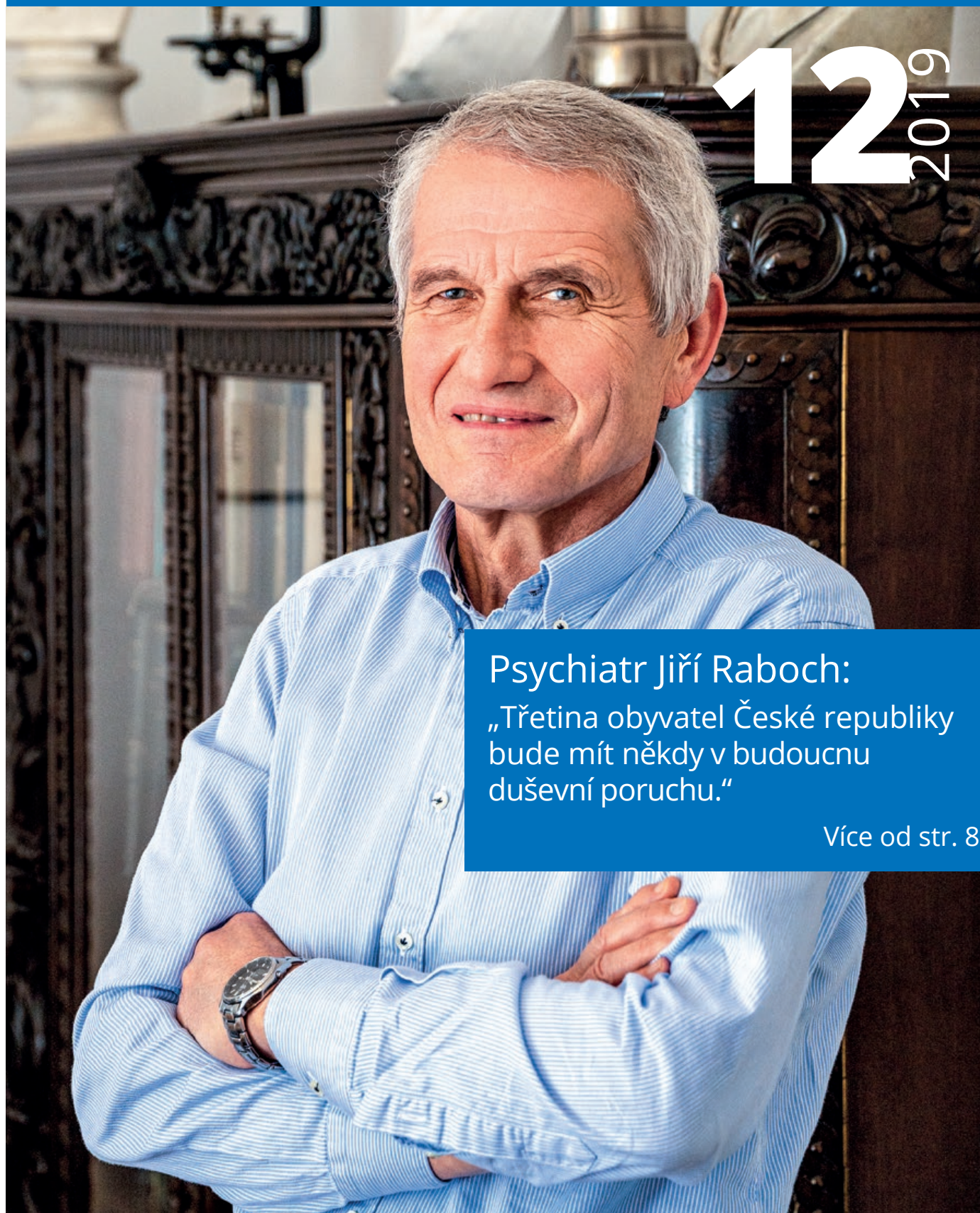


# ZAM Zdravotnictví a medicína

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

12  
2019



Psychiatr Jiří Raboch:  
„Třetina obyvatel České republiky  
bude mít někdy v budoucnu  
duševní poruchu.“

Více od str. 8

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

**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína



**Neváhejte!**

**Tato nabídka platí jen  
do 26. 1. 2020.**

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



**Předplaťte si bezpečně e-mailem**

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

Do předmětu napište kód **ZM1219**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



**Volejte 225 985 225**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM1219**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

## Pomáhat jiným i sobě samým

Prof. Raboch, jehož fotografie je na titulní stránce prosincového čísla Zdravotnictví a medicína, by se mnou možná souhlasil v tom, že pro duševní zdraví by bylo lepší, kdybychom více naslouchali svému biorytmu, který na zimu velí zpomalit a případně se uchýlit do zvětvří. Naši předkové to dělali, protože dobře věděli, že ušetřenou energii budou zase potřebovat na jaře a v létě, kdy měli nejvíce práce. My to máme obráceně. Před Vánocemi doháníme, co se dá, a v létě, kdy máme nejvíce síly, odpočíváme. Z ekonomického a sportovního pohledu je možná správný postup urvat ještě, co se dá, ze zdravotního hlediska to už tak jisté není. A dlouhodobé studie to dokazují. Lidé před sto padesáti lety umírali více na infekce a úrazy, ale umírali zdraví. My sice žijeme déle, ale benefit, který nám vydobyla medicína, si rozhodně nijak neužíváme. A užívat nejspíš ani nebudeme.

Je tedy na čase trochu přibrzdit a zamyslet se, v jaké životní fázi se právě nacházíme a jestli to, co ze sebe urputně vydáváme, máme kde brát. Říká se tomu rovnováha a o ní je nejen titulní rozhovor s prof. Rabochem, přednostou Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, ale i celé vánoční číslo našeho časopisu.

Dovedu si představit, že člověk začne přemýšlet o svém životě úplně jinak,

když se vrátí z oblasti postižené válkou nebo chudobou, tak jako humanitární pracovníci Člověka v tísní. Nebo jako ženy, které z různých koutů republiky míří na endoskopické oddělení G5 pražské kliniky U Apolináře ve víře, že budou moci otěhotnět navzdory vážným zdravotním překážkám. Nasazení, se kterým se tady lékaři svým pacientkám věnují, je zrovna příkladem té nejlépe investované energie. I když by si odborný personál prestižního pracoviště zasloužil, aby kvality oddělení dokázal ocenit i někdo jiný než vděčné klientky.

5. prosince jsme si připomněli Mezinárodní den dobrovolníků, kteří svoji práci vykonávají jen proto, že v ní vidí smysl. To byl také důvod, proč v roce 1990 vznikl Klub bechtěreviků, jejichž cílem bylo vylepšit podmínky lidí s Bechtěrevovou nemocí. Role patientských organizací je dnes již nepochybnitelná a lékařům velmi ulehčuje práci. Sluší se vzdát díky všem ostatním dobrovolnickým aktivitám a nadačním počínům, které pomáhají dvakrát. Nejen nemocným, ale také těm, kteří se do altruistických počínů pouštějí. Egoisté totiž moc šťastní, a tedy duševně zdraví, nebývají.

Péči o psychickou stránku člověka se věnuje i nová kniha Aktivní gerontologie, kterou jsme v Mladé frontě pokřtili a jejíž



autorky otevřeně říkají, že záleží hodně na nás samotných, jestli poslední třetinu života prožijeme ve zdraví.

Prosinec je sice v západní civilizaci měsícem spěchu, ale vnímavý člověk má šanci si všimnout, že je kolem něj spousta věcí, které mají slovy Václava Havla smysl, bez ohledu na to, jak dopadnou.

Přejeme Vám v redakci časopisu Zdravotnictví a medicína v roce 2020 hodně práce a také duševního klidu. Jedno bez druhého se totiž neobejdou.

*Pavlína Perlešová*

šéfredaktorka

OBSAH

### ZAM

#### Zdravotnictví a medicína

■ O čem se mluví	2	■ Nadřizenost není nadřazenost	16	■ Představujeme patientské organizace: Klub bechtěreviků	38
■ Ilona Hülleová: ČLK by měla být komorou všech lékařů	4	■ České zákony nestihají	18	■ Zprávy z regionů	40
■ Petr Šonka: Musíme myslet na to, co bude zítra	6	■ Šance pro nemocné s těžkým astmatem	19	■ Události	42
■ Milán Kubek: Postup vyjednávačů za soukromé lékaře byl naivní	7	■ Ten devátý to bude mít těžké	22	■ Přečtěte si	45
■ Rozhovor: Jiří Raboch	8	■ Věda a výzkum	24	■ Personálie	46
■ Člověk v tísní už 10 let pomáhá v Kongu	12	■ Kostní nádorová nemoc	25	■ Nabídka práce	48
■ Vánoce v nemocnicích	14	■ Světová medicína na pár metrech	30		
		■ Posílení kompetencí sester	32		
		■ Vzdělávací kurzy a programy pro sestry	35		
		■ Jak je na tom vysoké medicínské školství?	36		
		■ Hluk neškodí jen sluchu	37		



ilustrační foto: Shutterstock

# V digitalizaci máme skluz

Často se říká, že české zdravotnictví má v digitalizaci oproti jiným oborům zpoždění. Dobře se neumístujeme ani v žebříčcích, které hodnotí zdravotní gramotnost obyvatelstva. Účastníci konference *Vzdělávání na jedno kliknutí*, se věnovali mimo jiné také nástrojům, které by to mohly zlepšit. Konferenci uspořádala Elektronická univerzita (EUNI) společně s Medical Services a věnovala se třem okruhům: vzdělávání lékařů v komunikaci s pacienty; digitální komunikaci a vzdělávání mladé generace; edukačním zdrojům ve zdravotnictví. Partneři konference byly MSD, Pfizer a Sanofi Genzyme.

Údaje o nízké zdravotní gramotnosti v České republice uvedl hned na úvod prof. Štěpán Svačina, předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. „Učíme se ve školách tělovědu, biologickou systematiku a botaniku a kolik má který brouček nožiček a kolik má člověk žeber, čili informace, které jsou pro další život nepodstatné. Neučí se ale, jak vznikají nemoci a jaké jsou možnosti prevence, které by měl znát už absolvent základní školy,“ podotýká prof. Svačina a dodává, že v poslední době podniká odborná veřejnost i ministerstvo zdravotnictví kroky, které by mohly zdravotní gramotnost společnosti zvýšit. V první řadě v současnosti vrcholí příprava Národního zdravotnického informačního portálu na stránkách [www.nzip.cz](http://www.nzip.cz), který by měl být do konce ledna hotový. Portál si klade za cíl dlouhodobě zjednodušit přístup k dostupným internetovým zdrojům. Základním stavebním kamenem bude zveřejňování garantovaných informací, které budou autorizovány předními lékaři a odborníky na zdravotnictví. Zároveň se zde budou zveřejňovat i krátké původní články o aktuální problematice – prevenci, očkování, dietologii, dětských nemocech, porodnictví a podobně.

Podle Štěpána Svačiny v tomto ohledu částečně sloužil za vzor rakouský systém a část obsahu bude z rakouského informačního portálu přeložena. „Vysoce lze hodnotit také třeba australské řešení, na druhou stranu řada zemí má tuto oblast edukace veřejnosti zanedbanou stejně jako my. Klíčové i u nás bude, jestli se [www.nzip.cz](http://www.nzip.cz) dostane na první místa ve vyhledávacích,“ upozorňuje prof. Svačina a dodává: „Snažíme se jako ČLS JEP obracet na občany. Zatímco v minulosti jsme se věnovali hlavně vědě a vzdělávání lékařů, nyní pořádáme také pravidelné, osvětové tiskové konference zaměřené na širokou veřejnost. Pracujeme také s novými médii, využíváme Facebook nebo Twitter, což představuje v konzervativním prostředí jednotlivých společností, které jsou vedeny spíše staršími a váženými lékaři, úspěch,“ popisuje prof. Svačina.



Účastníci panelové diskuze na téma digitalizace vzdělávání

Samostatnou oblastí je vzdělávání lékařů. Odborné společnosti diskutovaly už v roce 2000 s Českou lékařskou komorou o možnostech akreditovat internetové kurzy. Podařilo se to s elektronickou univerzitou EUNI, za jejíž kurzy jsou udělovány kredity. Jiným projektem, který jde vstříc novým médiím a platformám pro vzdělávání, jsou například Wikiskripta, jež se postupně plní medicínskými výukovými materiály především pro pregraduální vzdělávání.

„Ve srovnání se světem jsme však pomalí. Elektronické publikování v zahraničí je nesrovnatelně rychlejší a jen díky zahraničním serverům se třeba mně osobně daří držet tempo,“ míní Štěpán Svačina.

## Skandinávský příklad pro lékárníky

„Sám se považuji za konzervativce, co se nových médií týče, a Facebook také nebyl mojí oblíbenou platformou. Čtenáři Apatykáře mě však donutili tuto sociální síť využívat a byl jsem překvapen kolik nových respondentů jsme hned získali. Někteří z nich komunikují pouze přes sociální síť,“ uvedl svůj pohled do problematiky provozovatel serveru Apatykář Martin

Dočkal, podle kterého to, co říká předseda ČLS JEP, platí i o elektronizaci lékárnického segmentu. Sám nabídl srovnání se Skandinávií. „V Norsku, když přijde lékárník do práce, přihlásí se do centrálního systému přes lékárnický software. Automaticky na něj vyskočí například informace o jeho vzdělávání. Když mu něco chybí, může si to ve volném čase přes e-learning doplnit,“ popisuje Martin Dočkal s tím, že na vzdělávání využívají v Norsku spíše webináře a osobní setkávání je určeno hlavně ke společenským událostem. „Otázkou zůstává, zda je kontinuální vzdělávání nutné vymáhat požadovanými body. Třeba ve Švédsku to tak není, a přesto se tam lékárníci vzdělávají – lékárník nechce vypadat hloupě před svými zákazníky a narychlo si něco vyhledávat,“ soudí Martin Dočkal.

## Výhody pro lékaře mimo města

Také praktičtí lékaři se musí vzdělávat celoživotně a podle přednosty Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK Bohumila Seiferta jsou díky tomu pod obrovským tlakem: „Týká se to i výkaznictví, preskripčních omezení, podnikatelských

povinností. Mění se doporučení, pacienti přicházejí poučení od specialistů. Z té četnosti vyplývá i potřeba nejrůznějších zdrojů informací – odborné články, internet, konference, webináře. Naše společnost všechny tyto možnosti nabízí.“

Společnost všeobecného lékařství je, co se týče objemu vzdělávacích aktivit, největším poskytovatelem kontinuálního vzdělávání. Na kongresech společnosti se objevuje 1/3 všech praktických lékařů, což je v evropském srovnání nebyvalá účast. Do hry však může podle Seiferta vstupovat aspekt regionální a generační. „Já jako lékař působící na univerzitě v Praze mám přístup ke vzdělávání jednodušší. Polovina praktických lékařů ale působí mimo město. Stárnutí lékařů má také svoji roli – mladí lékaři zkracují informace, které jsou díky tomu účinnější, a jsou zvyklí zacházet s informacemi. Potřeby se budou navíc v budoucnu měnit,“ míní Bohumil Seifert. Účastníci konference se nicméně shodli na tom, že právě internet by mohl lékařům z odlehklých oblastí v přístupu k celoživotnímu vzdělávání pomoci.

Lukáš Malý  
Foto: archiv MF

## Praktici: Za specialisty už neschopenky vystavovat nebudeme

Praktičtí lékaři nehodlají e-neschopenky bojkotovat en bloc po vzoru zlínských lékařů, ale nechtějí už také zařizovat tuto administrativu za jiné. Podle údajů Sdružení praktických lékařů za minulý rok vystavili praktici 1 800 000 neschopenek a strávili s tím 90 000 hodin. Dělali to zdarma, a to i za své kolegy, kteří pacienta sice vyšetřili, ale s žádostí o neschopenku je odkázali právě na praktického lékaře – jak bylo doposud zvykem. Až 50 % neschopenek praktici podle svých údajů vystavují za specialisty. „Podle zákona by břemeno této administrativní zátěže měl nést vždy ošetřující lékař, vyjma lékařů záchranné a pohotovostní služby. Nelze za tímto účelem posílat pacienta k jinému lékaři. Tím, že jsme dosud psali neschopenky za specialisty, jsme v podstatě porušovali zákon a pacienti trávili zbytečný čas na cestách mezi ordinacemi,“ zdůrazňuje předseda Sdružení praktických lékařů Petr Šonka.

Po Novém roce chtějí praktici s touto praxí skoncovat. Pacienti naleznou v čekárnách ordinací informační plakát, ze kterého vyčtou, že pokud byli posláni do ordinace praktického lékaře jiným lékařem pouze kvůli vystavení neschopenky, praktik jim nevyhoví.

„Kolegové to vědí, zákon platí od roku 2006. Slycháme od nich, že na to nemají tiskopisy, že to neumějí, ale teď se to všichni budeme učit od začátku, takže tento argument odpadá. Změna přinese zmatky, ale věříme, že během ledna se to zklidní,“ říká Petr Šonka. Předseda Společnosti všeobecného lékařství Svatopluk Býma připomíná, že toto rozhodnutí je i v souladu se stanoviskem České lékařské komory. „Od začátku příštího roku budeme vystavovat e-neschopenku elektronicky, což celý systém zpřehlední. To je jeden z důvodů, proč hodláme dát vše do pořádku,“ dodává Býma.

Lukáš Malý

Inzerce ▼ M191000363

## David Vrba – člen odborné poroty Czech DIGI@MED Award, soutěže inovativních digitálních řešení

Co je podle vás největším přínosem pořádané soutěže?

Popularizace inovací má vždy smysl. Je také dobře, když se ukazuje, že inovovat může v podstatě každý, že nejde o disciplínu pouze pro velká výzkumná centra.

Jaký nápad vás na letošním ročníku nejvíce zaujal?

Kromě projektů, které vyhrály, se mi ještě moc líbil dětský teploměr „Thermeeno“

Kde vidíte z pohledu své specializace největší prostor pro inovace?

Jsem velkým zastáncem trendu

„selfcare“ jakožto jisté alternativy „healthcare“. Myslím, že pokud lidé vědomě vezmou své zdraví do svých rukou, bude to k prospěchu všech.

V této oblasti vidím prostor pro velké inovace.

Czech  
#DIGI@MED  
Award 2019



Děkujeme a gratulujeme vítězům  
Czech DIGI@MED Award 2019  
v oblasti digitálních inovací ve zdravotnictví.

Vyhlašujeme nový ročník  
Czech DIGI@MED Award 2020.

Více na [digimedaward.cz](http://digimedaward.cz)



02/01/19 11/18/2019

Soutěž pořádá ROCHE s.r.o.



# Ilona Hülleová: ČLK by měla být komorou všech lékařů

*Na XXXIV. sjezdu delegátů České lékařské komory došlo k dalšímu vyhrocení některých sporů, zejména mezi představiteli primární péče a vedením komory. Prezident ČLK Milan Kubek vyčetl Koalici soukromých lékařů servilitu k ministru, která měla zapříčinit nízkou výši jejich úhrad. Měli se podle něj nedohodnout a podpořit Krizový štáb – pak by si vyjednali lepší podmínky. Delegáti sjezdu ČLK zároveň odsouhlasili výzvu soukromým lékařům, aby udělili ČLK, o. s., plnou moc k zastupování v dohodovacím řízení v dalších letech. Měli by tedy soukromí lékaři plnou moc ČLK, o. s., udělit? A proč? Požádali jsme o komentář předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR Ilonu Hülleovou, předsedu Sdružení praktických lékařů ČR Petra Šonku i prezidenta ČLK Milana Kubka.*

Koalice soukromých lékařů (KSL), jejímiž členy jsou Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD), Sdružení praktických lékařů, Česká stomatologická komora a Sdružení ambulantních specialistů, zastupuje prakticky kompletní primární zdravotní péči v ČR. Její zástupci jsou účastníci dohodovacího řízení o cenách již léta a vždy se snažili o maximální možné navýšení úhrad pro svůj segment. Ne vždy se to dařilo, zkušenosti s nedohodou nejsou dobré. KSL kritizovala předchozí ministry zdravotnictví, kteří bez jakékoliv vize či koncepce protěžovali některé segmenty na úkor jiných. Většinou se jednalo o lůžkový segment a problémy primární péče byly přehlíženy. Vyvrcholilo to na podzim roku 2017, kdy jsme symbolicky uspořádali pohřeb primární péče. Jedním ze základních požadavků bylo i to, že chceme takového ministra zdravotnictví, který bude mít vizi a smysluplnou koncepci a bude zdravotnictví skutečně řídit, a ne pouze chaoticky reagovat na křik či průběžně vznikající problémy, jak jsme toho byli svědky již řadu let.

Ministr Adam Vojtěch naše očekávání začal postupně splňovat. Pro dohodovací řízení vydal jasný signál, že MZ nebude v úhradách protěžovat některé ze segmentů a že očekává dohodu poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami. Při letošních jednáních o úhradách pro rok 2020 jsme vyjednali nejen výrazné navýšení úhrad pro náš segment, ale také finanční ohodnocení těch, kteří zvyšují kvalitu poskytované péče. Zástupce ČLK, o. s., byl vždy účastníkem dohodovacích jednání, a přestože měl daleko méně plných mocí, snažili jsme se vždy dohodnout a vzájemně se podpořit. I při letošním jednání jsme návrh zástupce ČLK, o. s., jednomyslně podpořili, nicméně

návrh nezískal podporu zdravotních pojišťoven. Návrh nebyl rozveden do konkrétních kroků a prezident ČLK Milan Kubek s námi nejednal. V době dohody nebyly o tzv. Krizovém štábu a jeho aktivitách žádné informace.

ČLK v minulosti neřešila v případě praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) jejich podhodnocení a nedostatečné úhrady. V době, kdy nebyly PLDD vykompenzovány zrušené regulační poplatky, nám ČLK nijak nepomohla. Proto PLDD dávali a dávají plnou moc k jednání SPLDD. Vyjednali jsme pro PLDD v posledních dvou letech výrazné navýšení plateb. Útoky prezidenta Kubka na zástupce KSL vnímají PLDD velmi negativně. Na celostátní konferenci SPLDD se k této negativní a štvavé kampani vyjádřili i delegáti konference. Odsouhlasili prohlášení, které bylo následně zasláno prezidentu ČLK Kubkovi a všem okresním sdružením ČLK. Výzva byla adresována delegátům XXXIV. sjezdu ČLK s cílem zastavit štvavou a neobjektivní mediální kampaň vedenou prezidentem ČLK proti profesním sdružením soukromých lékařů. Považujeme konfrontační jednání prezidenta ČLK za nevhodné, lékařský stav rozdělující. Upozorňujeme na to, že členy ČLK informuje neobjektivně a tendenčně. Domnívám se, že ČLK by neměla protěžovat jednu organizaci – ČLK, o. s. – a brojit proti jiným, v našem případě proti organizacím sdruženým v Koalici soukromých lékařů. ČLK by měla být komorou všech lékařů a zastupovat je v očích veřejnosti jiným způsobem, než odborářskými aktivitami. Pokud požaduje vzájemnou podporu a jednotný postup při hájení zájmů lékařů, měla by se o to snažit společnou komunikací a společným jednáním.



Soukromí lékaři mají plné právo udělit plnou moc tomu, komu důvěřují a tomu, kdo pro ně v minulosti či přítomnosti vyjednal nejlepší podmínky pro jejich práci. Troufám si říci, že převážná většina PLDD plnou moc ČLK, o. s., nedá. Vycházím ze zkušenosti z minulých let, kdy se ČLK, o. s., nijak nesnažila zlepšit úhrady a podmínky pro naši práci. Naopak stále stoupá počet plných mocí, které členové dali své profesní organizaci. V případě praktických lékařů pro děti a dorost by se měl prezident Kubek zajímat spíše o personální krizi v zajištění péče o děti v ČR. Nese na ní svůj osobní podíl tím, že usiloval o zrušení oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Obor v posledních letech své existence vychovával dostatečný počet nových PLDD, kteří nahrazovali odcházející lékaře do důchodu. Po zrušení našeho oboru dochází k výraznému poklesu v počtu nastupujících mladých lékařů a ke zhoršení dostupnosti primární péče o děti v ČR.

**Ilona Hülleová,**  
předsedkyně Sdružení praktických lékařů  
pro děti a dorost



# PORADNA

Všeobecné zdravotní  
pojišťovny ČR

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

## Průvodce financováním zdravotních služeb paušálně hrazených poskytovatelů

Pro nové smluvní partnery VZP ČR, ale i pro ty stávající, přinášíme souhrnné informace o financování poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb hrazených formou předběžné měsíční úhrady.

Smlouva, elektronická příloha č. 2 Smlouvy a úhradový dodatek ke Smlouvě jsou klíčové dokumenty pro výpočet výše výsledné úhrady za dané úhradové období. Všem těmto dokumentům je třeba věnovat náležitou pozornost ještě před jejich podpisem, v případě nejasností kontaktovat pracovníky VZP ČR a požádat o vysvětlení.

V současné době je délka úhradového období stanovena **vyhláškou ministerstva zdravotnictví** (dále jen „úhradová vyhláška“) na **jeden kalendářní rok**. Úhradová vyhláška upravuje mechanismus úhrad zdravotních služeb a spolu s dohodovacím řízením je základem pro tvorbu úhradových dodatků.

### Jak se stanoví výše měsíční předběžné úhrady?

První, co je z hlediska úhrad nutné nastavit, je výše měsíční předběžné úhrady (dále jen MPÚ). Její hodnota vychází z úhradové vyhlášky a je poskytovateli zdravotních služeb oznámena v úhradovém dodatku. V případě nové ambulance (bez smluvně domluveného převzetí) je výše MPÚ stanovena z průměrných hodnot srovnatelných poskytovatelů v dané odbornosti. V případě, že je smluvně domluveno převzetí referenčních hodnot po jiném poskytovateli zdravotních služeb, je stanovena výše MPÚ dle tohoto ujednání.

Při předávání měsíčního vyúčtování je vhodné věnovat zvýšenou pozornost hodnotě předávaných dávek a faktur.

Pokud hodnota dávek za provedené zdravotní služby převyšuje výši stanovené měsíční předběžné úhrady, hodnota předkládaných faktur za daný měsíc nesmí překročit výši MPÚ stano-



Lenka Drahotová,  
referát úhrad a regulačních  
mechanismů RP Praha

venou v úhradovém dodatku. Pokud hodnota vykázaných dávek nedosahuje výše stanovené MPÚ, lze fakturovat částku nižší, než je dáno úhradovým dodatkem. Tento postup VZP ČR svým smluvním partnerům doporučuje; poskytovatel tak výrazně snižuje riziko „přefakturace“, tedy že suma faktur předložených za celé úhradové období převyší hodnotu poskytnutých zdravotních služeb a poskytovateli bude po skončení období vyčíslen přeplatek (pohledávka), který bude VZP ČR požadovat zpět.

### Je možné výši MPÚ uvedenou v úhradovém dodatku změnit?

V případě, že výše MPÚ uvedená v úhradovém dodatku neodpovídá objemu poskytované péče (z důvodu změny struktury péče apod.) a je příliš nízká nebo naopak vysoká, je možné kontaktovat odpovědného pracovníka a požá-

dat o změnu MPÚ. Při každé změně předběžné úhrady je poskytovateli předkládán **nový úhradový dodatek**, který nabývá účinnosti zveřejněním.

### Jak proběhne finanční vypořádání předběžných úhrad a regulačních omezení?

Tomuto tématu jsme se v Poradně VZP podrobněji věnovali v článku „**Finanční vypořádání předběžných úhrad: kdy je zasíláno a jak probíhá zúčtování doplatků či přeplateků?**“. Naleznete ho spolu s ostatními články Poradny VZP na internetových stránkách [www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna](http://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna).

Můžeme doplnit, že finanční vypořádání za jedno úhradové období může být i několikrát přepočítáno v návaznosti na revizní činnost VZP ČR nebo v případě dodatečně vykázaných dávek (tento přepočet je možný pouze na základě žádosti poskytovatele).

Regulační omezení sleduje průměrné náklady na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, ZUM, ZULP a vyžádanou péči. V souvislosti s těmito náklady v některých případech VZP ČR rozesílá svým partnerům **referenční hodnoty pro dané úhradové období**. Za účelem sledování nákladů VZP ČR svým smluvním partnerům rozesílá Sestavu č. 1 – Finanční náklady VZP ČR na LP na recept a ZP na poukaz a Sestavu č. 2 – Náklady VZP ČR na vyžádanou péči.

Regulační srážky VZP ČR uplatňuje jen v omezené míře. Pokud dojde k jejich uplatnění, lze se proti tomuto rozhodnutí odvolat; kontaktní údaje jsou vždy uvedeny v záhlaví vyúčtování.

# Petr Šonka: Musíme myslet na to, co bude zítra



Po vydání úhradové vyhlášky vyšla v časopisu *Tempus Medicorum* řada článků dehonestujících členy KSL, které dikci připomínají slavné články o samozvancích a zaprodancích z normalizačního Rudého práva. Prezident Kubek nás v nich obviňuje z toho, že nedostatečně hájíme zájmy soukromých lékařů. Tvrdí, že jsme vrazili kudlu do zad odborářů tím, že jsme trvali na našich dohodách, a zároveň že soukromí lékaři parazitují na lékařích v nemocnicích. Ve svých útocích pokračoval na nedávném sjezdu ČLK a opakovaně bombarduje naše členy nevyžádanými mailly plnými nepravdivých informací. Sám k osobním výpadům proti představitelům KSL a k propagaci ČLK, o. s., využívá mailové kontakty členů ČLK a neomezený prostor v časopise *Tempus Medicorum*, který hradí ze svých příspěvků všichni členové ČLK, tedy i soukromí lékaři. Těm ale upírá ve stejném médiu možnost se hájit a odmítl zveřejnit otevřenou výzvu KSL prezidentovi ČLK. Proto vítám možnost uvést věc na pravou míru na stránkách tohoto časopisu.

Je nezpochybnitelné, že v dohodovacím řízení (DŘ) pro rok 2020 bylo dosaženo nebývalého navýšení úhrad soukromých lékařů, ale rozhodně se tak nestalo na úkor nemocnic. Navýšení úhrad pro lůžková zařízení odpovídá navýšení úhrad pro ambulance a rozdělení financí je spravedlivé.

Pokud mám mluvit za praktické lékaře, je třeba říci, že nám jde o celkovou proměnu postavení a role praktiků ve zdravotním systému, a především o rozšíření našich kompetencí. To samozřejmě musí reflektovat úhrady péče, ale nejde jen o nominální

navýšení. Příkladem budiž letošní dohoda na vzniku výkonu epizoda péče, který nahrazuje do značné míry nesmyslný výkon pro náhradu regulačního poplatku. Díky jednáním se zdravotními pojišťovnami dosáhl náš segment dva roky za sebou dohody, což považuji za velmi pozitivní zprávu. Už v DŘ pro rok 2019 jsme s plátcí dohodli navýšení o 5,5 % a dosavadní vývoj úhrad v letošním roce ukazuje, že reálný nárůst bude vyšší. Úhradová vyhláška pro rok 2020 počítá s navýšením ve výši cca 8 %. Celkový růst v našem segmentu v období 2019–2020 bude tedy minimálně 15 %. Pro srovnání: za předcházejících 10 let, kdy pro nás DŘ většinou končilo nedohodou a kdy (mimo jiné díky odborům a politice ČLK) každé navýšení výběru pojistného končilo v nemocnicích a platech jejich zaměstnanců, činil celkový růst našeho segmentu 7 %. Rostli jsme tedy 0,7 % ročně, což nekrylo ani inflaci. To vše se souhlasem ČLK, která proti této nespravedlnosti nikdy nahlas neprotestovala.

Během několika kol vyjednávání v DŘ na rok 2020 nepřišel nikdo z vedení komory s vlastním návrhem, ale ani žádnou oponenturou či připomínkou k našim návrhům. Po skončení DŘ se ČLK stala společně s odboráři součástí tzv. Krizového štábu, který se snažil torpédovat dohody většiny segmentů a vyvíjel tlak na ministerstvo, aby změnilo úhradovou vyhlášku a dalo nejvíce prostředků těm, kteří se nedohodli, zejména nemocnicím na další plošné navýšení platů lékařů, sester a ostatního personálu.

My jsme trvali na tom, že dohody musí být respektovány. Tak jak to předpokládá zákon a jak to také dopředu deklarovalo ministerstvo. Tento náš postoj je transparentní a trvalý již mnoho let. Stejně stanovisko držela KSL, ale také Rada poskytovatelů, která sdružuje zástupce ze všech segmentů. Ta ve svém usnesení vyzvala k dodržení dohod vzniklých v DŘ a jejich urychlenému vydání v úhradové vyhlášce, odmítla plošné navýšování platů i politické zásahy do procesu vyjednávání o úhradách zdravotní péče.

Sdružení praktických lékařů jde vždy cestou dialogu a dohody, je-li k tomu prostor. Opakovaně jsme v minulosti dokázali, že se o svá práva umíme přihlásit i formou hlasitého protestu. Toto řešení však považujeme za extrémní a vhodné pouze pro

extrémní situace. Současná situace v českém zdravotnictví taková není. V žádném případě ale nehájíme zájmy ministra či pojišťoven, jak nás obvinil prezident Kubek. Jediné zájmy, které vždy a za všech okolností hájíme, jsou zájmy našich pěti tisíc dobrovolných členů. Proto nikdy nemůžeme přistoupit na rozdělení a projídání rezerv pojišťoven v době ekonomického růstu. Na rozdíl od odborářů musíme myslet na to, co bude zítra. Musíme udržet v chodu naše ordinace a platit náš personál i v situaci, kdy ekonomika nebude šlapat jako dnes a dojde k propadu ve výběru pojistného. A nic není tak jisté, jako to, že k takové situaci dříve nebo později dojde. Pak bude ten správný čas začít rezervy rozpuštět. Protože náklady na zdravotnictví rostou lineárně, i když výkon ekonomiky kolísá cyklicky. Ještě si dobře pamatujeme dobu, kdy pojišťovny platily faktury s půlročním zpožděním, i co to znamenalo pro naše praxe, které byly na hraně ekonomického kolapsu.

Současné ani předcházející vedení ČLK nehájí a nikdy nehájilo zájmy soukromých lékařů a ani se nesnažilo vyvažovat zájmy jednotlivých skupin, které ČLK tvoří. Z principu by ČLK vůbec neměla úhrady řešit. Prezident Kubek ale nikdy nedokázal překročit svůj stín odborářského bosse a vždy upřednostňoval zájmy nemocnic. Kdyby měl sepsat seznam toho, co kdy udělal pro soukromé lékaře, nebylo by to dlouhé čtení. Přesvědčovat je v době, kdy jim jejich profesní organizace dokázaly zajistit historicky bezprecedentní nárůst úhrad, o tom, že ČLK bude hájit jejich zájmy lépe, je troufalost. Je smutné sledovat, jak prezident organizace, jejímž posláním je hájit zájmy všech lékařů a již jsme všichni povinnými členy, se opět snaží lékaře rozeštvat dle hesla „rozděl a panuj“. V atmosféře nenávisti, netolerance a obav z vnějšího i vnitřního nepřítel se mu totiž mnohem lépe vládne. Odvádí to pozornost od vnitřních problémů, jako je financování prodražujícího se Domu lékařů. Ale především od největšího problému ČLK, kterým je jeho konfliktní a destruktivní přístup, neschopnost dialogu prakticky s kýmkoliv a absence koncepce, či alespoň nějaké vize budoucnosti.

Petr Šonka,  
předseda Sdružení praktických lékařů ČR,  
mluvčí Koalice Soukromých lékařů



# Milan Kubek: Postup vyjednávačů za soukromé lékaře byl naivní

Zástupci Koalice soukromých lékařů tvrdí, že se jim díky dohodě podařilo dojednat mnohem vyšší úhrady, než kdyby k dohodě nedošlo a oni se připojili ke stanoviskům Krizového štábu.

To je samozřejmě nesmysl. V loňském roce skončilo dohodovací řízení dohodami ve všech segmentech a jakékoliv snahy o navýšení prostředků do zdravotnictví, o zvyšování úhrad či mírnění regulací tím byly předem odsouzeny k zániku. Proč by stát či pojišťovny přidávaly někomu, kdo se spokojil s málem a další peníze nechtěl.

Letos bylo možné jednat i po skončení dohodovacího řízení jen proto, že se alespoň poskytovatelé domácí péče a nemocnice odmítli smířit s tím, co jim na jaře pojišťovny nabízely. V létě, kdy jsme již měli k dispozici aktuální čísla dokazující, že se na účtech pojištěn hromadí finanční rezervy, jsme tedy mohli zahájit svoji nátlakovou akci. Nebýt Krizového štábu – 9pkz – jehož je ČLK členem, nedostal by navíc nikdo nic. Ministerstvo mělo úhradovou vyhlášku napsanou a připomínky uplatňované v rámci připomínkového řízení šmahem odmítalo.

Postup většiny vyjednávačů za soukromé lékaře byl naivní. V situaci, kdy si Adam Vojtěch zoufale přál dohodu, aby si i nadále mohl pěstovat svůj mediální obraz úspěšného ministra, a kdy zároveň pojišťovny mají obrovské finanční rezervy, jsme při razantnějším postupu mohli dosáhnout mnohem více. Kolegové bohužel buď dostali strach, nebo upřednostnili přání ministra před zájmy lékařů, které mají hájit. Těžko rozhodnout, co je horší. Komora byla přehlasována a ministr Vojtěch tak dostal ty své vytoužené dohody hluboko pod cenou. Kdy jindy, než v takto příznivé ekonomické situaci, bychom měli prosadit zásadní zvýšení úhrad za práci lékařů? Když už nám Koalice soukromých lékařů nepomohla, nemuseli nám alespoň podrážet nohy. Po těchto zkušenostech je logické, že delegáti sjezdu ČLK přijali následující usnesení: Sjezd ČLK vyzývá organizace lékařů sdružené v tzv. Koalici soukromých lékařů, aby kolegiálně podporovaly trvalou snahu České lékařské komory o zlepšení profesních a pracovních podmínek všech lékařů. Sjezd ČLK vyzývá vedení Sdružení soukromých gynekologů, Sdružení ambulantních specialistů, Sdružení

praktických lékařů, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost a ostatní organizace účastníci se dohodovacího řízení ke spolupráci a koordinaci postupu s ČLK při dohodovacím řízení pro rok 2021.

**Někteří delegáti označili výzvu k udělení plné moci ČLK, o. s., soukromými lékaři pro příští vyjednávání o úhradách za nedemokratickou. Jaké jsou důvody k této výzvě?**

Česká lékařská komora hájí zájmy svých členů v dohodovacím řízení prostřednictvím ČLK, o. s., na základě plných mocí udělených soukromými lékaři. Čím více plných mocí obdržíme, tím budeme silnější a tím úspěšnější v tomto zápase budeme. Na této naší snaze opravdu nevidím nic nedemokratického. My přece nikoho k ničemu nenutíme. My jen soukromým lékařům nabízíme své služby a slibujeme, že uděláme vše pro to, abychom jejich důvěru nezklamali.

Aktivně se účastníme jednání ve čtyřech segmentech (praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, ambulantní gynekologové, komplement). V letošním roce mohli být naši vyjednávači přehlasováni, protože počet plných mocí, kterými disponujeme, nebyl dostatečný. K radosti ministra Vojtěcha i zdravotních pojištěn mohly tak být uzavřeny dohody, se kterými komora nesouhlasila.

Aby se toto fiasko příště již neopakovalo, budeme potřebovat více plných mocí od soukromých lékařů. Česká lékařská komora je natolik silnou a sebevědomou organizací, že nemáme zapotřebí kupovat si na úkor lékařů přízeň politiků. Garantujeme, že před zájmy lékařů – svých členů – nikdy nebudeme upřednostňovat politické zájmy ministra zdravotnictví. Nepodepíšeme žádné dohody, které by nebyly výhodné pro lékaře a nikdy se nesnížíme k podrazáckému jednání. To znamená, že při prosazování zájmů jedné skupiny lékařů nebudeme poškozovat jiné kolegy.

Jsem rád, že soukromí lékaři své komoře důvěřují a počet plných mocí pro ČLK, o. s., roste. Naším cílem je stát se pro nadcházející dohodovací řízení nejsilnějším sdružením poskytovatelů alespoň v jednom segmentu zdravotních služeb. Rozumím tomu, že někteří funkcionáři jsou nervózní při představě, že by je úspěšnější komora mohla připravit o vliv,



a tím ohrozit jejich nadstandardní vztahy se zdravotními pojišťovnami

**Podle Zorjana Jojka v minulých letech rostly nemocnicím úhrady výrazně více než v ambulancích a vedení komory proti tomu nevystupovalo.**

Kolega Jojko má tu výhodu, že se nemusí ohlížet na zájmy ostatních skupin lékařů. Lékařská komora však zastupuje všechny lékaře a musí tedy hájit nejenom zájmy lékařů soukromých, ale také lékařů zaměstnanců. My musíme být spravedliví.

Většina nemocnic je personálně zdevastovaná a nepřetržitou lékařskou péčí zajišťuje pouze díky systematickému obcházení a porušování zákoníku práce a v řadě případů též s pomocí ilegální práce cizinců, kteří nemají složenou aprobační zkoušku. V demokratické zemi s tržní ekonomikou neexistuje jiný způsob, jak lékaře v nemocnicích udržet, než je za práci lépe zaplatit a zbavit je toho obrovského množství přesčasové práce. Pokud mají nemocnice své zaměstnance lépe platit, musí na to mít pochopitelně peníze. Právě z tohoto důvodu komora podpořila snahu Asociace českých a moravských nemocnic a odborů na zvýšení úhrad nemocnicím. Zároveň jsme však chtěli navýšit o 5 % úhrady pro ty segmenty poskytovatelů, kde došlo k dohodě, tedy i pro soukromé lékaře. Pokud by premiér přijal naše návrhy, zaplatily by pojišťovny navíc 17 miliard korun, což by nebyl problém vzhledem tomu, že na účtech mají miliard šedesát. Nakonec Krizový štáb vybojoval miliard pět.



„Pokroky medicíny jsou obrovské,  
ale pokud s pacientem nebudeme  
mluvit, léčba nikdy nemůže být úspěšná.“

Jiří Raboch

*S prof. Jiřím Rabochem jsme se setkali v jeho pracovně na psychiatrické klinice Na Karlově, kde je možné si prohlédnout fotografie otců zakladatelů, kteří stáli u zrodu československé psychiatrie, a potěšit se výhledem do areálu bývalého augustiniánského kláštera. I když klinika zoufale volá po rekonstrukci, u prof. Rabocha panoval příjemný klid, který ostře kontrastoval s vánočním shonem nedalekého Tylova a Karlova náměstí. Tématem rozhovoru bylo duševní zdraví ve 21. století, o čemž je i Rabochova kniha *Duševní zdraví a životní styl, která právě vychází v Mladé frontě*.*

**Kdy by měl člověk vyhledat psychiatra?**  
Duševních poruch v současném světě přibývá a ne všichni vyhledají odbornou pomoc. Pokud se pro ni rozhodnou, míří nejčastěji za psychologem. Na druhém místě je psychiatr a dále také praktický lékař, který má k dispozici diagnostické postupy pro úzkostné poruchy, depresi a demenci. Veřejnost bohužel stále nerozlišuje mezi psychiatrem a psychologem a problematikou duševního zdraví a duševních poruch. Jsme rádi, že problém duševních poruch se v posledních letech daří částečně destigmatizovat, zvláště oblast běžných neurotických poruch a depresí. I když se depresi často zaměňuje za náročnou životní situaci nebo špatnou náladu. Kritéria pro duševní poruchy jsou samozřejmě jasně dána, i když pacient nám je trochu kazí. Obecně platí, že pokud smutná nálada, nezáměr o běžné koníčky, strachy a úzkosti přetrvávají delší dobu a brání tomu, abychom ráno vstali z postele a šli do práce, je nejvyšší čas vyhledat psychiatrickou péči.

**Jste celoživotně věrný zdejší klinice, měl jste štěstí, že jste se ještě mohl setkat se slavným prof. Vladimírem Vondráčkem. Jak na něj vzpomínáte?**

V době mého nástupu na kliniku v sedmdesátých letech šefoval pracovišti prof. Jan Dobiáš a prof. Vondráček ještě stále na kliniku docházel. Byl známý tím, že specificky dbal o své zdraví a vyžadoval po mladých lékařích, aby mu dvakrát týdně měřili tlak a píchali heparin, takže jsem také patřil do jeho ošetřujícího týmu. Prof. Vondráček byl renesanční osobností a jeden z posledních polyhistorů medicíny. Žil lidskou psychikou, uměl o ní krásně vyprávět. Jeho volné přednášky byly v šedesátých letech velmi vyhledávané. Napsal celou řadu knih odborných i knih, které náš obor zpopularizovaly.

Měl pozorovatelský talent a dokázal dobře vnímat a verbalizovat poruchy vnímání a další psychopatologické jevy. Byl také kronikářem doby. Napsal tři díly vzpomínek, což je cenné nejen pro náš obor a medicínu vůbec, ale i pro celou společnost. Měl štěstí, že v době jeho působení vznikaly nové medicínské obory. Stál u začátku lékařské psychologie, psychiatrické sexuologie, dietetiky, toxikologie, psychofarmakoterapie, gerontopsychiatrie.

## *Průměrná délka života se u nás v posledních desetiletích velmi prodloužila, neprodloužil se ale průměrný věk v kategorii dožití ve zdraví.*

**Co vás vedlo k tomu, že jste se rozhodl napsat knihu *Duševní zdraví a životní styl*?**

V oboru psychiatrie máme základní léčebně-preventivní přístupy. Psychoterapie, psychofarmakoterapie, biologická léčba jsou efektivními nástroji, které řadě lidí zachrání život. Ale podle celosvětového trendu by sem měl patřit ještě čtvrtý sloup – „lifestyle medicine“, což je přístup, s nímž jsem se setkal před několika lety na mezinárodní konferenci v Oxfordu a který se ztotožňoval s mým životním krédem: „helping by doing“. „Lifestyle medicine“ – medicína životního stylu – se v současné době definuje jako léčebná praxe založená na důkazech, která pomáhá přijmout a udržet vzorce zdravého chování, které ovlivňují zdraví a kvalitu života. Hlavními součástmi jsou správná výživa, přiměřená fyzická aktivita, redukce stresu, organizace volného času a sociální podpora. V Oxfordu tehdy zazněla zajímavá přednáška o životním stylu lidí ze střední viktoriánské doby kolem roku 1850. Když se odečetla poporodní úmrtnost, lidé ve Velké Británii se tehdy dožívali přibližně stejného věku jako současní Britové (ženy 73 let, muži 75 let), ale umírali na infekce, následky poranění, z našeho pohledu byli tedy jinak „zdraví“. Dnes umíráme na onkologická, kardiovaskulární a neurodegenerativní onemocnění. Průměrná délka života v posledních desetiletích se u nás velmi prodloužila, zcela jistě se ale neprodloužil průměrný věk v kategorii dožití ve zdraví. Díky medicíně lidé méně umírají na kardiovaskulární choroby a nádory, ale civilizační choroby jako je diabetes nebo demence významně

narušují kvalitu života a začínají život zkracovat. Všechny choroby mají jistě genetický základ, ale vliv životního stylu je nezpochybnitelný.

**Ve vaší knize uvádíte, že počet duševních poruch mezi lety 2007–2017 narostl v průměru kolem 13 %. Například deprese u žen se v četnosti dostaly ze 17. místa v roce 1990 na 11. místo v roce 2017. Čím je to způsobeno? Lepší diagnostikou?**

Lidstvo se vypořádalo se spoustou onemocnění, jiná onemocnění, jako například neuropsychiatrická, tak logicky dostala nový prostor. Klasifikace duševních poruch se možná změnila a diagnostických „škatulek“ přibýlo více, než je žádoucí. Nárůst duševních poruch je ale fakt, který dokládá celá řada epidemiologických studií vyšetřujících velké vzorky populace. Podle studie Global Burden of Disease (globální zdravotní zátěž), kterou jste na začátku citovala, a která od 90. let 20. století měří negativní vliv různých zdravotních poruch na lidskou společnost pomocí indexu DALY (disability-adjusted life-years – roky života ztracené předčasným úmrtím nebo vlivem závažné nemoci), dochází v posledních letech k nárůstu nepříznivého vlivu častějších duševních poruch. Životní styl v tom jistě hraje podstatnou roli. Viktoriánský člověk byl zvyklý manuálně pracovat, chodil pěšky, málo topil, jedl doma vypěstovanou zeleninu a mořské ryby, neznal konzervované jídlo, málo solil a alkohol konzumoval jen střídmě. My sedíme u počítačů, jezdíme autem, na koníčky máme málo času, stále se něčím trápíme, rozpadají se tradiční hodnoty. Najednou není čeho se chytit, což je jistě faktor, který přispívá k většímu počtu duševních poruch.

**A proč roste deprese u žen?**

Roste u mužů i u žen, ale žen s depresí bylo vždycky více. Obecně platí, že ženy externalizují a muži internalizují. Žena si spíše přizná, že má potíže a jde se poradit. Muž problémy drží v sobě, odbornou pomoc často ani nevyhledá. Je známým faktem, že sebevražedných pokusů je několikanásobně více u žen než u mužů, za to u mužů je vyšší procento dokonaných sebevražd. Za nejrizikovější období u žen se považují poporodní a perimenopauzální období, kdy dochází k velkým změnám hormonálního zásobení. Důležité jsou také sociologické faktory a proměna rolí ve společnosti.

**O prevenci, změně životního stylu slyšíme neustále. Jak tyto obecné informace lépe předávat, aby dopadly na úrodnou půdu?**

Platí pořád to stejné, co říkal již Hippokrates, že medicína je potrava a pohyb. Efektivní by mohlo být využití nových komunikačních technologií. Jsou velkým trendem individualizované zdravotní péče a jistě půjde běžně propojit informace o zdravotním stavu člověka s jeho genetickou informací a charakteristikami životního stylu. Kdo bude mít zájem o sebe pečovat, odborníci mu dokážou velmi individuálně poradit, co by měl a neměl dělat. A bude mít velkou šanci, aby žil déle ve zdraví.

#### Dá se preventivně zabránit duševnímu onemocnění?

Viktoriáni měli duševních onemocnění několiknásobně méně, takže se dá usuzovat, že ano. Na druhou stranu je také potřeba normálně žít a nejen úzkostlivě dodržovat diety a všechna opatření. Protože bychom se rázem dostali do opačného extrému. Prof. Hana Papežová, která se u nás na klinice zaměřuje na poruchy příjmu potravy, také nemá ráda, když se o dietách a hubnutí příliš mluví. Vždycky se totiž najde určité procento lidí s genetickou dispozicí, kteří se tímto problémem začnou nadměrně zabývat. A to platí i u konzumace alkoholu. Celosvětové epidemiologické studie říkají, že pravděpodobnost, že

někdo během svého života onemocní jednou z duševních poruch, je asi 30 %, americké studie uvádějí až 50 %. Lze tedy předpokládat, že třetina obyvatel České republiky bude mít někdy v budoucnu duševní poruchu, což je obrovský počet lidí, který žádný zdravotnický systém nemůže zvládnout. Některé problémy budeme tedy muset řešit svépomocí na základě informací čerpaných z internetu, knih a kontaktu s odborníky. Ale vždy bude existovat menší část, která bude potřebovat odbornou péči.

#### Jak prospěšný je fyzický pohyb pro prevenci duševních poruch?

Jedná se o jeden ze sloupů „lifestylového“ přístupu ke zdraví. Máme k dispozici různé studie, které měří, jestli je pravděpodobnost onemocnění depresí u těch, kteří se hýbou, menší než u fyzicky méně aktivních lidí a ukazuje se, že lidé bez jakéhokoli pohybu jsou více ohroženi depresí nebo demencí. Rád ve zkratce cituji dánskou prospektivní studii Copenhagen City Heart Study, která sleduje životní styl zhruba 10 tisíců Dánů a jejich onemocnění během takřka 30 let. Kromě jiného se studie zajímá o jejich pohybovou aktivitu a vyplývá z ní, že lidé, kteří se věnují nějakému sportu, žijí delší dobu. Dokonce zde najdeme rozřazení podle druhů jednotlivých aktivit a ti, co se

věnují například tenisu, žijí zhruba o deset let déle, než ti, kteří nedělají nic. Takže celý den u počítače, cesta autem domů a opět sezení u televize rozhodně našemu duševnímu zdraví neprospívá.

#### Vidíte v nových technologiích hrozbu? Jak proměňují z vašeho pohledu vnímání a chování lidí?

Informační technologie jsou bezvadná věc. Kdo je odmítá, tak se ze společnosti vyřazuje, a ten, co sedí 12 hodin v kuse u počítače a nemá čas na jiné věci, se vyřazuje také. Opět platí, že všechny extrémy škodí. Lidstvo s alkoholem žije dlouho a období prohibic nikdy společností nic dobrého nepřineslo, jen se lépe dařilo černému trhu. Život má být pestrý a informační technologie do něj patří, proto by bylo nerozumné se jim bránit nebo je zakazovat. Pokud se stanou návykovými, můžeme opět debatovat o genetických dispozicích.

#### Rád hovoříte o „lifestyle medicine“ a „lifestyle psychiatry“. Myslíte, že se tomuto přístupu věnuje na lékařských fakultách, případně v rámci postgraduálního vzdělávání dostatek prostoru?

Určitě zatím ne. O medicíně životního stylu se debatuje teprve od konce minulého



století. Hodně se této problematice věnují v Austrálii nebo Spojených státech a do Evropy už to také přichází. Učebnic medicíny životního stylu je celá řada. O „lifestyle psychiatry“ vyšla letos v létě první přehledná kniha, kterou vydala Americká psychiatrická společnost. Jsem rád, že ji budeme mít brzy i u nás.

**Myslíte si, že vzhledem k nárůstu duševních poruch už neplatí, že by psychiatrie byla okrajovým oborem medicíny?**

Obávám se, že to platí stále. Možná se přístup k psychiatrii trochu zlepšuje vzhledem k tomu, kolik lidí trpí Alzheimerovou demencí či depresí a kolik jich v budoucnu ještě trpět bude, což jistě souvisí i s rostoucími náklady na zdravotní péči. Ale pořád není postavení oboru takové, jaké by si zasloužil a jaké bych si přál.

**Co nás vzhledem k nezdravému životnímu stylu může v 21. století potkat? Jakým výzvám psychiatrie čelí?**

Nejčastějším pacientem je pacient s neurotickou poruchou. Největší nárůst zaznamenáváme v oblasti afektivních poruch – depresí a demencí. Medicínské výzvy psychiatrie jsou velké. Mění se struktura našich pacientů, kteří jsou více nemocní. Trpí diabetem, aterosklerózou a onkologickými chorobami a duševní onemocnění je doplňují. I v našem oboru budeme více pracovat s technologiemi, které pomáhají v diagnostice. Stále se zpřesňuje zobrazení mozku. Jediné, na co budeme v dalších letech narážet, jsou vysoké náklady. Péče bude stále hůře financovatelná. Bude tedy stále důležitější dokázat správně vytrídít, které potíže se dají zvládnout jednoduše, jen na základě práce s informacemi. V tomto přístupu hraje velkou roli kontakt mezi lékařem a pacientem, který by nikdy neměl zmizet. Pokroky medicíny jsou obrovské, ale pokud s pacientem nebudeme mluvit, léčba nikdy nemůže být úspěšná.

**Máme dostatek psychiatrů?**

Každý obor si stěžuje, že má málo odborníků, ale když porovnáme počet psychiatrů s ostatními zeměmi, jsme na tom relativně dobře. Nejvíce chybějí dětské psychiatry, což asi není způsobeno tím, že by se oboru nikdo nechtěl věnovat. Bylo to dáno vzdělávacím systémem. V minulosti byla cesta k odbornosti velmi složitá a zdoluhavá. Lékaři se dětem mohli věnovat až po té, co se specializovali na dospělé pacienty. Vzdělávání trvalo třeba i deset let, což všechny odrazovalo. V současnosti je to

## Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

1975 – Fakulta všeobecného lékařství UK v Praze  
 1975 – sekundární lékař Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN  
 1979 – I. stupeň atestace z psychiatrie  
 1983 – II. stupeň atestace z psychiatrie  
 1981 – kandidát věd (CSc.)  
 1986 – atestace ze sexuologie  
 1986 – odborný asistent Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN  
 1988 – docent v oboru psychiatrie  
 1989 – doktor věd (DrSc.)  
 1990 – zástupce přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN pro výuku  
 1992 – profesor pro obor psychiatrie  
 1994 – postgraduální výcvik v kognitivně behaviorální terapii  
 1997 – funkční specializace v systematické psychoterapii  
 1999 – přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN  
 2003 – výcvik v repetitivní transkraniální magnetické stimulaci mozku  
 2012 – vedoucí Centra psychiatrických a behaviorálních věd 1. LF UK a VFN v Praze  
 2013 – kurs chronobioterapie Psychiatrické společnosti ČLS JEP

jinak a příprava na dětskou psychiatrii může běžet už od začátku. Ale bude ještě chvíli trvat, než lékaři projdou novým systémem vzdělávání do praxe. Jistě by psychiatrů mohlo být víc, ale víc by také mělo být dalších odborností – psychoterapeutů, ergoterapeutů, dietologů či specializovaných zdravotních sester.

**Jak by měla vypadat struktura psychiatrická péče? Jste spokojen se změnou přístupu státu a s přechodem z institucionalizované k ambulantní péči?**

Česká psychiatrie vznikala na začátku 20. století a spočívala ve vybudování velkých psychiatrických léčeben, které byly postaveny mimo centra, v pražských Bohnicích, Horních Bečkovických, Dobřanech a podobně. Z hlediska péče o lidi s duševními poruchami to byl jistě velký pokrok. Tato lůžková zařízení mají stále svoje místo a budou dále existovat, i když je potřeba je zmenšit, zmodernizovat a zkvalitnit. V současnosti se mění přístup v tom, že by pacienti neměli chodit za péčí, ale péče naopak za nimi. Jde o zkušenosti z druhé světové války nebo z válek z Vietnamu nebo v Koreji, kdy se zjistilo, že je mnohem efektivnější, když psychiatr nebo psycholog jde přímo za nemocným, než když vojáka s duševním onemocněním odvezli do nějakého vzdáleného zařízení. Zrodila se tak myšlenka komunitní péče s definovanou strukturou psychiatrické, psychologické a rehabilitační péče a sociální pomoci, kterou podporují aktuálně konstituovaná Centra duševního zdraví. Vznikají i akutní psychiatrická lůžka ve všeobecných nemocnicích, aby psychiatrické pacienti dostali komplexní péči a nemuseli být převáženi z místa na místo. Tento celosvětový trend extramurální

péče už v České republice částečně existuje. Nejde o systém, který by šetřil peníze, ale představuje daleko kvalitnější péči. Nejradikálněji to pojali v Itálii, kde parlament ze dne na den rozhodl, že se zruší všechna psychiatrická lůžka, což byl nesmysl.

**Jak by se měli zdravotníci chránit před syndromem vyhoření?**

Tomuto problému se velmi věnují ve Spojených státech, protože si dokážou spočítat, že když lékař není v dobré psychické kondici, dělá více chyb, které odnese pacient a které poškodí nemocnici. Nejde jen o lékaře, ale i velké korporace. Autoři některých studií tvrdí, že jeden dolar investovaný do preventivních programů přinese do systému tři dolary. Lékaři mají výhodu, že dokážou lépe nahlédnout na svůj zdravotní stav a i statistiky dokazují, že méně často umírají na běžné choroby. Jde však o rizikovou skupinu, kde je vyšší procento sebevražd. Lékaři, často v prestižních funkcích, si jen obtížně přiznávají, že trpí třeba depresivní poruchou. Proto existuje řada preventivních programů, které se snaží předcházet syndromu vyhoření nebo psychiatrické morbiditě. Spočívají v banálních věcech, například v pravidelném setkávání s kolegy při pracovních debatách nebo sportovních aktivitách. Americký úřad pro prevenci chorob uvádí, že zdravotním minimem jsou dvě a půl hodiny sportovních aktivit týdně. I my na klinice jsme vytvořili psychologickou poradnu pro pracovníky VFN, kam se mohou přijít anonymně poradit. Všichni zaměstnavatelé by si měli více vážit kvalitních zaměstnanců, aby jim zcela vysílení a demotivovaní neodcházeli.

# Člověk v tísní už 10 let pomáhá v Kongu

*V Demokratické republice Kongo, kterou sužuje vleklý konflikt, potřebuje podle OSN 12,8 milionů obyvatel humanitární pomoc. Mezi nejpotřebnějšími je i 5,6 milionů dětí. Statisícům nejzranitelnějších obyvatel Konga každoročně pomáhá i česká organizace Člověk v tísní, která v Kongu působí již deset let navzdory ztíženým bezpečnostním podmínkám. Díky svému místnímu týmu a úzké spolupráci s lokálními partnery působí v těžko dostupných oblastech v provinciích Jižní Kivu a Maniema, kde mimo jiné bojuje s akutní podvýživou dětí a matek. Díky této pomoci se na 2500 konžských dětí každý rok vyléčí z podvýživy a další desetitisíce lidí jsou proškoleny v tom, jak jí předcházet.*



Vesnice v DR Kongo

Foto: Jan Mrkvička



Opravené zdravotnické středisko

Foto: Jan Mrkvička



Pomoc místních zdravotníků

Foto: Tomáš Kubeš



Měření podvýživy u dětí

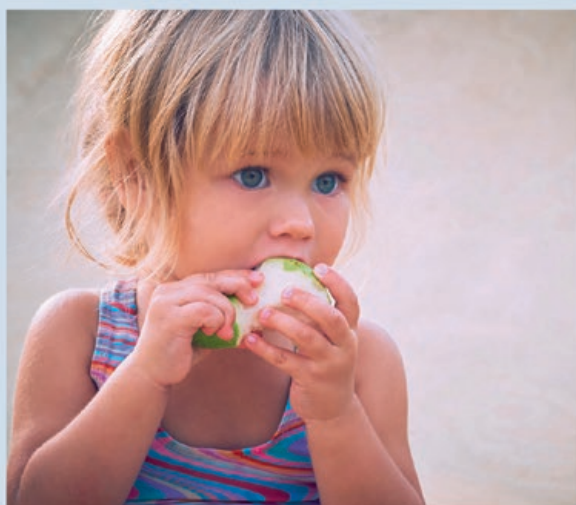
Foto: Tereza Hronová

Představujeme publikaci

# Nemocné dítě – průvodce pro rodiče

Miloš Velemínský, Jan Hak,  
Daniela Verdánová (editoři)

## NEMOCNÉ DÍTĚ PRŮVODCE PRO RODIČE



MEDICAL  
SERVICES

mladá fronta

Kniha *Nemocné dítě – průvodce pro rodiče* autorského kolektivu profesora Miloše Velemínského je výrazným podnětem k navázání kvalifikovaného a oboustranně obohacujícího kontaktu mezi lékaři a rodiči. Autoři mohou čtenářům nabídnout dlouholetou praktickou zkušenost, jejímž základem nejsou jen pouhé medicínské poučky, nýbrž i příběhy a problémy desítek tisíc malých pacientů, kteří se svými rodiči prošli ordinacemi. Nemoc je individuální záležitost, ale právě zkušenost lékaře může pomoci co nejdříve rozpoznat, oč se ve skutečnosti jedná, a nastoupit praxí nejprověřenější cestu nápravy, která není jen vysoce efektivní, ale zároveň představuje pro malé pacienty to nejmenší riziko a zatížení. Autoři se proto pokoušejí nahlédnout pod povrch příznaků a zkoušejí rodičům napovědět, co a proč se za symptomy může skrývat, a zároveň jim usnadňují rozhodování, jak si ve zcela konkrétních situacích počínat. Dotýkají se i problematiky psychosomatických onemocnění a dalších podstatných okruhů, počínaje spánkem dítěte a konče projevy duševních problémů.

Kniha je přehledně zpracována ve formě otázek a odpovědí, čímž podporuje myšlenku dialogu mezi lékařem a rodičem. Péči o zdraví dítěte by rodiče neměli svěřovat pouze do rukou lékařů, není však ani moudré, ani zcela bezpečné onu lékaři reprezentovanou medicínu zavrhat a spoléhat se jen na informace šířené na sociálních sítích a diskusních fórech, a tak učinit ze zdraví svého dítěte módní experiment.

**Autoři: Miloš Velemínský, Jan Hak,  
Daniela Verdánová (editoři)**

**Doporučená cena 390 Kč**

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

MEDICAL  
SERVICES

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

mf  
MLADÁ FRONTA



# Dárky pro nemocnice

Českým a moravským nemocnicím pomáhají nadace i soukromí dárci. Nakupují nástroje, přístroje a pořízují vybavení, které zlepšuje komfort pacientů. Kdy jindy než o Vánocích se hodí, abychom si několik charitativních počinů připomněli.

## 30 monitorů dechu pro FN Brno

Nadace Křížovatka předala 30 monitorů dechu v celkové hodnotě 60 tisíc korun na Neonatologické oddělení FN Brno, kde monitory z rukou dárců převzala vedoucí lékařka Drahomíra Jančářová.

„Během prvního roku života dítěte může dojít k nepravidelnému dýchání nebo dokonce k zástavě dechu. Zpomalení nebo zástavu dechu může způsobit jak syndrom náhlého úmrtí kojenců, tak nachlazení, vysoké horečky či jiný chorobný stav. Při dechové zástavě delší než 20 vteřin nebo při snížení dechové frekvence pod 10 dechů za minutu upozorní zvukový a světelný signál přístroje personál nemocnice nebo rodiče, díky čemuž může být dítěti ihned poskytnuta první pomoc. Monitor zároveň dokáže odhalit i mělké dýchání či apnoické pauzy,“ popsala ředitelka nadace Štěpánka Pokorníková.

Nadace Křížovatka se jako jediná nadace v České republice aktivně věnuje podpoře povědomí veřejnosti o SIDS a o možnostech ochrany ohrožených dětí do jednoho roku věku. Systém monitoru dechu zahrnuje kontrolní jednotku připojenou k senzorovým deskám, které se umísťují mezi matraci a dno postýlky, a monitorují tak pohyby dítěte. Spojovací kabel, který senzorové podložky a

kontrolní jednotku propojuje, je připevněn k zábradlí postýlky. Pro nejmenší děti, které ještě nelezou a v postýlce se v noci nepohybují, stačí použít jednu senzorovou podložku, a druhou podložku pak použít na cestách, ve venkovním kočárku, apod.

Zdroj a foto: FN Brno (red)

## Veselá dětská ambulance Uherskohradištské nemocnice

V malebnou krajinu se slováckou přírodou, zvířaty a léčivými bylinami se proměnily prostory dětské ambulance Uherskohradištské nemocnice. Výzdobu vytvořenou na míru pro tamní dětské oddělení slavnostně předala česko-francouzská herečka Chantal Poullain, která je zároveň zakladatelkou Nadace Archa Chantal. Nadace se už více než čtvrt století věnuje humanizaci dětských zdravotnických zařízení a právě díky spolupráci s ní se v Uherskohradištské nemocnici podařilo vytvořit příjemné prostředí, které působí pozitivně na psychiku dětí.

„Jsem hrdý, že máme v současné době asi jedno z nejhezčích dětských nemocničních oddělení v zemi. Dětská lůžka i ambulance sídlí nejen v moderních prostorách nové budovy interních oborů, kterou jsme dokončili před rokem, ale prostory jsou nyní navíc krásně dotvořeny výtvarnými prvky. Pro malé pacienty je to velmi důležité



a já pevně věřím, že pro ně návštěva našich ambulancí bude i přes potíže, se kterými přicházejí, co možná nejpříjemnější,“ prohlásil při slavnostním předání Petr Sládek, ředitel Uherskohradištské nemocnice.

„Nadace funguje už šestadvacet let. Těší mě, že si děti v nemocnici mohou díky našim projektům hrát a jsou spokojené,“ řekla Chantal Poullain během návštěvy. Interiér čekárny a vyšetřoven má svůj příběh a své „návštěvníky“ vyzývá k jeho hledání a zkoumání. „Bylo pro nás výzvou přenést v rámci projektu Svět v písku kousek přírody a jejího místního života do moderních prostor nemocnice,“ popsala Zuzana Malcová, výtvarnice a designérka, která je spoluautorkou výzdoby.

Výzdoba má nápad a vtíp a máme na ni od konce léta, kdy byla realizována, jen samé pozitivní ohlasy od rodičů i dětí,“ uvedla Irena Baroňová, primářka dětského oddělení Uherskohradištské nemocnice. „Výzdoba nám pomůže odvést pozornost dětí od nepříjemných úkonů, dříve je zklidnit a celkově vyšetření lépe zvládnout,“ vysvětlila primářka s tím, že každoročně lékaři v dětských ambulancích Uherskohradištské nemocnice provedou více než 19 000 vyšetření.

Nadace Archa Chantal věnovala na výzdobu dětské ambulance Uherskohradištské nemocnice více než 380 tisíc korun, které pocházejí z prodeje charitativního kalendáře Proměny.

Zdroj a foto: NZK (red)







## Lepší komfort pro pacienty na onkologii

Onkologické oddělení Krajské zdravotní – Nemocnice Chomutov, jež je spolupracujícím pracovištěm onkologického oddělení ústecké Masarykovy nemocnice, získalo třináct nových televizorů, které zlepší komfort pro hospitalizované pacienty.

Peníze vybrali účastníci Zumba maratónu, který každoročně zařizuje občanské sdružení Běh. Dar primářce onkologického oddělení Martině Chodacké předali Andrea Kloučková a Miroslav Kalina z Loun, předseda občanského sdružení Běh pro život.

„Pan Kalina dlouhodobě podporuje naše zdravotnické pracoviště a výraznou měrou přispívá ke zpříjemnění pobytu pacientů na onkologickém oddělení. Celková částka darů za jedenáct ročníků Běhu o život přesáhla jeden milion korun,“ řekla Martina Chodacká.

„V září 2016 zorganizoval lounský klub BeFit charitativní Zumba maratón jako



Memoriál Petry Hezlové, která podlehla onkologickému onemocnění. Sdružení Běh o život akci zaštilo,“ vysvětlil Miroslav Kalina, tenisový trenér a dlouholetý donátor chomutovského onkologického oddělení.

„Petra Hezlová byla členkou naší sportovní komunity. Charitativní akci se zumbou pořádáme každý rok. Petra všechny zdravotníky moc chválila, byli na ni velmi

hodní. Na akci přišlo téměř šest set účastníků. Podařilo se nám vybrat krásných 160 470 korun, které doplnila částka přes 90 tisíc korun od sdružení Běh o život. Televizory s držáky na zeď přišly na téměř 50 tisíc korun. Zbylé vybrané finance půjdou na zvelebení chomutovského onkologie,“ ujistila Andrea Kloučková.

Zdroj a foto: Krajská zdravotní (red)

Inzerce ▼ M191000416

## NEVŠEDNÍ KÁVA PRO KAŽDOU PŘÍLEŽITOST

**30** připravte šálků kávy Dallmayr denně

získejte **1** dokonalý přístroj Jura ZDARMA



**Dallmayr**  
COFFEE AT ITS BEST

Spojte se s námi: tel. 222 262 155  
info@Dallmayr.cz www.Dallmayr.cz

**jura**

# Nadřízenost není nadřazenost

*Kdo má větší pravomoc rozhodovat, majitel, lékař nebo sestra? I takové otázky se ve zdravotnickém sektoru a lékařském povolání mohou objevit a ne vždy je na ně jednoznačná odpověď, zvláště pokud se jedná o situace, které nejsou standardního charakteru. Nejedná se o klasický lýtý boj mezi lékařem a pacientem nebo zdravotní pojišťovnou, ale mnohdy mezi lékaři samotnými nebo středním zdravotnickým personálem.*

## Majitelem není lékař

Ve zdravotnickém prostředí existují případy, kdy nemocnici nebo soukromou ordinaci vlastní člověk, který není lékařem a nemá žádné medicínské vzdělání. Na tento nešvar Česká lékařská komora poukázala již několikrát v minulosti, ještě se jí ale nepodařilo v tomto ohledu dosáhnout změny. Dodejme, že například v advokátní praxi je tato situace nemyšlitelná. Vlastnická struktura advokátní kanceláře se může skládat jen z řad advokátů.

Vlastník nemocnice tak může nařídít lékaři, aby mu na vyžádání předložil kompletní zdravotnickou dokumentaci určitého pacienta. Pokud by se jednalo jen o jednatele obchodní korporace ve formě společnosti s ručením omezeným a tento jednatel by nebyl nijak zainteresován v pracovním poměru ve své společnosti, takovou možnost by neměl. Ovšem ředitel nebo manažer společnosti má podle zákona o zdravotních službách možnost nahlížet a seznamovat se s originálem zdravotnické dokumentace, a to i přesto, že není lékařem. I bez výslovného souhlasu pacienta je tedy možné, aby zaměstnanec poskytovatele nahlížel do zdravotnické dokumentace, ale jedině v rozsahu nezbytně nutném pro výkon jeho povolání, dále z důvodu nutných pro splnění úkolů, které mu ukládá zákon, a v neposlední řadě při hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb.

Podobný případ může nastat, kdy si od zdravotní sestry vyžádá originál zdravotnické dokumentace lékař, který se nepodílí na poskytování zdravotní péče a ani není součástí oddělení, kde se pacient nachází – lékař je třeba jen pacientův dobrý známý. Zde se může nabízet odpověď, že je to přeci taky lékař, je to kolega, i když třeba i z jiného oboru, a není důvod mu nevyhovět. Zdravotní sestra, v ideálním případě, by si měla nechat písemně

odsouhlasit od pacienta, že s tím dopředu souhlasí.

## Lékař versus lékař

Vzájemný nesoulad může nastat také mezi lékaři navzájem, kdy jeden z nich je v pozici nadřízeného a vydává pracovní příkazy a pokyny svým podřízeným, které odděleně nemusí působit problematičtě, ale ve svém součtu mohou působit přímo likvidačně. Jedná se zejména o situace, kdy jsou dovolené nebo noční služby stanovovány bez předchozí vzájemné konzultace, někteří lékaři získávají pravidelně nenárokovou část platu nebo mzdy, jiní ji naopak nedostávají nebo je jim neodůvodněně snížena. Bohužel se jedná o jednu z „forem řízení“, kdy na vedoucích místech jsou lékaři, kteří tam nemají co dělat nejen pro svůj profesní, ale i charakterový profil, a takto mají za potřebí dávat najevo svoji nadřazenost svému okolí. Pro utiskované lékaře se otevírá možnost jít si stěžovat nejdříve v rámci nemocničního zařízení dalším nadřízeným, jako je ředitel nemocnice, nebo u vlastnických článků, což může být u akciových společností představenstvo, nebo u zřizovatelů státních typů poskytovatelů zdravotních služeb. Mimo rámec nemocničního zařízení lze věc prošetřit buď u profesně zaměřeného dozorového orgánu, kterým je stavovská Česká lékařská komora, nebo u obecně zaštitujícího orgánu, kterým je inspektorát práce. Tak jako existuje útlak nebo znerovnoprávnění způsobené směrem shora dolů, existuje i v opačném směru, kdy se třeba skupinka lékařů domluví a svého nadřízeného šikanují.

## Všemu vládne přednosta?

V rámci jednoho poskytovatele zdravotních služeb působí na jednotlivých odděleních nebo klinikách nejen lékaři vedle sebe, ale také lékaři a nelékařský zdravotnický personál nebo administrativní pracovníci,



Foto: archiv autora

a nabízí se otázka, jak jsou v těchto případech vyřešeny vzájemné vztahy podřízenosti a nadřízenosti. Otázka je vyřešena u skupiny fakultních nemocnic, které spadají přímo pod ministerstvo zdravotnictví. V zákoně je stanoveno, že v čele kliniky nebo ústavu stojí přednosta a ten je nadřízený nejen lékařům, ale také nelékařským zdravotnickým pracovníkům, a to včetně administrativní sekce. Nepřipadá tedy v úvahu, že by sestra nebo vrchní sestra odmítla splnit příkazy přednosta oddělení nebo kliniky a odkazovala by se na to, že ona není lékař a že spadá pod svoji hierarchickou sesterskou skupinu.

Složitější situace je u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří nespádají pod vliv ministerstva zdravotnictví a kteří jsou zřizováni krajem nebo soukromými subjekty. V těchto nemocnicích záleží, jak je nastaven a vytvořen organizační řád a z něj pramenící organizační struktura. Může tedy klidně docházet ke dvojkoľejnosti ve vedení oddělení, kdy lékaře vede primář a sesterskou skupinu nezávisle vedoucí sestra, která by měla s primářem vzájemně spolupracovat. Ovšem jednotné velení je základem úspěchu v každé větší skupině a dichotomie může vést k paralyzaci.

René Šifta,

Ústav práva a právní vědy

NOVÝ LEXUS RX 450h *HYBRID*

---

PŘESNÝ A PRECIZNÍ  
VE VŠECH OHLEDECH.  
STEJNĚ JAKO VY.

---



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

 **LEXUS**  
EXPERIENCE AMAZING

Kombinovaná spotřeba paliva a produkce emisí CO<sub>2</sub> modelu RX: 5,8-5,9 l/100 km, 132-134 g/km.

# České zákony nestíhají

Jedním z nejpodnětějších bloků na konferenci Zdravotnictví 2020 byl ten legislativní. Účastníci diskuze na něm zhodnotili stávající stav některých zákonů a dotkli se i narůstajícího počtu soudních sporů o úhrady léčby. „Soudní spory tohoto typu jsou u nás novinkou, ale jejich doba musela přijít,“ myslí si zdravotnický expert Pavel Hroboň.

Moderátorka bloku a přední odbornice na zdravotnické právo z Ústavu sociální medicíny a veřejného zdravotnictví při 1. LF UK Jolana Těšinová na úvod připomněla, že zákony by měly mít za cíl kultivovat prostředí, stanovovat mantinely, reagovat na aktuální potřeby praxe, sledovat etické principy, odrážet reálné možnosti systému – a to všechno by neměly dělat překotně. Jak se to daří českým zákonům z oblasti zdravotnictví? Podle Těšinové ne zcela: „Máme zákon o veřejném zdravotním pojištění, který je z roku 1997. Dnes už nestíhá moderní vývoj v medicíně a odráží se v něm nereálné nároky pacientů. Mladší zákon o zdravotních službách také nestíhá a máme s ním praktické problémy – aktuálně se připravuje velká novela.“

## Co změnit v „bibli zdravotníků“?

Další účastnice bloku Alena Tobiášová vnímá nesoulad zákona o zdravotních službách s občanským zákoníkem. „Posiluje se autonomie nezletilého pacienta, ale problém je v odpovědnosti kladené v této souvislosti na lékaře. Ten totiž musí posoudit vyzpělost pacienta, který se s rodiči například dostane do sporu o dalším průběhu léčby. Lékař se však musí rozhodovat hned a nemá čas se ohlížet na naše právní výklady a rozhodovat se podle nich. To by bylo potřeba vyladit,“ míní náměstkyně pro organizační a právní věci a personalistiku ve FN Brno Alena Tobiášová.

Náměstek ministerstva zdravotnictví pro legislativu a právo Radek Policar uznává, že zákony jsou v tomto v rozporech. „Chceme upravit vyslovování souhlasu s péčí u nezletilých pacientů a míníme proto zasáhnout i do občanského zákoníku,“ reagoval během diskuze náměstek.

Tobiášová vidí problém také v legislativním pokrytí paliativní péče. Podle ní není paliativa, jež je stále diskutovanější a žádanější, dostatečně zákonem upravena a poskytovatelé se nemohou o nic opřít. „K tématu se vyjadřují pouze odborné společnosti, ale ty se neopírají o právo,“ dodává Alena Tobiášová, která za třetí oblast, jež si žádá větší propracování, považuje



Zleva: Jolana Těšinová, Michala Hergetová, Alena Tobiášová, Radek Policar, Pavel Hroboň

institut dříve vysloveného přání pacienta. „V současnosti jde o formalismus. Lékař má opět velkou odpovědnost, protože musí sám posoudit, jak konkrétně je ono přání pacientem popsáno. Když se pak rozhodne péči neposkytnout, hrozí mu trestní žaloba, když ji poskytne, hrozí mu žaloba civilní.“

Podle Radka Policara diskuze na tato témata zatím stále probíhají. Řešení pro pacienty vidí v možnosti ustanovit osobu, která bude moci o pacientových předchozích přáních přednostně rozhodovat.

## Soudní spory nejsou českou specialitou

K soudním sporům v segmentu zdravotnictví dochází v České republice stále častěji, ale podle Jolany Hroboňe nejde o české specifikum. Jako příklad uvedl Německo, kde dávají do zákona často přesné postupy. „Tamější federální rada, která je složena ze zástupců poskytovatelů a pojištců a upravuje vztahy mezi pojišťovnami a poskytovateli, zavedla objemové požadavky a možnost podmínit úhrady počtem provedení výkonů daného typu na konkrétním pracovišti. Žalobci však tvrdili, že tento doporučený postup nebyl dostatečně podložen vědeckými výzkumy a že neexistuje důkaz o tom, že četnější provádění výkonu je zárukou také vyšší kvality těchto provedení,“ přibližuje zdravotnický expert z Advance Institute.

Moderátorka Jolana Těšinová uvedla několik příkladů z českého prostředí. První byl případ, kdy pacientka s karcinomem prsu měla navrženou radioterapii. Pacientka však navštívila protonové centrum, kde dostala druhý názor doporučující protonovou terapii. Onkologické centrum ji v tom podpořilo, ale pacientka úhradu nezískala. Zažalovala tedy pojišťovnu a soud jí dal za pravdu. „Najednou si nám pojištěnec designuje model léčby, a to mě znepokojuje,“ dodává k tomu Těšinová.

Jako příklad s poněkud opačným vyzněním uvedla moderátorka ústavní žalobu týkající se léčby katarakty. „Pacientka si vybrala lepší čočku a zažalovala pojišťovnu, že ji musela platit celou, místo aby pojišťovna uhradila částku alespoň ve standardní výši. Soud to však zamítl, protože v České republice nemáme standardy,“ přibližuje nesystémovost těchto sporů Jolana Těšinová.

Podle Radka Policara je zatím soudních rozhodnutí tohoto typu málo, a proto není problematika úhrad příliš ujasněná. „Občas soudy postupují ve stylu ‚když nemůžeme, tak pomůžeme‘. Soudci vidí vážné nemocného pacienta, tak se přikloní na jeho stranu. Lidsky to chápu – proto jsou tady nadřízené instance. Nicméně žalobci často využívají toho, že rozhodnutí pojišťovny nejsou dostatečně koherentně zdůvodněna,“ doplnil náměstek Policar.

Lukáš Malý

# Šance pro nemocné s těžkým astmatem

*Až 800 000 obyvatel České republiky má bronchiální astma. Běžnou léčbou lze dosáhnout plné kontroly příznaků u 95 % z nich. V absolutních číslech tak zbývá obrovské množství případů, u nichž s běžnou léčbou nevystačíme.*

Na konci listopadu proběhla v Praze konference Respirační infekce a imunologicky podmíněné nemoci v pneumologii. Odborným garantem byl profesor Vítězslav Kolek, pořadatelem Medical Services Mladé fronty, generálním partnerem celé akce byla společnost GSK. Součástí konference byl workshop o astmatu.

Bronchiální astma je jednou z nejčastějších chronických onemocnění a jeho výskyt neustále narůstá. Charakterizované je chronickým zánětem a remodelací průdušek spojenou s jejich hyperreaktivitou a variabilní (často reverzibilní) obstrukcí. Onemocnění se projevuje stavy hvízdatého dýchání, kašlem, dušností a svíráním na hrudi.

Cílem léčby astmatu je dosažení pokud možno plné kontroly onemocnění s minimem příznaků, dostupná terapie v současné době zatím nevede k úplnému a trvalému vyléčení. Problémem nedosažení dostatečné kontroly nad astmatem bohužel často není jen sama povaha onemocnění, ale i špatná spolupráce pacienta (nezvládnutí inhalační techniky, nepravidelné užívání léčby, neochota eliminovat alergenní expozici) nebo limitace navýšení léčby pro její nežádoucí účinky.

Aktuální doporučení Globální iniciativy pro astma (GINA) klasifikují astma podle tíže příznaků na intermitentní, lehké perzistující, středně těžké perzistující a těžké perzistující astma. Podle aktuální klinické kontroly nemoci lze astma klasifikovat do tří stupňů: pod kontrolou, pod částečnou kontrolou a pod nedostatečnou kontrolou. Klasifikovat astma lze i podle fenotypu, podle české fenotypizace je to alergické eozinofilní, nealergické eozinofilní, non-eozinofilní astma.

V léčbě průduškového astmatu obecně mají dominantní postavení inhalační kortikosteroidy (IKS). Právě na základě dávky IKS a další kombináční terapie potřebné k udržení kontroly nad astmatem je postavena zmíněná klasifikace podle tíže

onemocnění. U většiny pacientů stačí ke zmírnění až úplnému vymizení obtíží nízká nebo střední dávka IKS, případně doplněná inhalačními  $\beta_2$  agonisty s dlouhodobým působením nebo perorálním antileukotriemem. Zbývá ale část populace astmatiků, jejichž onemocnění na obvyklou terapii nereaguje.

## Léčba pro pacienty s těžkým eozinofilním astmatem

„Dobrou zprávou je, že u 95 % pacientů s astmatem můžeme plné kontroly příznaků onemocnění dosáhnout při použití běžné léčby. Zbývá ale 5 % pacientů, kteří i na maximální obvyklou léčbu nereagují dostatečně. Jde o pacienty s těžkým, eventuálně refrakterním astmatem,“ řekla v úvodu své přednášky Lucie Heribanová z pneumologické kliniky Thomayerovy nemocnice v Praze.

Do skupiny pacientů s těžkým refrakterním astmatem náleží ti, u nichž je nedostatečná kontrola onemocnění dána tíží onemocnění, eventuálně kortikorezistencí nebo nesnášenlivostí léčby, tedy nikoli komorbiditami, špatnou spoluprací nebo neochotou odstranit expozici odstranitelným alergenům. Jde

o pacienty, kteří kontroly nedosahují, přestože jsou minimálně šest měsíců na terapii na úrovni 4. stupně doporučení GINA. Jedná se o pacienta, který užívá vysoké dávky inhalačních kortikoidů v kombinaci s dalšími léky na kontrolu astmatu), a i za těchto podmínek trpí častými exacerbacemi ( $\geq 2$  těžké exacerbace/rok), nemá dostatečnou symptomovou kontrolu nebo má trvalý pokles a nestabilitu plicních funkcí nebo pokud uspokojivého stavu dosahuje jen za cenu užívání dlouhodobé SKS (systémových kortikosteroidů).

Skupinu nemocných s těžkým refrakterním astmatem je nezbytné správně fenotypizovat a jejich léčbu co nejvíce individualizovat. Právě pro ně je určena i biologická léčba astmatu. Ta cílí přesně na konkrétní část imunologických procesů chronického zánětu průdušek.

Významnou podskupinou těžkého astmatu je těžké eozinofilní astma. Tito pacienti mají v dýchacích cestách eozinofilní zánět. Mívají od začátku onemocnění těžký průběh, časté exacerbace, větší postižení plicních funkcí a specifické komorbidity (typicky nosní polypy). Co se týče eozinofilního typu zánětu, rozlišujeme dvě podskupiny – alergické a nealergické.



Ilustrační foto: 2x Shutterstock

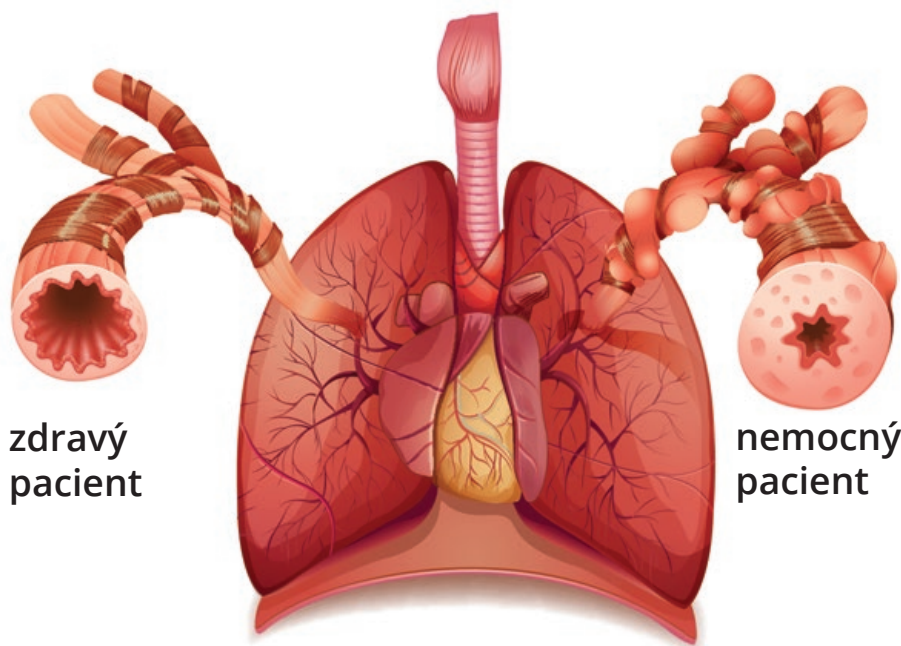
První bývá spojena s klinicky významnou alergií, začátek astmatu bývá v dětství, zpravidla dobře odpovídá na léčbu. Méně časté je eozinofilní nealergické astma, jehož začátek bývá v dospělosti. Třetím fenotypem je non-eozinofilní, nealergické astma.

## Eozinofily a biologická léčba astmatu

Zásadním mediátorem eozinofilního zánětu dýchacích cest je interleukin 5. IL-5 stimuluje tvorbu a diferenciaci eozinofilů, podporuje transport těchto buněk vznikajících v kostní dřeni do místa zánětu v dýchacích cestách. Kromě toho eozinofilům brání v apoptóze. Působení IL-5 dokáže zabraňovat cílená léčba, konkrétně anti-IL 5 terapie. Indikována je u pacientů s těžkým eozinofilním astmatem. Periferní eozinofilie je jak biomarkerem onemocnění, tak i prediktorem účinku anti-IL-5 terapie.

K dispozici jsou humanizované monoklonální protilátky proti IL-5 – mepolizumab a reslizumab a dále benralizumab, což je humanizovaná monoklonální protilátka proti receptoru pro IL-5. „Benralizumab svým působením vede k téměř úplné depleci eozinofilů, což není žádoucí. Problémem může být, že téměř nezůstanou ani regulační eozinofily,“ podotkla přednášející. Připomněla tak skutečnost, že jsou eozinofily s rolí patogenní, ale i ty velmi užitečné. „S mepolizumabem jsou u nás největší zkušenosti. Je to dáno i tím, že se na rozdíl od reslizumabu podává subkutánně, a také tím, že je u nás nejdéle dostupný. V běžném režimu má úhrady ze zdravotního pojištění. Samozřejmě má prokázanou účinnost ve studiích – snižuje exacerbace, zlepšuje kontrolu astmatu, snižuje dávky SKS nutné ke kontrole astmatu,“ zdůraznila Heribanová.

Za pravdu jí dává například dvouletá prospektivní observační studie z reálné praxe, která sleduje dva roky 368 pacientů již zařazených v běžném režimu. Sleduje počet exacerbací, vliv SKS na terapii a samozřejmě i výskyt nežádoucích účinků. Zhodnocena jsou již data po prvním roce. Výsledek je vynikající, po roce mají pacienti s mepolizumabem o 70 % méně exacerbací než proti stavu před nasazením léčby. Dávku SKS se přitom již za půl roku podařilo snížit na polovinu, 34 % pacientů se dokonce SKS úplně zbavilo. Výsledky odpovídají dlouhodobým studiím, jako je COLUMBA, která účinnost a bezpečnost mepolizumabu u pacientů



s těžkým eozinofilním astmatem sledovala déle než čtyři roky. COLUMBA je vůbec nejdéle trvající studií s anti-IL5 léčbou. Prokázala i bezpečnost mepolizumabu při dlouhodobém podávání. Nebyl zaznamenán nárůst imunogenicity. Efekt léčby mepolizumabem neklesal ani při dlouhodobém podávání. Obdobné zkušenosti s tímto lékem jsou i na pracovišti Heribanové.

„Z hlediska indikace anti-IL5 léčby a dalšího osudu našich pacientů s těžkým, převážně eozinofilním astmatem je velmi důležité vyšetřovat počet eozinofilů v krvi u všech astmatiků jak na začátku léčby, tak při zhoršení astmatu. Vhodné je to i u CHOPN. U těžkého astmatika na systémové kortikoterapii je třeba zvažovat možnost biologické léčby. SKS mu mohla být nasazena ještě v době, kdy biologická léčba nebyla dostupná. Řada těchto pacientů by z ní výrazně profitovala,“ uzavřela přednášející.

## Astma zhoršují komorbidity

Problém komorbidit u těžkého astmatu účastníkům symposia přiblížila Alena Vlachová, která pracuje v ambulanci pro obtížně léčitelné astma ve FN v Motole. Právě ony totiž mohou způsobit, že se „normálně“ léčené astma změní v obtížně léčitelné. Komorbidity zhoršují kontrolu astmatu, modifikují jeho fenotyp, působí jako komplikující faktory při jeho diagnostice a léčbě, případně i mění odpověď na ni a v neposlední řadě zhoršují kvalitu života nemocných. Jak přednášející podotkla, vše souvisí se vším: komorbidity přibývají s věkem, je třeba si také uvědomit,

že seniorský věk nevylučuje eozinofilní zánět, diagnostika za přítomnosti komorbidit je obecně obtížnější. Za přímo „vražednou kombinací“ v tomto kontextu s jistou nadsázkou označila obezitu, reflux, imunopatii (pacient léta užíval SKS), nasální obstrukce a postižení psychiky (například úzkostné stavy). Čím víc komorbidit astma doprovází, tím obtížnější je léčba.

Komorbidity astmatu se prolínají s řadou oblastí a onemocnění, od kardiologických přes cerebrovaskulární, metabolická, GIT, neurologické a psychiatrické poruchy, imunodeficity až po oční a kožní onemocnění. Zdůraznila problémy z oblasti horních dýchacích cest a z oblasti GIT (gastroezofageální reflux, 82 % astmatiků má pozitivní pH metrii), dále pak problémy, které astmatikům přináší obezita (například neefektivní dýchání) a nebezpečí spánkové apnoe. SKS bývá jedním z faktorů, které obezitu potencují. Specifická je problematika alergických i nealergických rinitid.

V motolské ambulanci pro těžké astma ošetřují 20 pacientů pomocí biologické léčby. Všichni mají postižení horních cest dýchacích, rozptyl i ostatních komorbidit v tomto souboru je typický pro astmatiky. Podle zkušeností tohoto pracoviště se biologickou léčbou nejlépe ovlivňuje postižení horních dýchacích cest. Vyšší „compliance“ k léčbě vyžaduje obezita a reflux. Jak přednášející v závěru připomněla, obezita se nepojí jen s neutrofilním zánětem – díky cytokinům tukové tkáně může být astmatický zánět i eozinofilní, tedy s perspektivním použitím terapie anti IL-5.

Jana Jílková

Představujeme publikaci

# Léčba obézního diabetika



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

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

**Autor: Štěpán Svačina**  
**Doporučená cena 880 Kč**

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

**MEDICAL SERVICES**

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

**mf**  
MLADÁ FRONTA

# Ten devátý to bude mít těžké

*Dne 15. listopadu, v krásný podzimní den, proběhl v Dolní oblasti Vítkovice v Ostravě již VIII. vědecký česko-slovenský kongres bazální stimulace s mezinárodní účastí. Kdo se alespoň minimálně pohybuje kolem ředitelky Institutu bazální stimulace Karolíny Maloň Friedlové, dobře ví, že její kongresy jsou vždy originální, zajímavé a nikdy takové, na kterých byste se byt jenom chvilku nudili. Kongres bazální stimulace proběhl pod záštitou a za osobní účasti ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha a prezidenta APSS ČR Jiřího Horeckého.*

Letošní kongres si nenechalo ujít 420 účastníků. Ti všichni se mohli setkat i se zakladatelem konceptu bazální stimulace Andreasem Fröhlichem a spoluautorkou Christel Biensteinovou. Zakladatelé ve svých příspěvcích připomněli filozofii konceptu a jeho kořeny, prof. Fröhlich dokonce inspiraci českými osobnostmi, které u zrodu myšlenky bazální stimulace stály. V historickém kontextu je neuvěřitelné, jak obrovskou cestu ušla za pouhých několik desetiletí zdravotní a sociální péče nejen o ty, kteří již od narození neměli stejnou startovní čáru jako ostatní, ale i o osoby nemocné, po úrazech či seniory. A jak důležití jsou lidé, kteří „zajetým“ kolegům a veřejnému mínění navzdory chtějí věci dělat jinak a posouvat tak péči dopředu.

Dnes je již koncept bazální stimulace přirozenou součástí většiny zařízení sociální péče a zařízení zdravotnických, obrovské úspěchy sklízí například u nedonošených dětí, jak dokázala přednáška Kataríny Chromčíkové a Jany Šubikové z neonatologické kliniky Univerzitní nemocnice Martin. Význam bazální stimulace ve zdravotnictví potvrdil vlastními slovy i ministr zdravotnictví Adam Vojtěch, který se kongresu osobně zúčastnil a společně s prezidentem Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR Jiřím Horeckým, zástupcem českých sociálních služeb, pokřtil nový název a logo Institutu bazální stimulace, ze kterého se stal Institut bazální stimulace podle prof. dr. Fröhliche. Slovenskou mutaci názvu pak pokřtila zástupkyně slovenského ministerstva zdravotnictví s podpredsedou Zväzu poskytovateľov sociálnych služieb v SR Antonom Macholou.

Odborný program kopíroval působnost konceptu bazální stimulace v průběhu celého lidského života, a to doslova od neonatologie až po paliativní a hospicovou péči.

O využití konceptu bazální stimulace



v procesu odvykání dospělých pacientů od ventilátoru hovořila Renáta Morávková z kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny z Fakultní nemocnice Ostrava, využití bazální stimulace u klienta po mozkové příhodě v konceptu multidisciplinárního týmu v podmínkách zařízení pro seniory Zoltán Kurucz z Ružinovského domova seniorov Bratislava. O dvacet minut smíchu všech účastníků se postaral ředitel Hospicu sv. Jana Neumanna Robert Huneš, a ne jen proto, že se jeho přednáška týkala role humoru v hospicové péči a bazální stimulace, ale také z toho důvodu, že je jednoduše skvělým řečníkem. Moderní dobu odrazila přednáška Tablet a jeho možnosti v konceptu bazální stimulace Martina Friše a Lucie Rohlíkové ze Základní školy speciální a Praktické školy Diakonie ČCE Merklín. Ti ukázali pomocí videí, jak využívají kombinaci bazální stimulace a tabletu u dětí s PAS a kombinovaným postižením, a to ve třídě

i multisenzorické pracovně. Závěrečný kongresový příspěvek nikoho nenechal v klidu. Postaral se o něj tanečník a taneční choreograf Petr Veleta, který předvedl názornou ukázkou rozcvičky seniorů a všechny tak připravil na večerní vystoupení hudební skupiny Buty.

V rámci kongresového dne se představilo i mnoho dalších přednášejících, například z oblasti vzdělávání. Jedno ale měli všichni společně: postarali se o to, aby VIII. ročník tohoto kongresu byl zábavný, odborný, vtipný a propojil všechny zájemce o bazální stimulaci. A jak ve své pochvalě napsal prof. Miloň Potměšil: „A ten devátý (kongres) to bude mít těžké, aby udržel stávající úroveň a byl podobnou oslavou lidí a jejich práce.“

Veronika Hotová,  
šéfredaktorka časopisu Sociální služby  
a Listů sociální práce;  
Irena Lintnerová  
Foto: archiv APSS





Fruitisimo.



LIVE  
WHAT  
YOU  
LOVE



**vitamínové  
koktejly**



**zmrzlina**



**káva**



**dorty**



**zdravé  
svačiny**



### Fruitisimo je nejovocnější bar ve tvém okolí.

Najdeš ho na více než 70 místech v České republice, na Slovensku, v Maďarsku a jeho síť se každým dnem rozrůstá. Přes svůj italsky znějící název, kterým demonstrujeme naši vášeň pro ovoce, je Fruitisimo česká firma. Značku Fruitisimo nejlépe vystihuje její slogan LIVE WHAT YOU LOVE, tedy zdravý aktivní životní styl, zábava, úsměv a vášeň pro to, co Fruitisimo dělá. I v tom vidí Fruitisimo svou přednost: „Co je náš tajný recept? Nejsou to rychlejší mixéry ani výkonnější odšťavňovače. Je to o lidech. Milujeme, co děláme, a to poznáte při každé návštěvě“.



### TIP NA VÁNOČNÍ DÁREK!



Stále přemýšlíš, co dát svým blízkým nebo přátelům pod stromeček? A co takhle zdraví a vitamíny po celý rok? Na všech pobočkách Fruitisimo jsou nyní v prodeji dárkové karty, které ocení babičky, dědečci, maminky, manželé a vlastně všichni, kteří chtějí mít ten příští rok zase o něco ovocnější.



O akcích a novinkách tě pravidelně informujeme na  a .

Seznam poboček najdeš  
na [www.fruitisimo.cz](http://www.fruitisimo.cz).

## Blokování fibrilizace $\alpha$ Syn. Nové možnosti léčby Parkinsona

*Symposium Jsou metabolická onemocnění příčinou všech nemocí? bylo věnováno velmi široké skupině metabolicky podmíněných onemocnění. Z programu zde přibližujeme příspěvek věnovaný jednomu z nich – osteoporóze.*

Parkinsonova choroba je druhou nejčastější neurodegenerativní poruchou. Klíčovou roli v jejím rozvoji hraje fibrilizace proteinu  $\alpha$ -synuklein ( $\alpha$ Syn), tedy jeho přeuspořádání do dvojitých tyčkovitých útvarů. V přirozeném stavu má tento regulační protein, nacházející se v nervových buňkách, neuspořádanou strukturu. Ta se ale může přestavět do ploché struktury, která pak snadno interaguje s ostatními molekulami téhož proteinu, poškozuje jejich strukturu a vytváří nefungující a pro tělo téměř nerozbitné bloky. Známostou cestou, jak tomuto jevu zabránit, je použití látek, které interagují s přirozeným stavem proteinu  $\alpha$ Syn a pomáhají ho udržovat. Nevýhodou tohoto přístupu však je, že koncentrace takových látek musí být srovnatelná s koncentrací volného  $\alpha$ Syn proteinu.

Tým vědců z ÚOCHB vedený Volodymyrem Shvadchakem a Dmytrem Yushchenkem proto hledal jiný přístup,

jak fibrilizaci zabránit. Vědci se rozhodli zaměřit se nikoli na to, jak ochránit všechny přirozeně strukturované proteiny, ale spíše na to, jak u těch poškozených proteinů zabránit postupnému narůstání fibril. Protože tyto struktury narůstají pouze na koncích, nabízel se tyto konce zablokovat, a tím zabránit jejich škodlivému vlivu na přirozený a funkční  $\alpha$ Syn. Takový přístup by vyžadoval výrazně nižší koncentrace inhibitoru odpovídající počtu konců fibril, a tím by umožnil snížit potřebnou dávku na dosažitelnou.

Prvním pokusem bylo využít konjugát, v němž je  $\alpha$ Syn připojený k jinému objemnému proteinu. Na konci fibrily – „tyče“ – by tak vznikla překážející „bambule“, přes kterou by se nové proteiny k tomuto konci nedostaly. Takový inhibitor se ale na fibrily nevázal dostatečně pevně, aby je dokonale zablokoval. Zvýšení pevnosti bylo možné dosáhnout použitím dimeru – spojené dvojice takových proteinů – kdy se využívá

podoba vznikající fibrily jako dvojitě tyče. Už sama tato struktura byla úspěšná, vědcům se ale podařilo dosáhnout ještě zajímavějšího a překvapivějšího výsledku, když zjistili, že v takovém případě ani není potřeba na konec blokujícího proteinu přidělovat „bambuli“. Sama dobře propojená dvojice se na fibrily váže způsobem, který překáží jejich dalšímu prodlužování.

Otevřela se tedy cesta jednak k potenciálním léčivům zásadně zpomalujícím rozvoj Parkinsonovy nemoci, jednak k jejímu dalšímu studiu pomocí úprav spojky mezi dvojitými  $\alpha$ Syn proteiny. Vědcům se podařilo do této spojky přidat fluorescenční značku, která umožňuje konce fibril lépe sledovat nebo spojku sestavit tak, že se rozpadá při osvětlení. To je užitečné pro další studium růstu fibril, protože je díky tomu možné jejich růst zastavit a znovu spustit v jednoznačně určených okamžicích.

Zdroj: ÚOCHB (red)

## Fág P68 ničí zlatého stafylokoků. Vědci z Brna popsali jak

Dominik Hřebík spolu s kolegy z institutu CEITEC Masarykovy univerzity popsal strukturu fága P68, který ničí bakterie zlatého stafylokoků, jenž může způsobovat i život ohrožující infekce.

Fágy napadají bakterie, podobně jako viry chřipky útočí na lidské buňky. Zachytí se na povrchu konkrétního organismu, vloží do něj svou genetickou informaci a z bakterie se stane továrna na nové fágy. Bakteriální infekci tak vlastně zlikviduje infekce virová, aniž by to uškodilo člověku. Fágy jsou totiž vysoce specializované a obvykle jeden druh fága napadá jen několik kmenů bakterií.

Fág s označením P68 dokáže zlikvidovat až 80 % kmenů bakterie *Staphylococcus aureus* neboli zlatého stafylokoků, který způsobuje velmi často různé infekce v rozsahu od mírných zánětů kůže a měkkých tkání až po život ohrožující sepsi.

I když je tato skutečnost už dlouho známá, dosud se nevědělo, jak vlastně tento bakteriofág vypadá a jak se mu daří bakterie likvidovat. „Pustili jsme se proto do popisu jeho struktury, což nám umožnilo především špičkové vybavení pro cryo-elektronovou mikroskopii a krystalografii,“ uvedl Dominik Hřebík, který působí ve skupině Pavla Plevky.

Bez takového vybavení nebylo dřív možné tak komplexní organismy, jako jsou

viry a fágy, detailně zkoumat. I díky tomu patří tým mezi první na světě, kterým se to podařilo, a výsledky jejich práce nyní publikoval vědecký časopis *Science Advances*, který patří do skupiny časopisů *Science*.

„Zjistili jsme, že náš fág má mnohem víc strukturálních proteinů, než se předpokládalo. Našli jsme je jak uvnitř, tak na jeho povrchu,“ vysvětlil Hřebík. Fágy se podobně jako viry skládají z bílkovinného obalu, který ukrývá jejich genetickou informaci, a krčku a vláken, která slouží k tomu, aby se mohl zachytit na příslušných bakteriích. Vědci našli nečekaně jednu ze strukturálních bílkovin v kapsidě fágu P68 a také v místě, odkud při infekci proniká z fága do bakterie jeho DNA. „Šlo o zcela nový protein, u kterého se nám podařilo zjistit i jeho funkci. Přišli jsme také na to, že strukturální proteiny z hlavičky fága pomáhají DNA proniknout přes obal bakterie,“ doplnil.

Podobné studie mohou pomoci k tomu, aby se takzvaná fágová terapie začala víc využívat. Nejde přitom o žádnou novinku, bakteriofágy byly objeveny a jejich funkce popsána už na počátku minulého století. Dokonce se úspěšně využívaly v různých částech světa třeba pro potlačení cholery nebo i jiných nemocí. S objevem antibiotik se ale zájem o fágy vytratil a pracovalo s nimi jen pár laboratoří v zemích východního bloku.



Do pozornosti vědců se dnes dostávají i kvůli tomu, že by mohly pomoci s řešením rostoucí antibiotické rezistence.

Právě lepší znalost struktury fágů může pomoci k jejich využití v léčbě. „Zaměřili jsme se proto už na dalšího fága, konkrétně na druh, který infikuje bakterie rodu *Pseudomonas aeruginosa*, které u lidí s oslabenou imunitou způsobují různé infekce. V tomto případě se snažíme kromě struktury zjistit také to, jakým způsobem se bakteriofág v buňce replikuje a co ke svému množení potřebuje,“ doplnil Hřebík.

Odhalit strukturu organismu, který je velký jen několik desítek nanometrů, není jednoduché, na P68 pracovali výzkumníci zhruba tři roky a potřebovali snímky asi třiceti tisíc těchto jedinců. Museli také upravovat různé metody využívané k výpočtům struktur makromolekul.

Zdroj a foto: CEITEC (red)

# Kostní nádorová nemoc

*Pacienti s pokročilými solidními nádory se můžou v dnešní době dožívat i několika let s velice dobrou kvalitou života. Jedním z míst, kam solidní nádory nejčastěji diseminují, je skelet. Kostní metastázy mohou zásadním způsobem ovlivnit kvalitu života pacienta. Veliká část pacientů trpí určitým stupněm bolesti. Dále může dojít k výrazným strukturálním změnám kosti až ke vzniku patologické fraktury nebo komprese míchy. Část pacientů musí absolvovat paliativní radioterapii nebo ortopedický výkon. Všichni pacienti s postižením skeletu by měli být léčeni pomocí léků cílených na kosti, jako jsou bisfosfonáty nebo denosumab, které výrazně snižují riziko vzniku skeletálních příhod. Léčba kostního postižení by měla být multidisciplinární. Správná a včasná diagnóza kostních metastáz a následná adekvátní komplexní léčba může výrazně přispět ke zlepšení kvality života velké části onkologických pacientů.*

Skelet patří k nejčastějším lokalitám metastatického šíření solidních nádorů. V posledních letech došlo ke značnému posunu v řešení kostního postižení a zvláště pacienti s diseminovanými karcinomy prsu a prostaty se mohou dožívat i několika let s výbornou kvalitou života. Postižení skeletu s sebou přináší potenciální komplikace a rozvoj kostních symptomů. K nejčastějším příznakům patří bolest, hyperkalcemie, narušení integrity kosti se vznikem patologických fraktur a komprese nervových struktur, a především komprese míchy. To může značným způsobem snížit kvalitu života onkologického pacienta, omezovat jeho běžné denní aktivity nebo mít až fatální následky a zkrátit celkové přežití.

## Lokalizace metastáz

Kostní metastázy nacházíme u více než dvou třetin pacientů s pokročilým nádorem prsu nebo prostaty, u třetiny pacientů s nádory ledvin a plic a postižení kostí je přítomno téměř u každého pacienta s mnohočetným myelomem. Naopak u nádorů gastrointestinálního traktu je naopak incidence velmi nízká (méně než 10 %).

Nejčastěji nacházíme kostní metastázy v axiálním skeletu, tedy v místě s výraznou vaskularizací kostní dřene. Metastatické postižení páteře nacházíme téměř u 40 % pacientů, kteří zemřou z důvodu nádorové nemoci. Nejčastěji je postižena hrudní páteř (70 % případů), méně často bederní (20 %) a krční páteř (10 %). K rozvoji symptomatické komprese míchy dojde u 10–20 % těchto pacientů. Dalším častým místem postižení jsou žebra (25–30 % pacientů), méně často pánev (20 %). Metastázy v dlouhých kostech (femur, humerus) nacházíme u 5–10 % pacientů,

v lebce u 3–5 %. Jen vzácně se nacházejí metastázy v místech distálně od kolenního nebo loketního kloubu.

## Diagnostika

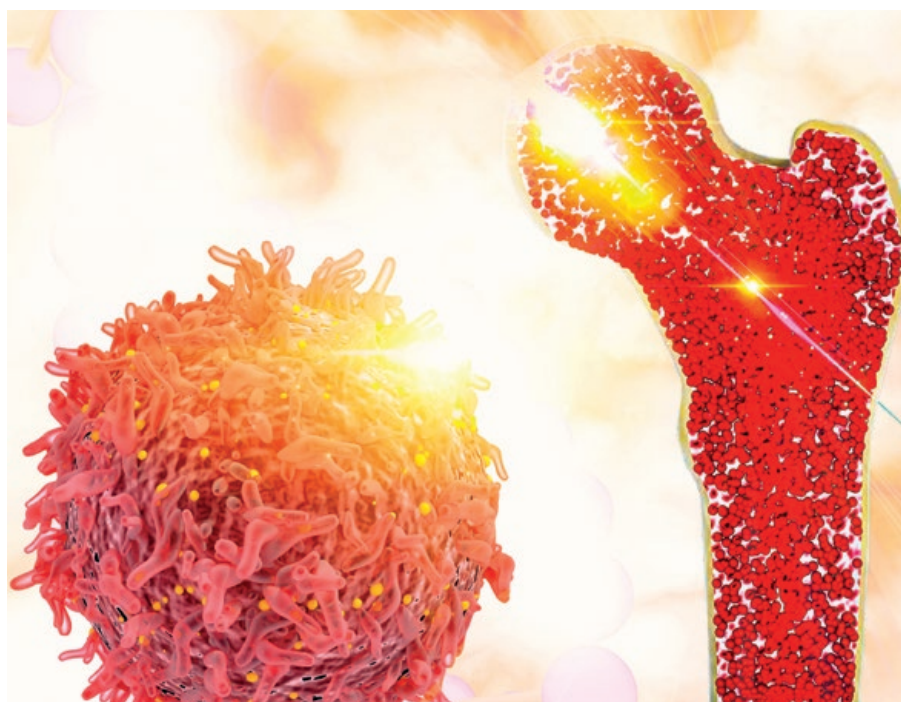
Základní diagnostickou metodou kostních metastáz je klasický RTG snímek kosti. Senzitivita RTG snímku je ale poměrně malá, většinou jde jednoznačně rozlišit léze větší než 2 cm a při ztrátě minimálně 50 % minerální hmoty. Vyšší rozlišovací schopnost než RTG má CT vyšetření.

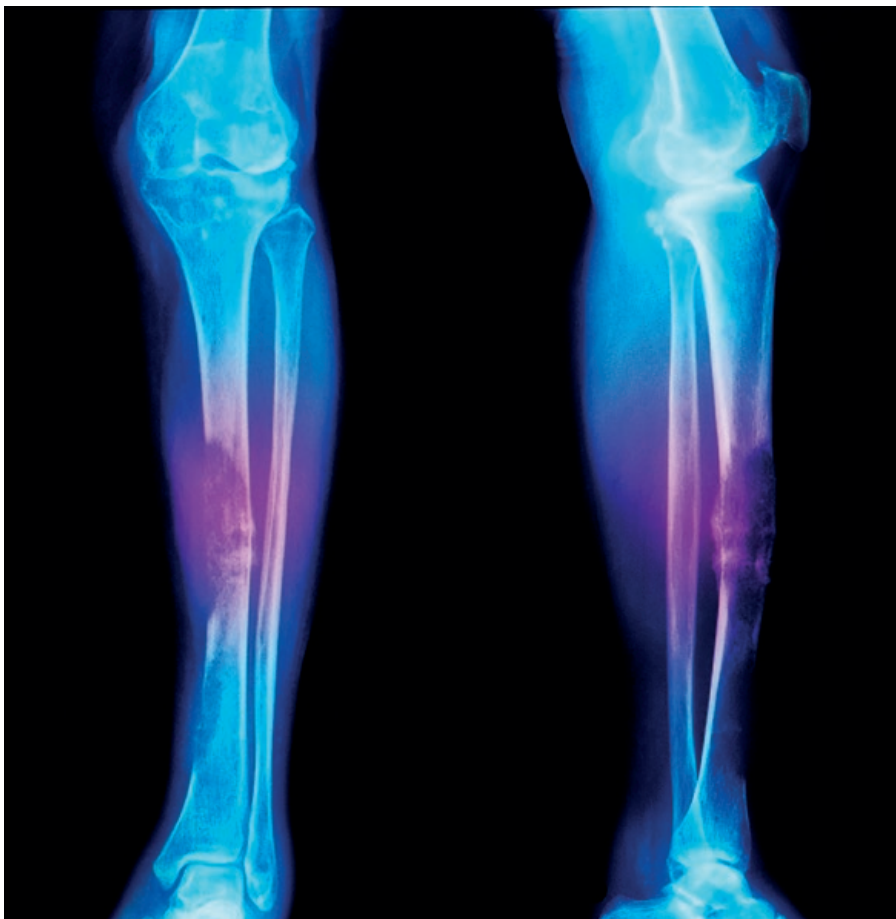
Jednoznačnou screeningovou metodu pro hodnocení kostních metastáz je scintigrafie skeletu. Výhodou je rychlé a relativně levné zhodnocení celého skeletu, a tím i možnost odhalit doposud asymptomatické postižení. Na rozdíl od RTG snímku je zjištělná abnormalita již při změně 5–10% oproti normální kosti. Falešně negativní nálezy nacházíme

v případech výrazné osteolytické aktivity, jako například u mnohočetného myelomu.

Ke zhodnocení rozsahu postižení kosti je možné použití i vyšetření FDG-PET. Výhodou oproti scintigrafii je dřívější záchyt metastáz, ještě v momentě před vznikem osteoblastické reakce.

Práce, která porovnávala jednotlivé metody v detekci kostních metastáz, zjistila následující senzitivitu: 90 % pro FDG-PET, 82 % pro celotělové MRI a 71 % pro <sup>99m</sup>Tc scintigrafii. Z klinického hlediska dochází v místě kostních metastáz k narušení normální struktury kosti a ke vzniku komplikací – příhod souvisejících s postižením skeletu (skeletal-related events, SRE). Vyskytnou se u více než poloviny pacientů s metastatickým postižením skeletu. Mezi tyto příhody řadíme patologickou frakturu, syndrom míšní komprese,





nutnost paliativní radioterapie, nutnost chirurgického zákroku, případně i hyperkalcemii.

K častým a časným příznakům kostních metastáz patří nádorová bolest. Všechny tyto projevy narušení kostní tkáně zásadním způsobem ovlivňují kvalitu života pacientů a mohou vést ke zkrácení přežití. Při masivnějším postižením se objevuje mechanická bolest (bolest vázaná na pohyb).

Patologická fraktura kromě vzniku náhlé a výrazné bolesti také přináší zásadní omezení funkčního stavu. Katastrofické následky může mít komprese míchy.

### Léčba kostních metastáz

Léčba kostních metastáz musí být multidisciplinární, s účastí klinického onkologa, radiačního onkologa, ortopeda, radiologa a neurologa. Cílem je indikovat správnou léčbu pro konkrétního pacienta a zabezpečit návaznost terapie. Systémová onkologická terapie dle typu nádoru je zaměřena na redukci nádorové hmoty, prevenci další progresu, metastazování nádoru a prevenci vzniku kostních komplikací. Dále by měla být součástí léčby i aplikace tzv. kost modifikujících

léků (bone-modifying agents, BMA), kam v současnosti řadíme bisfosfonáty a inhibitor RANKL, které významně snižují riziko vzniku SRE.

K systémové léčbě řadíme i aplikaci radionuklidů. K lokální léčbě patří radioterapie a intervenční ortopedické výkony. Součástí léčby kostních metastáz je i dostatečná analgetická terapie.

Při indikaci správné terapie kostních metastáz hraje roli několik faktorů, které je potřeba předem posoudit, a to zvláště při indikaci intervenčních ortopedických metod. Zásadním je zhodnocení prognózy pacienta, očekávání od ortopedického výkonu a toho, jaký bude mít tento výkon pro pacienta přínos. Dále je potřeba zhodnotit, zda hrozí patologická fraktura, a při velkém riziku provést již preventivní výkon.

Při hodnocení rizika vzniku patologických fraktur v případě dlouhých kostí se používá Mirelsův skórovací systém. Tento systém stanovuje riziko vzniku patologických fraktur na základě hodnocení čtyř rentgenologických a klinických rizikových faktorů – místo postižení, charakter bolesti, typ metastázy a její velikost. Při hodnocení stability páteře se používá Spinal Instability in Neoplastic Score (SINS),

kteří pozůstává až z šesti faktorů. V neposlední řadě, zvláště při postižení páteře, musíme zhodnotit, zda je přítomný nebo hrozící neurologický deficit.

V případě, že nehrozí patologická fraktura nebo není přítomný neurologický deficit, se doporučuje konzervativní terapie (systémová onkologická terapie a BMA), případně se může zvážit paliativní radioterapie. V případě, že hrozí patologická fraktura, doporučujeme preventivní ortopedický výkon. Výkon indikujeme i v případě vzniku významného neurologického deficitu. Kontraindikací výkonu v těchto situacích je celkový špatný stav pacienta nebo prognóza přežití v řádu týdnů. V případě, že již vznikla patologická fraktura, záleží na lokalitě a funkčních omezeních, zda bude indikována osteosyntéza. Nicméně šance na obnovení funkčnosti a dobré kvality života jsou mnohem menší, než když je výkon indikován preventivně. Proto je cílem vést léčbu tak, aby ke vzniku patologických fraktur vůbec nedošlo.

Existují speciální situace, kdy je nutné multidisciplinární přístup obzvláště koordinovat. A to v případě některých primárních nádorů kostí (například osteosarkom) nebo v případě Ewingova sarkomu. Úkolem ortopeda je provést šetrnou biopsii, po které následuje multimodální terapie ideálně v centrech, která se specializují na léčbu těchto poměrně vzácných nádorů. Další zvláštní situací je, když solitární kostní metastáza představuje jediné místo relapsu onemocnění a dostatečně radikální resekční výkon může mít kurativní potenciál.

### Závěr

Kostní metastázy se vyskytují u významného počtu pacientů s pokročilými nádory. Komplikace kostních metastáz mohou zásadním způsobem ovlivnit kvalitu života onkologických pacientů a někdy mají katastrofální následky. Léčba metastatického postižení skeletu by měla být multidisciplinární. Jen tehdy můžeme pacientovi nabídnout adekvátní komplexní léčbu a výrazně přispět ke zlepšení kvality jeho života.

Peter Grell,

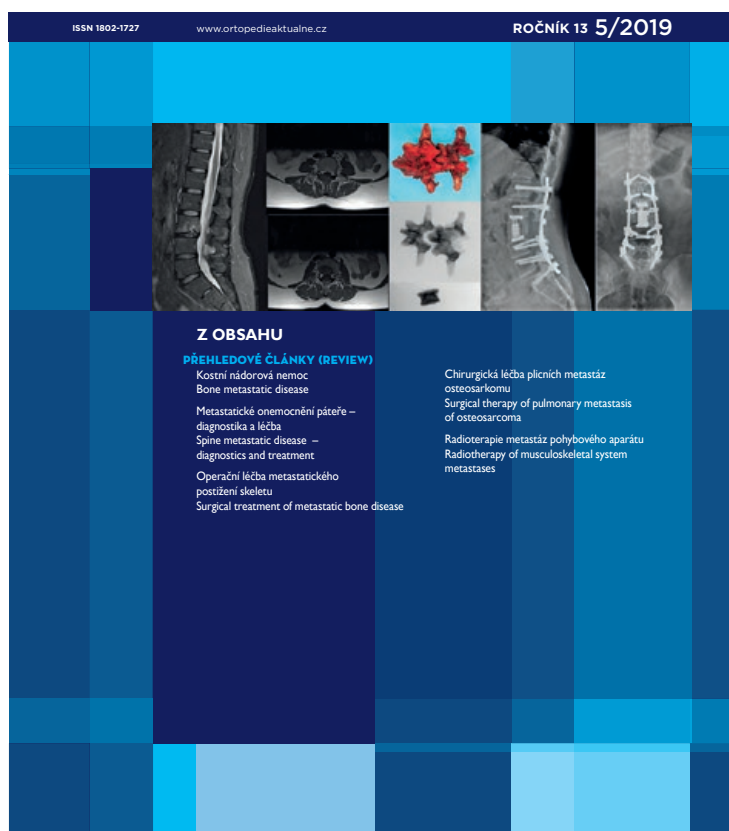
Klinika komplexní onkologické péče,  
Masarykův onkologický ústav  
(převzato z časopisu Ortopedie 5/2019)

# Předplaťte si časopis

# Ortopedie

## ORTOPEDIE

DVOUMĚSÍČNÍK PRO ORTOPEDY, TRAUMATOLOGY A REVMA TOLOGY



Časopis Ortopedie si klade za cíl být důležitým zdrojem praktických informací pro ortopedy, traumatology a revmatology. Od roku 2007 vychází jako dvoměsíčník. Distribuován je zdarma v nákladu 1200 kusů ortopedům, revmatologům a traumatologům.

Formou původních prací, přehledových článků a kazuistik, obsahujících souhrny v českém a anglickém jazyce, recenzí odborných knih, zpráv z kongresů a článků z historie ortopedie poskytuje časopis pravidelný přístup k současným medicínským poznatkům. Časopis Ortopedie byl zařazen Radou pro výzkum, vývoj a inovace vlády ČR na seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice.



### Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku [mf@send.cz](mailto:mf@send.cz),  
uvedte své **jméno** a **doručovací adresu**.  
Do předmětu napište kód **MF ORT 0619**.  
Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách  
[www.mf.cz](http://www.mf.cz)



### Volejte zdarma 225 985 225

Jednoduše zavolejte své osobní údaje  
a info o požadovaném předplatném a periodiku.  
Uvedte kód **MF ORT 0619**

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 svoji objednávkou odborného titulu potvrzuje, že je lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech 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., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

# MEDx talks dodává vážně nemocným energii a povzbuzení

*Mladá žena, která prodělala rakovinu prsu, světově uznávaný kardiolog, kterého baví komunikace s pacienty, herec, který daroval známému svou ledvinu, nebo bloggerka, která vypráví o svém osobitém vyrovnání se se smrtí svého partnera. Podobných silných příběhů zaznělo v pořadu MEDx talks již třicet. Všechny je možné vidět online nebo v televizi.*

MEDx talks je projekt pro pacienty s různými diagnózami a jejich blízké. Vznikl proto, aby nemocným lidem dodal energii a povzbuzení v tom, že i s vážným onemocněním se dá žít a člověk se nemusí přestat radovat ze života. Pacienti a jejich blízcí usedají do publika v komorním prostředí malého divadla, na jehož jevišti

Účinkující svým neformálním, přitažlivým a srozumitelným projevem mohou inspirovat ostatní a ukázat jim cestu k naději. Právě ta je totiž významným faktorem v procesu léčby, řešení krizové situace, objeňování, inovování či životní změny. Vystoupení účinkujících jsou přirozeně optimistická a zakončená

příběhy s ostatními. Během setkání nejde jen o sdílení svého příběhu s ostatními, ale také uvědomění si, že v takové situaci nejsem sám. Zároveň si myslím, že setkání přináší nenásilnou, ale podstatnou osvětu o diagnózách různých, i neobvyklých, nemocích a životu s nimi," vysvětlila Tereza Bačkorová, která se v Roche věnuje spolupráci s patientskými organizacemi. MEDx Talks je natáčen profesionálním televizním štábem a výsledný pořad je určen pro internetové a televizní vysílání. Záznamy jsou dostupné na [www.medxtalks.cz](http://www.medxtalks.cz), na Youtube kanále Roche Česká republika a v novém vysílacím systému DVB-T2 jej mohou sledovat diváci na obrazovkách [regionalnitatelevez.cz](http://regionalnitatelevez.cz)

## Příběh Ivy Pazderkové

**„Psychická nemoc je opravdová nemoc.“**

„Rozhodla jsem se, že se tou nemocí nenechám ovládat," říká herečka a zpěvačka Iva Pazderková, která několik let bojuje s depresemi a panickou poruchou. O své nemoci hovoří otevřeně, aby tak pomohla vyvracet mýty o tom, že psychické nemoci nejsou opravdické nemoci.

„Mám nádherné vzpomínky na svoje dětství, které jsem strávila na farmě u svých rodičů. Strašně ráda jsem trávila čas sama. U nás v rodině se psychické onemocnění nebralo jako nějaká nemoc. Od osmnácti let jsem začala mít divné stavy. Začaly mě potkávat ataky paniky, které byly častější a častější. Třeba i na jevišti a několikrát denně. Několikrát mě vezla sanitka, ale diagnóza byla vždy: zdravá. Až jsem sama nakonec ze zoufalství zavolala na krizové centrum v Brně Bohunicích, kde je psychiatrická klinika, a tam mi konečně řekli, co mi je a začali mě léčit. Tehdy byla léčba poměrně snadná a rychlá.

Když se mi před šesti lety přitížilo, bylo to o hodně těžší. Ataky se mi vrátily. Také jsem si v tu chvíli uvědomila, že



postupně vystupují lidé, kteří prezentují své osobní životní zkušenosti či nevšední pohledy na život. Zaznívají však nejen příběhy pacientů či lékařů, ale také různých inspirativních lidí mimo oblast zdravotnictví, kteří dokázali zdolat na první pohled nepříznivou situaci. Někdy jim pomohla vůle, jindy inovativní či neobvyklá aktivita, přátelé nebo obyčejná náhoda. Ústředním motivem všech řečníků je naděje, která může mít různé podoby. MEDx talks má dodat naději, inspiraci a motivaci lidem v těžké životní situaci. „Naděje, to nejsou jen nové způsoby léčby, ale také psychická podpora a možnost, že i s vážnou nemocí mohou pacienti šťastně žít. Proto mě napadlo připravit pro ně prostor pro sdílení příběhů mezi sebou," vysvětlil Ján Malo ze společnosti Roche, který inicioval vznik MEDx talks.

pointou. „Hosty vybíráme velmi pečlivě a nasloucháme přitom pacientům. Zájem je například o téma paliativní péče a umírání, postavení zdravotních sester nebo o zajímavé osobnosti s nevšedním pohledem na zdolávání obtížných situací," popsala Veronika Bačová, jež se stará o digitální komunikaci společnosti Roche. Vystoupení v divadle probíhají ve velmi uvolněné atmosféře, ke které přispívá i moderátor Jiří Pešina, který ve společnosti Roche vede oddělení komunikace.

„První setkání v divadle se uskutečnilo v listopadu 2018. Do konce roku 2019 jich proběhlo pět. Diváky jsou většinou pacienti, které kontaktujeme ve spolupráci s partnerskými patientskými organizacemi. Rezervujeme také místa pro jejich rodiny. Reakce máme velmi pozitivní. Dokonce se nám sami hlásí zájemci, kteří chtějí sdílet své



mám i deprese. A začala léčba na novo. Musela jsem se opravdu rozhodnout, že se nemocí nenechám ovládnout. Do léčby jsem se pustila opravdu poctivě. Vždycky jsem měla potřebu o té nemoci mluvit. Tím hlavním impulsem, proč o tom dnes mluvím otevřeně, je, že stále existuje názor, že psychická nemoc není nemoc.“

### Příběh Marka Blažička

**„Roztroušená skleróza mi dala myšlenkovou svobodu.“**

Je mu 23 let, je sečtělý a má smysl pro humor. Věnuje se mnoha činnostem, například hudbě, psaní nebo studiu. Jeho

divoké tempo nezpomaluje ani roztroušená skleróza, která mu byla diagnostikována začátkem roku 2018. Nemoc mu prý dodala určitý druh myšlenkové svobody. „Každá nemoc je vlastně rána do zaběhnutého řádu života. O světě nevím nic, ale před rokem a půl jsem takovou ránu dostal a přinesla mi myšlenkovou svobodu. Před tím jsem se cítil jako takový intelektuál, jehož snad každá věta je samotný aforismus, který protrhne nebesa. Až s diagnózou roztroušené sklerózy mi došlo, že vlastně nejsem tak chytrý, jak jsem si původně myslel. První projevy této nemoci jsou vlastně velmi vtipné. Třeba dobíháte autobus, ale nejste za boha schopní zaostřit, co je to za číslo, takže jedete několik stanic úplně jinam. Nemoc mi dala volnost i v psaní, kterým se živím. Zjistil jsem, že moje těžiště bude spíš humor než filozofické úvahy. Díky nemoci jsem prostě přehodnotil vnímání sebe sama. Dala mi obrovskou osobní svobodu.“

### Příběh prof. Petra Neužila

**„Když jste medicínsky výborní, musíte být výborní i sociálně.“**

„Je to pocit k nezaplacení, když pacientovi, kterému jsme dřív nemohli pomoci, po deseti letech můžeme nabídnout metodu, kterou jeho poruchu odstraníme,“ říká prof. Petr Neužil.

Chtěl být novinářem, ale aby nemusel psát o politice, rozhodl se v osmdesátých letech pro studium medicíny. Když se z něj stal kardiolog a začal pracovat v Nemocnici Na Homolce, už v necelých třiceti letech v roce 1992 implantoval první implantabilní



defibrilátor. Dřív to dělal pouze IKEM. Dál se profiloval v intervenční kardiologii se zaměřením na arytmie. Kardiologie se stala velmi inovativním oborem plným nových technologií, díky kterým umí kardiologové nahrazovat při mnoha výkonech i kardiochirurgy. Jako jeden z prvních pak v Praze provedl katetrizační ablaci. Při své práci používá počítače, magnety, lasery a katetry. Velmi ho ale baví i osobní kontakt a komunikace s pacienty. „Když jste medicínsky výborní, musíte být výborní i sociálně. Stále totiž platí, že 50 % své diagnózy vám řekne pacient. A když se ho neumíte zeptat, tak ho nevyčítíte. A to je potřeba zlepšit,“ dodává.

Zdroj a foto: Roche  
(red)

Inzerce ▼ M191000414

## 19. ČESKO-SLOVENSKÉ IBD SYMPÓZIUM

**Spolupráce chirurga  
a gastroenterologa**

**11. 3. – 13. 3. 2020**

Nemocnice Hořovice, Zámek Zbiroh

**Workshopy / 11. 3. 2020**

1. Laparoskopická ileocékální resekce pro Crohnovu nemoc
2. Perianální Crohnova nemoc
3. Střevní a perianální ultrazvuk u IBD

**Odborný program / 12. 3. – 13. 3. 2020**

Registrace na:

[www.nemocnice-horovice.cz/ibddny/registrace](http://www.nemocnice-horovice.cz/ibddny/registrace)

## VI. IBD PRACOVNÍ DNY HOŘOVICE 2020



NEMOCNICE  
HOŘOVICE



AKESO



IBD CHIRURGIE  
Střed. Cent. chirurgie gastroint. IBS, IBD

# Světová medicína na pár metrech

*Oddělení G5 Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze je nejstarším českým pracovištěm, které se specializuje na laparoskopické a hysteroskopické výkony. Ročně se zde provede kolem dvou tisíc miniinvazivních operací. Pacientky z celé České republiky i ze zahraničí se k Apolináři jezdí léčit především s myomy, endometriózou, ale i s onkologickými diagnózami. Špičkové vybavení je pro takto specializované pracoviště podmínkou. Náklady na optické přístroje a jednorázové operační nástroje jsou však obrovské a zdaleka přesahují finanční možnosti VFN. Každá inovace přitom posouvá úroveň oddělení zase o něco výš.*

Oddělení G5 existuje v budově porodnice u Apolináře již od roku 1969. Za 50 let své existence zde bylo provedeno přes 40 000 laparoskopických a hysteroskopických výkonů. U zavedení minimálně invazivní terapie na oddělení G5 stál v roce 2001 prof. David Kužel, který z operačních sálů vyčlenil tři samostatné endoskopické sály doplněné o lůžka pro krátkodobou pooperační péči. Oddělení G5 se úzce pojí s oddělením pro diagnostiku a konzervativní terapii G3. **Doc. Michal Mára**, který je vedoucím pooperační části endoskopického oddělení kliniky G5 a široce uznávaným specialistou na léčbu myomů, připomíná, že tři sály určené pouze pro endoskopické výkony jsou na české poměry unikátní počet. Většina nemocnic má buď centrální sály, o které se dělí s urology, chirurgy, nebo mají sály, ve kterých se kombinují otevřené a vaginální výkony i laparoskopické operace. „Díky tomu, že máme tři operační sály pouze pro sebe, můžeme si dovolit provádět vysoký počet operací ročně, na druhé straně však narážíme na limity historické budovy, která je sice architektonickým skvostem, ale dnes už zdaleka neodpovídá standardům, které bychom potřebovali. Laparoskopické sestavy s monitory s vysokým rozlišením si žádají velký prostor. Nejde jen o místo, které zabírá samotný 54" monitor, ale potřebujete také určitou vzdálenost, ze které ho můžete sledovat, a ta nemůže být 30cm,“ popisuje Michal Mára a dodává, že stísněné a potřebám moderního endoskopického pracoviště nevyhovující prostory ho trápí nejvíce.

Naopak spokojen je s technickým vybavením. Před třemi lety se podařilo získat vlastní 3D laparoskop, který mělo oddělení dříve zapůjčený. Doc. Mára je rád, že mají na G5 k dispozici také speciální věže určené k zobrazování

lymfatických uzlin pomocí indocyaninové zeleně (ICG), což představuje jeden ze současných trendů v onkogynekologii.

Trendem v oboru je podle Máry také robotická chirurgie, pořizovací cena robota se pohybuje od 60 do 100 milionů korun. Na něj se zatím nepodařilo sehnat finanční zdroje, i když zdejší pracoviště patří k největším onkogynekologickým centrům a mohlo by ho hojně využívat. Řada nemocnic si endoskopického robota podle Michala Máry v minulosti pořídila, ale od pojišťoven mají oprávnění pouze k onkologickým operacím, což považuje za určitý paradox: „Přitom robotická chirurgie se dá dobře využívat například i při neonkologických operacích, zejména třeba u endometriózy,“ doplňuje.

Podle Máry na jinak špičkově vybaveném oddělení někdy vážne obměna základních nástrojů, kterých je zde zapotřebí obrovské množství. Každá výměna se musí zdůvodňovat a náhrada nepřichází automaticky. Nástrojové vybavení pořizuje nemocnice, ale také nadační fond Apolena, který v roce 2013 založila Ing. Petra Horáková Křištofová s doc. Márou, jenž je spolu s prof. Kuželem také členem správní rady. Nadace shání prostředky téměř výhradně na jednorázové laparoskopické nástroje, jejichž cena se pohybuje kolem 15 tisíc korun na jednu operaci. Nadační fond nemá žádné zaměstnance, nevyplácí žádné odměny, ani nehradí lékařům kongresy, studijní pobyty nebo odbornou literaturu.

## Šetrné a úspěšné metody

Na endoskopické oddělení G5 se jezdí léčit pacientky z celé České republiky, mimopražské pacientky převažují nad pražskými. Spádovost již neexistuje, takže není možné nikoho odmítat, jen

se občas prodlužuje čekací doba. I když závažnost diagnózy a obtíže pacientky jsou podle lékařů vždy na prvním místě. Pracoviště je vyhledávané pro širokou škálu operativních výkonů. Profiluje se na pokročilou endoskopii určenou pro léčbu hluboké endometriózy, objemných a mnohočetných děložních myomů, děložní adenomyózy, na léčbu tzv. shermanova syndromu i na část onkologických diagnóz. Složitějších onkologických operací se tu miniinvazivně provádí zhruba 50 do roka. Přibývá náročných benigních operací, jako jsou různé druhy dělohy zachovávajících operací. Pacientky ve fertilním věku, který se neustále prodlužuje, se na endoskopické pracoviště u Apolináře obracejí často „na poslední chvíli,“ kdy jim podle závěrů z jiných pracovišť hrozí odstranění dělohy.

Roste také počet pacientek s endometriózou, která je sice benigním onemocněním, ale agresivně napadá i jiné než reprodukční orgány – jako jsou střeva, močovody, močový měchýř – proto zdejší gynekologové často operují ve spolupráci s dalšími odbornostmi.

Vybudovat kvalitní mezioborovou spolupráci není samozřejmě a podle Michala Máry trvá i několik let, než se vztahy utuží, aniž by je narušovala přílišná rivalita. I když endoskopické výkony provádějí i jiná pracoviště v České republice, věhlas pražské G5 je díky procentu úspěšnosti zákroků veliký. Hlavní výhodou endoskopických technik je, že jsou minimálně invazivní, přitom umožňují rozsáhlé výkony.

Lékaře, pro něž reprodukční chirurgie představuje hlavní náplň práce, vždy zajímá, co se děje s pacientkami po odchodu z kliniky. Ženy je informují, jestli se jim podařilo otěhotnět, sledují se i případné komplikace u porodů, i když





Laparoskopické sestavy s monitory si žádají velký prostor

třeba neprobíhají pod střechou porodnice u Apolináře. „Udržovat zpětnou vazbu třeba i patnáct let považuji za důležité a není to rozhodně pro všechny pracoviště samozřejmé,“ podotýká Mára.

### Od mimoděložního těhotenství k endometrióze

Kvalita oddělení stojí především na personálním obsazení, které tvoří stabilní několikačlenný tým. Kromě Michala Máry je druhou výraznou tvář oddělení asistent MUDr. Michael Fanta, vedoucí oddělení Centra pro komplexní léčbu endometriózy. Oba lékaři jsou vděční prof. Kuželovi, který oddělení založil a léta vede, že jim umožnil plně se profesně rozvinout, a úspěšně tak navázat na jeho práci. I když je endoskopické oddělení považováno za prestižní, i zde nejspíš brzy pocítí problém s nedostatkem lékařů, kteří odcházejí do ambulancí, nebo se uplatňují v lukrativním a méně fyzicky náročném prostředí léčby neplodnosti.

Mára považuje endoskopii za jeden z nejdynamičtějších se rozvíjejících oborů. „Když jsem na konci 90. let začínal, byl největším hitem ultrazvuk a laparoskopie, která mě nejvíce zajímala, a k ní jsem tedy stále utíkal. Což mimochodem rádím i dnešním začínajícím lékařům, aby si dokázali najít a prosadit to, co chtějí dělat. Tady u Apolináře se kdysi laparoskopii věnovali pouze prof. Kužel a asistentka

MUDr. Zuzana Fučková. Provádělo se cca 12–15 jednodušších operací týdně, jednou z nejčastějších akutních indikací bylo mimoděložní těhotenství, plánovaně se více operovaly cysty. Z mimoděložních gravidit a cyst na vaječnicích jsme postupně přešli i na oblast dělohy. Odstraňovaly se dělohy, a to nejdříve vaginálně s laparoskopickou asistencí, v posledních deseti letech je trendem kompletní laparoskopická hysterektomie, nebo supracervikální hysterektomie, kdy se zachovává děložní čípek. Tento typ odstranění dělohy se provádí kompletně laparoskopicky, včetně zašití pochvy, protože se tak narušuje pánevní dno méně, než kdybychom to prováděli vaginálně. Kompletní laparoskopii využívají i kolegové z jiných oborů, například urogynekologové,“ vysvětluje Michal Mára a dodává, že díky laparoskopii se dají v současnosti provádět i onkologické operace, které mohou být stejně radikální jako při otevřené operativě. V případě většího nálezu se vždy volí takové řešení, které vede k co nejmenší kontaminaci zdravého okolí. „Například při karcinomu vaječníků, kde bývají velké nádory, stále dominuje otevřená operativa.“

### Motivace k úspěchu

Pracoviště G5 je také významným školicím centrem. Dříve, než se začínající gynekolog

seznájí s nejmodernější technikou, musí se vyškolit v hysteroskopii a laparoskopii jako takové. Samotný přístroj pak představuje zjednodušení práce, kterou je potřeba nejdříve dobře ovládat. Školení probíhá na různých úrovních. Doc. Mára spolu s prof. Radovanem Pilkou z Porodnicko-gynekologické kliniky FN Olomouc jsou dvěma hlavními garanty základního dvoudenního laparoskopického kurzu v rámci Aesculap Akademie, kde si osvojují zásady bezpečné práce s laparoskopickou věží a endoskopické šití. Praktický nácvik se zaměřuje především na součinnost pravé a levé ruky. Adept si zvyká na 2D plošné zobrazení, oproti reálnému 3D obrazu, který umožňuje vnímat hloubku operačního pole. Nacvičuje se také kooperace operátora a asistenta, který obsluhuje kameru. Michal Mára považuje tento typ „basic“ kurzu za velmi důležitý a měl by jím podle něj projít každý začínající gynekolog-porodník, ale v praxi se to příliš neděje. Po absolvování základního teoreticko-praktického kurzu pak následuje střední úroveň, kdy je zapotřebí se naučit se odstranit jednoduchý myom nebo nezvětšenou dělohu. Postupně již jen endoskopičtí specialisté přecházejí k náročnějším endoskopickým operacím endometriózy nebo k onkologickým operacím. „Mladí lékaři před atestací mají předepsaný určitý počet diagnostických laparoskopií a laparoskopických hysterektomií, což vzhledem k počtu absolventů není jednoduché splnit. Pokud chtějí v endoskopii zůstat, pak si je bereme pod ochranná křídla a snažíme se je vzdělávat dál. Minimálně rok trvá, než může lékař samostatně operovat,“ vysvětluje doc. Mára, který je novogotické budově kdysi Zemské porodnice U Apolináře věrný od začátku své kariéry.

Kvalita jeho oboru je závislá na technickém pokroku, kde neexistují limity a firmy se v inovacích předhánějí. Vysokou úroveň však udržují především sami lékaři, jejichž motivaci ještě stále udržuje „pouhé“ nadšení pro obor, který si zvolili. Nastupující generace se však bude oprávněně dožadovat důstojnějších podmínek pro práci. Pokud je nedostane, půjde jinam, což se může časem odrazit i na kvalitě, na které si oddělení G5 Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze zakládá a kterou si již mohly za dobu jeho existence ověřit desítky pacientek, které sem často zamířily v patové životní situaci.

Pavlaína Perlíková

Foto: archiv VFN

# Posílení kompetencí sester

*Spolu s přesunem studia všeobecných zdravotních sester ze středních škol na vyšší odborné a vysoké se měly posílit i jejich kompetence. Na konferenci o vzdělávání zdravotních sester to řekl ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Resort podle něj rozšíření kompetencí připravuje.*

Podle Vojtěcha návrat vzdělání všeobecných sester na střední školy, po němž část odborné veřejnosti a zejména střední školy volají, není možný. Na středních školách budou dál studovat takzvané praktické sestry, dříve zdravotničtí asistenti, kteří nemohou pracovat samostatně.

„Nedotáhli jsme myšlenku, že s vyšším vzděláním sester mají přijít také vyšší kompetence,“ uvedl ministr. Podle něj resort na posílení role sestry v zdravotnickém systému pracuje. „Při jednáních s lékařskou veřejností to není úplně jednoduché,“ dodal. Prvním krokem, který se chystá, je podle něj předepisování zdravotnických prostředků, jako jsou například inkontinenční pleny nebo berle. V současnosti je pacientovi musí předepsat lékař.

V posledních letech se vzdělávání sester často měnilo. Na vyšší odborné a vysoké školy se přesunulo v roce 2004 po vstupu Česka do Evropské unie, obor všeobecná sestra se tam studuje jako tříletý bakalářský. Od školního roku 2017/2018 je novelou zákona dána další možnost – čtyřletá střední zdravotnická škola a jeden rok vyššího odborného vzdělání. Umožňuje také přijetí zájemců do vyššího ročníku, než je první, pokud jim budou uznané absolvované odborné předměty. Do roku 2022 se počítá s ověřováním, jestli nový model vyhovuje.

Od příštího roku bude navíc možné studovat bakalářský obor i v kombinované formě, neboli na dálku při zaměstnání.



Ilustrační foto: Shutterstock

Dál studovat se podle ministerstva školství snaží 90 % středoškoláků z oboru praktická sestra.

Do zdravotnictví podle odhadů nastoupí třetina absolventů zdravotnických škol, další třetina obor brzy opustí. V nemocnicích jich podle odhadů chybí kolem 3000, úvazků všeobecných sester je asi 83 000. Hlavními důvody nedostatku je kromě demografického vývoje a nízkých platů ve srovnání s ostatními vysokoškoláky právě komplikovaný systém vzdělávání.

Průměrný plat všeobecné sestry v akutní lůžkové péči byl loni podle Ústavu zdravotnické statistiky přes 38 500 korun,

meziročně se zvýšil o 12 %, za posledních pět let o 41 %. Letos se očekává průměr přes 42 000 korun. Mezi platy ve státních nemocnicích a mzdami v soukromých, krajských či městských nemocnicích je ale rozdíl několika tisíc korun měsíčně.

Ministerstvo zdravotnictví počátkem letošního roku informovalo, že platy ve zdravotnictví se vyrovnaly průměru EU. Podle údajů evropského statistického úřadu Eurostatu z roku 2016 byl průměr unie u sester asi 1,07 průměrné mzdy, české sestry měly 1,1. Česká průměrná mzda byla v prvním pololetí letošního roku 34 105 korun.

Zdroj: ČTK (red)

Inzerce ▼ M191000014

APSS ČR vás zve na dvoudenní konferenci

## ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V ROCE 2020

12.–13. 2. 2020 | Hotel Palcát, Tábor

součástí konference je galavečer

### Z programu:

- Budoucnost dlouhodobé péče v ČR
- Palliativní péče v sociálních službách
- Osobní údaje v ošetrovatelské péči
- Nutriční péče v sociálních službách

- Specifika ošetrovatelské péče o osoby trpící demencí
- Vykazování ošetrovatelské a rehabilitační péče odborností 913
- Rozšiřování kompetencí všeobecných sester

Program a přihlášení: [www.apsscr.cz](http://www.apsscr.cz), sekce Konference & Kongresy & Semináře



# Sestra roku



20 let

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

## Přihlaste svého kandidáta!

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

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

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

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

Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne **26. 3. 2020 v Kině Lucerna v Praze.**

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

#### Průběh soutěže:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů: e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz) / vložení na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz) / v obálce označené heslem „Sestra roku 2019“ na adresu redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 1. 2020. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2019“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete požádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru 26. března 2020 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota, složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

#### Podmínky účasti v soutěži:

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

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

Mediální partneři

Frekvence **1**

MEDICAL  
TRIBUNE CZ

Pořadatel

MEDICAL  
SERVICES 

Generální partner

HARTMANN 

O krok dál  
pro zdraví

nova

ORDINACE  
V RŮŽOVÉ ZAHRADĚ 2

## Přihláška do soutěže

### Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2019 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči  
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorií označte křížkem)

#### Navrhovatel

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

#### Soutěžící

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

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

#### Základní informace o soutěži

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

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

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

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

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

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

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

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

# Vzdělávací kurzy a programy

Přinášíme výběr z připravovaných vzdělávacích akcí pro nelékařské zdravotnické obory, které se budou konat v lednu a únoru příštího roku.

## 1. Neodkladná první pomoc pro nelékařské pracovníky ve zdravotnictví

Specializační kurz pro nelékařská zdravotnická povolání: biomedicínské a technologické obory, psychologie, obory všeobecných sester, porodní asistentka, zdravotnický záchranář, dětská sestra, ostatní nelékařské obory, fyzioterapeut

**Program:** Rozpoznávání stavů ohrožujících bezprostředně život a výkony první pomoci k zastavení zevního krvácení, k obnovení a udržení průchodnosti dýchacích cest a základní neodkladná resuscitace. Jeden den trvá teoretická část kurzu, čtyři hodiny jeho praktická část (bude přidělena až po přihlášení), zakončuje ho ověření znalostí.

**Termín:** 6.-10. ledna 2020

**Místo:** Praha 10, Ruská 85, IPVZ

**Organizátor:** IPVZ

**Registrační poplatek:** 3000 Kč

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

## 2. Katetrizace močového měchýře muže, čistá intermitentní katetrizace, edukace v oblasti intermitentní katetrizace a péče o permanentní vstupy do močových cest

Certifikovaný kurz pro nelékařské zdravotnické obory

**Termín:** 13.-15. ledna 2020, od 8.30 do 16.00

**Místo:** Vzdělávací centrum Aesculap Akademie při LF UP Olomouc  
Hněvotínská 976/3

Olomouc, Česká republika

**Organizátor akce:** Aesculap Akademie

**Akreditováno:** MZ ČR

Registrační poplatek je splatný dle pokynů zaslaných každému přihlášenému zájemci do e-mailu. V ceně kurzu jsou výukové materiály v elektronické verzi, pitný režim a občerstvení včetně obědů.

Více na [czsk.aesculap-academy.com](http://czsk.aesculap-academy.com)

## 3. Specializační kurz – Organizace a řízení ve zdravotnictví – Modul 3 – Zdravotní a sociální politika státu, marketing, ekonomika a financování

Specializační kurz pro nelékařská zdravotnická povolání: biomedicínské a technologické obory, psychologie, obory všeobecných sester, porodní asistentka, zdravotnický záchranář, dětská sestra, ostatní nelékařské obory, fyzioterapeut

**Termín:** 20.-24. ledna 2020

**Místo:** Praha 4, Budějovická 15, Hotel ILF

**Organizátor:** IPVZ

**Registrační poplatek:** 10 000 Kč

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

## 4. Všeobecná sestra – ošetrovatelská péče v psychiatrii

Specializační kurz s cílem získání způsobilosti „sestra pro psychiatrii“. Seznam akreditovaných pracovišť pro praktickou část vzdělávacího programu bude účastníkům předán v průběhu studia.

**Termíny:**

Základní modul: 6.-10. ledna 2020

Odborný modul 1 – 1. část:

24.-28. února 2020

**Místo:** NCO NZO Vinařská 963/6 Brno

**Organizátor:** NCO NZO

**Registrační poplatek:** 0 Kč

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

## 5. Syndrom vyhoření a jeho prevence v sociálních službách

Kurz pro pracovníky v sociálních službách akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí

**Program:**

Syndrom vyhoření a jeho příznaky  
Fáze syndromu vyhoření  
Rizikové faktory syndromu vyhoření  
Prevence syndromu vyhoření  
Duševní hygiena, techniky zvládnání stresu

**Termíny:** 27. února 2020

**Místo:** Učebna vzdělávacího centra ACZ,

Týnská 21, Praha 1 – Staré Město

**Organizátor:** ACZ vzdělávací centrum

**Registrační poplatek:** 1950 Kč

Více na [www.acz-kurzy.cz/akreditovane-kurzy](http://www.acz-kurzy.cz/akreditovane-kurzy)



Ilustrační foto: Shutterstock

# Jak je na tom vysoké medicínské školství?

*V čem se situace českých mediků, jejich pedagogů a absolventů zlepšila a kde ještě vnímají lékařské fakulty rezervy? Jednotlivé oblasti výuky budoucích lékařů zhodnotili zástupci českých lékařských fakult i jejich slovenských protějšků na společném setkání v Mariánských Lázních. Podle nich se lékařské fakulty chystají více spolupracovat ve vědě.*

Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy spolu s Asociací děkanů lékařských fakult ČR připravily a zahájily program podpory lékařských fakult. Prostředky z tohoto programu jsou přerozdělovány přímo na lékařské fakulty a na všech fakultách využity dominantně na zvýšení atraktivitu akademické kariéry a zvýšení kvality pedagogických sborů.

Meziroční nárůst zájmu o studium lékařství usnadnil dodržení závazku lékařských fakult o navýšení počtu přijatých studentů do 1. ročníku. V rámci nového investičního programu ministerstva školství získaly české fakulty příslib dalších cca 2,8 mld. korun, které začnou čerpat v příštím roce.

## Finance a intenzivnější spolupráce

Lékařské fakulty vyhodnocují končící programové období 2014–2020 a připravují strategické záměry na plánované období 2021–2027. Čerpání prostředků z evropských dotací je stěžejní pro rozvoj vědeckovýzkumných aktivit a umožňuje vědcům v oblasti medicíny přiblížit se podmínkám světových vědeckých institucí. Aktuálním trendem ve světě je vyšší míra spolupráce napříč univerzitami i vědeckovýzkumnými organizacemi obecně a vznik nových národních center umožňujících efektivní koncentraci finančních a lidských zdrojů. Další rozvoj realizovaných projektů v oblasti výzkumu onkologických a kardiovaskulárních onemocnění na národní úrovni je podle lékařských fakult nutnou podmínkou pro udržení zdravotní péče obyvatel v době zhoršující se demografické situace vyvolané stárnutím populace. Hlavním cílem má být světově/oborově relevantní výzkum a dostatečná kapacita navazujícího aplikovaného výzkumu a zajištění financování těchto národních center.

## Lépe vybírat studenty

V návaznosti na program podpory upravují fakulty kritéria ke zlepšení výběru studentů. Také průběžně analyzují korelace kritérií s úspěchem při studiu. Fakulty

konají přijímací testy samy a neplánují je „outsourcovat“.

Jedním z indikátorů konkurenceschopnosti českých univerzit v EU jsou (průběžně rekonstruovaná) kurikula. Extrakurikulární výuka studentům umožňuje zapojit se do vědecké, pedagogické a klinické činnosti na lékařské fakultě již pregraduálně. Povinné klinické stáže u lůžka mimo „mateřské“ fakultní nemocnice jsou v gesci garantů předmětů, výuku ošetřuje rámcová smlouva mezi fakultou a nemocnicí. Pokračuje úsilí o udržení optimálního poměru počtu studentů u lůžka „na pedagoga“, zapojení nefakultních nemocnic bude proto nutno zvyšovat. Představitelé fakult se shodují, že student má prázdninovou praxi absolvovat mimo „mateřskou“ fakultní nemocnici.

## Nové obrysy specializačního vzdělávání pro absolventy lékařských fakult

Základní podmínkou úspěšně fungujícího vzdělávacího systému musí být podle lékařských fakult úzké propojení pregraduální výuky a následné předatestační přípravy ve zvoleném specializačním oboru. Kontinuitu takto koncipovaného pre- a postgraduálního vzdělávání lékařů mohou zajistit pouze lékařské fakulty.

V oblasti specializačního vzdělávání má velký význam nejen řízení kvality, ale i management rizik. Z tohoto důvodu si lékařské fakulty nechaly vytvořit právní analýzu takového postupu, a to především s ohledem na riziko zpochybnutosti takto vykonaných kmenových zkoušek. Na základě této analýzy lékařské fakulty vypracovaly metodiku pro zkoušení a postoupily je ministerstvu zdravotnictví.

## Zubní lékaři omládlí, chybí ale jejich učitelé

Nedílnou součástí výuky na lékařských fakultách je zubní lékařství. To se potýká s nedostatkem vyučujících. Zubaři proto navrhují větší zapojení externích učitelů do výuky. Zdůrazňují nutnost výzkumu a vědecké činnosti v oboru, který také postrádá populační studie orálního zdraví, dokumentace současného stavu českého chrupu a definici budoucích trendů.

V letech 2004 až 2010 ale na rozdíl od všeobecného lékařství došlo k nárůstu počtu absolventů zubního lékařství a byl zvrácen negativní věkový trend praktických zubních lékařů.

## Věda a výzkum na fakultách

Pro postgraduální vzdělávání je nutná úzká spolupráce lékařských fakult a nemocnic, které společně připravují studijní praktické a výzkumné programy umožňující profesní vývoj ve všech oblastech zdravotnictví.

Jedním ze základních pilířů postgraduálního vzdělávání lékařů je doktorské studium. Pro absolventy lékařských fakult jde o náročný typ studia, neboť vedle specializační přípravy pro zdravotnickou činnost musí současně absolvovat vědeckou přípravu. Tyto programy jsou určeny pro nadané studenty s hlubokým zájmem o vybrané oblasti medicíny. Studentům je pak poskytováno nejen doktorské stipendium, ale i pracovní úvazek od příslušných nemocnic. Porovnání s celostátním průměrem ukazuje, že v takovýchto elitních programech je počet studentů, kteří úspěšně absolvují doktorské studium, podstatně vyšší než v jiných oborech. Většina absolventů navíc setrvává na svých mateřských pracovištích a podílí se na jejich odborném rozvoji, což výrazným způsobem přispívá k zachování a rozvoji kvality zdravotní péče.

## Jak vnímají výuku sami studenti

Sami studenti oceňují budování simulačních center a přejí si co největší zapojení v praktické výuce a modernizaci výuky vůbec. „Podporujeme využití elektronických vzdělávacích systémů a digitalizaci výukových materiálů jednotlivých fakult. Podporujeme zachování, případně i snížení počtu studentů ve studijních skupinách,“ říká Hana Dittrichová, absolventka 1. LF UK a místopředsedkyně jejího akademického senátu s tím, že studenti považují za nepostradatelnou součást vzdělávání na lékařských fakultách také hodnocení výuky samotnými studenty a zapracování výsledků hodnocení do výuky.

Petra Klusáková,  
1. LF UK

# Hluk neškodí jen sluchu

*Nadměrný hluk může způsobit poruchu sluchového aparátu, ale jeho škodlivé působení na náš organismus je značně komplexnější. Trvale vystaveni mu býváme i uvnitř budov. Právě v nich totiž trávíme 90 % času.*

Za hluk obvykle považujeme všechny zvuky, které nás obtěžují, ruší nebo jsou nám prostě nepříjemné. Je ovšem třeba dodat, že rušivé zvuky a škodlivý hluk spolu nemusejí nutně souviset. Ne každý zvuk, který ruší, je škodlivý a ne všechny škodlivé zvuky jsou zároveň i rušivé. Méně subjektivní hodnocení považuje za hluk zvuky, které mají nepříznivé účinky na lidské zdraví. Nejde jen o decibely.

Z fyzikálního pohledu představuje zvuk mechanické vlnění pružného prostředí ve frekvenčním rozsahu minimálního prahu slyšitelnosti. U člověka je rozsah individuální, od 20 Hz do 20 kHz. Při měření hladiny zvuku se zjišťuje hladina akustického tlaku v decibelech (dB).

Rozhodujícím faktorem pro účinek zvuku na lidský organismus je způsob, jakým je akustická informace zpracována. Biologicky účinnější jsou zvuky silnější, přerušované, s tónovými složkami, s impulzy nebo rázy. Spektrální složení hluku se liší jak podle šířky pásma, tak i podle převažující oblasti frekvence. Širokopásmový hluk má výrazné účinky na oběhové funkce. Úzkopásmový hluk má pronikavější účinky na sluchové ztráty i vyšší subjektivní rušivost. Hluky s převážnou frekvencí nad 2000 Hz jsou agresivnější.

## Specifické, ale zejména nespécifické účinky

Za nepříznivé účinky hluku na zdraví se obecně považují morfologické nebo funkční změny organismu, které vedou ke zhoršení funkce sluchu, snížení odolnosti



Ilustrační foto: Shutterstock

vůči stresu nebo zvýšení vnímavosti k jiným nepříznivým vlivům prostředí. Negativní účinky hluku na lidské zdraví jsou organové (specifické a nespécifické) i čistě duševně obtěžující – hluk ruší v nejrůznějších činnostech i v komunikaci, ovlivňuje subjektivní pocity.

Specifické organové účinky se projevují poruchami sluchového analyzátoru. Nespécifické účinky ovlivňují funkci různých systémů organismu a často se s nimi pojí stresové reakce a narušení fyziologických dějů. Hluk přispívá ke spuštění nebo urychlení vlastního patologického děje u chorob s multifaktoriálními příčinami. Hluk narušuje fyziologickou regeneraci a způsobuje nepříznivé změny fyziologických reakcí (kardiovaskulární aktivita, EEG zaznamenaná aktivita

mozku, poruchy spánku). Existují důkazy o účinku hluku na imunitní a hormonální systém, na některé biochemické funkce, na vývoj plodu, na mentální zdraví, sociální chování a výkonnost člověka. Působení hluku je v neposlední řadě i faktor stěžující komunikaci mezi lidmi, který vede k pocitům rozmrzelosti, nespokojenosti a nepříznivému ovlivnění pohody.

## Zájem zdravotníků i jejich pacientů

Z fyzikálních faktorů, které se mohou vyskytnout na pracovišti v průběhu práce, je právě nadměrný hluk nejčastěji považován za nejobtížnější. Nadměrná hlučnost vnitřního prostoru je palčivou zdravotní otázkou a prosazovat požadavky na snižování hluku neznamena brzdit technický vývoj. Bránit nadměrné hlučnosti je úkolem nejen techniků – ti pouze prakticky řeší konkrétní situaci. Zodpovědnost v tomto ohledu leží také na straně samotných zdravotníků, kteří mohou ovlivňovat své pracovní prostředí různými iniciativami. Zdravé zvukové prostředí a zvuková pohoda stimuluje jejich pracovní výkon a spoluvytváří bezpečné klima. Stejně tak – na vědomé i nevědomé úrovni – se hlučnost, nebo naopak zdravé zvukové prostředí odráží na pacientech, a to nejen během jejich hospitalizace.

Jana Jílková

Foto: istock photo

Práh zvuku, počátek sluchového vnímání	0 dB
Šum listů	20 dB
Pouliční hluk v tichém předměstí	30 dB
Tichý rozhovor	40 dB
Běžný pouliční hluk	50 dB
Hlasitý hovor	60 dB
Frekventovaná ulice, strojovna, hospoda	70 dB
Lidský křik, tunelem projíždějící metro	80 dB
Jedoucí vlak	90 dB
Prádelna, pneumatická sbíječka	100 dB
Kovárna, hlasitý obráběcí stroj, hudební klub	110 dB
Startující letadlo	120 dB
Práh bolestivosti	130 dB
Silvestrovské petardy	170 dB

# Představujeme patientské organizace: Klub bechtěreviků

*Chod Klubu bechtěreviků zajišťují dobrovolníci z řad členské základny, přesto je škála aktivit této patientské organizace poměrně široká. Kromě toho, že hájí zájmy pacientů s ankylozující spondylitidou, vydává také vlastní měsíčník, pořádá rehabilitační zájezdy nebo pomáhá šířit povědomí o dříve poměrně málo známém revmatickém onemocnění mezi laickou i odbornou veřejností. Také díky tomu se péče o bechtěreviky za posledních bezmála třicet let existence klubu posunula pozitivním směrem. „Klub Bechtěreviků je jednou z nejvýznamnějších patientských organizací v České republice,“ míní ředitel Revmatologického ústavu prof. Karel Pavelka.*

Klub bechtěreviků byl založen v roce 1990 skupinou bechtěreviků, která jezdila zejména do lázní Jáchymov. Sdružuje pacienty s ankylozující spondylitidou, dále rodinné příslušníky a právnické osoby mající zájem o zlepšení života pacientů. Původní členská základna se rozrostla z původních 300 na dnešních zhruba 1300 členů. Čestnými členy, kteří byli nějakým způsobem u zrodu organizace, jsou dnes například i lékaři Karel Trnavský, bývalá ředitelka Lázní Jáchymov Hana Hornátová nebo ředitel Revmatologického ústavu Karel Pavelka. Právě ten na dobu téměř před třiceti lety vzpomíná takto: „Rok devadesát byl bouřlivý a týkalo se to i Revmatologického ústavu, kde tehdy proběhlo několik konkurzů na ředitele a několik ředitelů se v ústavu vystříдалo. Já jsem se stal ředitelem v roce 1991, a to už byl Klub bechtěreviků ustanoven. Myslím si, že iniciativa vznikla zcela z řad pacientů, kteří se informovali o činnostech podobných organizací v zahraničí. Jejich činnost jsme v Revmatologickém ústavu od počátku podporovali. Jednak jsme jim bezplatně umožnili umístit sídlo klubu v našem ústavu, jednak jsem já a někteří kolegové opakovaně na jejich zasedání přednášeli nebo psali články do jejich časopisu.“

## Široká škála aktivit

Současný předseda Jindřich Fanta vstoupil do klubu po roce 2000 a předsedou se stal v roce 2007. Stejně jako v případě ostatních členů má i jeho činnost pro klub dobrovolnický charakter. Přesto se klubu daří rozvíjet širokou škálu aktivit, které mají několik rovin. Vůči členům jde jednak o rovinu informační – klub se snaží publikovat informace ve svém časopise Bechtěrevik, který je pro členy

dostupný i v elektronické podobě; dále vydává v překladu soubor příruček, který se skládá i z příruček Britské společnosti pro ankylozující spondylitidu (NASS) a ve kterém pacienti naleznou informace o nemoci, její léčbě, včetně té biologické, i o rehabilitaci a aktivním životním stylu s Bechtěrevovou chorobou. Vzdělávací charakter mají přednášky lékařů pořádané pro klub – v současnosti působí jako jakási garantka klubových projektů Šárka Forejtová z Revmatologického ústavu. „Díky spolupráci s lékaři jsme se zúčastnili také několika výzkumů a můžeme našim členům zprostředkovat nabídky zapojení do klinických studií z oblasti biologické léčby pro Bechtěreviky,“ přibližuje předseda klubu tuto spolupráci.

Jak však připomíná prof. Pavelka, členové si v klubu nepředávají poznatky jen o léčbě. „Výměna informací se týká i otázek týkajících se sociálních dávek, posuzování invalidity a dalších právních aspektů.“ Jindřich Fanta jeho slova potvrzuje s tím, že mnozí členové se na vedení klubu přímo obracejí s dotazy. „Měli jsme například případ, kdy si jeden náš člen zažádal o ZTP/P. Nejenže mu ho na úřadě nedali, ale ještě mu sebrali i ZTP, který měl již několik let. I do takových situací se lze dostat, někteří naši zejména starší členové se v množství pravidel nemusí vyznat,“ doplňuje předseda klubu a připomíná i aktuální změny úhrad zdravotnických prostředků.

Legislativa v širokém slova smyslu se týká i další roviny aktivit Klubu bechtěreviků, a tou je zmíněná obhajoba patientských zájmů. Klub je spoluzakládajícím členem Národní rady lidí se zdravotním postižením, jejímž prostřednictvím mohou připomínkovat legislativní úpravy. Klub má díky tomu také zastoupení na ministerstvu

zdravotnictví a totéž platí například i o Státním ústavu pro kontrolu léčiv. Kromě toho klub rozvíjí svoji činnost i v krajích a snaží se o spolupráci s krajskými zdravotnickými zastupiteli. Výsledkem je spolupráce a finanční podpora například ze strany Plzeňského, Moravskoslezského a Jihočeského kraje. Právě rozkročení klubu a jeho aktivit po celé republice nejen ve vztahu k zastupitelským úřadům, ale i k pacientům kvituje i Karel Pavelka. „Považuji to za velkou přednost Klubu bechtěreviků a fakt, že klub má velké regionální rozšíření a působí také mimo velká města, je výhodou, kterou mají bechtěrevici oproti členům jiných podobných organizací,“ myslí si ředitel Revmatologického ústavu.

## Diagnostika i péče se zlepšuje

„Klub bechtěreviků je jednou z nejvýznamnějších patientských organizací v České republice. Jako příklad mimořádné aktivity a významu tohoto klubu lze například uvést epidemiologickou studii s více než 1000 pacientů s touto chorobou, která se zabývala řadou důležitých epidemiologických dat, způsobu léčby a obtížích těchto pacientů. Například údaj, který často používám i ve svých vědeckých přednáškách, o tom jaké je zpoždění mezi zaznamenáním iniciálních příznaků onemocnění a definitivní diagnózou (9 let!) byl získán na základě badatelské sondy tohoto klubu.“

V posledních letech se nicméně doba před diagnózou zkracuje a podíl na tom má jistě i Klub bechtěreviků a jeho osvětové kampaně v ordinacích a čekárnách praktických. Nejen diagnostika, ale i léčba – nyní včetně



stále dostupnější biologické léčby – se postupně zlepšuje. „Dříve o Bechtěrevově nemoci málokterý praktický lékař něco věděl. Díky lékařským společnostem a sdružením, jejich odborným časopisům a konferencím, se k nim už ledacos dostalo. Často také dnes vědí, že máme klub, a pacienta na nás odkážou.

„V moderní medicíně a v revmatologii, která se zabývá problematikou dlouhodobých, chronických onemocnění, význam interakce lékař – pacient stále vzrůstá. Je to obsaženo i v Doporučeních Evropské ligy proti revmatismu, která má jako jeden ze základních principů sdílené rozhodnutí o léčbě mezi lékařem a pacientem. Velmi důležitá je edukace pacientů o jejich chorobě, o možné léčbě a o tom, jak se dlouhodobě s dopadem choroby na běžný život vyrovnávat. Pacientské organizace jsou z určitého úhlu pohledu optimálním partnerem pro řešení těchto problémů,“ doplňuje Karel Pavelka.

Důležitá je role klubu právě i v jednom z základních kamenů léčby. Organizuje

totiž během roku dotované rehabilitační zájezdy nad rámec hrazených lázeňských pobytů ve spřátelených zařízeních – například v Bechyni, Jáchymově nebo ve Františkových lázních.

„Když člověk zjistí, že má Bechtěreva, musí cvičit a jezdit do lázní. Ty jsou však hrazené jednou za rok, a to nestačí. Chtěli jsme měsíční pobyt rozdělit na dva výjezdy do roka, ale pojišťovny to nepovolily – to je zkrátka byrokratický šotek. My si proto vyjednáваме a organizujeme pobyty sami a naši členové na ně mají slevy. Díky režimu, kdy se jezdí na rehabilitační pobyty častěji, se řadě pacientů nemoc nezhoršuje,“ vysvětluje předseda klubu.

Klub bechtěreviků je členem Mezinárodní federace pro ankylozující spondylitidu (ASIF) a jako první organizace bechtěreviků z postkomunistických zemí zorganizovala v roce 2007 mezinárodní kongres. Jindřich Fanta se podobného kongresu zúčastnil také v Bulharsku a i díky kontaktu s anglickou NASS může porovnávat

fungování klubu se zahraničím. „Myslím, že si nevedeme špatně, ale třeba právě v Anglii, která je v tomto na špičce, je profesionalita pacientské organizace ještě větší. Podařilo se jim ‚zaháčekovat se‘ ve státní správě, dostávají různé dotace a podobně. Nicméně díky kongresu, který jsme u nás uspořádali, můžu říct, že, co se týče kvality péče, se u nás podmínky zlepšují.

Lukáš Malý

### Kontakty:

**Sídlo: Revmatologický ústav,  
Na Slupi 450/4, 128 50, Praha 2**

Kancelář a poštovní adresa:  
Karlínské náměstí 12,  
186 00, Praha 8

[www.klub-bechtereviku.cz](http://www.klub-bechtereviku.cz)

Inzerce ▼ M191000339



**ATALIAN**  
GLOBAL SERVICES

**+420 724 489 441**  
**WWW.ATALIAN.CZ**

**PROVOZ A SPRÁVA BUDOV**  
VE SPRÁVNÝCH RUKOU

## Kliničtí farmaceuti v NPK poradí, jak užívat léky

Nemocnice Pardubického kraje má nově samostatné oddělení klinické farmacie. Reaguje tak na stoupající spotřebu léků v české populaci a rostoucí náklady na jejich pořízení ze strany pacientů. Až donedávna byla v Pardubické nemocnici klinická farmacie součástí nemocniční lékárny, nově stojí samostatně. „Jsme



odborníci na racionální a bezpečné užívání léčiv,“ říká vedoucí oddělení **Johana Hušková** a dodává: „Pacient má mít jasnou indikaci k léčbě, žádná jemu prospěšná léčiva nemají chybět ani přebývat, je třeba se vyvarovat duplicitní léčby, kdy dostává léky od různých lékařů. Důležité jsou také správně zvolené dávky a kombinace léčiv, aby nedocházelo k lékovým interakcím a k projevům nežádoucích účinků.“

Kliničtí farmaceuti jsou součástí týmu odborníků, kteří komplexně pečují o pacienta. V Pardubické nemocnici úzce spolupracují zejména s neurologickou klinikou a interní klinikou, kterou tvoří interní a kardiologické oddělení. „Na těchto pracovištích je klinický farmaceut přítomen prakticky denně při vizitách a hlášeních. Pro lékaře z ostatních oddělení jsme k dispozici formou konzilií či telefonických konzultací. Z našich dosavadních zkušeností vyplývá, že by ze služeb klinického farmaceuta mohla profitovat všechna oddělení,“ řekla Johana Hušková.

Dominantní část činnosti oddělení klinické farmacie je zaměřena na hospitalizované nemocné. Formou konzultací

však pomáhají i při stanovení farmakoterapie některých ambulantních pacientů, zájem projevují i lékaři mimo nemocnici. „Komunikujeme s praktickými lékaři o pacientech, kteří do nemocnice pravidelně nedochází nebo jsou k nám přivezeni v akutním stavu, a nemáme o nich mnoho informací. V tomto směru nám bohužel chybí lékový záznam pacienta, který by poskytl informace z jeho zdravotní historie,“ uvedla Johana Hušková.

Zdroj a foto: NP (red)



## Nové oddělení DIOP v novoměstské nemocnici

Na oddělení dlouhodobě nemocných v novoměstské nemocnici zahajuje provoz nové oddělení DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče). Na novém oddělení je pět pokojů s celkově osmi lůžky. „Vybudováním jednotky DIOP naše nemocnice zajistí komplexní péči v oblasti následné péče. Oddělení DIOP je určeno pacientům, u kterých již pominuly důvody hospitalizace na JIP nebo na jednotce následné intenzivní péče, kteří již nevyžadují kontinuální lékařskou péči, ale nemohou být propuštěni do domácí péče a současně potřebují soustavnou intenzivní ošetrovatelskou péči. Na těchto lůžkách je také poskytována intenzivní péče pacientům s poruchou základních životních funkcí,“ vysvětluje ředitelka nemocnice Věra Palečková. Stavební práce byly zahájeny na konci září, dodavatel

stavby ji předal v termínu. „Stavební práce zahrnovaly kromě potřebných úprav vybudování nové elektroinstalace, nových rozvodů medicinálních plynů. Oddělení má nové elektrostatické podlahy.

Doplněna je samozřejmě příslušná přístrojová technika,“ říká k přestavbě technický náměstek nemocnice Jiří Drdla.

Zdroj a foto: NN (red)



## Urgentní příjem ve Zlíně již bude kompletní

Pacienti, u nichž dojde k náhlé akutní změně zdravotního stavu, už nebudou bloudit po nemocničním areálu a hledat správné dveře. Postarají se o ně zdravotníci profesionálové na zlínském oddělení urgentního příjmu. Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně totiž dokončuje poslední etapu koncentrace akutní péče do jednoho místa. Od začátku ledna 2020 se proto do prostor 23. budovy přesune rovněž lékařská pohotovostní služba pro dospělé, která dosud sídlila na opačné straně areálu. Ve Zlínském kraji tak

začne fungovat komplexní urgentní příjem se všemi úrovněmi akutní péče.

„Od nového roku najdou pacienti ve zlínské nemocnici opravdu komplexní urgentní příjem, který bude plnit stejnou roli, jako podobná pracoviště ve velkých fakultních nemocnicích. S budováním urgentu na místě bývalé úrazovky jsme začali v loňském roce a nyní dokončujeme poslední práce, abychom tento důležitý krok v organizaci akutní péče o pacienty z celého Zlínského kraje dotáhli do úspěšného konce,“ podotkl Radomír Maráček, předseda představenstev nemocnic Zlínského kraje.

Na podzim byly dokončeny stavební úpravy ve vstupu do budovy 23, kde vznikla registrace pacientů diskrétně oddělená od prostor čekárny. Na urgentním příjmu je nyní soustředěna akutní traumatologická, chirurgická, urologická, neurologická a interní ambulance. Od nového roku přibude i pohotovost pro dospělé, která se přesune z 21. budovy, ve které nadále zůstane lékařská pohotovostní služba pro děti i zubní pohotovost.

Zlínské oddělení urgentního příjmu má od jara letošního roku k dispozici také sedm expektačních lůžek. Významné jsou i další úpravy související s organizací



urgentního příjmu. „Pacienti, které do nemocnice nepřiváží zdravotnická záchranná služba, ale přicházejí k akutnímu ošetření sami nebo jsou přivázeni svými blízkými, mají k dispozici vstup vpravo, tedy z východní strany. Tam je umístěna registrace, přes kterou musí před samotným ošetřením projít. Od letoška mohou také využít nová parkovací místa před budovou,“ doplnil primář oddělení urgentního příjmu Michal Pisár.

Zdroj a foto: KNTB (red)



## FN Brno opravila část budovy R v Dětské nemocnici

Fakultní nemocnice Brno pokračuje v rekonstrukci svých budov. V současné době opravila v Dětské nemocnici první a třetí nadzemní podlažní budovy R, která je v ulici Černopolní a jsou v ní mimo jiné ambulance kliniky dětských infekčních nemocí (opravené v roce 2016). Cílem oprav byla rekonstrukce zastaralých prostor a zároveň přestěhování provozu ze stávajícího objektu H, kde by měl v blízké budoucnosti vyrůst nový parkovací dům.

„Díky tomu, že jsme si připravili nové prostory v budově R, můžeme si dovolit postupně některé provozy z budovy H do budovy R přestěhovat, a de facto to znamená, že může začít výstavba parkovacího domu, který Dětská nemocnice, respektive rodiče našich malých

pacientů dlouhodobě potřebují,“ konstatoval bývalý ředitel FN Brno **Roman Kraus**.



Budova R stojí v původní zástavbě areálu Dětské nemocnice FN Brno a byla postavena v roce 1926. Má celkem čtyři podlaží, jedno podzemní a tři nadzemní. Stavba byla prováděna téměř výhradně uvnitř objektu. Předmětem oprav v úrovni podlaží bylo vybudování nového ambulatního provozu v prostoru bývalých infekčních ambulančních. Sem bude umístěna ambulance závodního lékaře s pracovištěm sestry, stomatologická ambulance, ambulance gastroenterologických a nutričních terapeutů včetně čekárny pacientů a potřebného provozního zázemí. Předmětem rekonstrukce v úrovni podlaží bylo vybudování nových pracoven psychologů a sociálních pracovníků včetně zázemí.

Zdroj a foto: FN Brno (red)

# Vzácná onemocnění léčit umíme, stále však drhne diagnostika

*Čeští pacienti se už sice dobře dostanou k nákladné léčbě, pokud onemocní některou vzácnou chorobou. Bohužel velkým problémem stále zůstává diagnostika chorob a není výjimkou, že od objevení prvních příznaků až k finální diagnóze uplyne i deset let.*

Marek Javorčák měl zpočátku jen takové nepříjemné pocity, například když se mu zčistajasna začala třást ruka s hrnkem v ruce. Pak se objevil a zase načas zmizel tik v oku. Přičítal to nevspání nebo prodělané chřipce. Když se ale začal bát chodit přes přechod, protože si nevěřil, že stihne přejít včas na druhou stranu, vzal situaci do svých rukou. Obíhal lékaře a chtěl, aby zjistili, co mu je. Definitivně to vzdal, když si v diagnóze přečetl, že jeho potíže jsou ze stresu, a že lékařka doporučuje návštěvu psychiatra. Za psychicky narušeného se totiž nepovažoval a stresem nijak výrazně netrpěl.

Teprve když se jednoho dne složil na ulici a odvezla ho záchranná služba, udělali lékaři pořádné vyšetření. Přeci jen: teprve třiatřicet let, drogy nebral, pil málokdy, takže bylo zvláštní, že se mladý muž jen tak skácí na ulici. Ukázalo se, že má Parkinsonovu chorobu. Jenže od prvotních potíží po sdělení diagnózy uplynulo celých deset let. A podle lékařů je pozdní diagnostika u této choroby velmi častá.

Jak se shodli účastníci dalšího z cyklu Medialogů na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, speciálně u vzácných chorob je diagnostika téměř vždy zdlouhavá. Letošní

## Vzácná onemocnění:

- Postihují méně než 5 osob z 10 tisíc (nebo také jednu osobu z dvou tisíc a méně).
- Nyní je známo kolem 6 až 8 tisíc těchto chorob.
- V Česku má vzácnou nemoc více než 600 tisíc a celosvětově 300 milionů lidí.
- Asi 80 % těchto nemocí se projevují již v dětském věku.
- Až 30 % dětí se vzácným onemocněním se nedožije 5 let.

listopadové Medialogy byly zaměřeny právě na vzácné choroby, kam například spadá i pět procent onkologických nemocí, zejména nádory u dětí.

Mezi diskutujícími odborníky byli proto například onkoložka Kateřina Kopečková, jež se vzácným nádorům věnuje, Jan Michalík, vedoucí oddělení speciálně pedagogické propedeutiky na Univerzitě Palackého v Olomouci, a přednosta Kliniky dětského a dorostového lékařství Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Tomáš Honzík. Za stranu pacientů přišly Simona Sedláčková, zakladatelka spolku Metoděj a Anna Arellanesová, předsedkyně České asociace pro vzácná onemocnění.

Všichni odborníci se shodli, že například řídký výskyt vzácných nádorů a jejich velká variabilita způsobují často diagnostickou i terapeutickou nejistotu či rozpaky. „Často nám chybí jednotná léčebná doporučení, léčba se řídí jen retrospektivními studii nebo vychází pouze ze zkušenosti lékařů s několika málo pacienty v minulosti. U vzácných nádorů situaci také ztěžuje i nedostatek odborníků, kteří by měli s diagnostikou a léčbou zkušenosti,“ popsala onkoložka Kopečková. Jak z toho ven? Podle ní jediné tak, že se u nejasných diagnóz bude praktikovat multidisciplinární přístup – tedy že se u pacienta sejde ať už na dálku nebo ve skutečnosti celý tým specialistů.

Další cestou je propojení se se zahraničními odborníky, kteří mají s danou nemocí zkušenosti. I to by mohlo napomoci rychlejší diagnostice. Z tohoto důvodu vznikla také Evropská referenční síť center pro vzácná onemocnění (ERN), jejímiž členy je též několik pracovišť z Česka.

„V síti ERN jsou zahrnuty nemocnice, které se zabývají vysoce specializovanou diagnostikou a lékařskou péčí pro pacienty se vzácným onemocněním, u nás jde typicky o Motol a VFN. Zároveň, s ohledem na vzácný výskyt onemocnění v populaci, mají taková pracoviště



Ilustrační foto: Shutterstock

možnost vzájemně sdílet diagnostické i terapeutické zkušenosti,“ vysvětluje Tomáš Honzík.

Podle Kateřiny Konečné ani to však zatím nestačí, a tak se čeští pacienti nechtěně dostávají k léčbě později, než by bylo nutné. Česká asociace pro vzácná onemocnění vznikla proto, aby po sdělení diagnózy pomáhala pacientovi radami a předáváním vlastních zkušeností. O něco podobného se teď ve spolupráci s nadací Sirius snaží i lékaři.

„Ani přes naši velkou snahu nemáme v české zdravotní péči dostatečně ošetřen klíčový úsek života dětského pacienta, a to období přípravy, sdělování a následné péče po sdělení závažné diagnózy,“ posteskl si Jan Michalík, který se to snaží změnit. „Řada výzkumů přitom potvrzuje, že se jedná o naprosto zásadní okamžik v životě dítěte i rodičů. Zajištění podpory pacienta a jeho rodiny v tomto období je proto důležitým úkolem zdravotnické péče do budoucna,“ dodal Michalík, jinak také vedoucí Centra provázení, které se jako první v republice snaží o systémové změny. Například usiluje o podporu pro pečující rodiny ještě před sdělením diagnózy, po jejím sdělení, i po odeslání pacienta do následné péče.

Lenka Petrášová

# Vzniká systém digitálního varování obyvatelstva

*Povodně, požáry či unklé zplodiny do ovzduší. Nejen na tyto krizové situace upozorňují starostové své občany. Efektivním způsobem, jak oslovit co nejvíce lidí žijících na daném území, se stává digitální komunikace. Jejím prostřednictvím lze předat klíčovou informaci přímo do mobilních telefonů. Díky okamžitému spojení je tak možné eliminovat újmy na zdraví i na majetku. Na to se spoléhá i nový systém digitálního varování obyvatelstva, tzv. SDVO, který zatím díky aplikaci Záchranka a napojenému Mobilnímu rozhlasu funguje v Praze, Brně a v Plzni.*

Systém digitálního varování obyvatelstva (SDVO) je podřízen složkám krizového řízení a ochrany obyvatel. Informaci do systému po domluvě s IZS zadává pracovník krizového řízení města či kraje. Mezi uživatele aplikace Záchranka je zpráva šířena formou notifikace „Push“ a emailu. Starosta následně rozhodne, které komunikační kanály v rámci systému Mobilní rozhlas jsou pro zprávu nejvhodnější a jak bude varovná zpráva distribuována. Ta se poté objeví ve

formě notifikace či jako SMS zpráva na všech telefonech, které jsou registrovány v platformě Mobilní rozhlas. Zprávy jsou rozšiřitelné o audioverzi pro osoby se zrakovým postižením.

„Jsme rádi, že se nám povedlo uskutečnit náš dlouhodobý plán a můžeme spolupracovat s aplikací Záchranka. Náš společný dosah činí zhruba 1,5 milionů obyvatel. Takže zhruba každý sedmý člověk v zemi je zapojen do našich systémů. Díky napojení

na krizová řízení měst prostřednictvím Záchranky jsme nyní schopni odeslat varování přímo do mobilních telefonů,” uvádí Ondřej Švrček, zakladatel Mobilního rozhlasu.

Výhodou systému je i možnost odeslat jako součást notifikace odkaz na krizový portál města či kraje, kde lze zjistit další podrobnosti k dané události. Občané tak získají přesné, a díky spolupráci s krizovým řízením i nejaktuálnější informace o tom, co se v dané lokalitě právě děje a jak se mají zachovat. Každý člověk s mobilním telefonem registrovaným v aplikaci Záchranka nebo Mobilní rozhlas tak navyšuje reálný dosah krizového sdělení města či kraje.

„Aplikace Záchranka představila systém varování letos na jaře. Do dnešního dne se přidala Praha, Plzeň a Brno, a v jednání už jsou další města i celé kraje, jako například Jihomoravský. Chceme, aby aplikace Záchranka mohla nabídnout pomoc co nejvíce lidem. I proto jsme vytvořili společnou iniciativu s Mobilním rozhlasem,” uzavírá autor aplikace Záchranka Filip Maleňák. (pp)



Inzerce ▼ M191000155

# XLVIII.

Výroční kongres České hepatologické společnosti  
ČLS JEP s mezinárodní účastí

## MÁJOVÉ HEPATOLOGICKÉ DNY

# Olomouc 2020

## 13. – 15. května

NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

[www.ces-hep.cz](http://www.ces-hep.cz)  
[www.congressprague.cz/mhd2020](http://www.congressprague.cz/mhd2020)

Pořadatel  
Česká hepatologická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Českou lékařskou společností JEP  
a Českou asociací sester

Organizátor  
Congress Prague

# Zemřel přední český epidemiolog Zdeněk Ježek

*Ve věku 87 let zemřel přední český epidemiolog Zdeněk Ježek, který se během své činnosti ve Světové zdravotnické organizaci (WHO) významně podílel na celosvětovém vymýcení pravyých neštovic.*

Rodák z Liberce vystudoval v letech 1952–1958 lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, poté působil v Ústavu epidemiologie a mikrobiologie. Svou profesní dráhu zahájil epidemiologickou studií TBC, žloutenky a chřipky. V roce 1965 pomáhal jako expert Světové zdravotnické organizace budovat zdravotnický systém v Mongolsku, kde zorganizoval první celoplošné očkování dětí proti obrně.

V sedmdesátých letech působil v ústředí WHO v Ženevě, pomáhal při likvidaci neštovic v Jugoslávii a epidemie cholery na východě Slovenska, při vymýcení neštovic v Indii, Nepálu a Bangladéši, Somálsku, Etiopii a Keni. V roce 1980 byl WHO vyslán do konžského Brazzaville, kde působil jako poradce pro nakažlivé nemoci. Poté organizoval program epidemiologické „surveillance“ orthopoxvirových nákaz a afrických virových hemoragických

horeček v oblastech západní, střední a východní Afriky. Vedl studie virových hemoragických horeček (Lassa, Ebola, Marburg, krymskokonžská) a epidemiologie a ekologie viru opičích neštovic (monkeypox, tanapox) a jejich významu pro lidskou populaci. Od roku 1985 vedl program posteradikační „surveillance“ neštovic a dalších významnějších orthopoxvirových nákaz. Je jedním z autorů a editorů rozsáhlé prestižní publikace WHO „Neštovice a jejich eradikace“ (Ženeva, 1988). Výsledky studie orthopoxvirových nákaz ve střední Africe publikoval v monografii „Human Monkeypox“, kterou obhájil jako disertační práci (1991).

Po završení programu vymýcení neštovic přešel v roce 1988 do globálního programu AIDS. V roce 1995 se jako expert WHO podílel na likvidaci epidemie eboly v Zairu. Až do vysokého

věku přednášel medicům a lékařům o tropické medicíně.

Ježek je autorem asi 200 vědeckých článků a soubornějších prací publikovaných v české a zahraniční literatuře. Ocenila ho WHO, dostal vyznamenání v Indii i Mongolsku. V roce 1987 mu byla udělena medaile Jana Evangelisty Purkyně za úspěšnou mezinárodní spolupráci při vymýcení neštovic, v roce 2003 byl pasován na Rytíře českého lékařského stavu. Za své největší profesní zklamání tehdy označil zjištění, že se ve světě v tajných laboratořích konají pokusy na obnovení viru černých neštovic, který by mohl být použit jako biologická zbraň. „Poslední roky profesního života zasvětil vystupování proti biologickým zbraním a bioterorismu,“ uvedla jeho dcera Zuzana Zelená.

Zdroj: ČTK, Zdravi.Euro.cz  
(red)

## Hamzova léčebna vzpomíná na primáře Františka Broma



Šíře jeho zájmů se však neomezovala jen na medicínu, stal se též velkým odborníkem v oblasti digitalizace. Počítače, a vše s nimi související,

*Sekundární lékař a později primář František Brom zemřel 11. 11. 2019. Brom byl věrným pracovníkem Hamzovy léčebny, do které nastoupil již po své promoci v roce 1983 a stal se vyhledávaným odborníkem v konzervativní ortopedii. Pro léčebnu byl tehdy i později zvláště vynikajícím znalcem problematiky Perthesovy choroby.*

propojoval se zdravotnictvím. Díky svému exaktnímu přístupu k vědě byl dlouhá léta oporou léčebny i v otázkách farmakoterapie; stal se také ultrazvukovým diagnostikem, s jistotou ovládal svůj další obor, tedy léčebnou rehabilitaci – opíral se o své hluboké znalosti fyziologie.

Připomenout lze jeho značný rozhled v kultuře, byl též vynikající sportovec. Vše zvládal s neuvěřitelně pevnou vůlí, která mu pomáhala vítězit nad osudem. Těžké onemocnění doslova potlačil a žil aktivně další desetiletí. Jako primář velkého

oddělení trvale rozvíjel své pracoviště. Stal se dobrým vzorem pro mnoho dalších kolegů a kolegyní v léčebně, které učil a pomáhal jim. Stihl s námi a hlavně se svou milovanou rodinou ještě oslavit své teprve 62. narozeniny.

Léčebna vzdává Františku Bromovi čest. Jeho práce zůstane v paměti tisíců pacientů, kterým pomohl. Děkujeme za ně i za sebe.

Václav Volejník,  
ředitel Hamzovy léčebny  
Foto: archiv léčebny

## Stárnout se dá s úsměvem

V pondělí 2. prosince proběhl v prostorách Divadla U Valšů v Praze, v sídle neziskové organizace Život 90, workshop Nadačního fondu Veolia s názvem *Stále s úsměvem*, zaměřený na zdravé stárnutí. V rámci programu byla pokřtěna i novinka z nabídky odborných titulů Mladé fronty – *Aktivní gerontologie aneb Jak stárnout dobře*.

Knihu, která vyšla v edici Postgraduální medicína, představily obě editorky knihy – gerontoložka Iva Holmerová a Kateřina Macháčová z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče. Křtu se zúčastnila i šéfredaktorka edice Michaela Lízlerová, ředitel organizace Život 90 Jan Lorman, předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti Božena Jurašková a další hosté.

Tématem monografie, do níž přispělo 22 autorů, je fenomén stárnutí, které autoři představují v novém světle, jako problematiku, k níž je zapotřebí postavit se aktivně. Aktivita se předpokládá nejen u státu, jehož úkolem je pomoci svým občanům zajistit důstojné podmínky pro stárnutí, ale především u samotných stárnoucích občanů, kteří přejímají zodpovědnost za své stárnutí. Aktivním stářím se myslí celoživotní příprava a zahrnuje kromě zdravého životního stylu a dietního stravování především otevřenost k aktivitám, pohybovým i mentálním, které pomáhají udržovat nadhled a vitalitu. Úvodní kapitoly se věnují stáří z filozofického pohledu a historické perspektivy. Iva Holmerová shrnuje také novou globální strategii zdravého stárnutí, kterou přijala WHO. Jde o komplexní návod k tomu, jak posílit funkční schopnosti



starších lidí, aby mohli co nejdéle vést samostatný život.

Autorka se dotýká i koncepce geriatrické péče v České republice, která by měla vždy vycházet z aktuální situace, a navazovat tak na existující systém péče a služeb. Kromě detailního rozboru problémů spojených se stárnutím autoři nezapomínají také nedocenenou skupinu

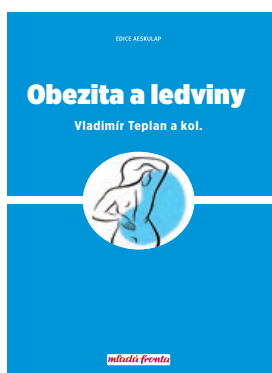
pečovatelů. Závěrečná část monografie nabízí ukázky z dobré praxe a skutečné příběhy, například rozhovor novinářky Judity Matyášové se Zuzanou Marešovou, která byla jedním z Wintonových dětí. Kniha je napsána čtivým jazykem a je určena nejen odborné veřejnosti, ale všem aktivním lidem, kteří se nebojí stárnout.

pp, foto: archiv MF

## Oceněná monografie

*Kniha Obezita a ledviny z vydavatelství Mladá fronta získala v soutěži o nejlepší vědeckou publikaci Institutu postgraduálního vzdělávání 2. místo v kategorii Publikace z interních oborů za roky 2017 a 2018.*

Monografie z roku 2017, která vyšla v edici Aeskulap, se jako první odborná česká kniha zabývá problematikou obezity a onemocnění ledvin. Je napsána komplexně z pohledu široké klinické praxe. Jejími autory jsou přední odborníci v oborech nefrologie, obezitologie, vnitřního lékařství, histologie, metabolismu



a výživy, kardiologie, diabetologie a dalších odborností. Pozornost je věnována též vlivu obezity na ledvinné selhání při jeho akutní i chronické formě léčené dialýzou a transplantací ledviny.

Významnou součást tvoří léčebné postupy zaměřené na obezitu, a to i v souvislosti se základním onemocněním

(konzervativní postupy formou nízkenergetických diet v různých modifikacích nebo metody endoskopické a postupy bariatrické chirurgie). S tím souvisí rovněž kapitola zaměřená na chirurgickou problematiku při obezitě. V závěru knihy se autoři zabývají fyzickou aktivitou při obezitě a předkládají dietní předpisy a tabulky výživových hodnot u nefrologicky nemocných.

pp

## Radovan Kouřil potvrzen ve vedení OZP



Generálním ředitelem Oborové zdravotní pojišťovny bude po další čtyři roky Radovan Kouřil. Jednomyslně o tom rozhodla správní rada pojišťovny.

„Byl bych rád, aby naši klienti mohli být hrdí na to, že jsou pojištěni u OZP. Přestože je to nelehký úkol, obzvláště v případě zdravotní pojišťovny, musíme ho mít stále na zřeteli jak v každodenní činnosti, tak při přípravě nových projektů, kterými se budeme chtít odlišit od konkurence,“ říká Radovan Kouřil, generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny.

Správní rada na svém zasedání také schválila zdravotně pojistný plán na rok 2020. Ten navyšuje platby poskytovatelům zdravotních služeb o bezmála dvě miliardy korun ve srovnání s letošním rokem. Nárůst výdajů je tak téměř desetiprocentní.

„Výdaje do zdravotnictví rostou každoročně zejména s ohledem na stárnutí populace a vstup nových technologií a léků do praxe. Pouhé přilítí nových peněz do systému ale neznamená automaticky lepší péči o klienty. Dlouhodobou rolí Oborové zdravotní pojišťovny proto vidím v tom, abychom byli schopni efektivně řídit náklady a v maximální míře odměňovali za kvalitu. Právě tím směrem míří i bonifikační programy pro lékaře schválené už v tomto zdravotně pojistném plánu,“ dodává Kouřil.

Radovan Kouřil nastoupil do OZP v roce 2011 jako výkonný ředitel. V roce 2016 byl jmenován do funkce generálního ředitele. V pojišťovnictví působí od roku 1996. Do roku 2010 působil jako finanční ředitel Hutnické zaměstnanecké pojišťovny, respektive České průmyslové zdravotní pojišťovny. V letech 1997 až 2010 zastával funkci vedoucího ekonomické sekce Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

Zdroj a foto: OZP (red)

## Pfizer má svou zástupkyni ve významné anketě



Lucie Kubenová, ředitelka právního oddělení farmaceutické společnosti Pfizer, se zařadila mezi významné představitelky českého práva v kategorii Podniková právníčka. Anketu Královny českého práva každoročně vyhlašuje vydavatelství *Economia*.

„Velmi si ocenění vážím. Vnímám ho jako výraz uznání ženám, které v České republice mohly začít studovat právo teprve před 100 lety. Ocenění beru také jako uznání společnosti Pfizer, v níž pracuji a která mi poskytuje opravdu výborné zázemí pro mou práci,“ konstatuje Lucie Kubenová.

Kubenová vede od roku 2017 právní tým společnosti Pfizer, který zajišťuje právní služby a poradenství právníkům osobám na území České a Slovenské republiky s cílem minimalizovat právní riziko s hlavním zaměřením na farmaceutický zákon.

„Jsem velmi rád, že firemní strategie podpory talentů v naší společnosti funguje. Oceňujeme lidi s všeobecným přehledem, schopností se učit a být flexibilní. Na druhou stranu naše společnost je jednou z nejstarších farmaceutických společností se zaměřením na inovace. Produkty, které vyvíjíme a vyrábíme, pomáhají zachraňovat životy, je tedy pro nás obrovsky důležité mít v našich týmech nejlepší odborníky,“ dodává Pavel Sedláček, generální ředitel společnosti Pfizer v České republice.

Lucie Kubenová pracuje ve farmaceutickém průmyslu 11 let. V roce 2009 přijala nabídku společnosti Medtronic, kde pracovala na pozici právní a „compliance“ manažerky. V té době vedla také etický výbor ve společnosti CzechMed. V profesní kariéře dále pokračovala jako CE Compliance Coordinator společnosti AstraZeneca a od roku 2014 pak ve společnosti Sanofi na pozici právní ředitelky. Podílela se také na projektu

Transparentní spolupráce AIFP. V současné době působí jako ředitelka právního oddělení ve společnosti Pfizer pro Českou a Slovenskou republiku. V roce 2017 ukončila magisterský titul LL.M. V roce 2017 byla vybrána do seznamu *The Legal 500 GC Powerlist: Central and Eastern Europe 2017*.

Zdroj a foto: Pfizer (red)

## Bohumil Jiroušek kandidátem na funkci rektora JU



Akademický senát Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na svém zasedání 10. prosince zvolil kandidáta na funkci rektora pro období 2020–2024. Stal se jím profesor Bohumil Jiroušek, dosavadní prorektor pro vnitřní hodnocení.

Bohumil Jiroušek byl zvolen 23 hlasy, 14 senátorů se zdrželo hlasování.

Kandidáta na funkci rektora Jihočeské univerzity volí Akademický senát JU, který má 40 členů. Ty tvoří zástupci všech osmi fakult univerzity, každá fakulta je v senátu zastoupena třemi akademickými pracovníky a dvěma studenty. Návrh kandidáta na funkci rektora je přijat, jestliže se pro něj vysloví nadpoloviční většina všech členů senátu, to znamená minimálně 21 senátorů. Rektora jmenuje na návrh akademického senátu veřejné vysoké školy prezident republiky.

Bohumil Jiroušek se po studiích na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v rámci doktorského studia českých dějin specializoval na problematiku historiografie a moderní české a středoevropské historie a kultury, následně působil na Jihočeské univerzitě, v letech 2000–2004 také v Archivu Akademie věd ČR a v Ústavu pro soudobé dějiny Akademie věd ČR, v roce 2005 se habilitoval, v roce 2014 byl jmenován profesorem českých dějin a československých dějin. Ve svém badatelském i pedagogickém působení



je inspirovan kulturněhistorickými a kulturními přístupy, věnuje se problematice historiografie, moderní a soudobé společnosti a kultury, vazbám mezi vědou, kulturou, ideologií a politikou. Vedle desítek studií publikovaných doma i v zahraničí je autorem řady biografí významných českých historiků, editorem a spolueditorem sborníků a kolektivních monografií k problematice historiografie, moderní české kultury a československo-italských vztahů. V květnu 2016 byl jmenován prorektorem pro rozvoj a vnitřní hodnocení Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, později prorektorem pro vnitřní hodnocení. Předtím byl v letech 2011–2016 proděkanem pro vědu a výzkum Filozofické fakulty JU. Funkční období stávajícího rektora Tomáše Machuly končí 31. března 2020.

Zdroj a foto: JU (red)

## Chomiak v čele Ortopedické kliniky 1. LF UK a NNB



Do funkce nového přednosty Ortopedické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a IPVZ Nemocnice Na Bulovce byl

v říjnu jmenován Jiří Chomiak. Jmenování oficiálně přijal z rukou děkana 1. LF UK Aleksiho Šeda a ředitele nemocnice Jana Kvačka.

Jiří Chomiak vystudoval Fakultu všeobecného lékařství na UK, titul docenta chirurgických oborů získal v roce 2004 a v roce 2016 byl jmenován profesorem ortopedie 1. LF Univerzity Karlovy. Je předsedou České společnosti pro ortopedii a traumatologii pohybového aparátu, členem Evropské pediatrické ortopedické společnosti a Evropské společnosti pro výzkum kyčelního kloubu. Mimo jiné je také koordinátorem centra péče o zdraví fotbalistů FIFA a členem lékařské komise Fotbalové asociace České republiky. Účastnil se mezinárodních humanitárních misí v Jordánsku a Maroku. Ve své odborné praxi se zaměřuje na dětskou ortopedii, neurofyziologii, ale například také na sportovní medicínu. Na ortopedické klinice v Nemocnici Na Bulovce působí již od roku 1984.

Nový přednosta chce navázat na práci Pavla Dungle, který ortopedickou kliniku v Nemocnici Na Bulovce z pozice přednosty úspěšně vedl posledních 25 let. „Naše klinika obsahuje všech sedm oborů, od dětské ortopedie přes endoprotetiku až po spinální a onkologickou ortopedii. Laickou i odbornou veřejností je vnímána jako vlajková loď české ortopedie, což je pro nás obrovský závazek,“ popisuje profesor Chomiak. „Všechny tyto obory i díky panu profesoru Dungleovi fungují na špičkové úrovni. Ve spolupráci s primářem Radovanem Kubešem a celým lékařským týmem se budeme snažit tyto nastavené standardy udržet a dále je aktivně rozvíjet,“ doplňuje nový přednosta.

Vedení kliniky má například v plánu v brzké době založit Centrum

pro léčbu nádorů pohybového aparátu, dále rozvíjet péči o pacienty s hemofilií a usilovat o opětovné přiznání statusu traumacentra. „Rád bych také naše lékaře motivoval k dalšímu postgraduálnímu studiu a zapojení do výuky na 1. LF UK. Samozřejmě počítáme s naší aktivní účastí na klíčových kongresech a konferencích u nás i v zahraničí. A stejně tak očekávám zapojení lékařů v grantové oblasti a účast na stážích v zahraničí. Máme také obrovský potenciál v publikaci odborných článků,“ vysvětluje své plány profesor Chomiak.

Profesor Chomiak na klinice pracuje již 35 let, veškerý personál a prostředí kliniky tedy velmi dobře zná. S dosavadním přednostou Dungle se mimo jiné podílel na vývoji do té doby jedinečných operačních postupů, ať už se jedná například o artrogrypózu (přenos prsního svalu na paži) či operaci v oblasti pánve nebo kyčelního kloubu. Jmenování profesora Chomiaka přednostou tedy nebylo žádným překvapením.

„Ortopedie je ve své rozmanitosti skutečně krásný obor. U operativy je samozřejmě základem řemeslo, ale pak je tu i tvůrčí práce, zdokonalování či vytváření zcela nových postupů, kdy se v podstatě jedná o rekonstrukční ortopedii. To mě na mé práci vždy bavilo a baví nejvíc. Na mnohých takových projektech jsme pracovali právě s profesorem Dungle,“ vzpomíná Jiří Chomiak.

Pavel Dungle bude i nadále na klinice aktivně působit, povede svou ambulanci, bude operovat, přednášet studentům a svými zkušenostmi přispívat k dalšímu rozvoji pracoviště, které si za jeho působení vydobylo v oboru zcela výsadní postavení.

Zdroj a foto: NNB (red)

Inzerce ▼ M191000429

Personální inzerce  
do časopisu  
**ZAM**  
Zdravotnictví a medicína

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



**Vítkovická**  
**nemocnice**  
Člen skupiny AGEL



## Unikátní TV projekt s odborným zpravodajstvím o zdravotnictví

### Sledujte aktuální rozhovory:

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



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



## NATOČTE S NÁMI ROZHOVOR!

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

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

Moderuje: MUDr. Michaela Lízlerová

# Ples sester

JEDINÝ OFICIÁLNÍ PLES ČESKÉ ASOCIACE SESTER

6. března 2020  
Palác Žofín, Praha

Moderuje Petr Rychlý

Vystoupí Štefan Margita

K tanci hraje legendární Big Band Felixe Slováčka

Vstupenky na [www.plesprosestry.cz](http://www.plesprosestry.cz)

GENERÁLNÍ PARTNER:



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI:



PŮRADATEL:

