto krásné povolání mělo prestiž, kterou si zaslouží, byl nás dostatek a měly jsme klid a podmínky pro naši práci, byly jsme motivované a spokojené. Omlouvám se kolegům mužům, platí to samozřejmě i pro ně... Dotaz byl ale na sestry a i proto ta „y“.

Děkuji za rozhovor.

Mgr. Markéta Mikšová

Foto: archiv Jitky Fikarové a Mladé fronty

Inzerce M171000051



Institut vzdělávání APSS ČR vám i v roce 2018 nabízí bohatý výběr vzdělávacích programů

Otevřené vzdělávací kurzy

- 80 otevřených seminářů (Praha, Brno, Ostrava, Tábor, České Budějovice).
- Aktuální nabídku otevřených kurzů najdete na www.institutvzdelavani.cz
- Většina kurzů je vhodná i pro zdravotnické pracovníky!

Kurzy „na klíč“ pro organizace

- Jakékoli téma z naší nabídky uspořádáme ve vaší organizaci!
- Výhody:** finanční a časová úspora, přesnější zasazení vzdělávání do prostředí organizace, vyšší efektivita vzdělávání díky individuálnímu přístupu, možnost naplánování kurzu s ohledem na časové a personální možnosti organizace.

Podrobné informace o kurzech a další informace získáte na www.institutvzdelavani.cz, e-mail: institut@apsscr.cz, tel.: +420 724 940 126



Jak se vypořádat s následky nehody? Často tápou i odborníci

Úroveň rehabilitačních a lázeňských pracovišť je v České republice špičková. V mnoha směrech nám je může závidět – a také závidí – celý svět. Jenže tuzemští pacienti, kteří opouštějí traumacentra v nemocnicích, často netuší, kde by měli hledat péči vhodnou právě pro ně. I proto letos vznikl projekt Poúrazová péče.

Smrtebných následků autonehod sice podle policejních statistik ubývá, zvětšuje se ale podíl těžkých zranění. V loňském roce řešili policisté každý den průměrně 270 dopravních nehod. Bezmála každých dvacet minut je na našich komunikacích zraněn jeden člověk. „Většinu lidí nikdy ani nenapadlo přemýšlet o tom, jak by jim vážný úraz mohl změnit život,“ říká Jan Povýšil – paralympijský medailista, mistr Evropy a čerstvý mistr světa v plavání. Ví, o čem mluví. Od svých patnácti let je po úrazu do značné míry závislý na vozíku. A letos se stal garantem projektu Poúrazová péče.

„Pacienty by k nám měli směřovat ošetřující lékaři z nemocnic, kam se po úrazech dostávají a kde jim medicínská péče často zachrání život. V praxi to ale příliš nefunguje,“ popisuje situaci, do níž se každoročně dostávají tisíce lidí po autonehodách, Mgr. Klára Moravcová, vedoucí fyzioterapeutka pražské Rehabilitační kliniky Malvazinky.

V České republice existuje nejvíce lůžek akutní péče v celé Evropské unii, zatímco na rehabilitaci či paliativní péči se jich již nedostává. „Jen akutních pacientů s poškozením mozku po úrazech, cévních mozkových příhodách, operacích nádorů na mozku a mozkových cévách přijmou nemocnice ročně 60 až 90 tisíc. Třetina z nich se do roka spontánně zlepší, třetina, bohužel, naopak umírá. K tomu připočtete úrazy páteře a zlomeniny,“ vypočítává zástupce nemocných, jež by potřebovaly rehabilitaci, Jakub Pětioký, náměstek pro rehabilitaci, vědu a výzkum Rehabilitačního ústavu v Kladruzech.

Maraton na šest kroků

Jel zachránit život slévači, kterému chrstnul do obličeje rozžhavený hliník. A málem sám zahynul. Sanitka se zapnutým majákem, již řídil Martin Lupač z Moravskoslezského kraje, se střetla s předjížděným autem, protože jeho řidič začal v tu chvíli odbočovat vlevo.

Těžce zraněného řidiče hasiči ze sanitky vystříhávali téměř hodinu, vrtulník jej dopravil do nemocnice, kde dva měsíce ležel v bezvědomí.

„Z nehody si nic nepamatuji, vím to jen z doslechu,“ vzpomíná po dvou letech na nehodu Martin. Dalšíh pět měsíců strávil jako „ležák“ a učil se obracet. „Od té doby vím, jaká je to pro miminko makačka, když se učí pást koníčky,“ usmívá se už dnes. Vozík, chodítka a prvních šest kroků bylo jako vyhrát maraton na olympiádě. „Nejvíce jsem se těšil, až si stoupnu k umyvadlu,“ vybavuje si. „To, co jsem nedobrovolně prožil, mne naučilo vážit si věcí, které si zdravý člověk ani neuvědomuje a bere je jako samozřejmost,“ bilancuje Martin.

Vrcholový trénink v Klimkovicích

V loňském roce byl Martin v Sanatoriích Klimkovic, jež jsou do projek-



Garant projektu Jan Povýšil letos intenzivně trénoval. Vyplatilo se. Začátkem prosince si na mistrovství světa v Mexiku vyplaval zlato.

tu Poúrazová péče rovněž zapojena. Podle jeho slovu tam hodně pomohli. Kdo jimi ale prošel, ví, že přirovnání některých léčebných programů k tréninku vrcholových sportovců sedí.

Týká se to zejména programu, který je známý jako KlimTherapy. „Je to ucelený koncept rehabilitační péče o klienta, s nímž pracuje fyzioterapeut systematicky denně tři až čtyři hodiny. Nejpodstatnější částí je samozřejmě cvičení, během něhož se používá tzv. kosmický obleček se soustavou gum, který si může fyzioterapeut nastavit tak, aby pomáhal nahradit dosud nefunkční nebo oslabené svaly,“ vysvětluje vedoucí fyzioterapeutka Mgr. Romana Holoňová. Zdůrazňuje, že klient musí být fyzicky i psychicky připraven. „Nejde o zázračnou metodu, je to dřina, která se ale vyplácí,“ dodává.

Dcera se znovu narodila

„Na přijetí do Rehabilitačního ústavu Kladruhy se může čekat až několik měsíců a spoustu pacientů musíme rovnou z kapacitních důvodů odmítnout, pacienti pak jdou do jiného zařízení. Prioritu mají propuštění z akutní péče,“ říká Mgr. Jakub Pětioký, který je ve své práci mezinárodně uznávaným odborníkem.

V Kladruzech pomohli i Martině, jež se po těžké autonehodě znovu narodila, při návratu do života musela ale projít ještě dlouhou a strastiplnou cestu. „Obvolali jsme a objezdili spoustu míst, kde by mohli dceri pomoci, ale byla to katastrofa. Lůžka nejsou, zjistili jsme,“ vzpomíná její otec Vlastimil Žižka. Nakonec se jim podařilo Martinu umístit právě do Kladruhy, kde se začala velmi rychle zlepšovat a stoupat ve všech dovednostech.

Martina je teď ve fázi, že se učí žít, nakupovat i vařit, většinou podle receptu. Omezení je stále poznat i na řeči, neumí se rozhodnout, což má velký vliv na její psychický stav, a má stále problémy s rovnováhou. Její otec říká, že sama v bytě být zatím dlouhodobě nemůže, ale že jí pomáhá její přítel, rodina i přátelé, kteří s ní bydlí.

Má hrůzu z cesty na kontrolu

Zhruba před rokem jeli manželé Jitka a Josef autem po hlavní silnici nedaleko Třebíče. Z vedlejší cesty jim nedalo přednost poštovní auto. Dál už si nic nepamatuji. „Určitě bych raději celý následující rok vymazala,“ říká Jitka.

Josefa po nehodě odvezla záchranka do blízké Třebíče, měl totiž těžký otřes mozku, zlomená žebra, zlomenou hrudní kost a další závažná zranění. Paní Jitku záchranáři hodinu vyprošťovali z havarovaného vozu a byla letecky přepravena k dalšímu ošetření. Její život zachraňovali specialisté na brněnské Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. „Počet zlomenin a operací ani nepočítám. Po probuzení z umělého spánku, kdy nevíte, co se stalo, a kdy vám z různých částí



Železný sloup, který ohnula sanitka, již řídil Martin Lupač. Z nehody, kterou nezpůsobil, si naštěstí nic nepamatuje.



Pacienti, kteří se v Rehabilitačním ústavu Kladruhy vrací do života, nečeká žádná rekreace. Spíš každodenní osmihodinová tvrdá práce, říká Jakub Pětioký, náměstek pro rehabilitaci, vědu a výzkum.

těla koukají hadičky, dráty i železa a máte téměř nesnesitelnou bolest, si přejete znovu usnout a už se nezbudíte. Nejhorší je psychika,“ svěřuje se Jitka. „Pár těžkých chvil bylo, ale když jsem zjistila, že manžel žije a že celá rodina mě celou dobu navštěvovala, tak jsem si uvědomila, jak to pro mě všechny muselo být těžké, a bojovala jsem ze všech sil.“

Dnes manželé Jitka a Josef pravidelně docházejí na rehabilitace. „Oba jsme již v důchodu. Dříve jsme rádi jezdili na výlety jak autem, tak na kolech, ale teď se učíme žít jinak. Život už nikdy nebude jako dřív. Změnil se celé naší rodině,“ a dodává: „Auto teď nemáme. Manžel zatím neřídí a já mám hrůzu, když musím jet na kontrolu.“

Trauma zažil i psychiatr

O psychických následcích autonehod ví – nejen z odborné literatury, ale i z vlastní zkušenosti – i ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice Martin Hollý. „I když nedojde k žádnému zranění, může se u některých lidí rozvinout posttraumatická stresová porucha, protože při nehodě mohou být svědkem zranění, nebo dokonce úmrtí někoho z jejich blízkých,“ vysvětluje uznávaný psychiatr. Narušení fyzické integrity podle něj samozřejmě situaci komplikuje. „Už proto, že koordinace mezi jednotlivými lékařskými profesemi u nás stále není dostatečná. Specifická práce s traumatem není v běžném portfoliu psychologických intervencí,“ podotýká Hollý.

Vzpomíná na nehodu, jejímž účastníkem se stal před 15 lety na pražské Jižní spojce. „Kolona, já jsem dobrzdil, řidič za mnou ale ne,“ popisuje okamžik srážky. Ke zranění nedošlo a škoda se pohybovala do 100 tisíc korun, takže objektivně žádné velké trauma. „Dodnes, když si mohu vybrat, jestli jet po obchvatu nebo centrem, volím centrum. Je to blokáda, která by u jiného člověka byla podvědomá, já si ji sice jako odborník uvědomuji, ale přesto mne ovlivňuje,“ přiznává.

Whiplash syndrom? Nevěříme!

Po autonehodě tzv. whiplash syndromem trpí spousta lidí. Přináší bolesti, problémy s viděním i rovnováhou, na rozdíl od jiných zranění ale není vidět. Vzniká následkem prudkého pohybu vpřed a hned zase vzad, jako když švihnete bičem, říká se mu také opěrkový syndrom.

Před sedmi lety měla paní Renáta autonehodu, když ji při odbočování přehlédli řidič kamionu. Její vůz doslova smetl. „Auto bylo na odpis, ale v tu chvíli si řeknete ‚Hurá, žij!‘,“ svěřila se portálu projektu Poúrazová péče. V nemocnici dostala límec na krk, ortézu na rameno - a alou domů. Jenže přišly problémy s krční páteří, které neustupovaly. „Začala jsem mít problémy se stabilitou a s očima, a to nemluví o hučení a pískání v uších. Čtyři roky jsem obcházela doktory,“ vzpomíná a dodává: „Posílali mne k psychiatrům a psychologům, protože to prý mám v hlavě a nic mi není.“

Přestala chodit do práce, neboť jakákoli zátěž na oči měla vliv na její stabilitu. Teprve poté, když v rádiu náhodou slyšela rozhovor s předním českým odborníkem na Whiplash syndrom doc. MUDr. Dr. med. Alešem Hahnem, CSc., z pražské Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, pochopila, co jí vlastně je. Absolvovala u něj vyšetření, které diagnózu potvrdilo. Ostatní lékaři až na výjimky ani ji, ani závěry renomovaného odborníka neberou vážně. „Doktor Hahn a jeho diagnózy...“, ušklíbl se prý její neurolog...

Široké spektrum následků

Primář Léčebných lázní Jáchymov MUDr. Jindřich Maršík potvrzuje, že při dopravní nehodě může dojít „jen“ k poranění měkkých tkání bez zlomenin a dalších zranění. „Pokud nastane prudký předklon a záklon hlavy, má to za následek poranění měkkých tkání krku, v nejtěžších případech i kostí, což může vést k dlouhodobým následkům v podobě bolestí šíje, hlavy, brnění v horních končetinách a rozvoji funkčních poruch,“ popisuje lékař s bezmála dvacetiletou



Vedoucí fyzioterapeutka Sanatorií Klimkovice Romana Holoňová s nadšázkou přirovnává některé léčebné programy k tréninku vrcholových sportovců.

„Pacienti, kteří se v Rehabilitačním ústavu Kladruby vracejí do života, nečeká žádná rekreace. Spíš každodenní osmihodinová tvrdá práce.“ Jakub Pětioký.

tou praxí v lázeňství.

Připomíná, že při dopravních nehodách dochází k působení velké energie. Rozhodující je směr a síla nárazu. „Dochází k širokému spektru následků od smrti po lehké poranění. Čelní srážky doprovází poranění hlavy, mozků, zlomeniny obratlů, poranění hrudníku. Přidat se mohou zlomeniny dolních končetin, případně kyčlí a pánve, pokud tělo narazí například do palubní desky vozidla,“ vypočítává možné následky primář. Boční nárazy podle něj zase často vedou k poranění ramene nebo celé končetiny, ale i hlavy či nohou. Rozhodující je přitom rychlost. Čím je vyšší, tím větší je i riziko poranění páteře a míchy.

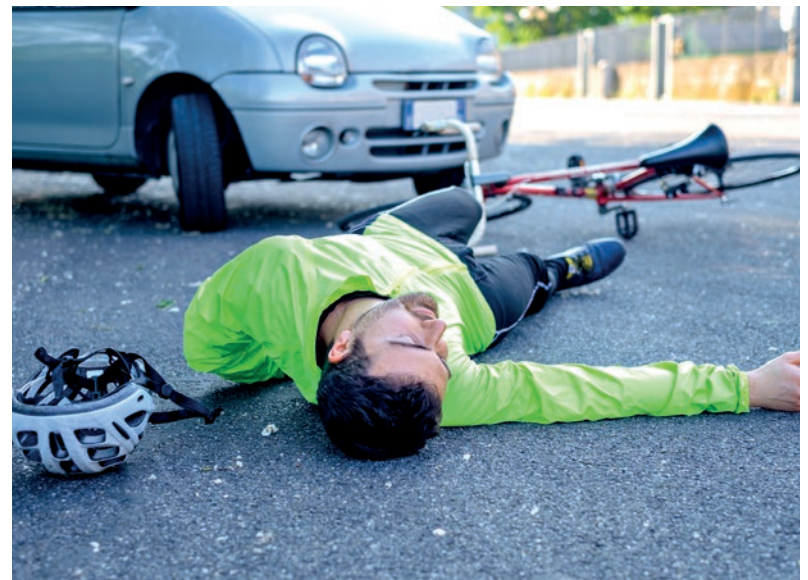
Vozík ji omezuje jen na souši

Pro Jarmilu Onderkovou je aktivní trávení volného času synonymem sportovního potápění. Pod hladinou se cítí volná. Ostatní aktivity, jako návštěva divadla, kina či jiných kulturních zařízení, jsou pro ni komplikovanější. Musí sedět na upravených místech pouze v první řadě z boku, nebo naopak v řadě poslední. Už 28 let je totiž po autonehodě odkázaná na invalidní vozík.

K nehodě došlo 15. října 1989, když skončila službu jako zdravotní sestra na dětském oddělení v Kutné Hoře a jela na sraz s kamarády. Dobu listopadové euforie prožila vleže na zádech na jednotce intenzivní péče v pardubické nemocnici, bez možnosti se otočit nebo posadit. Lékaři zjistili, že poraněná mícha a kompresivní zlomenina obratlů se operací „opravit“ nedají. Během téměř třiceti let sice lékařská věda v mnohém pokročila, ale v případě Jarmily by nepomohla ani dnes.

Bývalá zdravotní sestřička dne nejméně času tráví několikrát týdně na besedách ve školách po celé republice. Osvětě se věnuje již třetím rokem. „Naše setkání ve školách jsou pokaždé jiná, jiné děti, jiná atmosféra. Když se ptáme na jejich zkušenosti s úrazem, stává se, že už i malé děti zažily autonehodu s rodiči, při níž někdo zemřel,“ uzavírá Jarmila.

Připravil: Mgr. Denis Drahoš
Foto: www.pourazova-pece.cz



Projekt Poúrazová péče

Projekt Poúrazová péče chce přispět ke zvýšení bezpečnosti silničního provozu a zároveň si klade za cíl zlepšit informovanost laické veřejnosti, ale třeba i lékařů, o možnostech boje s následky dopravních nehod. Zapojila se do něj řada špičkových pracovišť poskytujících následnou péči. Doporučení odborníků i příběhy obětí nehod lze nalézt na portálu www.pourazova-pece.cz.



I když nedojde k žádnému zranění, může se u některých lidí rozvinout posttraumatická stresová porucha, připomíná ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice Martin Hollý.
Foto: Archiv Martina Hollého



Medaile Josefa Hlávky pro Helenu Illnerovou

Na zámku v Lužanech u Přeštic byly úspěšným studentům a významným osobnostem české vědy uděleny Ceny Josefa Hlávky. Jednu z pěti medailí si odnesla **prof. RNDr. Helena Illnerová, DrSc.**

„Vždy se zasazovala o předávání radosti z poznání širší společnosti a o povzbuzování zájmu mladých lidí o vědu. Své znalosti a zkušenosti pravidelně sdílí v médiích, formou přednášek a v nejrůznějších odborných diskuzích,“ řekla v laudatiu předsedkyně Akademie věd Eva Zažímalová.

Prof. Helena Illnerová jako první na světě objevila závislost funkce biologických hodin v mozku savců na délce dne během ročních období. Oddělení, které vedla ve Fyziologickém ústavu AV ČR, je dnes mezinárodně uznávané a významně se podílí na výzkumu mechanismu synchronizace biologických hodin s vnějším prostředím. Studium chronobiologie zavedla nejen ve Fyziologickém ústavu, ale i v rámci celé České republiky.

V letech 2001–2005 byla prof. Illnerová předsedkyní Akademie věd České republiky, kde zavedla program podpory mladých nadějných vědců. Je stále aktivně činná v organizaci vědy v českých zemích i na mezinárodní úrovni. Za přínos pro vědu a její řízení jí už byla udělena řada domácích i zahraničních ocenění.

Nejstarší českou nadací Nadání Josefa, Marie a Zdeňky Hlávkových založil Josef Hlávka v roce 1904. Po celou dobu nepřetržitě právní kontinuity se činnost Nadání úzce pojí s osudy české společnosti. V současné době Nadání spravuje nadační jmění, především v podobě nemovitostí, zejména zámek Josefa Hlávky v Lužanech u Přeštic a nadační domy v Praze.

Zdroj a foto: AVČR (pp)



Nový děkan Lékařské fakulty v Plzni

Akademický senát zvolil 2. listopadu nového děkana. Stal se jím **prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D., MHA**, přednosta Onkologické a radioterapeutické kliniky LF UK a FN Plzeň.

Prof. Fínek ve funkci vystřídá prof. MUDr. Borise Kreuzberga, CSc., kterému k 31. 1. 2018 skončí druhé funkční období. Volba děkana se koná každé čtyři roky, přičemž zákon dovoluje, aby jedna osoba zastávala funkci nejvýše dvě po sobě bezprostředně jdoucí funkční období. Prof. Fínka navrhl členové akademické obce fakulty a jako kandidáta na děkana ho schválil na svém mimořádném zasedání akademický senát, jehož členy jsou kromě pedagogů i studenti.

„Osobně jsem rád, že navrženým kandidátem je právě profesor Fínek, kterého si vážím pro jeho odborné znalosti, přístup k pacientům i ke studentům. Jeho dlouholeté zkušenosti v léčebné praxi, na poli vědeckém i pedagogickém jsou pro nás zárukou, že odborná kvalita a prestiž fakulty budou pod jeho vedením zachovány a dále rozvíjeny,“ říká předseda akademického senátu Lékařské fakulty v Plzni doc. MUDr. Tomáš Skalický, Ph.D. Na základě návrhu akademického senátu fakulty jmenuje nového děkana do funkce rektor Univerzity Karlovy, jejíž je plzeňská lékařská fakulta součástí.

Onkolog Jindřich Fínek je sám absolventem Lékařské fakulty v Plzni. V roce 1983 nastoupil jako lékař na onkologické a radioterapeutické oddělení FN v Plzni, jehož primářem se stal v roce 1995. Od roku 1996 vyučuje studenty na lékařské fakultě, titul profesor získal v roce 2012. Od roku 2014 je přednostou Onkologické a radioterapeutické kliniky LF UK a FN Plzeň.

Zdroj a foto: LF UK Plzeň (pp)



Prestižní ocenění pro mladého neurologa z Brna

Mladý neurolog z Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně MUDr. Ondřej Volný, Ph.D., získal v Záhřebu prestižní ocenění za excelentní výsledky v oblasti výzkumu mozkové mrtvice a zobrazení mozku.

Danubius Young Scientist Award je cena určená pro vynikající mladé vědce ze zemí širšího podunajského regionu. MUDr. Ondřej Volný se v rámci výzkumu soustředil na moderní metody zobrazení mozku u pacientů, kteří utrpěli akutní cévní mozkovou příhodu, a také na moderní možnosti léčby pomocí intervenční léčby spočívající v odstranění uzávěru z mozkové tepny pomocí speciálních katétrů. „Zaměřili jsme se například na přínos nové metody CT angiografie, tzv. multifázické CT angiografie, tedy metody zobrazující cévy vedoucí do mozku. Chtěli jsme zjistit, zda je multifázická CT angiografie přesnější v odhalení uzávěrů mozkových tepen. Jev jsme testovali u lékařů – neurologů i radiologů různé úrovně zkušeností,“ uvedl MUDr. Volný. „Výsledky ukázaly, že pomocí uvedeného zobrazení jsou i mladší lékaři s nižší úrovní zkušeností schopni lépe odhalit uzávěr mozkové tepny a tím je zpřesněna diagnostika,“ uzavřel Volný.

MUDr. Volný působí na I. neurologické klinice FNUSA i jako výzkumný pracovník v Mezinárodním centru klinického výzkumu (FNUSA-ICRC), kde se podílí na výzkumu mozkové cirkulace ve vztahu k cévním mozkovým příhodám. Během postdoktorálního studia absolvoval stáž v Calgary, Hotchkiss Brain Institute, Calgary Stroke Program. Po dokončení české rezidentury a složení atestace z neurologie bude v dalším tréninku pokračovat na neurologické klinice v Calgary.

Zdroj a foto: FNUSA (pp)





Pozvánka na koloproktologický kongres

Petřivalského nadace ve spolupráci s Českou a Slovenskou chirurgickou společností pořádají na jaře 25. Mezinárodní koloproktologický kongres Central and Eastern European Club of Coloproctology (CEECC).

Akce se koná ve dnech **27.–28. dubna 2018 v hotelu Holiday Inn v Brně**. První ročník se uskutečnil v Brně, další pak proběhly na Slovensku, v Litvě, Polsku, Rakousku, Srbsku a v Rusku. Akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK. Hlavními tématy budou novinky v diagnostice a léčbě kolorektálního karcinomu, v diagnostice a léčbě IBD, v diagnostice a léčbě v proktologii.

Účastníci se mohou registrovat u Jany Oberreiterové, tel.: + 420 725 863 018,

e-mail: jana.oberreiterova@funexpress.cz. Potvrzení o přijetí přihlášky obdrží prostřednictvím e-mailu.

Bankovní spojení: 1353647349/0800, Česká spořitelna
IBAN účet: CZ27 0800 0000 0013 5364 7349

Více informací o kongresu na: www.ceecc2018brno.cz.

Hospic jednou ze tří nejlepších neziskových organizací

Domácí hospic Vysočina z Nového Města na Moravě se zařadil mezi tři nejlépe oceněné neziskové organizace.

Cenu Neziskovka roku již popáté udělila Nadace rozvoje občanské společnosti (NROS). Hodnocení provádějí experti z firem, úřadů i neziskového sektoru. Změřují se na tři kategorie – malé, střední a velké neziskové organizace. Do užšího výběru postupuje v každé kategorii pět subjektů. Hodnotitelé zkoumají činnost, řízení, financování i komunikaci s veřejností. Tři finalisté z každé kategorie nakonec představují svou společnost a její práci před komisí, která určí vítěze.



Předávání cen v divadle Archa

Cena veřejnosti letos připadla Hospici svatého Jana N. Neumanna z Prachatic. Domácí hospic Vysočina o.p.s. je zřizovatelem dvou Středisek hospicové péče – v Jihlavě a v Novém Městě na Moravě. Jeho posláním je poskytovat profesionální péči a podporu nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem i jejich blízkým v době nemoci, umírání a truchlení. Poskytuje ale také terénní a ambulantní služby. V internetovém hlasování získal 2697 z 6911 hlasů

Nadace rozvoje občanské společnosti oslaví příští rok čtvrtstoletí své existence. Snaží se podporovat a rozvíjet neziskový sektor v Česku. Od svého vzniku rozdělila přes 1,8 miliardy korun mezi více než 7500 projektů. Nadační příspěvky pocházejí z grantů z Evropského hospodářského prostoru i z peněz dárců. Nejznámějším projektem NROS je pak sbírková akce Pomozte dětem, která vznikla před dvaceti lety.

Nadace spolu s organizací Fórum dárců uspořádala 29. listopadu Den dárců, jehož cílem je prostřednictvím dárcovské SMS podpořit některý z neziskových organizací po celé zemi. Jde o druhý ročník akce, která symbolicky děkuje všem dárcům a připomíná význam dárcovství v neziskovém sektoru. Dárci neposkytují jen své peníze, ale také svůj volný čas.

Zdroj: ČTK a NROS
Foto: NROS (pp)

Myeloidní tým oceněn na půdě Americké hematologické asociace

Oceněná práce se zabývá studiem lidských leukemických buněk na speciálním myším modelu, který umožňuje simulaci a studium akutní myeloidní leukémie (AML) in vivo.

Práci s názvem Simulation of AML Clonality in Patient-Derived Xenografts publikoval myeloidní tým Interní hematologické a onkologické kliniky FN Brno. Americká hematologická asociace (ASH) udělila českým vědcům v rámci 59. ročníku cenu Abstract Achievement Award. Podle vedoucího člena týmu, prof. Zdeňka Ráčila z IHOK FN Brno, tvoří základ výzkumu imunodeficientní myši, které umožňují simulovat akutní myeloidní leukemii v živém organismu.

Výzkum probíhá tak, že se od vhodného pacienta získají nejprve leukemické buňky, a ty se následně injikují do myši. Buňkám se nechá určitý čas, aby se mohly „uhnízdit“ v myší kostní dřeni a začít se množit, podobně jako je tomu u pacienta. V další fázi se buňky z myši odeberou. Cílem je identifikovat spektrum jejich genetických mutací. Zároveň mají vědci k dispozici stejnou informaci o mutacích, jež se původně vyskytovaly u pacienta. Můžou tak porovnat, které mutace se v myších zachovaly a které naopak zmizely nebo vznikly nově a sledovat tak biologii onemocnění.

Jde o časově náročný typ výzkumu, protože leukemické buňky v myších musejí růst 34 měsíců. Práce zabrala týmu tři roky, než úspěšně transplantoval buňky od dostatečného počtu pacientů. Samotnému projektu pak ještě předcházelo zhruba dvouleté testovací období, během kterého se daný model zavedl a ověřil.

Cílem práce bylo detailněji prozkoumat biologii tohoto různorodého onemocnění. Prof. Ráčil připomněl, že vědci při sledování vývoje nemoci u pacientů spíše pasivně přihlížejí, zatímco díky experimentům na myších modelech mohou aktivněji zasahovat do děje a sledovat růst leukemie v různých podmínkách.

Výsledky projektu umožnily identifikovat typy mutací, které jsou pro růst leukemie nezbytné. Z těchto dat se může zpětně poskládat mozaika vývoje onemocnění u konkrétních pacientů a studovat tak jeho komplikovanou biologii. Konečným výsledkem pak může být například návrh nové cílené léčby nebo úprava stávajících léčebných postupů.

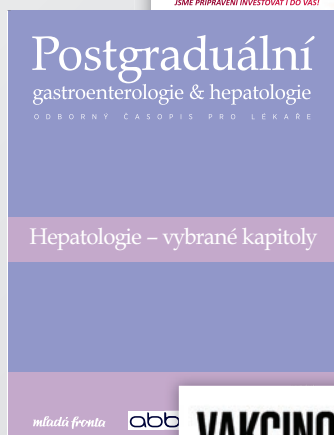
Výzkum českých vědců umožňuje „přenést“ akutní leukemii do zvířecích modelů, u kterých kvůli tomu, že nemají lidský imunitní systém, může dojít k snadnějšímu růstu některých subpopulací nádorových buněk. Je možné tak identifikovat subpopulace, jež jsou příčinou selhání protinádorové léčby anebo příčinou relapsu leukemie.

Zdroj a foto: Fakultní nemocnice Brno (pp)

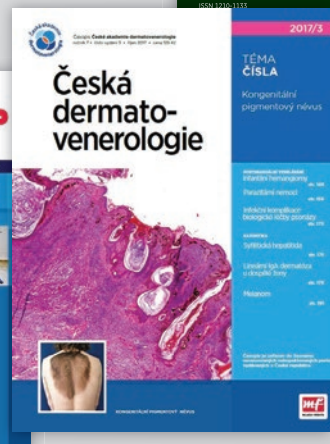


Zdeněk Ráčil

Věnujte originální dárek na celý rok



Roční předplatné časopisů nyní s dárkem



www.vanocnipredplatne.cz





Foto: 3x archiv Institutu bazální stimulace

Bazální stimulace – koncept, který jde k jádru

Koncem listopadu proběhl v Ostravě VII. česko – slovenský kongres bazální stimulace s mezinárodní účastí. Zkušenosti s aplikací konceptu bazální stimulace si přijeli vyměnit zástupci z oblasti zdravotní péče, sociálních služeb i speciálních škol. Prezidentkou kongresu byla PhDr. Karolína Maloň Friedlová, ředitelka Institutu bazální stimulace.

Příspěvky byly věnovány různým aspektům práce s těžce postiženými pacienty: využití bazální stimulace v pediatrické intenzivní péči, v rehabilitaci, u pacientů po kraniotraumatu nebo cévní mozkové příhodě, v domácí hospicové péči či u seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Hledat, jak pacient komunikuje

V přednášce věnované pedagogicko-psychologické bázi bazální stimulace vysvětlil autor konceptu prof. Dr. Andreas Fröhlich jeho význam: „Musíme si uvědomit, že tělo je vždy v centru naší péče. Nejdůležitější signály neprocházejí slovy, primární komunikace probíhá prostřednictvím pohybu. Pacient může být mimo, ale tělesně je přítomen, může vnímat. Fakt, že to nevidíme, často jen znamená, že se díváme špatně.“

Bazální stimulace pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče u dříve neléčitelných jedinců. „V 70. a 80. letech minulého století jsme vidávali zubožené děti, neschopné se učit, děti, které byly nevychovatelné, nevyvíjely se, nehrály si a nekomunikovaly. Z ošetřovatelského hlediska byly chronicky nemocné, měly potíže s trávením, dýcháním, trpěly kontrakturami a epileptickými záchvaty. Nikdo s nimi nechtěl pracovat, často byly ponechány svému osudu. Jejich rodiče byli zoufalí, vzdali se naděje,“ připomenul prof. Fröhlich.

Tělo v centru péče

Vývoj a zavedení metody bazální stimulace do pedagogické a ošetřovatelské praxe přineslo postiženým dětem novou naději. A nejen jim. Efekt bazální stimulace se začal

úspěšně využívat také u starých lidí s demencí, v domácí a paliativní péči, stejně jako u pacientů s těžkým postižením mozku. „Dnes vidíme, že těžce postižený jedinec, ať už jde o nedonošené šestisetgramové dítě, pacienta v kómatu či nekomunikujícího seniora v hospici, se dokáže přizpůsobit i extrémnímu prostředí. Je schopen se aktivně ochránit i otevřít, je schopen přežít. A co víc, dokáže se učit. Bazální učení znamená celostní učení, do kterého se zapojuje celý organismus. My se pak musíme učit, jak s ním šetrně zacházet,“ uvedl prof. Fröhlich. Koncept bazální stimulace přirovnal k rozkrojenému jablku, v němž jádra představují to nejdůležitější, nesou genetickou informaci a pokračování. „Ostatní kolem je chutné, ale ne tolik důležité. To jsme museli v naší práci postupně objevit,“ vysvětlil prof. Fröhlich.



Co je bazální stimulace:

Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu, vestibulární, vibrační, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace je integrovatelná do klinické péče (intenzivní medicína, neonatologie, následná péče) a také do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klientů s nezvratnými změnami tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života. Hlavní myšlenkou konceptu Bazální stimulace je potřeba vnímat jedince holisticky. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu.

Autorem konceptu je speciální pedagog, profesor Dr. Andreas Fröhlich (Německo), do ošetrovatelské péče přenesla koncept jeho spolupracovnice profesorka Christel Bienstein. Bazální stimulace patří v současnosti v zemích Evropské unie k nejpopulárnějším ošetrovatelským konceptům. Metoda je v zahraničí integrována do osnov ve výuce ošetrovatelství na zdravotnických školách, v klinické praxi se s ní pracuje na mnoha pracovištích. V ČR se zasloužila o rozšíření konceptu především PhDr. Karolína Maloň Friedlová, jež založila Institut bazální stimulace.



Profesor Fröhlich na kongresu bazální stimulace

Těžké zdolávání vrcholů a empatie

Atraktivitu odborného programu podtrhlo i místo konání, jímž byla hala Gong v Dolní oblasti Vítkovic. Maketa druhé nejvyšší hory světa K2, jež byla na pódiu vystavena, měla připomenout, jaké těžkosti musí zdravotníci, sociální pracovníci a speciální pedagogové zdolávat při práci s lidmi s těžkým mentálním či tělesným postižením. Na vrchol doprovázel přednášející Libor Uher,

známý český horolezec a historicky druhý Čech, který vystoupil na K2. Píseň Empatia, jež poté zazněla v závěru večera na koncertu Miroslava Žbirky, symbolizovala filosofii péče v konceptu bazální stimulace. Akce se účastnilo 670 lidí a v auditoriu byli zástupci České republiky, Slovenské republiky, Rakouska i Německa. Kongres pořádal Institut bazální stimulace s.r.o. ve spolupráci s mezinárodní asociací Bazální stimulace. *MUDr. Andrea Skálová*

Bazální stimulace zavede do medicíny lidštější rozměr

V souvislosti s kongresem bazální stimulace jsme prezidentce kongresu PhDr. Karolíně Maloň Friedlové položili doplňující otázky k tématu.

V úvodní přednášce prof. Dr. Andreas Fröhlich na příkladu těžce postiženého dítěte prezentoval, jaký býval osud pacientů v minulosti a jaké možnosti zlepšení přináší bazální stimulace. Prospívají techniky bazální stimulace pacientům s vrozeným či získaným postižením a proč by je měli zdravotníci využívat?

Koncept bazální stimulace vychází z vědeckých poznatků, a to především neurofyziologického vývoje dítěte a jeho psychomotorického vývoje. Dětem s vrozeným těžkým postižením přinesl možnost se vyvíjet a zlepšovat pohybové a komunikační schopnosti. Umožňuje jim skrze nové podněty a stimuly kvalitněji prožívat svůj život. Od roku 2006 proběhlo v České a Slovenské republice celkem 213 odborných auditů či supervizí na pracovištích, jež s konceptem pracují. Prokazují, že pokud je koncept integrován do ošetrovatelské péče, přináší profit pro pacienta i personál.

Čím nejvíce strádá pacient s těžkým poškozením mozku, umírající či pacient na intenzivní péči... Je to nedostatek podnětů a komunikace, díky nimž postupně „zakrňuje“?

Pacient se změnou vědomí je schopen vnímat, což lze v dnešní době vědecky prokázat. Je schopen také emočních reakcí. Bazální stimulace pohlíží i na člověka v kómatu jako na bytost, jež je schopna vnímat a prožívat. Koncept nabízí možnosti, jak pochopit signály pacientů se změnou vědomí. Umožňuje prostřednictvím zejména „somatického dialogu“ navázat komunikaci i s pacien-

tem se změnou vědomí. Profesorka Christel Bienstein, spoluautorka konceptu, prohlásila na počátku 80. let minulého století, že „se současnými vědeckými poznatky nelze pacienty v intenzivní péči pouze ošetřovat, ale je nutné péči strukturovat tak, aby byla stimulující a podporovala neuroplasticitu mozkové tkáně. V opačném případě bychom jim poskytovali konzervační péči“.

Vy sama jste ve své přednášce připodobnila vztah ošetrovatele a jeho pacienta ke dvěma horolezcům na jednom laně, kteří jsou jeden na druhém závislí. V čem usnadňuje bazální stimulace práci ošetrovatelům a jak oni sami hodnotí její přínos?

Odborné supervize poskytují evaluaci, jak koncept prospívá pacientům i personálu. U pacientů zlepšuje jejich motorické schopnosti, sebeobsluhu, kognitivní i komunikační schopnosti. Někteří pacienti s nepříznivou medicínskou prognózou se probrali do stavu plného vědomí a vrátili se zpět nejen do rodinného, ale i pracovního života. Ošetřující personál při supervizích popisuje, že jim bazální stimulace přinesla nové cesty a možnosti



v poskytování péče, sebeuspokojení a zlepšení pochopení jeho prožívání. Některé týmy popisují, že bazální stimulace jim pomohla zlepšit interpersonální vztahy a že je nutné uplatňovat kreativní stimulující péči, jež částečně brání syndromu vyhoření.

Jaké techniky se používají nejčastěji?

Supervize prokázaly, že nejčastěji jsou uplatňované prvky somatické stimulace, především zklidňující a povzbuzující koupele, neurofyziologická stimulace, masáž povzbuzující dýchání a polohování podle konceptu bazální stimulace, tedy mikropolohování, poloha hnízdo a poloha mumie.

Čím si vysvětlujete účinek bazální stimulace? Pokud jsem dobře pochopila, jde tam o druh neuroneogeneze?

Vývoj mozku není závislý pouze na biologicky daných skutečnostech a genetických informacích, nýbrž podstatným faktorem pro dozrávání mozkové tkáně po narození je okolní prostředí organismu a jeho stimuly. Totéž platí u pacientů s neuromuskulárními deficity



získanými za života z důvodu onemocnění nebo úrazu. Cílená a kontinuální stimulace smyslových orgánů podle konceptu bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech.

Probíhají klinické studie hodnotící efekt bazální stimulace? Je koncept vědecky podložený?

Bazální stimulace je v České a Slovenské republice poměrně mladá. Nyní jsme ve fázi, kdy některá certifikovaná pracoviště, zejména z fakulturních a univerzitních nemocnic, začínají hodnotit efekt prostřednictvím vědeckých studií, hlavně v kontextu disertačních prací. Domnívám se, že efekt konceptu vystihují citace lékařů ze supervidovaných pracovišť. Cituji docentku MUDr. Lubicu Kováčikovou, Ph.D., z Dětského kardiocentra Národního ústavu srdečních a cévních chorob z Bratislavy: „Bazální stimulácia nám umožňuje liečiť dieťa, nielen chorobu“. Také MUDr. Martina Horáková, Ph.D., z Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů FN Olomouc uvedla: „Bazální stimulace nachází uplatnění hlavně tam, kde ‚klasická medicína‘ sama o sobě nestačí“.

Zmínila jste, že v ČR je v bazální stimulaci proškolen více než 400 pracovišť, z čehož je 120 certifikovaných. Která pracoviště mají největší zájem o proškolení?

Z poskytovatelů zdravotní péče je koncept bazální stimulace nejvíce využíván v oblasti intenzivní péče, tedy na jednotkách ARO a JIP. Nezastupitelnou roli má v neonatologické intenzivní péči. Etabloval se také do následné dlouhodobé péče, v rehabilitačních ústavech a v hospicové péči. Více než polovina proškolených pracovišť v České i Slovenské republice jsou zařízení poskytující sociální

služby. Zde s úspěchem využívají bazální stimulaci u dětí i dospělých s vrozenými tělesnými a mentálními postiženími a také u seniorů s demencí.

Když pohlédneme na bazální stimulaci jako techniku pracující s pacientem na tělesné, bazální rovině, nepadá mě, jestli by bylo možné využívat ji s přínosem i v oborech, jako jsou psychiatrie, psychosomatika, adiktologie nebo třeba onkologie?

Ano. U onkologicky nemocných pacientů je bazální stimulace již dlouhodobě uplatňovaný koncept. Pravidelně se proškoluje personál z hospicové péče, nejen stacionární, ale také z mobilních hospiců. Mnoho prvků může zdravotník delegovat na rodinu pacienta a podpořit tak rodinu v doprovázení blízké osoby. Koncept se pomalu začíná uplatňovat i v psychiatrickém ošetřovatelství. Prostřednictvím zklidňující somatické stimulace, masáže stimulující dýchání a forem polohování lze nefarmakologicky tlumit agresivní pacienty. Kazuistiky z certifikovaných pracovišť sociálních služeb prezentují výsledky aplikace bazální stimulace u pacientů s psychiatrickou diagnózou se stavy těžké agrese a autoagrese. Po několikaměsíčním uplatnění došlo k výrazné změně ve stavu pacienta, útlumu agresivity, zlepšení komunikace s personálem a celkovému zlepšení psychické pohody pacienta, snížení dávek sedativ a výskytu epileptických záchvatů.

A co my „zdraví“ lidé? Nepotřebujeme také nějakou bazální stimulaci?

Potřebujeme, a to nejen v dětství, ale také v dospělosti a ve stáří. Pevné objekty je vlastně tak trochu forma „somatické stimulace“. Fyzický kontakt s druhou osobou je důležitý v jakékoli životní periodě, dochází při něm

totiž k vyplavení oxytocinu a dopaminu v mozkové tkáni, zlepšuje psychickou pohodu a podporuje utváření vztahů. Profesor Fröhlich při strukturování konceptu vycházel mimo jiné z poznatků švýcarského vývojového psychologa J. Piageta a jeho tvrzení, že život je možný pouze ve vztahu.

Na konferenci několikrát zazněla pochvalná slova směrem k vám, protože jste se zasloužila o rozšíření metody v ČR. Jak jste nyní spokojená s tím, co se již podařilo a jaké jsou vaše další profesní cíle?

Mám velkou radost, že proškolená pracoviště prokázala, že bazální stimulace je efektivní rehabilitační koncept a že zvyšuje kvalitu poskytované péče. Přednosta KARIM 1. LF UK a VFN doc. MUDr. Martin Strítěský, CSc., shrnul další přínos: „Bazální stimulace zavede do medicíny lidštější charakter a rituály, na které jsou pacienti zvyklí.“ Několik posledních let jsem připravovala vzdělávací curriculum pro specializační studium certifikovaného lektora konceptu pro Českou a Slovenskou republiku. Přednášejícími budou odborníci ze čtyř evropských států. V současné době je již schváleno mezinárodní skupinou odborníků Mezinárodní asociace Bazální stimulace a nyní jsme v poslední fázi přípravy otevření studia poprvé v neněmecky hovořících zemích. Prezident Mezinárodní asociace Bazální stimulace Hubert Jäger na kongresu řekl, že se otevírá nová kapitola bazální stimulace v České a Slovenské republice. Věřím, že za několik let bude i u nás situace jako je nyní v zahraničí, kdy fakulturní nemocnice budou mít vlastní certifikované lektory, kteří budou mentory a konzultanty pro celou nemocnici a kteří budou postupně proškolovat personál.

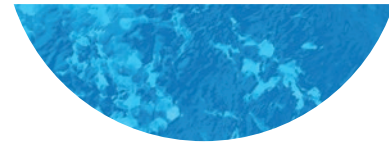
Děkuji za rozhovor.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M171000596



Řízení rizik
ve
zdravotnictví



VESELÉ VÁNOCE A ŠŤASTNÝ NOVÝ ROK
VÁM PŘEJE SPOLEČNOST SATUM CZECH

UMÍME PŘEDVÍDAT RIZIK...UŽ 20 LET



 SATUM

POJIŠTĚNO  LET

WWW.SATUM.CZ



Společnost MSD oslavuje 25 let od příchodu do ČR

Farmaceutická firma MSD IT otevřela na pražském Smíchově další špičkové pracoviště. Pro zdravotníky a pacienty vyvíjí nejen technologie, ale i programy a aplikace.

Nová kancelářská budova v Praze byla otevřena u příležitosti 25. výročí příchodu společnosti do České republiky. Jedna z globálních farmaceutických společností je známa svými inovativními preparáty, například pro léčbu vysokého cholesterolu, diabetu druhého typu, HIV, autoimunitních onemocnění, ale i hepatitidy C.

Ředitel farmaceutické divize MSD v České republice Stefano Santangelo připomněl rok 1991, kdy firma v České republice představila první statin – lék, jenž účinně snižuje hladinu cholesterolu v krvi, čímž předchází závažným srdečním onemocněním. Od té doby firma uvedla na trh více než dvě desítky přípravků z oblasti imunologie, onkologických onemocnění, melanomu a karcinomu plic.

Mezi významné inovativní léky patří antivirotikum pro léčbu hepatitidy C. „Od zjištění příčiny hepatitidy C trvalo jen zhruba 25 let, než byly objeveny léky, které ji umějí vyléčit téměř ve sto procentech případů. Tak rychlého pokroku dosud nebylo dosaženo u žádných jiných nemocí,“ zdůrazňuje Stefano Santangelo.

IT technologie ve zdravotnictví

Společnost působí v České republice nejen jako dodavatel léčivých přípravků, ale od roku 2014 také jako vývojová firma, která poskytuje potřebnou IT podporu globální společnosti s téměř 70 tisíci zaměstnanci a zároveň se zabývá inovacemi v oblasti zdraví. Jedním z programů MSD IT v Praze je Paris (Patient-At-Risk Identification Systém), jenž vyhodnocuje elektronické zdravotní záznamy pacientů (dosavadní zjištění, užívané léky, věk apod.) a umožňuje lékařům například rychle identifikovat pacienty s kardiovaskulárními hodnotami a poslat ho na specializované vyšetření. Program podle Josefa Holého, vedoucího oddělení Advanced Solutions MSD IT, využívají pacienti ve Švýcarsku a plánuje se jeho využití i v několika zemích Evropské unie.

Lékaři mohou také používat webovou aplikaci Health Assist, která umožňuje plánovat péči u konkrétního pacienta trpícího diabetem 2. typu nebo kardiovaskulárním onemocněním. Lékař si pomocí aplikace může určit léčebné cíle, léky či doporučit péči specialisty. Program ImmunoConnect pomáhá zase monitorovat aktu-

ální stav na dálku, a to prostřednictvím certifikovaného dotazníku, který pacient vyplní a který se lékařovi zobrazí v online aplikaci.

K dalším oblastem vývoje patří virtuální 3D simulace, jež pomáhají ve vzdělávání lékařů. Jedna z nich zobrazuje pacienta při laparoskopické operaci. Lékař tak vidí, jak na organismus působí lék, který slouží k zotavení svalů po anestezii, aby po zákroku mohl co nejdříve dýchat sám. Technologie budou v budoucnosti použitelné pro simulace operací. Experti přemýšlejí i o tom, že by do budoucna prováděli i chemické analýzy čili že by podle určitých indikátorů zjišťovali, zda se u konkrétního člověka neprojevuje Alzheimerova choroba, artróza nebo deprese.

Dnes IT hub v Praze zaměstnává na 700 lidí, kteří nepracují jen na projektech vznikajících v České republice, ale rovněž v dalších světových IT centrech. MSD v Praze otevřelo i finanční centrálu pro Evropu, jež bude mít příští rok 1300 zaměstnanců. IT centrum v současnosti obývá již druhou kancelářskou budovu. Ve smíchovském komplexu Five sídlí zároveň i Farmaceutická a finanční divize MSD.

Zdroj: MSD, (pp)

Ještě k psychoterapii...

Psychoterapie je nepochybně samostatný obor. Jádrem jejího uplatnění bylo vždy ve zdravotnictví, v péči o zdraví, v naplnění „psycho“ z biopsychosociálního konceptu nemoci podle WHO. V současné špatně přehledné situaci je (i po textech minulého čísla ZaM), třeba vysvětlení.

Od dob Sigmunda Freuda se na celém světě většina definic psychoterapie dotýká léčby psychologickými prostředky. A také v zemích, kde je psychoterapie regulována zákonem, spadá vždy pod resort zdravotnictví.

Zavedení systému zdravotního pojištění si vynutilo definování vzdělání v psychoterapii i u nás. Jen tak totiž mohou zdravotní pojišťovny psychoterapii proplácet. Definice vzdělání byla inspirována běžnou praxí ve světě jako vzdělání navazující na atestaci z medicíny (většinou psychiatrie) nebo klinické psychologie. Nikoho nenapadlo nabízet ji mimo zdravotnictví, i když to tehdy živnostenský zákon výslovně vylučoval.

Vzdělávání v psychoterapii pro klinické psychology a lékaře prováděly a provádějí ve schválených programech soukromé vzdělávací instituty a završuje ho pro zdravotnictví státem posvěcený certifikovaný kurz zakončený zkouškou. Vzdělávacím institutům však nikdo nebránil nabízet vzdělávání komukoliv, bez ohledu na jeho pregraduální kvalifikaci a profesi.

Hodně lidí absolvovalo vzdělání v psychoterapii spolu s klinickými psychology a psychiatry (leč bez jejich pregraduální a postgraduální-pretestační kvalifikace a praxe). Mnoho z nich se začalo považovat za psychoterapeuty a soukromé vzdělání za svoji rekvalifikaci (byť bez státního posvěcení). Formálně je v jejich živnostenské praxi (nechájí si vystavit živnostenský list na jinou činnost) nelze odlišit od těch, kteří žádné vzdělání nemají.

Snaha výboru odborné společnosti začít věci v zájmu pacienta zpřehledňovat a ohraničovat vedla u někoho k nejistotám, u někoho k obavě z ohrožení jeho vzdělávacího byznysu, což vyústilo v nejrůznější, často nepřilíš korektní protiakce.

Je třeba věčně připomenout, že výbor odborné společnosti:

- pracuje ve shodě se svým programovým prohlášením (viz www.psychoterapeuti.cz),

- respektuje právní řád ČR a trvá na tom, že psychoterapie by se v ČR s ohledem na ochranu pacienta měla řídit veřejným právem, nikoliv právem soukromým,
- zohledňuje zásady Evropské asociace pro psychoterapii,
- považuje ve shodě s celým světem (a učebnicemi Kratochvíla a Vymětala či stanovisky EAP) poskytování psychoterapie za vědomé, kvalifikované a léčebné působení,
- pro poskytování kvalitní péče zdůrazňuje nezbytnost úplné kvalifikace samostatně pracujícího poskytovatele psychoterapeutické péče, kvalifikace, která je zastřešena garancí státu,
- spolu s ostatními schvalujícími celky vymezuje a upřesňuje podmínky pro vzdělávání ve zdravotnictví,
- tvrdí, že v současné době není v ČR jiná možnost zastřešení psychoterapie ve zdravotnictví než stávajícím kurzem,
- hájí zejména zájmy pacienta a jeho bezpečí v psychoterapeutickém vztahu (zajištěné v ČR pouze zdravotnickou legislativou),
- trvá na tom, že míra samostatnosti při poskytování psychoterapie či uplatňování psychoterapeutických postupů musí odpovídat dosaženému vzdělání a relevantní praxi,
- i nadále trvá na tom, že aplikace psychoterapeutického vzdělání, kvalifikovaných psychoterapeutických postupů a metod patří i do služeb sociálních, školství či vězeňství, musí však mít svá pravidla a pro orientaci konzumenta těchto služeb musí být odlišně pojmenována,
- má vůli spolupracovat na podmínkách uplatňování psychoterapeutického vzdělání v jiných resortech.

PhDr. Karel Koblic,
předseda České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP

Jaká je kvalita lékáren?

Chránit zájmy pacienta by mělo být prioritou každého poskytovatele zdravotní péče, včetně lékárnické. Kde je kvalita nejlepší? V uvedeném ohledu jsou pacienti velmi vnímaví a hlasují takřikajíc nohama. Objektivnější ukazatel ale určitě představují inspekce Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). V letošním roce měl ústav naplánováno celkem 875 následných kontrol, 450 samostatných kontrol zacházení s návykovými látkami a prekursory a 110 cenových kontrol.

Právě kontroly ale do značné míry zpochybnily nedávný sjezd delegátů České lékárnické komory, který vyjádřil nespokojenost jak s jejich průběhem, tak s výši ukládaných pokut. „Mrzí mě, že jsem se nemohla sjezdu Komory zúčastnit a získat k tématu víc informací“, říká manažerka kvality a lékárnice největší české lékárenské sítě Dr. Max, Mgr. Lenka Peterková. „Především by mě zajímalo, s čím konkrétně jsou lékárníci nespokojeni. Tak se mohu jen dohadovat,“ doplnila Peterková, kterou sjezdová kritika překvapila, neboť dnes už mají lékárny na webových stránkách SÚKL dost informací, aby se na kontroly připravily. „Na druhou stranu nelze ke kontrolám nikdy přistupovat rutině. Kontroly se opakují v průměru po čtyřech letech, a za tu dobu se změnil leccos, nejen legislativa,“ upozornila lékárnice.

Co vše SÚKL vlastně kontroluje? Prakticky vše, co s činností lékárny souvisí: zákon o léčivech, zákon o návykových látkách, regulaci reklamy a další související předpisy. Ideální je, pokud regulátor žádné závady nenajde, což se ale často nestává. Drtivá většina lékáren má záznam drobných nedostatků. Prohřešky inspekce hodnotí podle závažnosti na stupnici od jedné do tří. Nejvíce lékáren je v první kategorii – celkem 104. Ne-

srovnalosti v kusové evidenci či neúplná dokumentace (stupeň 2) dostala do problémů mnohem méně lékáren. Nejvýznamnějších, trojkových závad bylo nejméně.

Letošní účet ještě není uzavřen, ale ukazuje se, že podíl nejzávažnějších pochybení u lékáren dlouhodobě stagnuje okolo jedné pětiny. „Nás může těšit, že oproti celorepublikovému 20 % dosahuje podíl kontrol hodnocených známkou 3 v našich lékárnách už několik let po sobě pouze kolem 5 %,“ říká Lenka Peterková. „V první řadě díky našim pacientům a v druhém sledu je to významná finanční úleva, protože pokuty bývají velmi vysoké.“ Dobrému výsledku kontrol totiž pomáhají vnitřní pravidla. „Sítě mají nepochybně výhodu, mohou sdílet své poznatky a zjištění si předávat. Všechny protokoly se shromažďují na jednom místě a kontroly tak lze pravidelně vyhodnocovat a vést jejich statistiku. Navíc v rámci sítě probíhají pravidelné interní audity, jež doplňují kontrolu SÚKL,“ poznamenává lékárnice.

Její kolegyně z druhé největší sítě v Česku, lékáren Benu, PharmDr. Ivana Lánová doplňuje: „Není to jediná výhoda, druhou vidím v tom, že v rámci sítě lze vytvořit výborný systém celoživotního vzdělávání, který zajišťuje permanentní profesní růst lékárníků. A jsem



Ilustrační foto: Shutterstock

moc ráda, že na benefity, z nichž těží především klienti lékáren, upozornila i nedávná konference Zdravotnictví 2018. Podle mě je důležité, aby si nejen pacienti, ale i odborná veřejnost uvědomili, jak velký kus práce v českém zdravotnictví síťové lékárny odvádějí. Sít Benu, stejně jako Dr. Max a Devětsil na konferenci zastupovala Asociace provozovatelů lékárenských sítí a její místopředseda představenstva Ing. Michal Jurča.

(red)

Jan Evangelista Purkyně – nová publikace Mladé fronty

U příležitosti 230. výročí narození Jana Evangelisty Purkyně vydala Mladá fronta výpravnou publikaci.

Knihu o předním českém fyziologovi, anatomovi, biologovi, básníkovi a filozofovi celosvětového formátu představili autoři 7. prosince na půdě Senátu u příležitosti 28. kongresu České lékařské společnosti. Křtu se ujal jeden z autorů a zároveň předseda ČLS JEP prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., FCMA, který Purkyně představil jako člověka, jenž zásadně ovlivnil vývoj medicíny a přírodních věd. Připomněl také, že v dnešní době není tato osobnost příliš doceněna. Publikace se proto snaží tento dluh české společnosti splatit.

Více než pětisetstránková kniha připomíná zejména zásluhy J. E. Purkyně na medicínském poli. Jeho vědecká činnost se promítla do mnoha oborů, například do interního lékařství, oftalmologie, neurologie, fyziologie či farmakologie. Mimořádné jsou jeho objevy v oblastech morfolgie a fyziologie srdce i fyziologie nervové tkáně, kdy pojmy jako Purkyňova vlákna v srdci a Purkyňovy buňky v mozečku se zmiňují v českých i cizojazyčných lékařských učebnicích. Purkyně byl rovněž výborným experimentátorem. Díky jeho práci s mikroskopem a v přípravě tkání se výrazně zdokonalily histologické postupy.

Kniha obsahuje i ryze osobní příspěvek MUDr. Ivana Fišera, Ph.D., jednoho z potomků českého badatele.

Foto: archiv Kanceláře Senátu



Při křtu knihy (zleva): Ivan Fišer, Michaela Lízlerová, šéfredaktorka edice Postgraduální medicína, Štěpán Svačina, Otakar Brázda a Jindřiška Bláhová

Pacienti potřebující antikoagulační terapii chtějí vědět o antidotu

Jedním ze stěžejních témat letošní 10. antikoagulační akademie, která proběhla 12.–13. října ve Vídni, bylo hledání cest, jak zvýšit informovanost pacientů, u nichž je potřebná antikoagulační léčba. Interdisciplinární diskuse probíhala především nad terapeutickými možnostmi a inovacemi v oblasti nových orálních antikoagulancií (NOAC), dále pak nad změnami a perspektivami, jež přineslo zavedení specifického prvního antidota.

Vedle tradičně používaného antikoagulans – warfari- nu, jehož užívání je spojeno s řadou rizik a potřebou častého monitorování efektu léčby, jsou v současnosti k dispozici čtyři nová orální antikoagulancia: dabigatran etexilát, apixaban, rivaroxaban a edoxaban. Připomeňme, že nejčastější indikací antikoagulační léčby je fibrilace síní, která hrozí vznikem akutní cévní mozkové příhody. Jak uvedl prof. John Eikelboom z Hamiltonské univerzity v Kanadě, z každých deseti pacientů s cévní mozkovou příhodou (CMP), k níž dojde z důvodu fibrilace síní, jich osm zemře nebo je postiženo závažnou invalidizací. Výběr vhodné antikoagulační léčby není úplně snadný, podle odborníků je třeba především zvažovat, do jaké míry dané antikoagulans chrání před vznikem CMP a současně zda redukuje riziko krvácivých komplikací. Dále by měl lékař přihlídnout k užívané medikaci pacienta, jeho komorbiditám, preferencím a životnímu stylu. Zásadní překážkou pro užívání účinné antikoagulační léčby je přitom strach z krvácení.

Antidotum k dabigatranu – nová éra antikoagulace
Rok 2015, kdy se na trhu objevilo první specifické antidotum k dabigatran etexilátu (Pradaxa) – idarucizumab (Praxbind), znamenal z pohledu odborníků revoluci v antikoagulační léčbě. Klinické studie ukázaly, že dokáže rychle, účinně a bezpečně zvrátit účinek dabigatranu v akutních případech, při nichž hrozí závažné až život ohrožující krvácení. Z významných klinických hodnocení, které sledovaly účinek dabigatranu a/nebo idarucizumabu, jmenujme tři klíčové:

1. Studie RE-CIRCUIT ukázala, že riziko závažného krvácení v průběhu katetrizační ablace je nižší při nepřerušené léčbě dabigatranem než při nepřerušené léčbě warfarinem.
2. Studie RE-DUAL PCI potvrdila, že duální terapie s dabigatranem a P2Y12 inhibitorem signifikantně snižuje riziko krvácení oproti tzv. triple terapii warfarinem, P2Y12 inhibitorem a kyselinou acetylsalicylovou.
3. Studie RE-VERSE AD potvrdila, že specifické antidotum idarucizumab je schopno okamžitě a kompletně zvrátit antikoagulační efekt dabigatranu.

Výsledky uvedených studií by tak mohly překonat hlavní bariéru užívání efektivní antikoagulační léčby – obavy z nekontrolovatelného krvácení. „Jme svědky zásadního posunu v managementu antikoagulační terapie. S dostupným specifickým antidotem k dabigatranu se antikoagulační léčba stává bezpečnější. Lékaři mohou dabigatran indikovat s větší důvěrou a pacienti mohou být bez obav, protože v případě život ohrožujících situací, jako je závažné krvácení či potřeba akutního chirurgického zákroku, je k dispozici antidotum, které efekt antikoagulačního léku zruší. Vstoupili jsme do nové éry antikoagulační péče,“ uvedl prof. Eikelboom.



Diskuse na letošní Antikoagulační akademii

Foto: Boehringer Ingelheim

Antikoagulační léčba z pohledu pacientů

Odborníci se shodují, že středobodem zdravotní péče by měl být pacient. Kardioložka prof. Anna Tomaszuk-Kazberuk z lékařské univerzity v Białymstoku v Polsku proto informovala, jak vnímají antikoagulační léčbu samotní pacienti. Připomněla, že podle britského průzkumu z roku 2002 pouze polovina pacientů s fibrilací síní ví o své nemoci a riziku cévní mozkové příhody. Jen 15 % pacientů pak bylo nabídnuto více možností léčby, ale ani těm nebyla dostatečně vysvětlena podstata onemocnění a důvody k antikoagulační terapii. Přednášející vyzdvihla, že podle posledních doporučení Evropské kardiologické společnosti musí být pacient v centru rozhodování o volbě terapie, to znamená, že musí být detailně informován o nemoci, diagnostice i léčebných možnostech.

Prof. Tomaszuk-Kazberuk poté komentovala průzkum, jenž v souvislosti s uvedenými nedostatky proběhl v loňském roce ve čtyřech zemích (Rakousko, Polsko, Česká republika a Slovensko), aby zmapoval postoje pacientů k jejich antikoagulační léčbě. Průzkum provedený u 395 pacientů užívajících antikoagulancia přinesl pět klíčových zjištění:

- pacienti pokládají za velmi důležité vědět o antidotu (vyjádřilo se tak 93 % dotázaných),
- úleva byla hlavním pocitem, který provázal zjištění, že je k dispozici specifické antidotum (61 %),
- pacienti chtějí, aby je jejich lékaři o dostupnosti antidota informovali (65 %),

- většina pacientů projevuje zájem diskutovat s lékařem o léčebných možnostech a podílet se na rozhodnutí o výběru antikoagulační léčby (69 %),
- pacienti nemají dostatek znalostí o antikoagulační léčbě, již užívají, ale uvědomují si, že by v případě potřeby chirurgického či urgentního výkonu měli o této léčbě informovat lékařský personál (69 %).

„Z průzkumu vyplynulo, že pouhých 13 % pacientů bylo lékařem informováno o dostupnosti specifického antidota. To je velmi málo a musí se to změnit,“ konstatovala prof. Tomaszuk-Kazberuk. Každý nový pacient, u kterého je diagnostikována fibrilace síní, by podle ní měl být poučen o rizicích spojených s urgentními případy. Povědomí o tom, že v takových situacích máme k dispozici antidotum, je zásadní pro pacienta i lékaře.

Nová antikoagulancia jsou efektivní a bezpečnou léčbou pro pacienty s fibrilací síní. Dokládají to výsledky klinických studií i data z reálné praxe. Pacient by měl být informován jak o své nemoci, tak o možnostech léčby a spolupodílet se na rozhodování o volbě terapie. Spoluzodpovědnost za zvolenou léčbu zvyšuje jeho compliance a snižuje rizika spojená s neuváženým užíváním antikoagulační léčby. Dostupnost antidota k indikovanému antikoagulans zvyšuje bezpečnost léčby a umožňuje překonat hlavní bariéru u užívání antikoagulační léčby, kterou je strach z nekontrolovatelného krvácení.

MUDr. Andrea Skálová



Diabetes, neinfekční epidemie 21. století

Na světě trpí diabetem 425 milionů lidí a čísla budou dále narůstat. I v České republice se počet nemocných neustále zvyšuje. Léčba bohužel nemůže být nikdy účinná bez aktivity samotných pacientů.

Světový den diabetu (14. listopadu) si Mezinárodní diabetická federace (IDF) připomíná od roku 1991, kdy spolu se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) zareagovala na rostoucí incidenci chronického onemocnění, které vyžaduje nákladnou léčbu a pro pacienty představuje četná zdravotní omezení a přidružené komplikace. Odhaduje se, že na světě trpí diabetem 425 milionů lidí a čísla budou dále narůstat. I v České republice se počet nemocných neustále zvyšuje. Jestliže v roce 1975 se s cukrovkou léčilo přibližně 234 tisíc osob, tak v roce 2015 šlo již o 858 tisíc nemocných. Každý rok přibývá přibližně 10 tisíc nových případů. Odhaduje se, že v roce 2030 bude cukrovkou trpět dokonce každý desátý občan ČR. Pacienti s diabetem jsou navíc vystaveni až dvakrát vyššímu riziku vzniku kardiovaskulárních onemocnění než běžná populace, v průměru se dožívají o šest let méně.

Kardiovaskulární onemocnění – nejobávanější komplikace

Největší komplikace při onemocnění diabetem způsobují přidružená onemocnění. Za nejčastější a zároveň nejzávažnější se považují kardiovaskulární choroby (KV). Pacient je vystaven až o 70 % vyššímu riziku onemocnění srdce a cév než u běžné populace. Více než polovina však na komplikace dokonce umírá. Úzká spolupráce diabetologů a kardiologů je proto nezbytná. Podle MUDr. Vladimíra Tuky, Ph.D., z Centra kardiovaskulární rehabilitace III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze se v novém miléniu

začalo ukazovat, že některá antidiabetika mohou prognózu pacientů s diabetem zhoršovat. Podle doc. MUDr. Martina Prázneho, CSc., Ph.D., z Diabetologického centra III. Interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze nedokázala starší antidiabetika účinně zabránit poškození větších cév, tepen a srdce. Snížení KV rizik v léčbě diabetu je proto jedním z hlavních cílů při vývoji nových léků. Rizika zohledňuje i americká Agentura pro kontrolu potravin a léčiv FDA, která od roku 2008 vyžaduje, aby u každého nově registrovaného léku na diabetes byla prokázána kardiovaskulární neutralita. To znamená, že dané léky nesmějí zvyšovat KV morbiditu a mortalitu.

V posledních letech se v léčbě diabetu dosáhlo velkého pokroku. Benefity přinesla podle doc. Prázneho kontinuální monitorace glukózy – CGM u pacientů s DM 1. typu a také nové léky, tzv. glifloziny, které na rozdíl od jiných antidiabetik působí v ledvinách, nezávisle na hladině inzulínu v těle. Nadbytečná glukóza se z organismu vylučuje močí. Dochází k úbytku tukové tkáně, aniž by se ztrácely tekutiny a ubývala svalová hmota. Zároveň dochází k poklesu krevního tlaku. Dlouho však chyběly důkazy, že glifloziny kromě pozitivního vlivu na hladinu glykémie také snižují riziko nejobávanější komplikace, kterou představuje předčasná úmrtí z KV příčin. Významnou událostí ve farmakoterapii byla proto publikace dat ze studie EMPA-REG OUTCOME. Lék ze skupiny gliflozinů (empagliflozin) snížil u pacientů s diabetem 2. typu výskyt úmrtí až o 38 %. Výsledek je podle lékařů stejně průlomový, jakým

bylo v minulosti objevení inzulínu. Empagliflozin mají k dispozici i pacienti v ČR, velké části z nich jej hradí zdravotní pojišťovny.

Nikdy nekončící prevence

Přesto, že nová léčiva dokáží snížit riziko onemocnění srdce a cév o 40 %, není tento stav stále uspokojivý. Navíc i sami pacienti nejsou příliš ochotni změnit životní styl. Diabetologové proto stále apelují na fakt, aby byli do léčby a prevence zapojeni.

Diabetologické centrum VFN v Praze je na poli edukace velmi aktivní. Zajišťuje zdarma celou řadu vzdělávacích aktivit pro pacienty s diabetem a působí i formou terénních diabetologických ambulancí. Epidemii onemocnění se v rámci listopadového Týdne diabetu věnovaly i další organizace, které za podpory hlavního města Prahy a pod záštitou radního Ing. Radka Lacka, připravily řadu sportovních aktivit doplněných o možnost konzultace s nutričními terapeutky a lékaři.

Týden diabetu vyvrcholil Pochodem proti cukrovce, který se konal 14. listopadu na Karlově náměstí. Lidé si v rámci projektu mohli změřit glykémii i cholesterol. Podle jedné z pořadatelek MUDr. Marie Nejedlé z Centra podpory veřejného zdraví (SZÚ), jež s Katedrou rekreologie UPOL po celé České republice celoročně pořádá cvičení pro veřejnost, se do aktivit zapojují nejvíce ženy seniorky. Muži o obdobný typ akcí jeví stále velmi malý zájem.

Mgr. Pavlína Perliková

Empagliflozin snižuje KV mortalitu

Výsledky studie EMPA-REG OUTCOME prokázaly, že inhibitor SGLT2 empagliflozin je schopen zvýšit kardiovaskulární ochranu pacientů s diabetem mellitem 2. typu (DM2) nezávisle na snižování hladiny glukózy. Regulační orgány proto schválily používání antidiabetika nejen ke snižování glykémie, ale také k snížení KV rizika, které je stále hlavní příčinou úmrtí pacientů s DM2.

Unikátní vlastnosti inhibitorů SGLT2 (gliflozinů) umožnily lékařům přistoupit ke kontrole glykémie inovativním způsobem – mechanismem, který obchází inzulínový systém. Inhibitory SGLT2 snižují hladinu glukózy tím, že zabraňují její reabsorpci v ledvinách. Jelikož je nezávislý na inzulínu, neměly by inhibitory SGLT2 zvyšovat riziko hypoglykémie.

Empagliflozin

Nedávná klinická studie EMPA-REG OUTCOME prokázala, že empagliflozin poskytuje pacientům s DM2 významnou ochranu před KV rizikem. Mezi hlavní KV přínosy patří pokles počtu úmrtí v důsledku KV onemocnění, nefatálních infarktů myokardu a nefatálních cévních mozkových příhod, což vedlo k snížení hodnot primárního cíle studie 3P-MACE (tab 1). Výsledky studie byly začleněny do SPC empagliflozinu. Jak empagliflozin ovlivňuje snížení počtu KV úmrtí, není prozatím známo, avšak bylo prokázáno, že blokování reabsorpce glukózy má četné zdravotní přínosy (sníže-

Tab. 1 Přínosy empagliflozinu z hlediska kardiovaskulárního rizika

Snížení o 14 % Primární cíl studie (3P-MACE)	Snížení o 32 % Celková mortalita bez ohledu na příčinu	Snížení o 38 % Kardiovaskulární úmrtí	Snížení o 35 % Hospitalizace z důvodu selhání srdce
Největší vliv na snížení hodnot primárního cíle 3P-MACE i ukazatele celkové mortality bez ohledu na příčiny měl pokles počtu kardiovaskulárních úmrtí			

ní TK, snížení glykémie, pokles tělesné hmotnosti). Dodatečné zdravotní přínosy mohou zahrnovat změny arteriální tuhosti, srdečních funkcí, kardiorenální dopady, pokles albuminurie a snížení hladiny kyseliny močové. Má se za to, že je to nejen z důvodu vylučování glukózy pomocí moči, ale také kvůli zvýšené diuréze a vylučování sodíku.

Glifloziny nemají stejné účinky

Nedávno zveřejněné výsledky studií CVOT pro canagliflozin naznačují, že KV přínosy platí spíše pro samotný empagliflozin než pro glifloziny obecně. Ve studii zaměřené na canagliflozin, která byla zalo-

žena na výsledcích CVOT studií CANVAS a CANVAS-R, nebyl zaznamenán významný pokles v celkové ani KV mortalitě. Empagliflozin je v současnosti jediný gliflozin schválený ze strany EMA a FDA jak pro kontrolu glykémie, tak pro KV ochranu.

„Starší antidiabetika jako metformin či inzulín ve spojení s protisrážlivou léčbou řešily hladinu cukru v krvi a prevenci makrovaskulárních poškození. Nedokázaly však účinně snižovat riziko makrovaskulárních obtíží. Některé starší preparáty na ně dokonce měly přímo negativní dopad. S glifloziny dokážeme zablokovat zpětné vstřebávání glukózy v ledvinách, a přispět tak k vyloučení až 70 g glukózy močí ven z organismu denně, což odpovídá množství energie získané jedním hlavním jídlem. Nicméně pouze jeden z rodiny gliflozinů – empagliflozin dokáže účinně snižovat KV riziko u pacientů s diabetem 2. typu,“ uvedl doc. MUDr. Martin Prázný, CSc., Ph.D., z III. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu VFN v Praze.

(red)

Ložisková psoriáza: cílem léčby už není jen PASI 75

Léčba psoriázy zaznamenala v posledním desetiletí významný pokrok. Cíle léčby se stále posouvají směrem k důkladnějšímu odstranění symptomů psoriázy, a tím i k lepší kvalitě života pacientů. Moderní biologické léky vykazují vysokou účinnost, díky níž je u velké části pacientů dosahováno zlepšení příznaků psoriázy o 50 až 75 % (PASI 50 a PASI 75), u významné části z nich pak zlepšení až o 90 či dokonce 100 % (PASI 90 a PASI 100).

Problematické se věnovalo i „Symposium v rytmu Taltzu“ pořádané společností Eli Lilly, které proběhlo 24. listopadu v Brně v rámci 23. národního dermatologického kongresu. Symposium se zaměřilo na cíle moderní léčby ložiskové psoriázy, využití inhibitorů IL-17A v léčbě a praktické zkušenosti s ixekizumabem (Taltz) u obtížně léčitelných pacientů s psoriázou.

Psoriáza a kvalita života

Psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění s prevalencí mezi 1,5 a 3 %. V ČR žije přibližně 200 tisíc pacientů s psoriázou. Vzhledem ke komplexitě nemoci, v níž se uplatňuje systémový zánět, se v současnosti hovoří o „psoriatické nemoci“. Klíčovou roli v imunologii zánětu hrají lymfocyty Th17 a cytokiny IL-17A, IL-12, IL-23 a TNFalfa, které podporují zánět a kožní hyperproliferační. Psoriatické změny však postihují i další tkáně. Vedle postižení kůže se u 30 % pacientů objevuje psoriatická artritida, u řady nemocných se pak objevují další komorbidity, jako jsou nespecifické střevní záněty či metabolický syndrom.

Léčba psoriázy se tradičně zaměřuje zejména na zmírnění až odstranění kožních projevů onemocnění. S nástupem cílené biologické léčby zaměřené na uvedené cytokiny se vedle účinnosti a bezpečnosti léčby dostala do popředí i otázka kvality života pacientů, protože se ví, že ji psoriáza významně zhoršuje. „Z průzkumů mezi lékaři a pacienty vyplynulo, že dopad onemocnění na kvalitu života je srovnatelný s ostatními závažnými chorobami. Pohled lékaře a pacienta na závažnost symptomů psoriázy se však liší. Zatímco lékař věnuje největší pozornost objektivním parametrům – lokalizaci a rozsahu projevů onemocnění, pacienti nejvíce trápí subjektivní faktory, například svědění. To je třeba respektovat, neboť pacient významně prožívá stav své kůže,“ upozornil prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc., z I. dermatovenerologické kliniky LF MU a FNUSA Brno. Kvalitu života podle něj ovlivňuje řada faktorů, mimo jiné právě to, jak pacient vnímá nemoc a léčbu.

„Bylo prokázáno, že existuje vztah mezi

léčebnou odpovědí a kvalitou života a že razantnější léčba psoriázy vede mnohdy k větší spokojenosti pacientů. Úplné nebo téměř úplné vymizení psoriatických projevů zlepšuje kvalitu života v oblasti osobní, sociální i pracovní. Vždy je však třeba léčbu individualizovat a přihlídnout k pacientovým očekáváním,“ řekl prof. Vašků.

Čím vyšší PASI, tím lépe

Středně těžká až těžká psoriáza obvykle nereaguje na lokální léčbu. V terapii se proto uplatňuje fototerapie a systémová léčba (methotrexát, retinoidy, cyklosporin A), které však mají řadu nežádoucích účinků a vyžadují pečlivé monitorování bezpečnosti léčby. Zavedení biologické léčby znamenalo obrovský posun v léčbě pacientů s těžší ložiskovou psoriázou. V posledních dvou desetiletích se v terapii objevily inhibitory TNF alfa (adalimumab, infliximab, etanercept) a inhibitor IL-12/23 (ustekinumab), v posledních dvou letech pak inhibitor IL-17A (secukinumab a ixekizumab).

Moderní cílené léčba umožňuje navodit úplnou nebo téměř úplnou remisi onemocnění u řady pacientů. Jedním z klasických nástrojů hodnotících léčebnou odpověď je PASI (Psoriasis Area and Severity Index). „Do roku 2005 jsme pokládali za slušný výsledek dosažení PASI 50 (tj. 50% redukce symptomatologie). Díky novým možnostem léčby se na to dnes díváme jinak. Zjistili jsme, že i při dosažení PASI 75 (75% redukce symptomatologie) stále přetrvávají reziduální známky onemocnění a kvalita života pacienta nemusí být uspokojivá. Se zvyšující se účinností léčby a zvyšujícím se zlepšením symptomatiky nad PASI 75 se však dále zlepšuje,“ vysvětlil prof. Vašků.

Ixekizumab: nejnovější představitel anti IL-17A

Skutečnost, že o psoriáze stále nevíme vše, si uvědomuje i prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc. z dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce. „Stále jsou před námi nové výzvy. Víme, že psoriáza je autoimunitně podmíněné onemocnění, na niž se mů-

žeme dívat makro- nebo mikroskopicky, a že se v její patogenezi uplatňují regulační a efektorové cytokiny, které mají patogenní efekt na keratinocyty. Naším cílem je maximální redukce aktivity nemoci a zabránění její exacerbace. Léčba psoriázy je stále více cílená. V případech ixekizumabu už dosahujeme u velkého procenta pacientů i PASI 100. Metaanalýza moderních terapií ložiskové psoriázy naznačuje, že ixekizumab je aktuálně nejúčinnějším preparátem na trhu. Přináší rychlý nástup účinku, který není ovlivněn předchozí biologickou léčbou, je bezpečný a přináší signifikantní zlepšení,“ konstatovala prof. Hercogová.

Ixekizumab je humanizovaná monoklonální protilátka proti interleukinu 17A. V klinických studiích fáze III (UNCOVER 1, 2, 3) léčivý přípravek prokázal vysokou účinnost u pacientů se středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou. K významnému zlepšení psoriázy došlo již v prvním týdnu léčby. Účinnost ve studii UNCOVER 2 dosáhla ve 12. týdnu u 90 % pacientů PASI 75, u 71 % PASI 90 a u 41 % PASI 100. Ve studii UNCOVER 3 byla odpověď v prvním roce léčby (do 60. týdne) následující: 83 % dosáhlo PASI 75, 73 % PASI 90 a 55 % PASI 100. Ixekizumab současně prokázal ve studiích superioritu v účinnosti nad etanerceptem a ustekinumabem, přičemž v bezpečnosti byl srovnatelný s těmito přípravky. Mezi hlavní nežádoucí účinky patří zvýšené riziko respiračních a kandidových infekcí a reakcí v místě vpichu. Opatrnosti je třeba při podávání u pacientů s nespecifickými střevními záněty.

Jak zlepšit drug survival?

Vysokou účinnost ixekizumabu i u pacientů, u nichž selhalo několik předchozích biologických preparátů, ale i složitost výběru vhodné cílené léčby u mimořádně těžkých pacientů s psoriázou, demonstroval na dvou kazuistikách doc. Dr. Christopher Schuster z Lékařské univerzity ve Vídni. V prezentovaných případech bylo třeba u pacientů několikrát měnit cílenou léčbu z důvodu nedostatečné nebo selhávající odpovědi. Zahraniční přednášející se proto zamýšlel nad otázkami selhání léčebné odpovědi ve vztahu k tvorbě protilátek proti biologiku a nad možnostmi zlepšení setrvání pacienta na léčbě (drug survival). Při selhání cílené léčby je podle něj možné využít několik eventualit: switch za jiný biologický lék, eskalaci současného lékového režimu či kombinovanou terapii. Poslední dvě možnosti jsou však spojeny s vyšším rizikem nežádoucích účinků. „Nejmodernější cílené léky individualizovaně volené se zdají být optimální variantou pro překonání ztráty odpovědi na léčbu. I přes dostupnost nových a mimořádně účinných léků na ložiskovou psoriázu však může dojít k tvorbě protilátek, což vede ke ztrátě odpovědi na léčbu. Zatím nevíme, proč někteří jedinci přestanou na léčbu odpovídat. Determinanty imonogenicity jsou velmi komplexní. Do budoucna potřebujeme vyvinout a otestovat nové účinné strategie pro zlepšení drug survival u nejtěžších pacientů,“ shrnul profesor Schuster.

MUDr. Andrea Skálová





Souvislost mezi spánkovou poruchou a Parkinsonovou chorobou

Čeští vědci se zapojili do mezinárodního výzkumu vzácné poruchy spánku. Ověřují novou hypotézu a hledají dobrovolníky.

RBD – REM sleep behavior disorder neboli porucha chování vázaná na REM spánek, je vzácnější onemocnění, které se vyskytuje u dvou procent populace. Podle nejnovějších poznatků souvisí porucha zřejmě s budoucím rozvojem Parkinsonovy nemoci. Dané poznatky má ověřit a rozvinout nová mezinárodní studie, do níž se zapojili vědci ze Spánkové laboratoře Národního ústavu duševního zdraví. Pro svůj výzkum hledají nyní dobrovolníky.

„Základním projevem RBD je chování ve spánku, které odpovídá právě probíhajícímu snu, typické jsou výkřiky nebo prudké pohyby. Aby člověk neuskutečňoval svoje sny, existuje během spánku za normálních okolností tzv. svalová atonie – absence svalového napětí. U RBD je ale svalová atonie narušena. Během nočních epizod RBD tak může dojít ke zranění nemocného, pádu z lůžka, nebo dokonce zranění partnera, s nímž nemocný sdílí lůžko,“ vysvětluje MUDr. Jitka Bušková, Ph.D., vedoucí lékařka Spánkové laboratoře NUDZ.

Aktuální poznatky přitom ukazují, že onemocnění je tzv. prodromálním stadiem Parkinsonovy nemoci

nebo jiného neurodegenerativního onemocnění. „To znamená, že existuje možnost, že se u nemocných RBD po deseti až patnácti letech objeví příznaky Parkinsonovy nemoci,“ vysvětluje doktorka Bušková. Proto se vědci rozhodli na RBD cíleně zaměřit, aby bylo možné získat více poznatků a případně přizpůsobit léčbu.

„Do Spánkové laboratoře hledáme dobrovolníky s chováním odrážejícím snový obsah. V laboratoři je bude čekat především pohovor s lékařem (zaměřený na uvedené příznaky), případně polysomnografické vyšetření spánku. V případě potvrzení diagnózy RBD pak budou dobrovolníkům navržena další vyšetření a léčebný postup,“ vysvětluje doktorka Bušková.

Kromě RBD existuje celá řada poruch spánku, které mohou nemocným výrazně komplikovat život. Patří mezi ně například tzv. spánková obrna. Jedná se o stav vázaný na usínání nebo na probouzení, kdy člověk při plném vědomí zažívá pocit úplného ochrnutí, při němž se do reálného prostředí prolínají snové představy. Člověk například velmi reálně slyší kroky, kapající kohoutek, zvonek u dveří nebo může vidět obrysy postav, dokonce cítit i jejich dotyk. Jedná se o velmi děsi-



Ilustrační foto: Shutterstock

vé představy a zážitky, které brání v usnutí. Na jejich základě se může rozvinout těžká a dlouhodobá nespavost. Pokud se spánková obrna objeví i v kombinaci se zvýšenou spavostí během dne, je potřeba podrobnější vyšetření ve spánkové laboratoři, zda se nejedná o narkolepsii, která je ale ve většině případů dobře léčitelná.

Zájemci se mohou přihlásit do výzkumu na telefonním čísle 283 088 400, případně e-mailem na spanek@nudz.cz. Zdroj: NUDZ (pp)

Pacienty s diabetem nejvíce omezuje absence sladkých jídel

U pacientů po diagnóze diabetu I. typu představuje největší změnu kromě aplikace inzulínu úprava stravovacích návyků, jež jsou pro pacienty i nejvíce limitující faktory pro jejich další život.

Podle Diabetické asociace ČR bylo v České republice v roce 2015 celkem 858 010 diabetiků. Společnost GfK provedla v srpnu výzkum zaměřen na subjektivní vnímání onemocnění a informovanost. Zúčastnilo se ho 106 diabetiků I. typu

(DM I) a 301 diabetiků II. typu (DM II). Podle výstupů výzkumu volí pacienti s I. typem v souvislosti se svým onemocněním nejčastěji výrazy jako absence inzulínu (10 %), nefunkční slinivka (9 %), nebezpečná a závažná nemoc (9 %), celoživotní onemocnění (8 %) či obecné omezení (8 %). Odpovědi diabetiků II. typu vycházejí častěji ze subjektivního vnímání choroby. Jde u nich o nebezpečnou a závažnou nemoc (11 %) nebo obtěžující onemocnění (10 %).

Jednoznačně největší změnu v životě člověka po stanovení diagnózy diabetu představuje náhlá změna stravovacích návyků, dieta (65 % – u DM II., 48 % – u DM I). Pro pacienty s diabetem I. typu pak velkou změnu přináší pravidelná aplikace inzulínu (30 %) a s tím spojená kontrola hladiny krevního cukru (12 %). V případě diabetiků II. typu bylo kromě změny stravování nutné adaptovat se také na pravidelný příjem léků (18 %) a stejně jako u skupiny pacientů s diabetem I. stupně přizpůsobit se novému dennímu režimu (9 %) a také celkově přehodnotit životní styl a životosprávu (9 %). Další 8 % pacientů v této souvislosti uvedlo, že museli omezit konzumaci alkoholu (zejména muži), pravidelně jíst a zařadit více pohybu do svého života.

„Pro diabetiky II. typu představuje největší omezení dieta a zejména absence sladkých jídel (61 %). Desetina pacientů, ze-

jména pak mužům (15 %), vadí nemožnost konzumovat alkohol. Pravidelný příjem léků je určitým limitujícím faktorem pro bezmála desetinu oslovených, pravidelnost v jídle poté pro 7 % osob. Z dalších omezení je možno uvést rychlou únavu (7 %) či problémy s dolními končetinami a obecně s pohybem (6 %),“ uvádí vedoucí zdravotnického výzkumu GfK Barbora Večerková.

V případě skupiny pacientů s DM I představuje opět největší omezení nutnost dodržovat dietu a nemožnost konzumovat jídla s obsahem cukru (39 %). Pro čtvrtinu osob je dalším limitujícím faktorem pravidelná aplikace inzulínu, pro více než osminu potřeba neustále měřit krevní cukr. Celkově 9 % pacientů muselo omezit sportovní aktivity, 8 % začalo sledovat složení potravin (8 %). Ostatní uváděná omezení byla obdobná jako v případě diabetiků II. typu (pravidelnost v jídle či absence alkoholu).

O jednotlivých aspektech onemocnění jsou dobře informováni zejména diabetici I. typu. V případě informovanosti o léčbě získali pacienti DM I a DM II průměrnou známku 4,45 a 4,23 na 5 bodové škále. Naopak o něco nižší informovanost byla zjištěna v případě novinek v léčbě onemocnění (3,80 u DM I a 3,35 u DM II) a také u znalosti organizací zaměřených na diabetické pacienty (3,65 u DM I a 2,96 u DM II).

Zdroj: GfK (pp)



Ilustrační foto: Shutterstock

NESEM VÁM NOVINY...

O Mikuláše ani další předvánoční tradice pacienti českotěšínské nemocnice nepřišli

Byť už se dávno neřadí mezi školáky, o mikulášskou nadílku pacienti Nemocnice Český Těšín nepřišli. „Mikuláš a s ním spojená nadílka patří mezi tradiční předvánoční zvyky, a byť naši pacienti už nejsou dětmi, návštěvu si velice užili. Akce tohoto typu pacientům vždy připomenou život mimo nemocniční areál, přivedou je k příjemným vzpomínkám a vytrhnou z rutiny, která se týká především dlouhodobě hospitalizovaných pacientů,“ shrnuje Mgr. Alice Ručková, členka představenstva Nemocnice Český Těšín.

Akce v Nemocnici Český Těšín proběhla ve spolupráci se Střední zdravotnickou školou Karviná a dobrovolníky z organizace ADRA, kteří prošli postupně oddělení následné péče, oddělení odborné ošetrovatelské péče, rehabilitačním zaměřením. Balíčky s ovocem a sladkostmi tak dostalo přímo na pokojích všech 120 hospitalizovaných pacientů nemocnice.

Návštěvu Mikuláše však předvánoční program v Nemocnici Český Těšín zdaleka nekončí. Na odděleních probíhají v předvánočním čase pravidelné tvůrčí dílny spojené s vánočním obdobím a 15. prosince se v nemocnici uskutečnil Adventní koncert studentů Lidové konzervatoře a múzické školy Ostrava. Mgr. Radka Miloševská



Nadace AGEL věnovala dětem dárky

Děti a maminky z Azylového domu Gloria a dětského domova Černá Voda najdou na Štědrý den pod stromečkem vysněné dárky, o něž si napsaly Ježíškovi. Připravila je pro ně Nadace AGEL.

Nebude to poprvé, vánoční dary byly tímto způsobem úspěšně předány již loni. Při jedné z letních návštěv azylového domu se zástupci nadace při debatě s maminkami dozvěděli, jak obtížné je pro ně splnit malým dětem jejich vánoční sny. Proto děti vyzvali, ať Ježíškovi napíší či namalují svá tajná přání. Jejich seznam pak rozeslali zaměstnancům Skupiny AGEL, kteří spolu s pracovníky nadace vybrali jednotlivé konkrétní dárky, jež koupili, zabalili a připravili k doručení do azylového domu. „Nejtěžší na realizaci celého nápadu bylo dostat velké krabice s dárky před Vánoce mí zpět do azylového domu. Mnohé místní děti jsou ještě velmi malé, a tak jsme jim nechtěli vzít víru, že dárky pod stromeček přinesl Ježíšek. Loni se vše povedlo. Dětská radost je vždy opravdová, a proto jsme se rozhodli v projektu pokračovat,“ popsala, na co všechno bylo nutné při nadílce myslet, předsedkyně dozorčí rady Nadace AGEL PhDr. Dušana Chreneková, MBA.

Protože v letošním roce byly dárky ze seznamu mezi dárci rozebrány prakticky ihned, rozroste se nadílka i na maminky a další zařízení, se kterými Nadace AGEL spolupracuje. Nad Azylovým domem Gloria převzala před rokem Nadace AGEL dlouhodobý patronát. Jeho cílem bylo zajistit



tomuto charitativnímu zařízení jistotu pro jeho provoz. Patronát se však neomezil pouze na zasílání finanční podpory. Pracovníci nadace jsou s azylovým domem v pravidelném kontaktu, účastní se společenských akcí pořádaných klientkami domu a nad rámec garantované podpory financují i realizaci konkrétních projektů. „Rádi jsme přispěli na rekonstrukci kuchyňky, dodali dětem penály na první školní den, nebo podpořili maminku, jež neměla na spolufinancování moderního naslouchadla pro svou téměř neslyšící holčičku,“ představuje další formy patronátu Dušana Chreneková.

Azylový dům poskytuje přechodné ubytování ženám a matkám s dětmi, které nemají možnost jiného bydlení. Nadace AGEL je neziskovou organizací, jejímž hlavním cílem je podpora humanitárních aktivit v návaznosti na sféru zdravotnictví. Při své činnosti poskytuje podporu lidem, kteří to nejvíce potřebují, ale rovněž i charitativním organizacím. Nadace AGEL spolupracuje se Skupinou AGEL, jež je největším a nejúspěšnějším poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. O podporu nadace lze žádat prostřednictvím dotazníků na internetových stránkách www.nadaceagel.cz. (red), foto: Nadace AGEL

Vánoční nadílka pro Vašeho andílka



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

Jak správně diagnostikovat a léčit bolesti břicha

Bolesti břicha byly tématem dalšího multidisciplinárního vzdělávacího sympozia, které pořádá Postgraduální akademie Medical Services. Sympozion zaměřené na funkční a organické příčiny břišních bolestí proběhlo 9. listopadu v Praze. Garantem odborného programu byl MUDr. Karel Lukáš, CSc., ze IV. Interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Bolesti břicha jsou častým steskem dětí, adolescentů i dospělých. V etiologii akutních i chronických bolestí jsou zastoupeny rozličné příčiny a spouštěče. Diferenciální diagnostika proto není jednoduchá a kromě podrobné anamnézy vyžaduje pečlivé klinické a laboratorní vyšetření, včetně využití zobrazovacích metod, které mnohdy umožní správné rozhodnout o optimálním terapeutickém postupu. Vedle „klasických“ náhlých příhod břišních, jejichž léčba je doménou chirurga, narůstá počet chronických funkčních bolestí břicha, na jejichž léčbě se podílí více odborností. Samostatnou kapitolou jsou pak nespecifické střevní záněty (IBD). V průběhu sympozia se o své poznatky z praxe podělili odborníci z oboru pediatrie, chirurgie, interního lékařství a gastroenterologie.

Bolesti břicha pohledem internisty

Pohled internisty přinesl prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D., z Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN Praha. V příspěvku věnovaném klasifikaci a diferenciální diagnostice bolestí břicha zdůraznil význam anamnézy a fyzikálního vyšetření v hodnocení etiologie břišních bolestí a upozornil, že při příjmu pacienta s akutní bolestí není tolik důležité zjistit přesnou diagnózu, ale především odlišit chirurgickou bolest od nechirurgické. U chronických bolestí je pak esenciální odlišit organickou příčinu od funkční.

Mezi akutní příčiny bolestí, jež vyžadují chirurgické řešení patří střevní záněty, jako jsou apendicitida, peritonitida či cholecystitida, mechanické obstrukce (ileus), cévní postižení nebo gynekologické příčiny. Nechirurgické příčiny zahrnují různé záněty břišních orgánů, dále se na etiologii bolestí v břiše podílejí metabolické a endokrinní choroby, intoxikace, kardiovaskulární i respirační onemocnění či neurogenní příčiny. Při vyšetření je důležité věnovat pozornost odlišné lokalizaci somatické, viscerální či přenesené bolesti, jejímu charakteru, vazbě na příjem potravy a přidruženým symptomům. Ze zobrazovacích metod mohou pomoci stanovení diagnózy RTC snímek břicha, sonografické a endoskopické vyšetření a CT břicha. Na přínos CT vyšetření ve vztahu ke správné diagnóze u pacientů s akutní bolestí břicha upozornil i prof. MUDr. Jiří Hoch, CSc., z Chirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Četné studie ukázaly,

že CT vyšetření přináší větší diagnostickou přesnost a nálezy na snímcích vedou častěji ke změně léčebného postupu/chirurgického výkonu.

Varovné příznaky a specifika u seniorů

Prof. Zavoral upozornil také na varovné známky břišní bolesti, mezi které patří věk nad 50 let, anémie, dysfagie, odynofagie, teploty, noční pocení, anorexie a váhový úbytek, krev ve stolici nebo v moči, ikterus a hmatná abdominální rezistence. Zvláštní pozornost je podle něj třeba věnovat seniorům, u nichž mívají bolesti břicha často komplikovaný a atypický průběh, pozdě se manifestují, bolest bývá alterovaná a mohou chybět anamnestická data týkající se probíhajícího onemocnění či medikace. Též laboratorní výsledky mnohdy z důvodu malnutriče či imunoprese neodrážejí tíhu zánětu. U seniorů s bolestmi břicha je potřeba myslet zejména na akutní cholecystitidu, mesenterální ischemii (charakterizovaná pozdní diagnózou s celkovým přežitím jen 30 %), aneurysma abdominální aorty, perforovanou žaludeční vřed a akutní apendicitidu (u níž zřídka bývá horečka).

I funkční bolesti břicha si zasluhují pozornost

Funkční gastrointestinální bolesti patří mezi nejčastější důvody návštěvy praktického lékaře. Podle posledního verze Římských kritérií z roku 2016 jsou tato onemocnění považována za poruchu interakce mezi střevem a mozkem, přičemž zde není prokázána nemoc orgánová, systémová nebo metabolická. Na sympoziu se problému věnoval MUDr. Karel Lukáš, CSc. Mezi uvedené onemocnění se řadí syndrom epigastrické bolesti, dráždivý tračník, funkční biliární a pankreatická bolest a funkční anorektální bolest. Přednášející připomenul, že funkční nemoci trávicího traktu se projevují orgánovými příznaky, které však nejsou spojeny se strukturálními, zánětlivými a motorickými abnormalitami. Mechanismus zodpovědný za jejich vznik je nejasný, nicméně důležitou roli zde hrají individuální zvýšená citlivost a vnímavost, jež by měly být cílem léčby. Za zmínku stojí, že pacienti s uvedenými obtížemi bývají často opakovaně vyšetřováni a dlouhodobě neúspěšně léčeni.

Psychosomatické bolesti břicha u dětí

Chronické bolesti břicha jsou častým problémem také dětských a adolescentních pacientů – s prevalencí 10–40 %. Podle prof. MUDr. Jiřího Nevorala, CSc., z Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol trpí u nás bolestmi břicha odhadem 150–300 tisíc dětí ve věku 4–18 let, přičemž jde převážně o typické psychosomatické onemocnění. Organické příčiny se zde uplatňují pouze z 5 %, zatímco zbylých 95 % mají na svědomí příčiny funkční.

Bolesti bývají lokalizovány v epigastriu, v okolí pupku, jindy se projevují jako dráždivý tračník či břišní migréna s paroxysmy. Potíže bývají často provázeny komorbiditymi, jako jsou bolesti hlavy, obezita či psychiatrické poruchy, zejména úzkost.

Při vyšetření dětských pacientů je třeba vyloučit organické onemocnění a nalézt správný poměr mezi nezbytnými a ne zcela nutnými vyšetřeními. Většina dětských a adolescentních pacientů přitom může být vyšetřena obvodním pediatrem. Cílem léčby je podle prof. Nevorala spíše návrat k normální aktivitě pacienta než úplná eliminace bolesti. Terapie se proto zaměřuje na edukaci pacienta a rodiny, změny chování pacienta, zlepšení zvládnání bolesti pomocí nefarmakologických metod (psychoterapie, úpravu diety – mezi možné dietní spouštěče patří intoleranace laktózy, lepek), léčbu symptomů (podávání probiotik, spasmolytik, antidepressivní léčba – SSRI). Prognóza funkčních potíží bývá vázána na rodinné poměry, spolupráci rodiny s lékařem, přítomnost úzkostných poruch nebo deprese. Přednášející dále uvedl, že ve studii mezi dětmi s funkčními bolestmi břicha bylo zjištěno 4x vyšší riziko Crohnovy nemoci a 3x vyšší riziko celiakie.

Dětské pacienty s organickými bolestmi břicha

Úskalím při vyšetřování dětí a otázce, kdy poslat dítě na chirurgii, se věnoval prof. MUDr. Michal Rygl, Ph.D., z Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol. Pro odlehčení v úvodu citoval tzv. Spitzerovo pravidlo neonatologie č. 19, které zní: „Když nemůžeš přijít na to, co dítěti je, zavolej chirurga. Chirurg na to také nepříjde, ale určitě něco udělá.“ Profesor Rygl upozornil na problémy spojené s vyšetřováním malých dětí, kdy překážkou může být nedostatečné uvolnění břicha potřebné pro palpační vyšetření či nespolečné dítěte obecně. V dětském věku je nejčastější příčinou bolestí břicha akutní apendicitida, stoupající incidenci má však i cholelithiáza. U dětí do jednoho roku jde o ileokolickou invaginaci, která nemusí být provázena typickou kompletní triádou (kolikovitě bolesti, zvracení, krev ve stolici). V souboru 70 dětských pacientů přijatých na pracoviště prof. Nevorala pro invaginaci byla nalezena triáda pouze u 14 % z nich.

Předávání dětských pacientů s IBD

Systém péče o dětské pacienty s nespecifickými střevními záněty a jejich předávání do péče specialisty pro dospělé prezentovala MUDr. Katarína Mitrová, Ph.D., z oddělení Dětské gastroenterologie Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Mottem její přednášky bylo: „Dítě není malý dospělý“. Pro děti totiž bývá charakteristické extenzivnější postižení a agresivnější průběh nemoci. MUDr. Mitrová uvedla, že v době předání do péče gastroenterologa pro dospělé vyžaduje přes 80 % dětí imunopresivum a 25 % biologickou léčbu. Plánované předání do péče má podle studií pozitivní dopady na zdraví nemocných a napomáhá při budování důvěry mezi lékařem a pacientem. Předání je podle MUDr. Mitrové, optimálně načasovat (vyšší věk dítěte je spojen s vyšší připraveností), pacienta je třeba dostatečně edukovat a počítat se zainteresovaností rodičů v dalším postupu péče.

MUDr. Andrea Skálová



Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína. Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: www.medical-services.cz

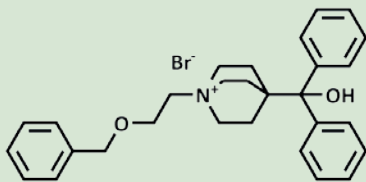
Postgraduální akademie



Anoro Eliipta pomáhá pacientům s CHOPN

Studie společnosti GSK prokázala superioritu přípravku Anoro Eliipta ve srovnání s přípravkem Spiolto Respimat při zlepšení plicních funkcí u pacientů trpících chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN).

CHOPN je progresivní chronické onemocnění, které celosvětově postihuje více než 300 milionů lidí. Společnosti GSK a Innoviva dnes zveřejnily příznivé zjištění studie srovnávající léčbu pomocí kombinace antagonistů muskarinových receptorů s dlouhodobým účinkem (LAMA) a agonistů beta-adrenergických receptorů s dlouhodobým účinkem (LABA) podávané ve fixní dávce jednou denně. Studie hodnotila přípravky Anoro Eliipta (umeclidinium/vilanterol 62,5 µg/25 µg; UMEC/VI) a Spiolto Respimat (tiotropium/olodaterol 5 µg/5 µg; TIO/OLO) určené k léčbě symptomatických pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN).



Molekula umeclidinium/vilanterolu

Primárním cílem osmítýdenní, otevřené, zkřížené studie zahrnující 236 pacientů s CHOPN bylo prokázání non-inferiority UMEC/VI ve srovnání s TIO/OLO, pokud jde o zlepšení plicních funkcí hodnocené na základě hodnoty trough FEV1 (usilovně vydechnutý objem za 1 vteřinu) v osmém týdnu léčby. Tento cíl byl splněn a dále také kombinace UMEC/VI prokázala superioritu ve srovnání s TIO/OLO, neboť po osmi týdnech byl mezi oběma přípravky zjištěn rozdíl ve zlepšení hodnoty trough FEV1 o 52 ml (UMEC/VI 180 ml vs. TIO/OLO 128 ml; 95% interval spolehlivosti: 28, 77; P<0,001).

U obou přípravků byla zjištěna podobná snášenlivost i podobný bezpečnostní profil, přičemž celková míra výskytu nežádoucích příhod v průběhu léčby dosahovala 25 % ve skupině s UMEC/VI a 31 % ve skupině s TIO/OLO.

Polde Erica Dubea, senior viceprezidenta a ředitele globální respirační divize společnosti GSK, je jednoznačným cílem při léčbě pacientů s CHOPN zlepšení plicních funkcí. Problém, jemuž až doposud odborníci ve zdravotnictví čelili, byla nedostatečná diferenciací v rámci třídy LAMA/LABA. To byl také důvod, proč jsme se rozhodli pro provedení studie, která poskytuje první přímé srovnání dvou přípravků obsahujících kombinaci LAMA/LABA podávanou ve fixní dávce jednou denně. Údaje vyplývající ze studie ukazují, že UMEC/VI (přípravek Anoro) umožňuje ve srovnání s komparátorem TIO/OLO dosáhnout výraznějšího zlepšení plicních funkcí.

Zdroj: GSK a INNOVIVA

Nová srdeční pumpa k miniinvazivním výkonům

Lékaři z pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) poprvé použili v České republice nejmenší srdeční podporu na světě Impella CP (Cardiac Pump). Nová technologie umožní během pár minut provést rychlý katetizační zákrok namísto složitějšího chirurgického.

Srdeční podpora Impella CP má podobu miniaturní axiální pumpy. Jde o katetizačně zaváděnou podporu oběhu, která čerpá krev z levé komory srdeční do aorty, přičemž její zavedení přes tepny v třísle je možné pouze v místním znecitlivění. Lékaři tak dokážou pacientovi zachránit život a zároveň provést šetrný výkon, po němž následuje velmi krátká rekonvalescence. „V Institutu klinické a experimentální medicíny již téměř 15 let úspěšně rozvíjíme program mechanických srdečních podpor. V uplynulém období jsme v IKEMU implantovali téměř 300 dlouhodobých a 400 těchto krátkodobých srdečních zařízení. Především šlo o práci kardiologů a anesteziologů. Zde se otevírá nová cesta, jak dále propojit kardiologii a kardiologii pro jediný cíl – záchranu života pacienta,“ říká přednosta Kliniky kardiovaskulární chirurgie IKEM doc. MUDr. Ivan Netuka, Ph.D.

Nejmenší srdeční pumpa na světě umožňuje udržet průtok oběhem v rozsahu až čtyř litrů za minutu. „Největší výhodou perkutánně zaváděných srdečních podpor je kombinace minimálně zatěžujícího operačního výkonu pro pacienta, avšak s již dostatečným výkonem srdeční pumpy oproti dříve používaným technologiím,“ vysvětluje doc. MUDr. Jiří Malý, Ph.D., zástupce přednostky Kliniky kardiovaskulární chirurgie IKEM. Na rozdíl od dlouhodobých srdečních podpor, které chirurgové implantují při operaci s otevřeným hrudníkem jako přemostění postižené části srdce, u tohoto výkonu pumpu zavádějí tepnami přímo do oblasti aortální chlopně. Mechanicky poháněná turbína generuje průtok z levé komory srdeční přes aortální chlopu do systémového oběhu. Tím levé komoře odlehčí a zároveň i nahradí z velké části její funkci,“ dodává doc. MUDr. Jiří Malý, Ph.D.

Lékaři implantovali nejmenší srdeční pumpu prvnímu pacientovi v ČR v polovině letošního října. Nemocný byl nejprve indikován k chirurgickému výkonu, aortokoronárnímu bypassu, ale kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu a dalším nepříznivým diagnózám pacienta (jako je například diabetes, selhání ledvin, ateroskleróza) bylo nutné provést co nejméně rizikový výkon. „Rozhodli jsme se pro méně rizikové



Srdeční podpora Impella CP

provedení komplexní angioplastiky s účinnou podporou oběhu systémem Impella CP. Zavedení oběhové podpory bylo bezproblémové a umožnilo bezpečné provedení angioplastiky se zavedením dvou stentů do kmene levé věnčité tepny. Rychlý a méně rizikový výkon tak nemocnému zachránil život,“ říká vedoucí Oddělení intervenční kardiologie IKEM a katetizující lékař MUDr. Michael Želízko, CSc., a dodává: „Nejmenší srdeční podpora má dvě části. Pumpu, která je umístěna v srdci, a řídicí jednotku, jež se nachází mimo tělo pacienta, ale zároveň je s ním propojena kabelem. Celý systém funguje automaticky, takže ihned po zavedení do těla pacienta se sám nastaví a zadá parametry. Pro lékaře to má neskutečnou výhodu, protože neztrácí čas a může se okamžitě věnovat řešení aktuálního zdravotního stavu pacienta.“

Srdeční podpory Impella by v další fázi měly pomáhat nejvíce rizikovým nemocným s akutním infarktem myokardu v kardiogenním šoku. Česká republika se díky tomu zařadila mezi státy, jako jsou USA, Německo nebo Japonsko, kde se srdeční podpora v praxi již využívá.

Zdroj a foto: IKEM

Pozvánka na školení v obezitologii

Postgraduální školení v obezitologii se bude konat od 19.–23. 3. 2018 v Endokrinologickém ústavu v Praze.

Pořadatelem je Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní 8, 116 94 Praha 1, tel. 224 905 350, fax 224 905 105.

Přihlášky a bližší informace u paní Věry Raisové, na adrese vraisova@endo.cz nebo tel.: 224 905 463.

Zodpovědnými pořadateli jsou: prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc. Školení je akreditováno ČLK.



Brněnský workshop CMG – Neúčinná nákladná léčba nebude hrazena

Koncem listopadu se v Brně uskutečnil Farmakoekonomický workshop České myelomové skupiny (CMG). Na průběh akce jsme se zeptali koordinátora odborného programu, šéfa CMG a přednosty Kliniky hematologie Fakultní nemocnice Ostrava **profesora MUDr. Romana Hájka, CSc.**

Podle jeho slov je workshop už tradiční akcí, na níž se řeší reálné a aktuální věci k problematice úhrady krevního nádoru. Avšak řada problémů je obecných a má platnost pro celou hematologii, onkologii, a také obory jako jsou revmatologie a neurologie, kde se používají tzv. centrové léky.

Úspora 160 milionů

„Nejvíce mě zaujala zmíněná třetí oblast. Vypočetli jsme na reálných datech, že když s takovým modelem budou souhlasit zdravotní pojišťovny i farmaceutické firmy, uspoříme asi 160 milionů korun za jeden rok. Možná, že se to zdá někomu málo, ale jde jen o jednu méně frekventovanou diagnózu. Především jde však o jednoduchý princip, jenž nestojí ani korunu: dva první cykly zadarmo jako test a pokud se jeví, že lék bude účinný, je léčba dále hrazena zdravotní pojišťovnou. Jinými slovy, nebudeme vysoce nákladnou léčbu hradit tehdy, když není účinná. Mohu jen doufat, že se naše energie vložené do této aktivity se zúročí,“ míní profesor Roman Hájek.

Dostupnější léčba na Moravě

Jak si stojíme v léčbě myelomu v porovnání s ostatními státy? Podle Romana Hájka doposud držíme vysoký standard a důležité je, že celoplošně. „Při stoupajících nákladech na centrové léky jsme museli konstatovat, že léčba není stejně dostupná pro naše spoluobčany ve všech centrech v České republice. Snad mohu říct, že na Moravě je dostupnost lepší než v Čechách, což má několik důvodů, o kterých víme,“ konstatuje profesor Hájek.

Podle jeho dalších slov je osvěta mnohočetného myelomu dobrá. „A snad i dostatečná. Samozřejmě, může být lepší. Myslím ale, že nám schází jiná osvěta, zejména pro nemocné – týkající se financování jejich zdraví. Tvrdit, že vše je zadarmo a že vždy jako nemocný dostanu tu nejlepší léčbu, je sice možné, ale stále více a více se dané tvrzení dostává do konfliktu s realitou. V důsledku je nejvíce stresován lékař – v daném případě specialista předepisující drahé léky. A to není dobře, protože dobrých specialistů naše země nemá mnoho.“

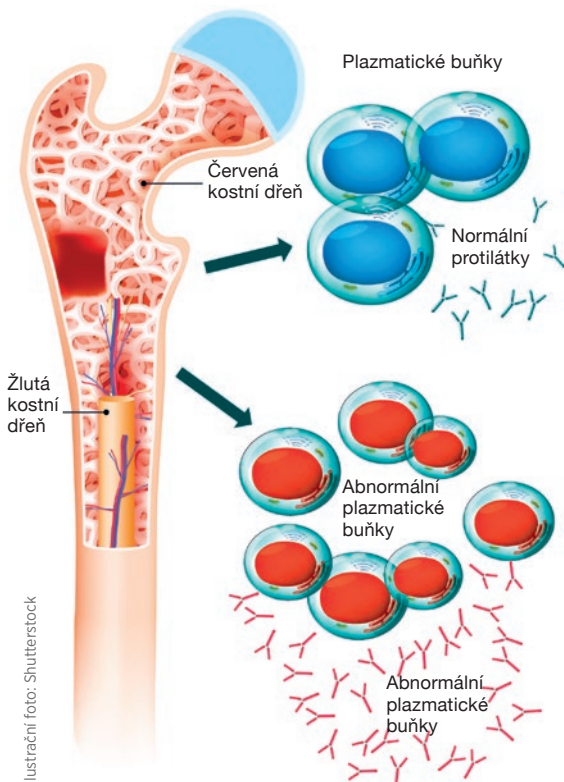
Proč to nechápeme u nás?

Na otázku, kde cítí největší současný problém ve svém oboru, říká profesor Hájek, že by samozřejmě mohl mluvit o nedostatečném financování. „Řeknu však něco jiného. Náš obor a obecně celé zdravotnictví má



před sebou vážný personální problém. Personální nouze již nastala, ale skutečně zásadní a velký problém začne v krátkodobém horizontu. Nevidím žádné řešení, které by bylo realizováno a mohlo by stav upravit. Už to dokonce není ani o penězích – pokud se nebudeme, že plat zvýšíme dvakrát až třikrát. Lékařské fakulty nejsou nijak motivovány, aby zvýšily počet přijímaných studentů. Nebo přesněji – všem by se líbilo, kdyby to udělaly, ale zadarmo. To se jistě nestane. Trvá odliv lékařů do země na západ od našich hranic a v České republice také aktivně působí řada agentur, které takový odchod snadno zorganizují. Je tak jasné, že v takovém případě musí být otevřen i příliv lékařů z východu do České republiky. „Jde o Slováky, přizpůsobili by se velmi rychle. Když situaci pochopili v Polsku, proč to nechápeme u nás? Byrokratické nastavení v České republice všechny odradí, respektive jde o otázku dvou let, než někdo projde všechny vyžadované procedury a může začít pracovat. A to nemůže fungovat! Lékařské fakulty i příslušné univerzity by měly okamžitě dostat speciální jasně definované peníze navíc s cílem navýšit počet přijímaných studentů. Víme, že opatření se projeví nejdříve za sedm let,“ varuje profesor Hájek.

Text a foto: Martin Ježek



Ilustrační foto: Shutterstock

„Na workshopu jsme nejprve stručně prezentovali výstupy z Registru monoklonálních gamapatií (RMG), který je dnes považován za asi nejvyšší kvalitu registr mnohočetného myelomu na světě. O jeho výstupy je velký zájem. Druhá část měla vztah k registru a týkala se léků, které dostaly označení VILP, tedy vysoce inovativní léčebný prostředek. Ze zákona musí každá nemocnice ke každému VILP zasílat průběžně data do Svazu zdravotních pojišťoven. Jen díky dobré koordinaci se podařilo dohodnout, že budeme pro jednotlivé nemocnice generovat data z RMG registru. Dává to logiku, neboť jednotlivé nemocnice data do RMG zadávají. Ale vyžadovalo to několik právních kroků, nastavení smluv a transferu dat. Poděkování patří hlavně vedení Svazu zdravotních pojišťoven, že to dopadlo dobře,“ přibližuje profesor Hájek. Ve třetí části programu účastníci řešili risk-sharing a cost-sharing programy, které by podle doktora Hájka lékaři mohli a měli aplikovat u mnohočetného myelomu.

Česká myelomová skupina:

Česká myelomová skupina (Czech Myeloma Group) působí od roku 1996. V rámci svého poslání se snaží v České republice zorganizovat u mnohočetného myelomu klinické aktivity na standardní světové úrovni a poskytnout tak nemocným optimální péči i rychlou dostupnost nejperspektivnějších postupů.

Pro urychlení svých cílů v podmínkách České republiky se CMG rozhodla založit 5. listopadu 2001 nadační fond, jehož koordinujícím a zakládajícím centrem je Interní hematologická klinika ve Fakultní nemocnici Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno.

Základní cíle nadačního fondu jsou:

- podpora výzkumu v oblasti mnohočetného myelomu – preklinického i klinického,
- vytváření podmínek pro spolupráci výzkumníků a lékařů České republiky v oblasti mnohočetného myelomu,
- vytváření podmínek pro profesionální poskytování informací nemocným a jejich blízkým.

Představujeme publikaci

Ač máš eReSku, nepropadej stesku



Autorka: Laura Janáčková
Kniha vychází na konci roku 2017

Osud nám někdy v životě klade nelehké překážky, kterým musíme nakonec čelit. Důležité však je, abychom na takový boj byli připraveni, abychom si věděli rady nebo se mohli na někoho, kdo to ví, obrátit. A hlavně, abychom v tom nebyli sami. Společná diagnóza bývá příčinou setkávání lidí ve stejné či velmi podobné životní situaci s cílem vzájemně si pomoci. Tato kniha je také o tom, jak si pomoci nebo jak poradit těm, kteří chtějí pomáhat nám. Diagnóza RS je bohužel onemocnění, které nás po jejím zjištění provází už celý život, a je jen na nás, jak si s tím poradíme. Jsem vděčná lékařům, psychologům i fyzioterapeutům za jejich „tlumočníky“ v nouzi. Jedním takovým je i tato kniha. Poděkování za ni patří doc. Lauře Janáčkové, neúnavné spisovatelce. Ať si tuto knihu najdou hlavně ti, kteří ji potřebují.

Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA,
ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Roztroušená skleróza je závažné onemocnění postihující často pacienty v produktivním věku, strachující se o život svůj i rodiny a nemající na sebe dost času. V poslední době zaznamenala léčba této nemoci významné úspěchy. Pro tento úspěch léčby jsou třeba nejen léky, ale i informovaný, dobře naladěný a lékaři důvěřující pacient. Knižky psycholožky doc. Janáčkové pomohly v minulých letech uklidnit, vzdělat a léčit pacienty s mnoha závažnými onemocněními. Jsem rád, že k nim přibyla knížka věnovaná právě pacientům s roztroušenou sklerózou, kteří ji hodně potřebovali.

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA,
předseda ČLS JEP

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

**MEDICAL
SERVICES**

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

mf
MLADÁ FRONTA

Přehled léčebných možností roztroušené sklerózy

Výsledky klinických studií i poznatky z klinické praxe potvrzují, že včasnou léčbou roztroušené sklerózy lze zabránit aktivitě choroby, její progresi a zhoršení pacientova stavu. Bez léčby vede onemocnění u většiny pacientů k závažné invaliditě.

Za posledních dvacet let se výrazně rozšířily terapeutické možnosti léčby RS. Všechny léky jsou protizánětlivé a mají největší efekt zejména na počátku léčby. Pro progresivní fázi nemoci zatím, bohužel, neexistuje jiná terapie než symptomatická. Onemocnění nejčastěji začíná jako první ataka – klinicky izolovaný syndrom (CIS) – po němž se střídají relapsy a remise. Pokud se pacient neléčí, pak po 15–20 letech ataky vyhasínají a pacient přechází do sekundárně progresivní (SP) fáze. Pokud ataky chybějí, mluví se o primárně progresivní formě (PP). K zjišťování aktivity nemoci přispěly i nálezy na magnetické rezonanci (MR). Od roku 2010 může první nález na MR nahradit v diagnostickém procesu klinickou ataku.

Neurologové apelují na včasnou léčbu zejména proto, že právě ta dokáže onemocnění dlouhodobě stabilizovat. Žádná terapie ovšem nemůže opravit zničené neurony. U RS se léčí jednak akutní ataka, dále se ovlivňuje přirozený průběh onemocnění a nasazuje se symptomatická terapie.

Akutní ataka se obvykle léčí pomocí 3–5 g denní dávky metylprednisolonu. Při terapii je třeba chránit žaludeční sliznici a podávat kalium. Někteří pacienti si mohou stěžovat na komplikace spojené s psychikou: nespavost, nervozitu či depresivní stavy. Existuje i riziko vzniku žilní trombózy. Mezi další rizika patří hypertenze, tachykardie, zvýšená glykemie, leukocytóza. U CIS a RR formy je podávána imunomodulační terapie zahrnující několik možností, přičemž v současnosti jsou další léky zkoušeny v klinických studiích a některé z nich jsou už také v registračním procesu. Nové terapeutické postupy již striktně nedělí RS na remitentní a sekundárně progresivní. Kladou totiž velký důraz na pečlivou monitoraci aktivity nemoci pomocí MR a je zde také velký prostor pro individuální rozhodování lékaře i pacienta. Vysoce efektivní léky by měly být podávány ve specializovaných centrech, kde pracují zkušení lékaři, kteří dokáží předcházet nežádoucím účinkům a vzniklé obtíže zavčas řešit. V České republice se neurologové potýkají s pravidly pro úhradu, jež jsou přísnější než v Evropské unii a které často vedou k pozdržení léčby. V současnosti se připravuje aktualizace klinických standardů, jež by se měly více shodovat s evropskými doporučeními.

Cíl terapie – stabilizace nemoci

V případě CIS a RR RS se podávají preparáty první volby (interferony, glatiramer acetát, teriflunomid). U CIS platí, že léčba musí být zahájena do měsíce od stanovení diagnózy. Pro léčbu RR RS se tyto preparáty mohou podat jen v případě určitého počtu atak, které byly залечeny intravenózními kortikoidy. Pokud terapie selže, indikuje se fingolimod nebo dimetylfumarát, či natalizumab nebo alemtuzumab. Součástí léčby je pečlivý monitoring pacienta zahrnující hodnocení disability a kognitivních funkcí, které ale nejsou v klinické praxi vždy využívány. Pomocí MR se hodnotí počet a objem T2 vážených lézí. Cílem terapie v počátečním stadiu je co nejvíce snížit aktivitu nemoci, bez nových atak, zhoršení klinické disability a nových lézí na MR.

V současné terapii mají lékaři k dispozici například Interferon beta (IFN-β), což je cytokin, vyskytující se



Ilustrační foto: Shutterstock

přirozeně v lidském těle. Využívá se jeho efektu, který potlačuje protizánětlivý proces. K používaným preparátům patří i glatiramer acetát, což je uměle vytvořený antigen, jenž je dobře snášen a při jeho léčbě není potřeba žádný speciální monitoring. Mezi další používané léky patří teriflunomid, který dokáže zamezit proliferaci B- a T-lymfocytů a tím snižovat zánětlivou odpověď.

V časně fázi onemocnění se používá i dimetylfumarát. Fumarát je přirozeně se vyskytující molekula, jež se účastní aerobní oxidace v Krebsově cyklu. Předpokládá se u něj protizánětlivý a zároveň neuroprotektivní mechanismus. Registrován je i fingolimod působící jako funkční antagonist.

receptoru pro sfingsosin-1-fosfát (S1PR). Receptory se v lidském těle vyskytují v pěti podtypech. Fingolimod se váže s nejvyšší afinitou k podtypům S1P1 a S1P5, čímž dojde k selektivnímu zablokování signálu pro výstup naivních a centrálních paměťových T a B-lymfocytů z lymfatických uzlin. Lymfocyty jsou pak zadrženy a nedojde k jejich destrukci.

Monoklonální protilátky

První monoklonální protilátkou zavedenou do léčby RS je natalizumab, což je antagonist a α4-integrinu, který se nachází na povrchu T-buněk. Jeho blokádu je znemožněna vazba na adhezivní molekuly vaskulárního endotelu (VCAM-1), jež jsou důležité pro leukocyto-endotelovou adhezi a migraci leukocytů přes hematoencefalitickou bariéru. Uvedeným mechanismem dochází k inhibici migrace leukocytů do CNS a ke zmírnění autoimunitního zánětu. Lék se používá pro léčbu RR RS.

Natalizumab s sebou nese vážnou, ale život ohrožující komplikaci, kterou představuje tzv. progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML). Pro budoucí riziko infekce je klíčová přítomnost polyoma JC viru v krvi pacienta. K dispozici je laboratorní test, díky němuž se stanoví protilátky proti tomuto viru. Protizá-

nětlivý efekt má i alemtuzumab, což je humanizovaná monoklonální protilátka zaměřená proti znaku CD52 na povrchu T- a B-lymfocytů, monocytů a makrofágů a dendritických buněk. Dalším efektem léčby je vznik regulačních T-lymfocytů. Nejčastějším nežádoucím účinkem jsou infuzní reakce, jimž se však dá předejít premedikací. Objevuje se i zvýšené riziko sekundárně navozených autoimunitních onemocnění, jež se mohou objevit až po několika letech užívání.

Humanizovanou monoklonální protilátkou je také ocrelizumab, který cílí na B-lymfocyty, antigen CD20 exprimovaný na povrchu B- buněk. Přípravek je registrován americkou FDA pro léčbu RR SS na základě dvou velkých studií fáze III – OPERA I a OPERA II. V obou studiích byl ocrelizumab porovnáván se subkutánně podaným IFN-β 1a a v obou případech došlo ke snížení roční frekvence relapsů u pacientů léčených ocrelizumabem o 46 a 47 procent oproti IFN. Preparát také prokázal signifikantní efekt na progresi disability. Snížení klinické i MR progese se prokázalo i ve studii provedené na pacientech s PP RS zvané ORATORIO. Studie také potvrdila příznivý bezpečnostní profil léčby ocrelizumabem. Nejčastějším nežádoucím účinkem byla reakce spojená s infuzí. Nebyl zaznamenán ani jeden případ PML přímo spojený s léčbou ocrelizumabem.

U progresivních forem má zásadní význam léčba symptomatická, která pozitivně ovlivňuje spasticitu, retenci moči a stolice, depresi, neuropatické bolesti. Pacienti také potřebují intenzivní rehabilitaci a ergoterapii. Velmi důležité je poučit pacienta o původu příznaků a o tom, co je může zhoršovat. Cílem symptomatické terapie je také předcházet dalším komplikacím (pády, osteoporóza, kontraktury apod.).

Mgr. Pavlína Perlíková

S využitím článku doc. MUDr. Dany Horákové, Ph.D., publikovaného v časopisu Postgraduální medicína 2017, ročník 19, č. 6



Boj pneumologů s CHOPN

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) se stává čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí v tuzemsku i ve světě.

Podle pneumologů se CHOPN v nejbližších letech dostane až na třetí místo pomyslného mortalitního žebříčku. Na tuto plicní nemoc v ČR ročně zemře přes 3 500 lidí, tedy o 70 % více než v posledních 10 letech. Ve světě se roční úmrtnost šplhá ke třem milionům.

Podle předsedy České pneumologické a ftizeologické společnosti (ČPFS) prof. MUDr. Vítězslava Kolka, DrSc., se s chronickým kašlem, zadýcháváním, únavou a vykašláváním hlenů potýká bezmála 700 tisíc Čechů. „Léčíme pouze 250 tisíc z nich. Zbytek lidí o své nemoci neví. Přestože jim není dobře, k lékaři nejdou a zhoršují si CHOPN špatnými životními návyky,“ říká profesor Kolek. Léčba CHOPN je přitom v Česku na vysoké úrovni. Podle MUDr. Vladimíra Koblížka, Ph.D., zástupce přednosty pro vědu a výzkum Plicní kliniky FN v Hradci Králové, mají čeští pneumologové k dispozici nejmodernější léčebné postupy, jako jsou plicní transplantace, bronchoskopické výkony, léčbu pomocí domácích ventilátorů, kyslíku a řadu nových inhalačních léků. „Co se způsobů a možností týče, jsme na tom nejlépe ve střední Evropě. Jako jedna z mála evropských zemí nabízíme i plně hrazenou augmentační léčbu. Ta účinně zpomaluje destrukci plicní tkáně a zlepšuje prognózu u pacientů s genetickým deficitem. Ten je zodpovědný za časný vznik CHOPN u mladších lidí,“ vysvětluje lékař. Největší důraz kladou čeští

plícní lékaři na účinnou primární prevenci vzniku této extrémně závažné choroby. „Boj proti cigaretové závislosti je neúčinnějším nástrojem ve válce proti CHOPN. Důležitým doplňkem primární prevence je časně cílené vyhledávání nemocných ve skupině osob s velkým rizikem jejího vzniku,“ říká MUDr. Koblížek, Ph.D.

U těch, kteří o své nemoci vědí a léčí se, se plicní lékaři často setkávají s tím, že neumějí správně používat inhalátory, přes které dostávají do plic léčivé látky. „Jezdíme po republice a učíme seniory správnou inhalační techniku. Všechny nabádáme, aby se hýbali a ušli denně alespoň 4-5 tisíc kroků. Tělesná zdatnost je pro léčbu CHOPN nesmírně důležitá,“ uvádí MUDr. Stanislav Kos, CSc., předseda Českého občanského spolku proti plicním nemocem (ČOPN).

V rámci Světového dne CHOPN, který letos připadl na 15. 11., zorganizoval ČOPN společně se Sekcí ambulantních pneumologů Den otevřených dveří v ambulancích plicních lékařů. Podle profesora Kolka jdou aktivity českých pneumologů ruku v ruce s aktivitami Evropské respirační společnosti (ERS), která má 34 tisíc členů. Díky společnému členství mají čeští plicní lékaři přímý přístup ke všem nejnovějším odborným informacím a společně také postupují v rámci dlouhodobé kampaně Zdravé plíce pro život.

Zdroj: ČPFS ČLS JEP (red)



Ilustrační foto: Shutterstock

Seniorům může pomoci nová služba

Podle Českého statistického úřadu by se mohl počet lidí starších 65 let do poloviny tohoto století zdvojnásobit.

Zatímco v současné době žije v Česku přibližně 1,5 milionu seniorů, v roce 2050 už to budou téměř tři miliony. Péče o seniory přitom není uspokojivě dořešena. Chybějí služby domácí péče, které by umožnily lidem vysokého věku zůstat v domácím prostředí. Řada starších lidí proto odchází do domovů pro seniory předčasně. Podle Americké asociace osob v důchodu (AARP) preferuje domácí péči 89 % seniorů ani Česko není výjimkou.

Podle praktických lékařů starším lidem sociální kontakt prospívá, zejména jejich celkovému zdravotnímu stavu a podporuje rovněž dobrý výsledek léčby.

V tuzemsku tak vznikají služby nabízející starším lidem a jejich potomkům pomoc. Jednou z nich je Péče o seniory, kterou spustila agentura Hlídačky.cz. Ocení ji například rodiny, jejichž prarodiče nechtějí odejít do domova důchodců, ale ještě zůstávají svépomocni. Pečovatelky pomohou s běžnými činnostmi, jako jsou nákup, úklid nebo doprovod na úřady. Ty, které mají zdravotnické vzdělání, mohou poskytnout klasickou pečovatelskou službu, a to i lidem trpícím např. Alzheimerovou chorobou nebo Parkinsonovou nemocí.

Zdroj: www.narrativemedia.cz (red)

Modernizace perinatologického centra VFN

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze zahájila v listopadu 2017 realizaci projektu Modernizace Centra vysoce specializované intenzivní péče v perinatologii.

Perinatologické centrum Gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze patří mezi největší pracoviště v České republice a dlouhodobě určuje trendy v péči o těhotné ženy i nezralé novorozence nejen v ČR.

Cílem projektu, který byl zahájen letos 1. listopadu a bude ukončen 31. prosince 2019, je modernizace a obnova přístrojového vybavení perinatologického centra VFN v Praze. Prostřednictvím programu bude moci VFN implementovat tzv. best practices do klinické praxe léčby gravidních pacientek a novorozenců. Nejvýznamnější cílovou oblast tvoří péče o ženy s předčasným porodem, růstovou restrikcí plodu a péče o těhotné s přidruženými diagnózami (často chronickými chorobami) k těhotenství. Hlavním cílem je mimo jiné snížit riziko předčasného porodu a zpřesnit diagnostiku. Zároveň by VFN ráda posílila své postavení jakožto špičkového perinatologického pracoviště s mezinárodní prestiží, a to nejen v oblasti poskytování zdravotnické péče, ale dále i v oblasti klinického výzkumu a vzdělávání.



Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Díky realizaci projektu bude možné do praxe převést nejmodernější poznatky vědy v oboru gynekologie, porodnictví a neonatologie. Projekt přispěje i ke zvýšení kvality a produktivity práce celého vysoce specializovaného týmu zdravotníků, včetně zjednodušení organizace práce. Moderní přístrojové vybavení rozšíří a zefektivní současné možnosti diagnostiky a terapie pacientů, kteří mohou profitovat z intervenčních postupů s menšími nežádoucími účinky, a současně umožňuje minimalizovat dobu hospitalizace pacientů. Poskytování nadstandardní zdravotní péče bude zároveň zajištěno ekonomicky. Projekt je spolufinancován EU z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Zdroj a foto: VFN (red)

Vliv psychoterapie na léčbu nespavosti

Projekt Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Brno (NK FNB) zkoumá vliv psychoterapie na léčbu nespavosti způsobenou bolestivou polyneuropatií. Řešiteli studie jsou přednosta Neurologické kliniky FN Brno prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc., a lékař pracoviště MUDr. David Kec.

Studie Skupinová psychoterapie v léčbě insomnie při bolestivé polyneuropatii – neuropatické bolesti, je pilotní studií připravovaného projektu Insomnie při bolestivé polyneuropatii, porovnání efektu léčby pregabalinem a psychoterapie. „Cílem projektu je představit psychoterapii jako účinnou doplňkovou metodu léčby nejen nespavosti, ale i bolesti. Psychoterapie je v léčbě chronické bolesti i nespavosti v zahraničí běžně zkoumána a ukazuje se, že má velkou šanci obtíže zmírnit. Spolu se standardní léčbou léky se pak efekt psychoterapie a farmakoterapie na nespavost užitečně doplňuje. Téma jsme zvolili ze dvou hlavních důvodů: zaprvé věříme, že pacient by měl mít možnost zvolit si léčbu, která mu co nejvíce vyhovuje, měl by mít možnost se do své léčby aktivně zapojit a jelikož je problematika chronické bolesti, nespavosti a prožívané úzkosti provázána, měla by být i komplexně řešena týmem sestávajícím z lékařů a psychologů. Stále častěji se setkáváme s termínem ‚psychosomatika‘, či termínem ‚alternativní léčba‘ a řada pacientů hledá odpověď na své obtíže jinde, než v klasické léčbě léky. S respektem k nutnosti celostního přístupu k obtížím bychom jim rádi nabídli alternativu. Druhým důvodem pro zvolení tématu byly naše zkušenosti jak z ambulancí pro pacienty s neuropatií (a neuropatickou bolestí), tak z našeho Centra pro poruchy spánku a bdění. A protože se chronická bolest, nespavost a ‚špatná‘ nálada často vyskytují dohromady, rádi bychom je léčili současně a společně,“ vysvětluje lékař NK FB David Kec.

Stigma minulých dob

Pro zodpovědné zkoumání efektivity uvedené léčby, je nutné, aby skupina účastníků měla obdobné obtíže. Tím je míněno, že jsou vybráni pacienti s určitým typem chronické bolesti, tzv. neuropatickou bolestí, jež může být způsobena např. poškozením nervů při pokročilé cukrovce, po chemoterapii či po mrtvici. Příčin neuropatické bolesti je ale daleko více a při zájmu pacienta o účast ve studii pracovníci NK FN rádi poradí, zda se může do projektu zapojit, či jak dále postupovat. „V náboru dobrovolníků, bohužel, narážíme na určitý ostych pacientů před psychoterapií. Je to důsledek minulých dob, kdy byla péče o duševní zdraví vnímána jako stigma a návštěva psychoterapeuta jako tabu a ostuda. Navíc psychoterapie vyžaduje aktivní účast pacienta při léčbě, což je pro řadu lidí opět překážkou,“ říká doktor Kec.

Velkou skupinou dobrovolníků jsou podle jeho slov pacienti s tzv. diabetickou neuropatií, onemocněním nervů, které se často rozvíjí jako komplikace cukrovky. Před pěti lety bylo v ČR více než 800 tisíc diabetiků a předpokládá se, že až u poloviny se do patnácti let rozvine i neuropatie. Bo-



Ilustrační foto: Shutterstock

lestivá forma se pak vyskytuje u třetiny až dvou třetin pacientů s neuropatií. Počet pacientů s cukrovkou však rok od roku roste, což souvisí jednak se stárnutím naší populace, ale i naším životním stylem.

Zlepšení u třetiny nemocných

Velikost zkoumaných skupin v projektu závisí na zvolené psychoterapeutické škole či směru. „Největší zkušenosti v léčbě bolesti i nespavosti je u kognitivně behaviorální terapie. Zde se pacienti zúčastňovali nejčastěji dvouhodinových setkání, která se odehrávala dvakrát týdně až jednou za dva týdny. Minimum byla čtyři setkání, ale většina v zahraničí publikovaných protokolů pracovala s modelem osmi dvouhodinových setkání, jež proběhla během dvou měsíců. V našem projektu budou pacienti pozváni na dvouhodinová setkání, probíhající jednou za dva týdny. Skupiny budou po sedmi až dvanácti pacientech. Sezení povede zkušený psychoterapeut s dokončeným psychoterapeutickým výcvikem a odbornou způsobilostí, k ruce mu bude vždy jeden pomocník se způsobilostí koterapeuta. Doufáme, že dosáhneme obdobných výsledků jako v zahraničí. Některé studie uváděly současné zlepšení nespavosti a bolesti o 10 až 20 %, jiné dokonce až kompletní vyléčení nespavosti u více než třetiny pacientů, vždy samozřejmě závisí na zvoleném sledovaném parametru. Je ale potřeba podotknout, že výsledky byly u jednotlivých studií různé, a to jak podle skladby pacientů, tak i zvoleného modelu,“ pokračuje David Kec.

Každý pacient je neurologicky vyšetřen, což podle slov doktora Kece souvisí právě s potřebou ověřit, že pacient splňuje vstupní náležitosti pro zařazení, tj. právě onu neuropatickou bolest a nespavost. Zároveň je tak zhodnocena i tíže těchto onemocnění. Řešitelé také potřebují vědět, zda pacient netrpí současně nějakou jinou nemocí, která by zařazení do projektu bránila. Ze všech vyšetření uskutečněných během celého projektu získává pacient od lékaře zprávu o zjištěném klinickém stavu.

Účastníci si pomáhají

Jak vše probíhá v praxi? „Nemocný prožívající bolest může být více úzkostný či agitovaný. Koneckonců, všichni víme,

že když nás něco bolí, nemáme dobrou náladu. Ale v rámci skupinové psychoterapie si jednotliví účastníci pod vedením terapeuta spíše pomáhají, a to až sdílením prožitků, či právě vzájemnou pomocí v rámci nacvičovaných technik nebo sdílením svých zkušeností a postřehů. Na setkáních se tedy nespí. Ani nacvičované techniky na sezení by neměly vést přímo ke spánku. A jestli se ovlivňují spánek a bolest? To ano, a velmi – když nás něco bolí, hůře se nám spí a naopak – když jsme nevyspalí, bolí nás to o to více,“ doplňuje doktor Kec.

Ve světě již bylo podobných studií realizováno několik. „Naše práce se ale liší tím, že máme velmi pečlivě vybranou skupinu pacientů trpících konkrétním onemocněním a že se zaměřujeme na současnou léčbu bolesti i nespavosti. Velkou výhodou projektu je zapojení našeho spánkového centra, kdy změnu kvality i kvantity spánku můžeme velmi pečlivě vyšetřit pomocí speciálního celonočního vyšetření – tzv. polysomnografie. Díky tomu můžeme zhodnotit kvalitu spánku před psychoterapií a po ní, nejsme tedy odkázáni pouze na dotazníky. Tento fakt řadí naši studii ve světě mezi výjimečné. Navíc v České republice je povědomí o využití psychoterapie u organických onemocnění poměrně malé,“ říká doktor Kec.

Rozšíření povědomí a odbourání ostychu

S přípravou studie brněnští výzkumníci začali letos v květnu, nyní je v plném proudu nábor a od ledna 2018 by rádi otevřeli první psychoterapeutickou skupinu, která se bude scházet každé dva týdny. „U první skupiny očekáváme sezení do konce března, pak bude následovat výstupní vyšetření a vyhodnocování dat. Dle zájmu pacientů můžeme paralelně doplnit další skupinu. Nyní je těžké předjímat výsledky projektu, jenž teprve začíná, proto nemohu odpovídat, zda se psychoterapie stane standardní a široce používanou metodou v léčbě nespavosti při bolesti. Ale věřím, že minimálně přispějeme k rozšíření povědomí o léčebných možnostech psychoterapie mezi pacienty i našimi kolegy a alespoň částečně odbouráme ostych a nedůvěru při využívání psychoterapie v běžné komplexní léčbě.“

Martin Ježek

Inzerce M171000557

 **Boehringer
Ingelheim**



Nové vydání Optické koherenční tomografie

Na XXIII. výročním kongresu Slovenské oftalmologické společnosti v Nízkých Tatrách se pokřtila publikace *Mladé fronty*.

Když se první vydání knihy as. MUDr. Pavla Němce, MUDr. Veroniky Löfllerové a MUDr. Bohdana Kousala velmi brzy rozprodalo, bylo zřejmé, že je o tematiku diagnostické metody optické koherenční tomografie (OCT) nebývalý zájem. O kvalitě publikace svědčí i cena za nej-

lepší vědeckou práci, kterou jí v roce 2015 udělila ČLS JEP. Autoři se proto brzy rozhodli připravit druhé vydání, jež pokřtili na XXIII. výročním kongresu Slovenské oftalmologické společnosti, čímž potvrdili, že je spolupráce mezi českými a slovenskými vědeckými kruhy více než skvělá.

OCT jako nekontaktní a neinvazivní diagnostická metoda vyšetření in vivo je dnes již samozřejmou a nena- hraditelnou metodou v jakékoliv oftalmologické praxi. Druhé doplněné vydání Atlasu sítnicových patologií opět připravilo do tisku vydavatelství Mladá fronta, a zařadilo zmíněnou knihu mezi své prestižní tituly. Publikace přináší dvě nové aktuální kapitoly – OCT angiografie a Autofluorescence u různých patologií. Všechny kapitoly prvního vydání jsou navíc rozšířeny o obrazové OCT kazuistiky. Čtenářům ve druhém vydání knihy se tak do rukou dostává o sto stran textu více. Bohatá obrazová dokumentace umožní pochopit podstatu diagnostické metody, správně se orientovat v základních charakteristikách snímaného obrazu, interpretovat a přesně popisovat získané skeny sítnice.



Monika Gajdošová (kmotra), Šárka Mašková, šéfredaktorka edice Aesculap, Pavel Němec, Marta Ondřejková

Foto: SOS (red)

ČLS JEP ocenila publikaci MF

V Senátu se udělovaly ceny za nejlepší vědecké publikace v roce 2016.

Předsednictvo ČLS JEP se na návrh hodnotící komise rozhodlo udělit 3. cenu publikaci *Urgentní příjem*, kterou v edici *Postgraduální medicína* vydala Mladá fronta. Autorem je MUDr. Martin Polák. Jedná se o druhé doplněné vydání s podtitulem *Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*.



Oceněný autor knihy Martin Polák a Karel Novotný, ředitel Medical Services MF

Téměř osmisetstránková publikace shrnuje nejnovější poznatky interní povahy, s nimiž se lékaři na urgentním příjmu setkávají, včetně informací souvisejících s péčí o pacienty v terminálním stavu. Jde o velmi žádanou příručku, kterou potřebuje každá nemocnice s oddělením centrálního příjmu.

Autor a vydavatelství Mladá fronta velmi rychle zareagovali na poptávku po aktuální problematice a připravili již druhé vydání. Obsahuje řadu nových kapitol, které mapují nové diagnostické a terapeutické postupy. ČLS JEP předala autorovi cenu 7. listopadu 2017 v prostorách Senátu Parlamentu ČR.

Foto: ČLS JEP (red)

Volná místa

Nabízíme práci

• zdravotní sestra

v naší gastroenterologické ambulanci v Praze 4 (www.petrbrandtl.cz).

Nabízíme:

- nadstandardní ohodnocení 30 tisíc Kč/měsíc za plný úvazek,
- lze i na částečný úvazek dle dohody.

Kontakt:

V případě Vašeho zájmu se prosím ozvěte na tel.: 606 252 650 nebo e-mail: petrbr@seznam.cz.

Ing. Helga Brandtlová-jednatelka
Gastroenterologie MUDr. Petr Brandtl s.r.o.
Božkovská 2967, 141 00 Praha 4

M171000583



PERSONÁLNÍ INZERCE



Nemocnice Tábor a.s.

Představenstvo Nemocnice Tábor, a.s. přijme

2 lékaře/ky pro Interní oddělení

1 lékaře/ku pro Neurologické oddělení

1 lékaře/ku pro Plicní oddělení

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost v oboru vítána
- uvítáme zařazení v přípravě v oboru
- vhodné i pro absolventy VŠ

Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti
- nástup ihned nebo podle dohody
- plný pracovní úvazek
- po zapracování možnost trvalého pracovního poměru
- výhodné mzdové ohodnocení v souladu s vnitřními předpisy dle dosažené praxe a kvalifikace
- možnost absolvování specializačního vzdělání bez smluvního závazku
- možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro další vzdělávání
- 5 týdnů dovolené
- pracovní doba, včetně ÚPS v souladu se zákoníkem práce
- možnost ubytování na ubytovně v areálu nemocnice

- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně
- příspěvek na penzijní připojištění (při plném pracovním úvazku a pracovním poměru trvajícím alespoň 1 rok)
- náborový příspěvek
- zaměstnaneckou slevu do lékárny 10 %
- parkovací místo zdarma
- zvýhodněný telefonní tarif

Nástup dle dohody.

Nemocnice Tábor, a.s. má akreditaci MZ ČR v oboru:

- Vnitřní lékařství - II. stupeň
- Neurologie - I. stupeň
- Pneumologie a ftizeologie - II. stupeň

Bližší informace podá:

MUDr. Rostislav Král, primář INT-K,
tel: 381 606 100, e-mail: rostislav.kral@nemta.cz

MUDr. Alexandr Orel, primář oddělení NEUR,
tel: 381 606 200, e-mail: alexandr.orel@nemta.cz

MUDr. Kamil Kleňha, primář oddělení TRN,
tel: 381 606 400, e-mail: kamil.klenha@nemta.cz



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.

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.

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.

Kontakt:

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



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:



HLAVNÍ SESTRA / MANAŽER KVALITY

- VŠ vzdělání v oboru ošetrovatelství, příp. jiného zdravotnického zaměření
- min. 3 letá zkušenost z vedoucí pozice včetně vedení týmu
- znalost zásad a postupů ošetrovatelské péče a poskytování zdravotních služeb
- znalost legislativy ve zdravotnictví
- zkušenost v oblasti řízení kvality péče
- zkušenost se vzděláváním a přípravou vzdělávacích seminářů

NABÍZÍME:

- nadstandardní finanční ohodnocení
- zaměstnanecké benefity (týden dovolené navíc, stravenky, příspěvek na penzijní připojištění, firemní dětská skupina, možnost přidělení městského bytu, další výhody dle Kolektivní smlouvy)

Termín pro podání přihlášky: **do 31. 1. 2018**

V případě Vašeho zájmu nám zašlete přihlášku do výběrového řízení včetně Vašeho životopisu:

Ing. Lucia Růžičková, vedoucí personálního odboru
Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje
telefon: **312 606 413**, e-mail: lucia.ruzickova@nemocnicekladno.cz

Partnerem tohoto čísla Zdravotnictví a medicína
je společnost

Dr.Max⁺

NUANCE
LA MAGIE DE FRANCE

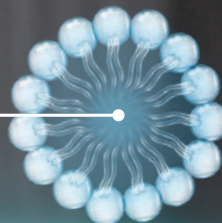
VĚDA A PŘÍRODA SPOJILY SÍLY

PRO DOKONALÉ ODLÍČENÍ, VYČIŠTĚNÍ
A OSVĚŽENÍ VAŠÍ PLETI

MICELÁRNÍ VODA NUANCE

Maximálně šetrná, vhodná i pro citlivou pokožku.
S vysokou koncentrací účinných látek z nečistších
rostlinných extraktů.

*Micely pohltí zbytky nečistot a líčení, uzamknou
je ve svém středu a tak šetrným způsobem plet'
očistí bez jakéhokoli podráždění.*



Exkluzivně v lékárnách **Dr.Max+**



NOVINKA

LEXUS RX 450h 4x4 E-FOUR HYBRID

KRALUJTE VŠEM CESTÁM

NYNÍ ZA **19 990 Kč**
BEZ DPH MĚSÍČNĚ*



www.lexus.cz

 **LEXUS**
EXPERIENCE AMAZING

* Produkt Lexus Rent pro podnikatele, plátce DPH, za podmínek 0% akontace, 48 měsíců, 15 000 km/rok, obsahuje povinné ručení, havarijní pojištění, GAP, je nabízen společností Toyota Financial Services Czech s.r.o. Tato reprezentativní nabídka není nabídkou k uzavření smlouvy dle § 1732 zák. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku. Konkrétní nabídku modelů a financování Vám poskytne autorizovaný prodejce Lexus.

Kombinovaná spotřeba paliva a produkce emisí CO₂ Lexus RX 450h: 5,2-5,5l/100km; 120-127 g/km.