

6
2022



Metabolický pohled na epilepsii sleduje podstatu onemocnění

str. 38

www.zamcasopis.cz

Rozhovor:
Pavel Calda
str. 8

**Inovace a kvalita
ve zdravotnictví**
str. 17

**Sestra roku 2021 –
rozhovory s vítězkami**
str. 31

Předplatte si odborný měsíčník

ZAM

Zdravotnictví
a medicína



s dárkem podle vlastního výběru
na rok za **665 Kč.**



A) Balíček 2 knih

- Podnikatelské legendy první republiky a jejich následovníci
- Veterinář vzpomíná



B) Voucher do internetového obchodu www.medical-uniforms.cz

- s pestrou paletou módního zdravotnického oblečení charakteristického vysokou kvalitou provedení, příjemným materiálem a pohodlným střihem



C) Balíček 2 knih

- Manažeři se lvíčkem
- Rozhovory s osobnostmi doby covidové

Objednávejte na webu: www.zamcasopis.cz,
e-mailem: send@send.cz

nebo telefonicky: +420 225 985 225, +420 777 333 370.

Standardní cena ročního předplatného bez dárku je 565 Kč.

O tom, jak nám ve světě dvakrát cinkla bronzová medaile

Pokaždé, když píšu editorial, tak se snažím reagovat na děje či události, které provázely vznik daného čísla. Ne jinak tomu bude nyní. Zrod aktuálního čísla měsíčníku Zdravotnictví a medicína provázelo dvojí cinknutí bronzové medaile. Ať chci, nebo nechci, tak zkrátka musím zmínit to, že mám velkou radost, že naši hokejisté přivezli po deseti letech smůly a marnosti bronz. Možná to pánům, a asi i některým dámám, může připadat zvláštní, ale já mistrovství světa v hokeji sleduji ráda. Vůbec nejraději mám dvě věci. Zaprvé když se „kluci“ na ledě perou, protože ač násilí nijak nepodporuji, tak zkrátka hokej je sport pro tvrdé chlapy, a tak podle mne nějaká rána a zlomená hokejka ke hře patří. Za druhé mám ráda, když vyhráváme. A vůbec nejraději jsem, když slyším naši hymnu a vidím naši vlajku, to jsou chvíle, kdy se neubráním ani dojetí a slzám. Díky hokejistům jsem si chvilku poplakala a plakala jsem vlastně hrozně ráda.

Druhá medaile nebyla tak mediálně sledována a většina čtenářů našeho měsíčníku o její existenci nebude mít potuchy. Druhý bronz ze světa nám přivezl pár Maruška a Jirka, kteří nás reprezentují v akrobatickém rokenrolu, a to přímo v nejvyšší, tedy královské, kategorii A. V této kategorii jsou součástí akrobatických sestav takové věci jako dvojité salta a další prvky podobné těm, co znáte třeba z krasobruslení. Možná si někdo z vás vzpomene, že jsem před časem psala o tom, že mladší syn byl roky součástí české reprezentace akrobatického rokenrolu, z toho vyplývá, že tento sport sle-

duji a všem, kdo v něm vyniknou, fandím. Myslím si, že bronz, ať už jeden, druhý, či oba mnou zmíněné, v době, která není úplně snadná, udělal radost nejen mně.

Ale zpět k časopisu. Pro červnové číslo jsem nachystala dva rozhovory s lékaři. První jsem vedla s paní profesorkou Evou Králíkovou z Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a bavily jsme se – jak jinak – o kouření a o tom, jak je škodlivé a jak se tohoto návyku zbavit.

Druhý rozhovor je také z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, pro změnu z Gynekologicko-porodnické kliniky a povídala jsem si s panem profesorem Pavlem Caldou. Povídala jsem si s ním moc ráda, protože se s ním dlouhé roky znám a jsme přátelé.

Jak jsem slíbila již v editorialech minulého čísla, tak na stránkách našeho časopisu nechybí ani rozhovory s vítězi soutěže Sestra roku. Tuto soutěž spolupřádá i náš měsíčník, tak považuji za samozřejmost, že můžeme přiblížit práci všech, kteří byli oceněni během slavnostního večera, který proběhl v kině Lucerna.

Kolegyně Kateřina Štulíková napsala článek o nové studii o cystické fibróze a kolegyně Jana Jílková v rubrice historie medicíny dala prostor vojenskému lékaři Františku Langerovi.

V čísle věnujeme prostor kongresovému zpravodajství. Zmínit mohu třeba XXXIV. Olomoucké hematologické dny, na



kteří se vydal kolega Michal Češek a v čísle se s námi podělil o zajímavosti, které na kongresu zazněly.

Článků jsme ale nachystali mnohem víc a já věřím, že se vám budou líbit.

Ručičky hodin se pomalu blíží k jedné hodině ranní, venku je ticho a klid, a jak už to tak u mne bývá zvykem, s dopisováním editorialech aktuálního čísla už myslím na další, na plánované číslo. To vyjde v rozšířené verzi o prázdninách.

Všem čtenářům přeji, aby dobu do vydání dalšího čísla časopisu Zdravotnictví a medicína prožili v klidu a spokojenosti, které k prázdninám a dovoleným patří.

Krásné léto všem!

Petra Bartlová
šéfredaktorka

OBSAH



OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Kuřáků je u nás dvakrát více než diabetiků	2
■ Biologická léčba snižuje počet záchvatů migrény	4
■ Magnet 213 za dva roky pomohl 10 tisícům pojištěnců RBP	6
■ „Tvář oteklého eskymáka“...	6
■ Jaká byla poslední chřipková sezóna? Více nemocných než loni...	7
■ Rozhovor: Pavel Calda	8

■ Zprávy z regionů	12
■ Křivka dožití obyvatel Česka se poprvé v historii otočila...	14

MEDICÍNA

■ Inovace a kvalita ve zdravotnictví	17
■ Konference Trendy praktického vzdělávání ve zdravotnictví	22
■ Olomoucké hematologické dny opět hostily lékaře, sestry i laboranty	24
■ Digitalizace intenzivní a anesteziologické péče...	26
■ Digitalizace zdravotnictví může zlepšit dostupnost zdravotní péče...	27
■ Aplikace MEDDI bude k dispozici peruánské armádě	28
■ Digitalizace je přínosem nejen ve zdravotnictví...	30

■ Rozhovory s vítězkami a vítězem soutěže Sestra roku 2021	31
■ V Česku ubyl lidí s tuberkulózou, migrační vlna může situaci změnit	37
■ Metabolický pohled na epilepsii sleduje podstatu onemocnění	38
■ Pochopení účinku protinádorových léčiv povede ke zlepšení léčby...	40
■ Protein plektin ovlivňuje stabilitu tkání při nemoci motýlích křídel	41
■ Nová studie o cystické fibróze v ČR definovala strategické priority	42
■ Pacienti z jižní a východní Evropy čekají na nové léky až šestkrát déle	43
■ Genomické testování pomůže lékařům...	44
■ Pozapomenutý dramatik, vojenský lékař František Langer	45
■ Nabídka práce	46

Kuřáků je u nás dvakrát více než diabetiků

Přestat s kouřením je běh na dlouhou trať a mnoho vyléčených kuřáků svou závislost dostalo pod kontrolu až na pátý a další pokus. „Kouření způsobuje celou řadu zdravotních problémů a stojí za to s ním přestat. A to nejen kvůli zdraví,“ říká profesorka MUDr. Eva Králíková, CSc., z Centra pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Kolik kuřáků, procentuálně, je v dospělé české populaci?

Mezi lidmi ve věku od 15 let a výše je čtvrtina kuřáků. Zatím je ještě více mužů než žen, ale kouření mužů klesá, zatímco kouření žen zatím jen přestalo stoupat a víceméně stagnuje. V populaci je sice mnohem méně kuřáků, než jich bylo před nějakými padesáti lety, kdy po cigaretách sahalo přes čtyřicet procent populace, ale i tak vykazujeme čísla dvakrát vyšší, než tomu je v zemích, jako je Kanada, Austrálie, USA, UK, Nový Zéland, kde je prevalence kouření kolem 12 %.

Proč je jinde kuřáků méně než u nás?

U nás je zatím stále malá politická vůle k účinné prevenci a malé povědomí o léčbě a její nízká dostupnost. Přitom nejúčinnější preventivní opatření by nic nestála. Je to především vyšší cena cigaret daná daní, nekuřácké veřejné prostory i venku, prodej jen v trafice s licencí a jednotné balení.

Daně z cigaret jsou ale dost vysoké...

Vyrobít krabičku cigaret stojí méně než deset korun. A tak i při dani kolem 80 % z ceny je zisk výrobce pořád velký. Ačkoli kuřáci nebudou souhlasit, cena cigaret je u nás nízká. Porovnáme-li ji s průměrným platem dnes a před nějakými 25 lety, za průměrný plat si dnes koupíme dvojnásobný počet cigaret než tenkrát. Aby byly cigarety stejně dostupné jako tehdy, krabička by musela přijít skoro na 300 Kč. Navíc bychom neměli mít daň jen procentní, ale i minimální pevnou. A tohle nejen že by nic nestálo, ale dokonce by to přineslo zisk: za méně prodaných cigaret s vyšší daní by totiž stát vybral víc peněz.

Co by podle vás změnil prodej cigaret jen v trafice?

Snížila se významně dostupnost. U nás se většina cigaret prodá dohromady s potravinami, to by být nemělo. Místa prodeje nejsou nijak omezena a je tam povolena reklama. V té trafice by měl být prodej nejen bez reklamy, ale cigarety by neměly být ani vystavené.

Co by vyřešilo jednotné balení cigaret?

Všechny krabičky stejné, název značky stejnou barvou, velikostí i písmem, hnědozele-

ný podklad, dominuje obrázkové varování, odpadá tedy spojení s image značky, což je to, co láká mladé. Opět zdarma: obaly tiskne výrobce podle vyhlášky Ministerstva zemědělství. Kdyby dítě žilo v zemi, kde stojí krabička cigaret třeba 400 korun, kde nikde nevidí nikoho kouřit ani cigarety prodávát, protože v trafice jsou v neprůhledné skříni a když se k nim dostane, jsou v ošklivé krabičce, bylo by kouření rozhodně méně atraktivní, než je nyní.

Nekuřácké veřejné prostory ale máme...

Ty vnitřní víceméně ano, dané zákonem 65/2017, ale v řadě zemí se nekouří ani venku na ulici nebo na pláži, třeba v New Yorku a řadě dalších měst USA, v Austrálii, Kanadě... To u nás chybí.

Tabákové daně jsou ale významným příjmem státního rozpočtu, ty peníze by zcela jistě chyběly...

Ano, kolem 80 miliard, ale náklady na to, že se u nás tabákové výrobky prodávají, jsou mnohem vyšší, pro země střední Evropy jsou odhadovány na 3 % HDP, což je kolem 170 miliard. „Kouřím, abych podpořil stát“ je bohužel mylná snaha.

Kdo kouří? Máte nějaká data týkající se vzdělání apod?

Ano, kouření se dnes zcela jednoznačně posouvá mezi znevýhodněnou část populace – kouří více lidé s nízkými příjmy, nízkým vzděláním, tedy s nízkým socioekonomickým statusem.

Jaký je nejčastější věk, kdy lidé sáhnou poprvé po cigaretě?

Pravidelné kouření bývá nejčastější od 14–18 let, ale první cigareta kolem 10–12 let. Když vyrábíte cigarety, musíte své zákazníky dostat do závislosti dřív, než dostanou rozum. Soudnost se vyvíjí kolem patnáctého roku a jen jeden z deseti dospělých kuřáků si poprvé zapálil po svých 18. narozeninách.

Často se říká, že by si kuřáci měli platit léčbu nemocí, které jsou způsobeny kouřením. Myslíte si to také?

Jednoznačně ne, z více důvodů. Kouření způsobuje nemoci, které mají většinou více



prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

příčin, jsou multifaktoriálně způsobené. Kouření může hrát sice i podstatnou roli, jako třeba u rakoviny plic nebo CHOPN a umíme tu míru rizika obecně spočítat – ale nikdy ji neznáme u jednotlivce, nevíme, vinou kterého rizikového faktoru právě on onemocněl. Právě by se to tedy těžko prokazovalo. Navíc v systému zdravotní daně, jako máme u nás, nemůžeme kontrolovat, kdo kouří, kouřit přestal nebo se k tomu vrátil – závislost na tabáku je chronické relabující onemocnění, které si navíc naprostá většina kuřáků vinou laxního přístupu státu pořídila v době dětství a dospívání, kdy u nich nebyla vyvinuta soudnost.

Něco jiného je komerční pojištění: když se pojistíme třeba na vážné onemocnění, jako nekuřák budeme platit méně než jako kuřák. Když ale dojde k plnění, protože onemocníme a ukáže se, že jsme lhali, například průkazem metabolitu nikotinu kotininem, peníze nám zkrátka pojišťovny nedají, protože jsme porušili smlouvu.

Co znamená odvykání kouření?

Pojem odvykání kouření zahrnuje vše, co vede k abstinenci, a je nutné do něj zahrnout letáky, populační kampaně, telefonní linku, mobilní aplikace...

Léčba se obecně odehrává v ordinacích a je skutečně léčbou, totiž léčbou nemoci s diagnózou F17, tedy závislosti na tabáku. Závislost se týká naprosté většiny kuřáků, zhruba kolem 80–90 %. Jednoduchým diagnostickým znakem jsou abstinenci příznaky při vynechání dávky, což je v tomto případě cigareta. Tito kuřáci kouří denně a jejich fyzická závislost je podstatnou překážkou v tom, aby s kouřením přestali. Většina dospělých kuřáků by totiž raději nekouřila, kdyby to ovšem šlo – přestat totiž opravdu není jednoduché.

Jak na tom jsme s léčbou závislosti na tabáku v porovnání s okolními evropskými státy?

Nijak dobře, i když možná nejlépe z oblasti východní Evropy. Máme doporučené postupy léčby pro lékaře, letos již třetí verzi, pro lékárníky i pro sestry, také již třetí verzi, máme kolem čtyřiceti center pro závislé na tabáku, výkony léčby závislosti na tabáku 25501 (vstupní hodinová intervence) a 25503 (kontrolní návštěva, 30 minut), které si mohou nasmlouvat lékaři osmi odborností, od letošního ledna také výkon 25504, což je 10minutová intervence pouze v rámci programu včasného zachytu karcinomu plic pro praktické lékaře a pneumology. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku pořádá postgraduální vzdělávání lékařů, farmaceutů i sester. Kromě těchto možností léčby existuje i kolem 200 poradenských center v lékárnách, funguje Národní linka pro odvykání, závislosti na tabáku, péči se věnuje i několik adiktologických ambulancí, jsou mobilní aplikace v češtině. Kontakty na to všechno jsou na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku.

Ale to je stále málo. F17 je nemoc, chronická nemoc, která způsobuje desítky dalších nemocí. Kuřáků je u nás dvakrát více než diabetiků a porovnejme dostupnost léčby třeba s nimi. Z těch kuřáků, kteří v předešlém roce navštívili nějaké zdravotnické zařízení, dostala pouze třetina doporučení přestat kouřit a jen 2 % byla nabídnuta léčba, využil ji jistě jen zlomek z nich. To ukazují i data zdravotních pojišťoven: výkon vstupní intervence byl loni vykázán jen 692x, tedy necelých 700 ze dvou milionů kuřáků bylo skutečně léčeno. Trapné...

Kdo má v kompetenci léčbu kuřáků?

Každý lékař, sestra či jiný zdravotník by měl aplikovat alespoň krátkou intervenci, kuřácký status by měl být součástí zdravotnické dokumentace a mělo by to zajímat i zdravotní pojišťovny: kouření snižuje

o desítky procent účinnost řady léků od psychofarmak, chemoterapie přes třeba warfarin až po biologickou léčbu, kuřáci jsou častěji hospitalizováni, po jakékoli operaci se pomaleji hojí, mají víc komplikací, jsou déle na JIP... Krátká intervence může být od pár desítek vteřin do 10 minut, základní schéma má tři body „D–I–K“: Dotaz na kouření, Intervenci (popis léčby) a Kontakty (na nejbližší možnosti intenzivní léčby). Povinnost krátké intervence je dokonce v zákoně 65/2017.

Jak může v případě zájmu pacienta o odvykání pomoci praktický lékař, jaká je jeho úloha v daném systému léčby?

Jistě podstatná. Je v první linii. Samozřejmě neplatí, že po jednoduchém doporučení a krátké intervenci všichni přestanou kouřit – ale klíčový význam krátké intervence je v tom, že ji kuřák slyší od každého lékaře, každé sestry, lékárníka při vyzvedávání každého receptu, až se jednou rozhodne. Nedávno přišel do našeho Centra pro závislé na tabáku pacient, který říkal: „Přišel jsem, protože mám novou praktickou lékařku. Ta mi řekla, že mám přestat kouřit a vysvětlila, jak to souvisí s mojí cukrovkou. Kdybych k ní chodil dřív, byl bych přestal už dávno.“

Častým argumentem kuřáků, proč kouří, je problém s hmotností, kouření jim pomáhá udržet si nízkou nebo stabilní hmotnost. Jsou nějaká doporučení v tomto směru?

Ano, to s pacienty probíráme – není to neopodstatněná obava. V průměru přibere kuřák během prvního roku 4–5 kg. Ne všichni, někteří dokonce zhubnou v rámci změny životního stylu, jiní ale mohou přibrat více. Má to dva důvody. První je mechanický: když kuřák místo kouření jí, a zejména sladká, tučná, moučná jídla, je jasné, že přibere. Radíme tedy zeleninu, neslazené tekutiny, pohyb... Ale může se stát, že říká: „Já jím stejně a hýbu se stejně, jako když jsem kouřil, a přesto jsem přibrál.“ Může mít pravdu, druhým důvodem je totiž změna metabolismu. Mezi abstinenci příznaky je i hlad. Nikotin totiž zpomaluje motilitu žaludku. Na střevo působí opačně, urychluje peristaltiku distální části, proto je mezi abstinenci příznaky obstrukce. No a konečně se může snížit bazální metabolismus až o 10 %, odpadá totiž vyplavování stresových hormonů po vykouření cigarety. Kromě vysvětlení těchto souvislostí, analýzy jídelníčku a pravidelného vážení jsou v prevenci zvyšování hmotnosti důležité i léky závislosti na tabáku – v tomto případě především náhradní

terapie nikotinem, ale i bupropion či cytin. Je to také jeden z důvodů, proč doporučujeme užívání těchto léků dlouhodobě, nejvyšší úspěšnost mají ti, kteří léky užívají půl roku. Kouřit se také nenaučili za měsíc.

Stačí k rozhodnutí přestat kouřit silná vůle?

Ne. Rozhodnutí a přání přestat je jistě třeba, ale jen vůle nestačí. Přestat napoprve se bohužel povede málokomu, celoživotní kuřák mívá za život desítky pokusů přestat. U bývalých kuřáků bývá úspěšný tak pátý pokus. To samozřejmě snižuje sebevědomí. Naši pacienti s úlevou poslouchají, že to, že mají problém přestat, není nic výjimečného, že je jen třeba neúspěšné pokusy využít pozitivně a najít odpovědi na tyto otázky: Co mi pomohlo? Proč jsem se ke kouření vrátil/a? V jaké situaci? Co v té situaci udělám příště místo sáhnutí po cigaretě?

To následně může pomoci při dalším pokusu.

S kouřením je spojeno riziko rozvoje celé řady onkologických onemocnění, jak riziko klesá u lidí, kteří s kouřením přestali?

To klesá bohužel velmi pomalu, v řádu let či spíš desítek let.

Do souvislosti s kouřením se dává i rozvoj roztroušené sklerózy...

S RS centrem profesorky Kubala Havrdové máme výbornou spolupráci. Kromě toho, že sídlí na stejné chodbě, jejich pacienti k nám přicházejí motivovaní, dobře připravení. Vědí, že kouření uspíšilo propuknutí jejich nemoci, ale hlavně to, že když přestanou kouřit, léčba bude účinnější a prognóza významně lepší.

Často se mluví i o zvýšeném riziku onemocnění dutiny ústní, je tomu tak?

Je. A nejsou to jen prekancerózy či nádory, o kterých se mluví nejvíce. Ale i plaky, častější zubní kaz, foetor ex ore, paradontóza a vůbec onemocnění dásní. Horší hojení zajímá ty, kdo se zabývají zubními implantáty, úspěšnost může být u kuřáka i jen poloviční. A samozřejmě i taková banalita, jako je barva skloviny, je ovlivněna kouřením.

Máte pocit, že by se mělo přidat v osvětě kolem rizik kouření?

Popravdě nevím o žádné pořádné osvětě. Nepamatuji si žádnou celostátní kampaň od dob „Šance pro 3 miliony“ z osmdesátých let minulého století. Osvěta je jistě třeba a je jí málo.

Petra Hátlová

foto: archiv Evy Králíkové

Biologická léčba snižuje počet záchvatů migrény

Biologická léčba významně snižuje počet dní, které musí lidé prožít s migrénou, a zlepšuje tak výrazně kvalitu jejich života. Vyplývá to z dat nově založeného Českého registru pacientů s migrénou na nové preventivní léčbě (ReMig), který je zveřejňuje vůbec poprvé. Zatímco před zahájením biologické léčby prožili pacienti v průměru 10,9 dní s migrénou měsíčně, po devíti měsících od zahájení terapie došlo k výraznému poklesu – na 3,1 dnů. Lidé trpící migrénou podle dat z registru také přestali už po šesti měsících nadužívat akutní léky na bolest hlavy.

„Přílišná konzumace akutních léků, jako jsou analgetika nebo triptany, paradoxně vede ke vzniku bolesti hlavy, a lidé se tak ocitají v začarovaném kruhu, kdy na bolest hlavy berou léčiva, která ji při nadměrném užívání způsobují,“ vysvětluje sledování této hodnoty předseda správní rady ReMig MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D., který je zároveň předsedou Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy České neurologické společnosti.

Úkolem registru ReMig, který je jedním z prvních v Evropě, je lépe a účinněji bojovat s nemocí, kterou v Česku trpí odhadem přes milion lidí. Dle světových studií by to dokonce mohlo být 15 % celé populace, nejčastěji žen ve věku mezi 30 a 39 lety. „Očekáváme, že údaje z registru povedou k lepšímu pochopení potřeb pacientů, k včasnému odeslání správně diagnostikovaných do specializovaných center a ke zmapování efektu biologické léčby této nemoci,“ pokračuje MUDr. Nežádal. Přestože zdravotní pojišťovny již biologickou léčbu proplácí více než dva roky, v Česku ji užívá jen zlomek

těch, kteří by na ni měli nárok. „Důvodem je mimo jiné to, že řada lidí nemoc před svým okolím tají – bojí se zlehčování a posměchu – a odhadem 40 % pacientů vůbec neví, že jejich problémy má na svědomí právě migréna. Záchvat migrény přitom dokáže jedince zcela zneschopnit. Není s to pracovat, studovat, starat se o běžné denní věci, a to někdy i několik dnů v kuse,“ popisuje neurolog.

Lékaři mohou biologickou léčbu nasadit v centrech pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, kterých je v Česku jednatřicet, jejich seznam lze nalézt například na www.migrena-kompas.cz/centra-pro-lecibu/. Pacient musí splnit určitá kritéria – mít více než čtyři záchvaty měsíčně a projít klasickou preventivní léčbou. Teprve když ta nezabere, může odborník uvažovat o léčbě monoklonálními protilátkami. „Data ukazují, že tato léčba umí snížit počet atak o polovinu a více, kromě toho zkracuje dobu trvání záchvatu a zmírňuje jeho intenzitu. U biologických léků také pozorujeme minimum nežádoucích účinků,“ dodává MUDr. Nežádal.

O léčbě migrény

V současné době je na migrénu k dispozici účinná léčba, která se dělí na akutní a preventivní. V případě, že má pacient jen čtyři dny s migrénou (MMD) do měsíce a pomůže mu od bolesti tableta léku ze skupiny triptanů, stačí akutní léčba a není třeba nasadit léčbu preventivní. Ovšem při vyšším počtu dnů s migrénou – čtyři a více do měsíce – dochází k výraznému snížení kvality života pacienta. Zde je vhodné nasadit preventivní (tzv. profylaktickou) léčbu, jejímž cílem je snížit počet a intenzitu záchvatů a omezit délku jejich trvání. Více o migréně na www.migrena-kompas.cz

Registr v současné době sbírá data ze specializovaných center. K závěru loňského roku poskytlo údaje deset z nich, a to o 231 pacientech na biologické léčbě, z toho podíl žen činil 87,9 %. Průměrný věk pacientů byl 46,8 let, nejmladšímu bylo 21 a nejstaršímu 75 let. Většina pacientů (55 %) je středoškolsky vzdělaná, dalších více než 30 % má vysokou školu. Přes 70 % lidí v registru pracuje na plný úvazek, 10 % na částečný, invalidní důchod pobírá jen 7,4 % pacientů. Více než 64 % léčených má migrénu v rodině. Většina si nepamatuje, co jejich nemoc poprvé spustilo. Ti, co si to pamatují, uvádí nejčastěji stres, 9,5 % pacientek uvedlo jako spouštěcí událost první menstruaci. Celkem 58,9 % pacientů trpí kromě migrény dalším přidruženým onemocněním, nejčastěji psychiatrickým (32,4 %), především depresemi a úzkostmi, poté nemocí srdce (28,7 %).





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.

Problémy při vyřizování žádostí o úhradu zdravotní péče

Vystavení žádanky o schválení/povolení výkonu, zdravotnického prostředku nebo léčivého přípravku jsou každodenní činností skoro všech zdravotnických zařízení. Přestože se jeví příprava a vyplnění žádosti jako velmi jednoduchý proces, má svá úskalí, a proto bychom si dovolili v této Poradně VZP ukázat a vysvětlit nejčastější problémy.

Podmínky úhrady zdravotních služeb jsou stanoveny v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Tento zákon prošel k 1. 1. 2022 novelizací a přesně stanoví, které zdravotní služby jsou ze zdravotního pojištění hrazeny, které se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek. Část zdravotní péče je možné uhradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění jen po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny. V takovém případě si žadatel, nejčastěji prostřednictvím poskytovatele zdravotních služeb, podává žádost o schválení/povolení na příslušném formuláři www.vzp.cz/poskytovatele/tiskopisy.

Všechny žádosti o úhradu zdravotní péče, které podléhají schválení revizním lékařem, vstupují momentem doručení zdravotní pojišťovně do schvalovacího procesu, který podléhá zákonu č. 500/2004 Sb., správní řád.

Základním předpokladem pro rychlé a bezproblémové zpracování žádosti je doručení žádosti do zdravotní pojišťovny v kompletní formě. Každá žádost musí být vyřízena do maximálně 30 dnů ode dne doručení do VZP ČR. Snahou všech zaměstnanců zdravotní pojišťovny je vyřízení žádosti v co nejkratším časovém úseku. Pokud však žádost trpí vadami, musí být tento proces v rámci správního řízení přerušen nebo zastaven.

Formální a odborné chyby

Případné závady v žádostech můžeme rozdělit na formální a odborné. Formálními chybami jsou běžné nedostatky, které nicméně zdržují a komplikují ply-



*Mgr. Radka Filipčíková, Ph.D.,
MBA, MPA, LL. M.,
vedoucí referátu kontroly a revize
zdravotní péče Ostrava*

nulost procesu. Mezi nejčastější patří například uvedení neplatného kódu požadavku nebo podání žádosti, která vůbec nepodléhá schválení. Do této skupiny chyb patří i podání žádosti o zdravotní službu jinou odborností, než je uvedena v platné příloze zákona (viz níže).

Úskalí odborného charakteru jsou zásadnější a mohou výrazně ovlivnit průběh posuzování žádosti. Pro plynulý průběh je nutné, aby specifikace požadavku a náležité medicínské zdůvodnění nezbytnosti dané zdravotní služby byly kompletní a dostatečné. Je důležité si uvědomit, že revizní lékaři mohou pracovat pouze s takovými informacemi, které jsou jim poskytnuty ze strany žadatele. Pokud není žádost podložena potřebnou zdravotnickou dokumentací

nebo trpí vadami, pak je povinností pojišťovny vyžádat si doplnění, což vede k přerušení schvalovacího procesu. Po doplnění žádost opět posuzuje revizní lékař. V mnoha případech je právě z těchto důvodů proces posuzování žádostí pojištěnců významně prodloužen, což není v zájmu žádné ze zúčastněných stran.

Jak se vyhnout chybám

Abychom se vyhnuli všem úskalím při podání žádosti, je nutné mít k dispozici plné znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, které pro vás bude dobrým rádcem.

Zákon obsahuje podmínky úhrady z veřejného zdravotního pojištění, které jsou definované i v těchto přílohách:

Příloha č. 1 Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených, nebo hrazených jen za určitých podmínek;

Příloha č. 3 Kategorizace zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz;

Příloha č. 5 Indikační seznam pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči.

Další informace najdete na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz) a VZP ČR, kde jsou publikovány např. doplňující metodiky pro schvalování zdravotnických prostředků, viz www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky.

Závěrem si dovoluujeme uvést, že pouze ta žádost, která je kompletně podána a náležitě odborně zdůvodněna, může být bez dalšího prodlení posouzena.

Magnet 213 za dva roky pomohl 10 tisícům pojištěnců RBP

Unikátního projektu zdravotní pojišťovny RBP, který zkrátil čekací dobu na vyšetření magnetickou rezonancí z několika měsíců na pár dnů, využilo během dvou let 10 tisíc pojištěnců RBP.

Magnet 213 vznikl jako pilotní projekt RBP ve spolupráci se sítí vybraných diagnostických pracovišť magnetické rezonance na Ostravsku, Karvinsku a Frýdecko-Místecku. Vedle zkrácení čekací doby a zvýšení úrovně zákaznické péče poskytnuté pojištěncům efektivněji využívá přístrojovou kapacitu zdravotnických zařízení a v neposlední řadě zjednodušuje i administrativu jednotlivých lékařů. „Zjistili jsme, že neexistovala relevantní data o čekacích dobách, ze kterých bychom mohli vycházet. Zároveň se nám potvrdilo, že pouze málo pacientů vědělo o možnosti obrátit se přímo na RBP s požadavkem na zajištění vyšetření. Proto jsme se rozhodli, že našim klientům pomůžeme a zároveň vyzkoušíme intenzivnější spolupráci s některými zdravotnickými zařízeními, která magnetickou rezonancí disponují,“ vysvětluje Antonín Klimša, výkonný ředitel RBP. Klienti RBP

tak získali reálnou jistotu, že se na magnetickou rezonanci dostanou nejpozději do 4 týdnů od chvíle, kdy se na pojišťovnu s požadavkem na toto vyšetření obrátí. Ve skutečnosti je však průměrná čekací doba poloviční a mnohdy dokonce i kratší.

Partnery Magnetu 213 jsou Fakultní nemocnice Ostrava, Karvinská hornická nemocnice, SAGENA a.s. ve Frýdku-Místku a Lékařský servis a.s. v Havířově. Jejich pracoviště magnetické rezonance s RBP sdílejí aktuální údaje o svých časových kapacitách, proto postačí, když klient zdravotní pojišťovny zavolá na asistenční linku. Operátor pak zjistí dostupné termíny v konkrétních zařízeních a následně pacienta přímo objedná.

„Musím zdůraznit, že naše spolupráce žádným způsobem neovlivňuje pořadí provádění objednaných vyšetření a neupřednostňuje klienty RBP před ostatními. Stále



Antonín Klimša, výkonný ředitel RBP

platí časová posloupnost výkonů podle zákonných principů. Naše spolupráce s vybranými partnery je výhradně založena na efektivnějším využití jejich stávající kapacity a případném zvýšení počtu dostupných termínů,“ upřesňuje Klimša.

(red), foto: archiv RBP

„Tvář oteklého eskymáka“ už endokrinologové u svých pacientů nevidají

Suchá kůže, hrubší hlas, zácpa, zimomřivost, slabost svalů, únava – i takové potíže mohou značit, že má člověk nemocnou štítnou žlázu. Neobvyklé či příliš obecné problémy však lidé často přisuzují úplně něčemu jinému než právě poruše fungování tohoto orgánu. Na to, že se štítnou žlázou nemusí být vše v pořádku, se obvykle přijde při vyšetření krve v laboratoři. Bud' v rámci preventivní prohlídky u praktika, nebo u jiných specialistů. Desítky tisíc lidí o nemoci neví vůbec. Dřívější jasné znaky, jako je například struma, lidově „vole“, díky jodování jedlé soli už prakticky vymizely.

„Často vidáme situace, kdy má pacient laboratorně už poměrně pokročilou poruchu štítné žlázy, a přesto si nestěžuje na žádné obtíže a naopak. To je celkem typické – příznaky tohoto onemocnění jsou málo specifické. Při vyšetření pacienta proto musí lékař stále způsob rozhovoru usměrňovat, aby získal co nejpřesnější, a hlavně relevantní informace,“ říká doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D., z III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Se štítnou žlázou se v Česku léčí přes 620 000 lidí, další desítky tisíc svoji diagnózu dosud neznají. „Mezi nejobvyklejší příznaky snížené funkce štítné žlázy (hypotyreózy) patří únava a nevykonnost, což lidé logicky přisuzují úplně jiným věcem, stejně jako pocení, bušení srdce nebo průjmy, typické pro hyperthyreózu – zvýšenou funkci štítné žlázy,“ vysvětluje předseda České endokrinologické společnosti prof. MUDr. Michal Kršek, CSc., MBA, s tím, že když se nastaví správně léčba zejména u hypoty-

reózy, příznaky vymizí do 8–12 týdnů od začátku léčby.

„Dříve se netestovalo tak jako nyní a vyhodnocení odběrů trvalo celé týdny. Nemoc se určovala z klinických příznaků. Když například přišel člověk s „tváří oteklého eskymáka“, bylo jasné, že trpí hypotyreózou. Pacient oblečený s prvky červené barvy, netrpělivě se dožadující vyšetření, často zase mimoděk signalizoval příznaky zvýšené funkce štítné žlázy,“ vzpomíná předseda Sdružení ambulantních endokrinologů MUDr. Richard Stejskal.

Když už se pacient do péče endokrinologa dostane, je důležité, aby si porozuměli. „Snažíme se vše vysvětlit jednoduše a respektovat také zvyky pacienta tak, aby nám to společně fungovalo. Užívání léků je pro řadu pacientů oříšek. Ne vždy se berou každý den a pacienti bývají velmi kreativní – léky si různě pūlí nebo je zapomenou, a pak se to snaží „dohnat“ před návštěvou u nás,“ říká endokrinolog doc. MUDr. Filip Gabalec, Ph.D., ze IV. interní hematologické kli-

niky Fakultní nemocnice Hradec Králové a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Z krevních testů při kontrole lékař zjistí, zda je hladina hormonů v pořádku, či nikoliv a pak pátrá po příčině.

„Často je na vině nesprávné užívání léků, takže je třeba dát si na čas a vše důkladně pacientovi vysvětlit,“ potvrzuje MUDr. Stejskal. Podle doc. Jiskry jsou ordinace endokrinologů dlouhodobě přetížené a na podrobné poučení pacien-

tů je tak bohužel málo prostoru. „V některých zemích za tímto účelem vznikla samostatná oddělení, kam pacient přijde se zprávou od lékaře a vyškolená osoba jej pak poučí, co všechno lékař doporučuje, jaké léky a jak má pacient užívat, na která vyšetření se má dostavit apod. V našem systému tyto personální zdroje bohužel postrádáme, čas lékaře je omezený a pacientů stále přibývá,“ komentuje doc. Jiskra.

(htl)

Jaká byla poslední chřipková sezóna? Více nemocných než loni, ale méně než před covidem

Virus chřipky, který na začátku jara 2020 téměř vymizel, letos opět koloval v České republice, i když záchytů bylo výrazně méně než v sezónách před pandemií covid-19. Jeho návratu pravděpodobně napomohlo postupné uvolňování proticovidových restrikcí, jakož i laxnější přístup k dodržování preventivních opatření týkajících se nemoci covid-19, jako je nošení respirátorů, společenský odstup a časté mytí rukou.

Zdá se, že další chřipková sezóna je u konce. Počtem hlášených případů se opět výrazně lišila od sezón, které jsme znali před pandemií koronaviru. „Chřipkový virus se u nás začal objevovat počátkem ledna, přičemž počet nakažených s laboratorně potvrzenou chřipkou se každý týden pohyboval maximálně v desítkách,“ shrnuje MUDr. Jan Kynčl, Ph.D., vedoucí Oddělení epidemiologie infekčních nemocí Státního zdravotního ústavu, a dodává: „Vrchol chřipkové sezóny, který u nás obvykle nastává v polovině února, byl letos posunut až na polovinu dubna. Předpokládáme, že důvodem bylo především uvolnění proticovidových omezení, čímž se nejen virus chřipky, ale i další respirační viry začaly opět šířit mezi lidmi ve větší míře.“ Ve většině evropských zemí včetně České republiky převažovaly viry chřipky A, subtyp H3,

v několika případech byl u nás také zjištěn virus chřipky typu B.

Na přítomnost viru chřipky se testovalo méně

Údaje o výskytu chřipky je ovšem potřeba interpretovat opatrně, protože pandemie covidu-19 v různé míře ovlivnila chování při vyhledávání zdravotní péče i priority a kapacitu testování. Podíl na nižším počtu zjištěných případů chřipkových onemocnění tak lze přičíst i výrazně nižšímu počtu testů, kdy se ve srovnání s obdobím před pandemií každý týden vyšetřilo několiknásobně méně vzorků. „Odběr vzorků závisí na ochotě samotných lékařů a rozhodně ne každý pacient s podezřením na chřipku byl testován. Není to běžné, protože to není nutné z hlediska další léčby. Navíc většina lidí s respiračními infekcemi byla testována především na přítomnost SARS-CoV-2,“ vysvětluje MUDr. Kynčl.

Testování je důležité i pro vývoj vakcín

Chřipkový virus velmi rychle mutuje, takže jeho monitorování je důležité nejen pro sledování šíření viru, ale také pro vývoj chřipkových vakcín. Údaje z více než stovky laboratoří po celém světě pak využívá Světová zdravotnická organizace,

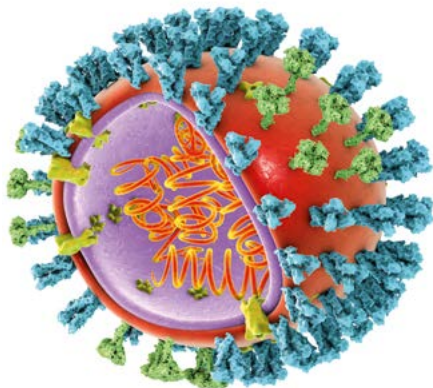


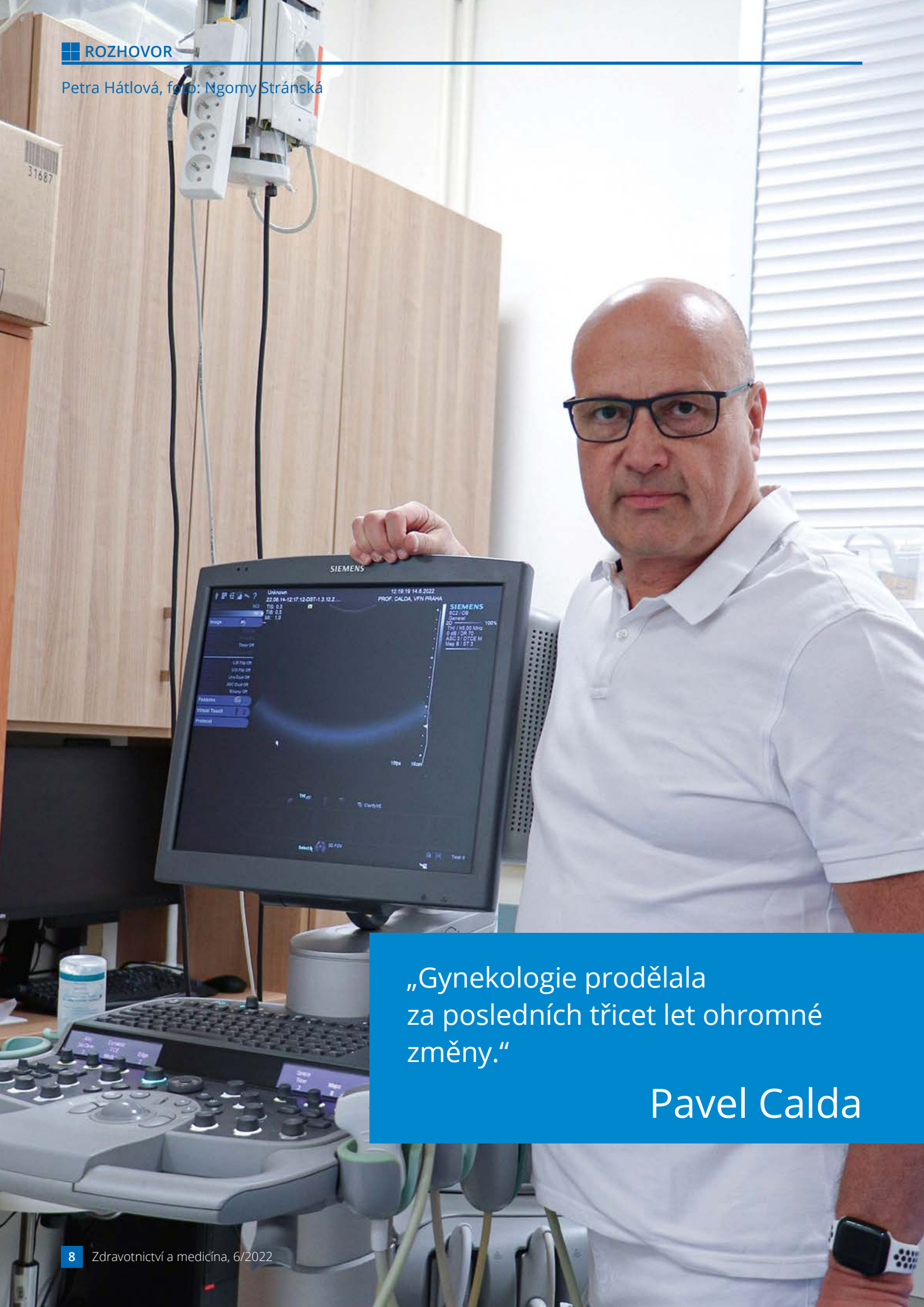
MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

kteřá na jejich základě dvakrát ročně vydává doporučení ohledně složení chřipkové vakcíny pro následující sezónu, samostatně pro severní a jižní polokouli. Vakcína proti chřipce je neúčinnější, pokud se cirkulující viry dobře shodují s viry ve vakcíně.

V současnosti se již několik let používají tzv. čtyřvalentní vakcíny, které obsahují čtyři chřipkové kmeny – dva proti virům chřipky typu A a dva proti typu B. I kdyby se však Světová zdravotnická organizace při určování konkrétních kmenů pro danou sezónu zcela netrefila, očkování je stále velmi důležité. Ačkoli účinnost ochrany před infekcí bude nižší, riziko závažných onemocnění a komplikací se výrazně sníží.

(htl), foto: archiv Jana Kynčla





„Gynekologie prodělala
za posledních třicet let ohromné
změny.“

Pavel Calda

Obor gynekologie a porodnictví se za posledních třicet let velmi změnil. Jeden z nejvýznamnějších posunů souvisí s příchodem ultrazvuku. „Ultrazvuk je dnes běžnou součástí gynekologických ordinací a jeho role v gynekologické diagnostice i v prenatalní péči je zásadní,“ říká profesor MUDr. Pavel Calda, CSc., vedoucí Centra fetální medicíny a oddělení ultrazvukové diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

V oblasti gynekologie a porodnictví jste bezmála čtyřicet let. Pokud byste se dnes znovu mohl rozhodovat, šel byste zase touto cestou, nebo byste volil jiný obor?

Naštěstí mohu říci, že jsem v oboru stále spokojen a že se těším na to, kam se bude dále vyvíjet. Ano, ženské lékařství prodělalo za posledních 30 let ohromné změny. Stále více se atomizuje a profilují se superspecializace jako asistovaná reprodukce, urogynekologie, léčba pánevní bolesti, ultrazvuková diagnostika v těhotenství, zobrazování v gynekologii a onkogynekologii, onkologická gynekologie, léčba myomů, gynekologická endokrinologie, genetické vyšetření plodu a další, na které jsem v rychlém výčtu zapomněl. Takže jsem rád, že jsem si tento pestrý obor vybral – stále je co zdokonalovat a rozhodnutí bych neměnil.

Vášim hlavním zájmem je péče o těhotnou a plod. Co všechno se za poslední léta změnilo v této oblasti?

Dá se říci, že všechno. První zprávy o využití zobrazovacích metod v prenatalní péči jsou z konce 60. let, u nás se víceméně začal ultrazvuk používat v 80. letech. Bylo to poprvé v dějinách lidstva, kdy bylo možné nahlédnout do dutiny děložní a vidět, co se tam vlastně odehrává. Nicméně cílem těhotenské péče je zdravá matka a zdravý plod. Nové metody a postupy, které se za posledních 30 let dostaly do praxe, vlastně úplně změnily pohled na lidskou reprodukci. Umírá „jen“ kolem deseti žen na 100 tisíc těhotných a pět dětí z tisíce nově narozených. Daří se zachraňovat novorozence s těžkou nezralostí kolem 500 gramů, tato hmotnost odpovídá dítěti narozenému zhruba ve 24. týdnu gravidity. Mohou otěhotnět a porodit ženy se závažnými nemocemi, jako je diabetes mellitus I. typu, které jsou na léčbě inzulinem, a podobně. Rodí ženy po transplantacích orgánů. Porod žen mezi 40–50 rokem věku přestal být raritou.

Zmínil jste přínos ultrazvuku, kam dál mohou zobrazovací metody v gynekologii postupovat, je ještě něco, co byste si uměl představit, že přijde?

Pokrok v technice a v zobrazovacích metodách půjde jistě stále kupředu, i když asi už ne takovými rychlými kroky, jako to bylo od 80. let doteď, kdy to bylo v podstatě od ničeho k zobrazovacím metodám na vysoké úrovni. Ultrazvuk je stále velmi personálně náročný a u každého vyšetření musí být přítomen v reálném čase zaškolený specialista. Kdyby se povedlo zavést automatické snímače, bez potřeby lidské obsluhy, byl by to velký pokrok. Ale obávám se, že se nic takového v dohledné době nestane.

První zprávy o využití zobrazovacích metod v prenatalní péči jsou z konce 60. let

Před 40 lety to byl ultrazvuk, který zásadně změnil porodnictví. Co to bude teď, je ještě něco, co by porodnictví mohlo změnit?

V současnosti se děti, které se narodí předčasně a nemají dozrálou plicní tkáň, umísťují do inkubátoru s podporou dechu. Tato péče však má svoje limity, které se dnes již asi vyčerpaly, a nedaří se tak zlepšit péči o děti s porodní hmotností nižší než 500 gramů. Ale i péče o novorozence kategorie předčasně narozených dětí s porodní hmotností do 1500 gramů je stále problematická. Největším pokrokem bude možnost zabránit předčasnému porodu umělým prodloužením pobytu novorozence v přístroji (zařízení), který bude simulovat prostředí v děloze, čímž nemám na mysli inkubátory, byt jsou na vysoké úrovni. Mám na mysli zařízení, která by dělohu simulovala ještě dokonaleji po stránce fyziologické, kde by plod mohl pokračovat ve svém vývoji obklopen tekutinou simulující plodovou vodu a byl by vyživován obdobně, jako tomu je během nitroděložního vývoje. Studie na zvířatech probíhají již déle než 10 let a pokud se povede vše převést do skutečné praxe, bude to velká událost.

Hodně se věnujete i prenatalnímu screeningu, který za posledních deset let prošel celou řadou změn. Které z nich byly nejzásadnější?

Prenatální screening úplně změnil péči o těhotnou ženu. Zcela zásadní je možnost na konci prvního trimestru oddělit skupinu těhotných s velmi nízkým rizikem patologického těhotenství od těch, které mají rizika vyšší a vyžadují cílenou péči. Většina žen se dozví, že jejich těhotenství je normální a nevyžaduje zvláštní péči. Filozofie vyšetření těhotných na konci prvního trimestru se změnila a umožňuje například skupině těhotných s vyšším rizikem preeklampsie preventivně podávat malou dávku běžného aspirinu, která sníží riziko této obávané těhotenské komplikace až o 82 procent. Také jsme schopni odhalit více než polovinu všech vrozených vad již na konci prvního trimestru. Prvotrimestrální screening historicky, zhruba před dvaceti lety, vznikl jako screening rizika vzniku chromosomálních poruch a postupně se vyvíjel až k obecnému testu vyhledávání těhotenských komplikací.

Je dnes prvotrimestrální screening dostupný v celé České republice? Mají ho přístupny všechny ženy, nebo se ještě někde nedělá?

Lékaři, kteří vyšetřují ultrazvukem na konci prvního trimestru, musí být velmi dobrými sonografisty, tj. speciálně zaškoleni v ultrazvukové diagnostice. My víme, že asi sto kolegů v České republice se dobrovolně podrobuje kontrole, auditu nezávislé mezinárodní organizace, která se stará o školení a anonymní kontrolu výsledků každého jednotlivého lékaře, tak aby bylo možné zaručit kvalitu těchto vyšetření. Když uvažujeme, že se v Česku rodí kolem 110 tisíc dětí ročně, pak na každého vyškoleného a do auditu zapojeného lékaře připadá teoreticky maximálně 1100 vyšetření ročně, což je, přepočteno na 52 týdnů, cca 20 vyšetření týdně. To je vcelku ideální číslo k tomu, aby si lékař udržel erudici a zároveň aby mu stálo za to investovat do svého vzdělání a vybavení.

Vedle zkušeného odborníka je potřeba také poměrně nákladný (více než milion Kč) přístroj a v neposlední řadě potom speciální software, který také něco stojí. A zpátky k vaší otázce: sto lékařů je rovnoměrně rozloženo po naší malé republice, kde je 493 kilometrů největší vzdálenost od západu na východ a 278 kilometrů je největší vzdálenost od severní k jižní hranici. Z toho vyplývá, že někteří pacienti se musí k lékaři vydat i pár kilometrů, pokud chtějí být vyšetřeni kvalitně. To ostatně platí i o ostatních



odbornostech, je nereálné, aby v každé vesničce či malém městě byl špičkový neurochirurg či ortoped. Nicméně žena, která má zájem o to, aby jí byl screening proveden, tu možnost má, jen ji v některých případech nebude mít přímo v místě svého bydliště a musí si za ním dojet. Informace o jeho pozitivěch jsou běžně dostupné a lze dohledat i zdravotnická zařízení, která ho provádějí.

Jak na tom jsme s péčí o těhotné v porovnání se zahraničím?

V lékařské péči o těhotné patříme k nejspolejší zemím světa. Mnozí si asi ne-

uvědomují, že české solidární zdravotní pojištění poskytuje pacientům, bez ohledu na to, kolik vydělávají, neuvěřitelnou péči. V mnoha zemích není kvalitní všepokrývající zdravotní pojištění samozřejmostí a řada lidí si ho nemůže dovolit ani na základní úrovni. Bohužel problémem v naší zemi je stále míra komfortu, který v této době pacienti v nemocnicích a zdravotnických zařízeních očekávají.

Jaké komplikace gravidity patří k nejčastějším?

Nejčastějšími komplikacemi je předčasný porod a problémy, které jsou výskytem

kolem 1–2 procent – problémy s vysokým krevním tlakem, krvácení, diabetes mellitus, placentární poruchy a další.

Jaká je role ambulantní péče?

Lůžkovou péči dnes potřebuje minimum těhotných, takže většina žen se setká s lůžkovým zařízením až bezprostředně v souvislosti s porodem. Za sebe musím trvat na tom, že rodit by měla žena tam, kde je k dispozici infrastruktura schopná zvládnout veškeré, i ty nejtěžší a neobávanější, komplikace. Ty bohužel přicházejí velmi zřídka, ale o to záladněji, a o to jsou nebezpečnější jak pro matku, tak plod. Devadesát osm procent žen tuto infrastrukturu nevyužije, ale nejméně dvěma procentům žen zachrání život. U problémových novorozenců je to číslo ještě vyšší, protože sedm procent novorozenců se rodí předčasně a speciální péči potřebuje. Něco jako „fyziologické“ těhotenství existuje jen potud, dokud se z něj zčistajasna nestane těhotenství patologické, ohrožující ženu a plod na životě. A to se může stát bohužel zcela bez varování.

Porod žen mezi 40.–50. rokem věku přestal být raritou.

Kdybychom se bavili o porodnictví, jak vypadaly porodnice a péče o ženy v nich v době, kdy jste začínal?

Tehdy ještě v ČSSR stále ještě existovala ústředně řízená lékařská péče, v rámci níž se o dostupnosti péče a léků rozhodovalo na centrální úrovni, na ústředním výboru KSČ. Lékařská péče jako taková v rámci socialistického zdravotnictví nebyla špatná, byl pro ni typický systém často zbytečných zákazů a příkazů a problémem bylo také přístrojové vybavení, to se muselo dovážet ze „západu“, což byl v mnoha případech nepřekonatelný problém. Stejně jako v běžném životě byl všeho nedostatek a co šlo, používalo se tak dlouho, dokud se nerozpadlo. Vše se opakovaně „sterilizovalo“, nejlépe varem, a to včetně injekčních jehel, stříkaček a jednorázových rukavic. Rány se šily přírodním materiálem vyráběným ze střívek skotu nebo silonem. Do roku 1989 otec nesměl být z „hygienických“ důvodů u porodu. Návštěvy v nemocnicích, včetně porodnic, byly jen ve středu a v neděli ve 14–16 hodin, jinak ani za čerstvou maminou nemohl nikdo přijít. Kojící matky

dostaly ve dvě hodiny odpoledne studenou večeři a zaměstnankyně na kuchyňce odešly domů. Děti nebyly společně s matkou a nosily se na kojení v určenou dobu. Těhotné zůstávaly po porodu v porodnici běžně týden i déle. Všechno toto je dnes zcela jiné, mnohem vstřícnější k ženám, dětem a v neposlední řadě i k jejich rodinám a ten vývoj porodnictví neskutečně pomohl.

Prenatální screening úplně změnil péči o těhotnou ženu.

S nárůstem výkonů IVF a léčby neplodnosti vzrůstá i počet prvorodiček ve věku kolem čtyřicet let. Mění toto nějak prenatální, porodní a poporodní péči?

Já bych to řekl opačně. Ženy, které odkládají početí až po skončení „ideální reprodukční doby“, nemají jinou možnost, než vyhledat lékařskou pomoc a počít nepříro-

Profesor MUDr. Pavel Calda, CSc.

- Absolvoval Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze.
- Je členem mnoha domácích i zahraničních odborných lékařských společností: předsedou České společnosti pro ultrazvuk v gynekologii a porodnictví ČLS JEP, členem České společnosti lékařské genetiky ČLS JEP, členem mezinárodního sboru poradců American Journal of Obstetrics and Gynecology atd.
- Jako pedagog působí na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.
- Vede Centrum fetální medicíny a oddělení ultrazvukové diagnostiky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.
- Je zakládajícím členem České společnosti pro ultrazvuk v gynekologii a porodnictví a České společnosti fetální medicíny a držitelem řady ocenění.
- Je autorem a spoluautorem odborných knih a článků, doma i v zahraničí.

zeně. To s sebou přináší řadu specifických problémů, které jsou ale povětšinou řešitelné. Nicméně změny v péči o tyto ženy jsou, a vyplývají i ze specifík jejich věku, kdy lékaři musejí předvídat mnohem více komplikací než u žen mladších. Ty komplikace mají velmi široké spektrum od zvýšeného rizika předčasného porodu až po vyšší riziko postižení plodu genetickou vadou.

V souvislosti se zvyšujícím se věkem rodiček se mluví i o zvyšujícím se počtu císařských řezů. Je to tak?

Jedná se zejména o věk prvorodiček. Čím je prvorodička starší, tím je vyšší pravděpodobnost, že neporodí přirozenou cestou. Tím mám na mysli zejména věkovou kategorii 38+. U těchto žen je počet císařských řezů skutečně vyšší.

▼ Inzerce

Děti pro vás chtějí to nejlepší. My také.

Nabízíme slevu až 30 % při komplexním zajištění vážných rizik.



Krajská zdravotní zahájila v rumburské nemocnici provoz urologické ambulance

Krajská zdravotní, a.s., koncem května zahájila provoz urologické ambulance v nemocnici v Rumburku, která je od poloviny loňského roku detašovaným pracovištěm Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Jednou z výhod tohoto propojení je možnost efektivního využívání kapacit obou zařízení tak, aby byla nejen obyvatelům Šluknovského výběžku, ale i Ústeckého kraje zajištěna dostupnější a co nejkvalitnější zdravotní péče. V Nemocnici Rumburk v minulých měsících zahájili své operační programy specialis-

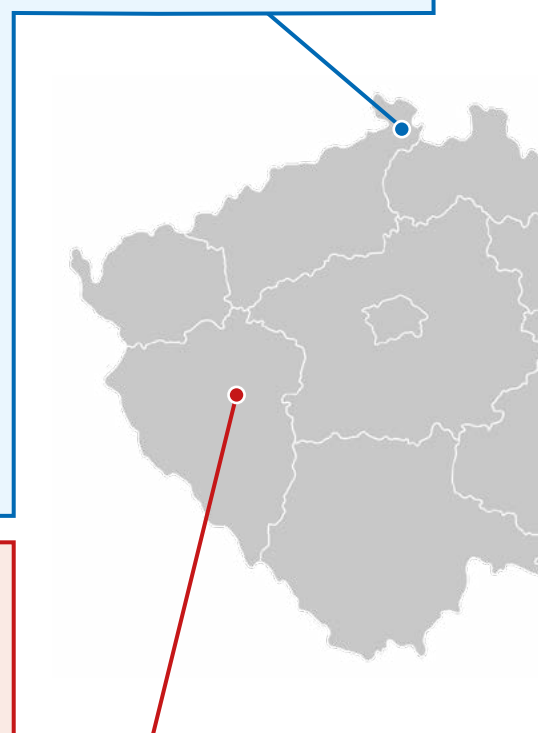
té z ústecké nemocnice v oborech chirurgie a ortopedie.

Otevření urologické ambulance v Rumburku, která dosud nebyla pro pacienty Šluknovského výběžku v nemocnici součástí segmentu zdravotnických služeb, jim přináší jasný bonus. „Snižuje uhlíkovou stopu,“ usmívá se MUDr. Jan Schraml, Ph.D., přednosta Kliniky urologie a robotické chirurgie Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad La-

bem, o.z., a dodává: „Tím chci poukázat na dosavadní úmorné cestování obyvatel této vzdálené části děčínského okresu za vyšetřením do ústecké nemocnice, což představuje – jen jízda autem tam a zpátky – tři hodiny. Otevřením urologické ambulance tak šetříme nejen čas pacientům, ale také zdravotním pojišťovám náklady na proplácení cestovného.“

(htl)

Foto: Krajská zdravotní a.s.



V Plzni s uzdravováním dětí pomáhají Annie a Bublina



Nejmenší pacienti na Dětské klinice Fakultní nemocnice Plzeň neuzdravují jen lékaři a sestřičky, ale také noví psi kamarádi. V rámci canisterapie dochází do nemocnice fenka zlatého retrívra Annie s paničkou Mirkou a malamutí fenka Bublina s paničkou Ilonkou.

Děti se při každé návštěvě dozví, že canisterapeutický pes je vlastně takový psí kamarád a trochu i doktor, i to, jak může léčit. Chlupáče se speciálním výcvikem si malí pacienti nejen hlídají, ale učí se je i vodit na vodítku, dávají jim úkoly s hledáním pamlsků, trénují různé triky jako: popros, dej pac nebo jim dávají povel, kdy se psi plazí po břiše.

Fenky často dětem zlepšují náladu a zvládnou rozprávět i nemluvu, kterému se celý den komunikovat nechtělo.



(htl), foto: www.fnplzen.cz/

Rehabilitační oddělení Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice promění rekonstrukce

Masivní rekonstrukce se v nejbližších měsících dočká ambulantní část rehabilitačního oddělení Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice. Čtyřpodlažní budovu čeká nejen estetizace, ale i celková přestavba prostor, změna dispozic i využití jednotlivých podlaží. Oddělení se promění k nepoznání a nabídne i několik novinek, mezi kterými bude třeba wellness centrum, lymfoterapie či nové šatny pro pacienty i personál.

Rekonstrukce ambulantní části rehabilitačního oddělení startuje právě v těchto dnech a zahrne modernizaci na všech podlažích budovy D. „V suterénu zrekonstruujeme šatny personálu a vybudujeme nové moderní šatny pro pacienty. V prvním nadzemním podlaží bude zrušen bazén a nově vznikne wellness centrum, lymfoterapie, individuální tělocvičny a velká tělocvična, přičemž zároveň zrenovujeme stávající vodoléčbu. Ve druhém podlaží místo velké tělocvičny vybudujeme čtyři individuální tělocvičny a zrenovujeme elektrolytřebu i kartotéku a v nejvyšším patře vznikne inspekční pokoj lékařů a zmodernizujeme ergoterapii,“ popisuje Ing. Tomáš Mikula, manažer technicko-provozního oddělení Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice.

V budově zároveň dojde k výměně výtahu, celkově budou vyměněny elektroinstalace, rozvody vody i odpadů a také podhledy stropů. Funkční modernizaci doplní estetizace, která zahrne obnovu podlah, stěn i části vybavení a také celkovou změnu uspořádání prostoru.

„Rekonstrukce nám zajistí nové příjemné prostředí, které bude odpovídat současným trendům. Pacientům nabídneme větší komfort, hlavně v oblasti zázemí šaten. Dojde i k rozšíření stáva-



jící nabídky a služeb, včetně rozšíření o komerční zónu jak pro cvičení, tak pro relaxaci. Zaměstnancům přinese modernizace v první řadě příjemnější pracovní prostředí a důstojné zázemí šaten,“ říká MUDr. Jana Štveráková, primářka rehabilitačního oddělení Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice.

Rekonstrukce bude trvat přibližně osm měsíců a její celkové náklady by se měly vyšplhat na více než 38 milionů korun.

(htl)
Foto: AGEL

Nemocnici Znojmo v rámci „Turné plného smíchu“ navštívili zdravotní klauni

Pět klaunů koncem května navštívilo dětské oddělení, kde byli nejdříve přivítáni malými pacienty s obavami, nicméně výsledkem následně byly nádherné dětské úsměvy.

Zdravotní klauni zcela nenásilnou a zábavnou formou zabaví nejen děti, ale také dospělé, profesionálně reagují na danou situaci, ve které se zrovna nacházejí, ať již je to dětský pláč, obava, strach, či naopak smích nebo aktivní kontakt dítěte.

Poptávka po službách zdravotních klaunů je veliká. „Již dříve jsme projevíli zájem o spolupráci se zdravotními klau-



ny, protože jejich přítomnost v nemocnici navozuje radostnou atmosféru a pomáhá rozptýlit nejen malé pacienty. Nyní jsme mohli vidět úsměv u dětí různého věku, ale také na tváři rodičů či personálu, které klauni bavili vtipnými glosami nebo zpěvem a hrou na piano. Zdravotní klauni do nemocnice prostě patří a my věříme, že jim personální situace umožní zapojit do jejich programu i naši největší krajskou nemocnici, protože naši pacienti si to zaslouží,“ uvedla Petra Veselá, tisková mluvčí Nemocnice Znojmo.

(htl), foto: Nemocnice Znojmo

Křivka dožití obyvatel Česka se poprvé v historii otočila směrem dolů. Co s tím dělat?

Střední délka dožití se u nás v posledních desetiletích prodlužovala, u žen před pandemií covidu-19 vystoupala na 81,9 roku a u mužů na 76,1 roku. V roce 2020 se pozitivní trend náhle zlomil, naděje dožití se mužům snížila o 1 rok a ženám o 8 měsíců. Covidu-19 v České republice podleho více než 40 000 lidí, nejvíc se ale i v době pandemie nadále umíralo na kardiovaskulární onemocnění. Klíčem k prodloužení života ve zdraví až o 5 let je 150 minut přiměřeně intenzivního pohybu týdně a úprava životního stylu.

Čeští zdravotníci dokážou na jedné straně díky skvělým výsledkům farmakologické léčby, špičkové zdravotnické péči nebo přístrojům typu ECMO zachraňovat životy lidí s fatálními diagnózami. Na druhé straně ale celá třetina 65letých mužů cítí omezení v běžných každodenních aktivitách kvůli zdravotním handicapům a průměrný Čech žije až 20 let svého života s nějakou formou nemoci, zatímco například Švéd pouze 3 roky. „Pandemická doba jasně ukázala, že lidé žijí na hraně svých fyzických možností, a pokud se objeví jakýkoliv nečekaný zdravotní problém, může pro ně být fatální,“ konstatuje prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., zástupce přednosta III. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, a vysvětluje: „Chronické nemoci jako vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol, cukrovka, obezita nebo kardiovaskulární nemoci jsou silným protivníkem a často probíhají asymptomaticky. Proto je důležité být fit, starat se o své zdraví a oddálit tak nástup

řady onemocnění, nebo je dokonce zcela eliminovat. Je prokázáno, že změna životního stylu, především pravidelný pohyb, dokáže zvrátit metabolické a kardiovaskulární choroby a prodloužit život v plném zdraví až o několik let!“

Nejhorší perspektiva od 2. světové války

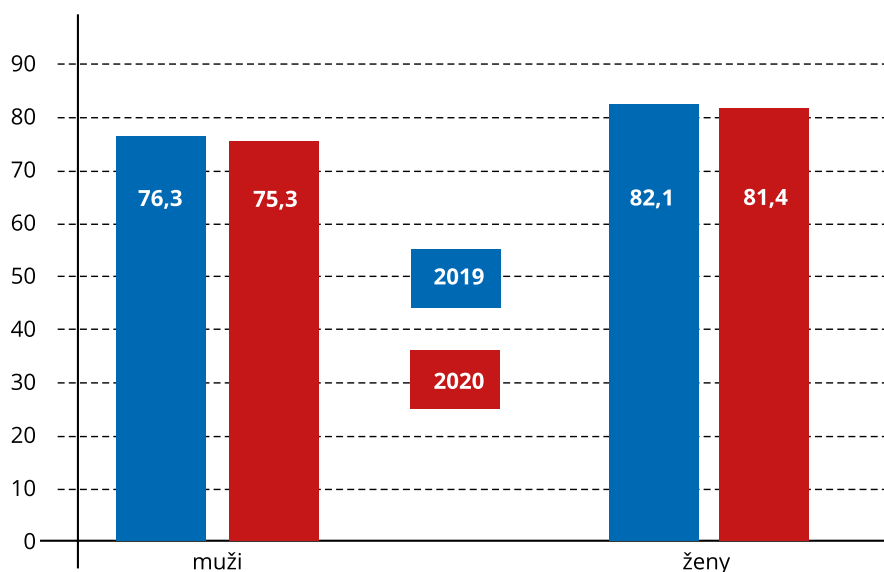
Střední délka života neboli naděje dožití je statistický údaj udávající průměrný, tedy předpokládaný věk, jehož dosahují členové dané populace. Hodnoty ovlivňují různé (částečně vzájemně korelované) faktory, jako je strava, ekonomika země, infrastruktura (pozitivně především vodní zdroje a čištění odpadu, negativně exhalace), stav zdravotnictví, úroveň kriminality, vojenský stav země (válka), životní prostředí (čistota ovzduší, zeminy, vodstva, kvalita potravin) a řada dalších faktorů. O kvalitě života a zdraví však vypovídá spíše ukazatel délky života prožitého ve zdraví. Od roku 1920, od

kdy Český statistický úřad publikuje úmrtnostní tabulky, nebyl dosud, s výjimkou válečného období, zaznamenán tak výrazný pokles naděje dožití při narození. V posledních dvaceti letech měla naděje dožití jednoznačně rostoucí trend, průměrně o 0,2 roku ročně, a zhoršené úmrtnostní poměry českého obyvatelstva v pandemickém roce způsobily návrat ve vývoji průměrné délky života zhruba na úroveň z roku 2013. Na snížení průměrné délky života se nejvíce podílela zhoršená úmrtnost 75+ letých, u mužů měla větší vliv úmrtnost v mladším věku.

Nejvíce lidí u nás umírá na oběhová onemocnění. I v období pandemie umíralo víc lidí na ICHS než na covid, který měl v roce 2020 na svědomí 8 % všech úmrtí. K dispozici nejsou statistická data, ale zcela jistě řadu úmrtí způsobil i kontext chronického oběhového onemocnění a covidové infekce. Vysoká prevalence chronických oběhových nemocí, kterou u nás máme u lidí nad 65 let, tuto populaci ve zvýšené míře disponovala i k podlehnutí covidu – byl pro ni často příliš těžkou komplikací primárního onemocnění. Úmrtnost na KVO je u nás ve srovnání s některými vyspělými evropskými zeměmi dvojnásobná.

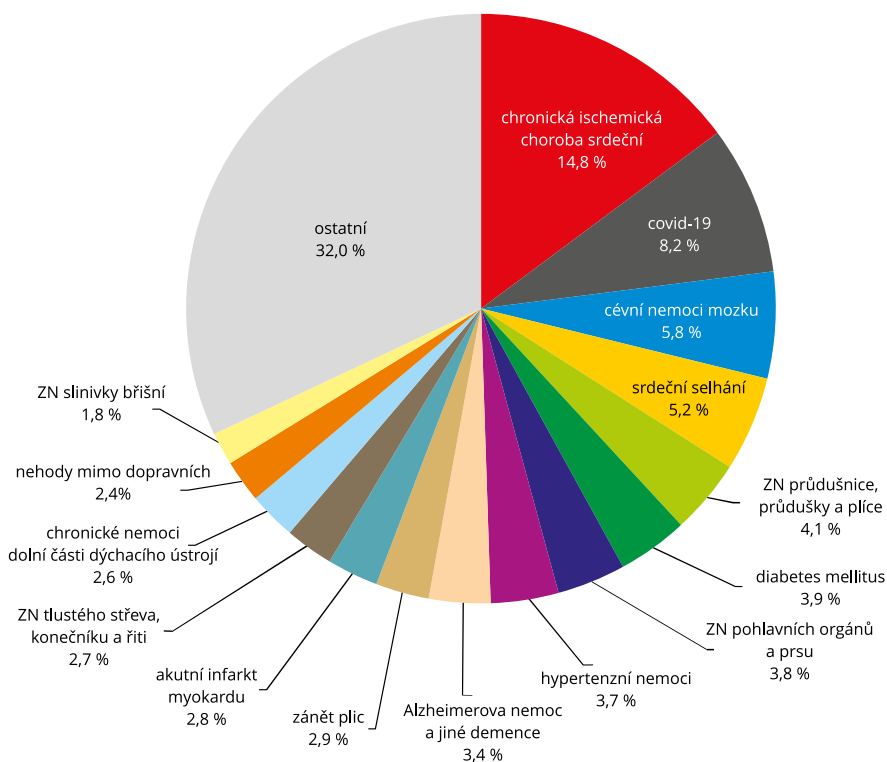
Proč stárneme rychleji? Češi (ne)umí žít

Režimová opatření, která mohou zastavit současný negativní trend vývoje dožití a života v nemoci, jsou léta neměnná, totožná napříč obory. Nejde přitom o žádné extrémní změny. Doporučení zná v podstatě každý: pravidelně se hýbat, nekouřit, co nejméně konzumovat alkohol, zdravě se stravovat, dostatečně odpočívat a nežít ve stresu. A skutečnost? Češi se drží dlouhodobě na třetí nejvyšší příčce ve spotřebě alkoholu v rámci zemí sdružených v Evropské kardiologické společnosti a pohybují se v první



Graf 1 Naděje dožití při narození (roky)

Zdroj: Český statistický úřad



Graf 2 Podíl úmrtí na danou příčinu smrti ze všech úmrtí Zdroj: www.czso.cz

čtvrtině v počtu kuřáků. V populaci máme dokonce 66 % populace s vyšší než optimální tělesnou hmotností. „V době pandemie se výrazně zvýšil výskyt dětské obezity,“ varuje prof. Vrablík a radí: „Prognózy nemusí být tak děsivé, lidé mohou svůj zdravotní stav zásadně příznivě ovlivnit, a přitom nezačít do extrémů. Stačí zhubnout pouhých 5 procent tělesné hmotnosti a nebezpečný útrobní tuk, který je zdrojem metabolické nerovnováhy, klesne až o 20 procent!“

Pohyb a riziko infarktu myokardu

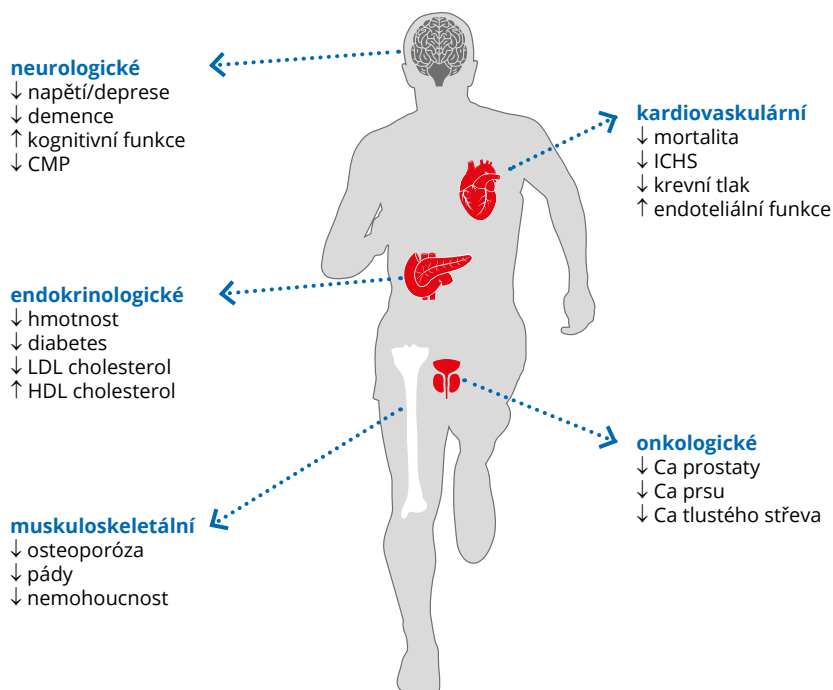
Pravidelný pohyb snižuje riziko infarktu myokardu a cévní mozkové příhody, nádorových onemocnění a jejich recidivy, zlepšuje toleranci chemoterapie. Zkvalitní spánek, zlepši paměť, náladu i libido. „Stačí 150 minut vytrvalostních aktivit týdně, jako je chůze, jízda na kole, plavání nebo běh. Vše při střední intenzitě, což znamená, že můžete při pohybu mluvit v krátkých větách,“ vypočítává doc. MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D., vedoucí lékaře Centra zátěžové kardiologie II. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, a pokračuje: „Nebo mějte týdně pouze 75 minut pohybové aktivity o vysoké intenzitě, kdy na jeden nádech řeknete pouze jedno, dvě slova. V každém případě ale kardio aktivitu ještě dvakrát týdně doplňte posilováním.“ Před

každým cvičením je přítom dobré přivést svaly a kardiovaskulární systém do „provozní“ teploty a po zátěži relaxovat. Množství pohybu je třeba vždy navyšovat postupně, nesnažit se lámat rekordy třeba o dovolených. Motivovat k přiměřené pohybové aktivitě je třeba i onkologické pacienty, pomáhá jim i lépe snášet chemoterapii.

Pohyb dokáže změnit i chuťové preference

„Opakující se lockdowny, stres, méně pohybu znamená jediné – po několika letech stabilní úrovně hmotnosti šla váha Čechů nahoru,“ konstatuje doc. MUDr. Martin Matoulek, Ph.D., vedoucí lékaře XXL centra III. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, a doplňuje: „Chuť a uspokojení z jídla nám dávají hlavně tuky a cukry, takže jsme přidali slazené nápoje a oblíbená fastfoodová smažená jídla. Klíčem k dobrému pocitu i z jídla ale zůstává staré známé pravidlo, a sice zvýšit pohybovou aktivitu. Pohybem se totiž nezávisle na naší vůli změni i chuťové preference. Tělo si při vyšší a pravidelné fyzické zátěži začne přirozeně říkat o jídla s vyšším obsahem komplexních sacharidů a bílkovin, naopak budeme mít méně chuť na tuk.“ Takový je klíč k přirozené změně životního stylu. Přísnou dietou a rychlým zhubnutím ztratíme aktivní tělesnou hmotu, ale v kombinaci úpravy jídelníčku s pohybem si svaly uchováme a začneme se pomalu zbavovat tukové tkáně. Velmi pomalu, postupně, tedy vyváženě, udržitelně a bez výkyvů organismu. K tomu, abychom si tvořili svalovou hmotu nezbytnou pro zdravý život, potřebujeme pravidelný pohyb a kvalitní stravu. Jedno bez druhého výsledek nikdy nepřinese.

(U)



Obr. 1 Zdravotní účinky pohybové aktivity Zdroj: Ahmed Merghani, Aneil Malhotra, Sanjay Sharma. Trends in Cardiovascular Medicine, 2016

Medicína



Inovace a kvalita ve zdravotnictví

Inovace neznamená změnu, ale cestu k lepšímu, k vyšší kvalitě. Směr k nim ve zdravotnictví a sociálních službách naznačila konference Inovace a kvalita ve zdravotnictví. 12.–13. května ji v Praze uspořádaly společnosti EEZY Events & Education, Unie zaměstnavatelských svazů ČR a Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.

„Je evidentní souvislost kvality zdravotní péče a ekonomického růstu země. Česká republika má v kvalitě zdravotní péče velmi dobrou základnu minimálně v evropském srovnání. Naše podpora je ve větším omezení potenciálu, kterým jsou právě inovace, posunují nás dopředu v kvalitě zdravotnictví, tím i zdraví populace a následně ekonomickému růstu,“ řekl v úvodu konference Tomas Groh, předseda představenstva HARTMANN-RICO a.s. Jménem této společnosti také předal cenu HARTMANN GROUP za inovativní řešení. Převzal ji Vít Lorenc, předseda představenstva Nemocnice Jindřichův Hradec. Hlavní částí oceněného řešení je komplexní klinický infomační systém implementovaný v jindřichohradské nemocnici. Předávání ceny i části konference se zúčastnil i Martin Kuba, hejtman Jihočeského kraje a předseda Asociace krajů České republiky, a Rudolf Špoták, hejtman Plzeňského kraje. „Česká republika rozhodně není ani v rámci Evropské unie v oblasti dostupnosti inovací ve zdravotnictví a inovativní péče někde na chvostu, například v dostupnosti inovativních léčiv jsme desátí. K dalšímu posouvání systému potřebujeme kvalitní data a revizi pohledu na to, jak ka-

tům ve zdravotnictví přistupujeme,“ uvedl v kontextu podpory inovací Jakub Dvořáček, náměstek ministra zdravotnictví.

Pojišťovny pomohou rozvoji telemedicíny

Kvalitativní kritéria v úhradových mechanismech byla tématem příspěvku Zdeňka Kabátka, generálního ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny. Parametry posuzování kvality ve zdravotnictví Zdeněk Kabátek rozdělil podle jejich přístupu na čtyři základní oblasti. Jde o strukturální kvalitu, tedy o věcné, technické a personální vybavení pracoviště poskytovatele. Dalšími oblastmi jsou procesní kvalita (know-how, nastavení procesů, organizace, výsledková kvalita – měřitelné, odborně přijatelné výsledky péče, měřitelné indikátory kvality) a vnímaná kvalita (vnímání kvality pacientem, prostředí zdravotnických zařízení, přístup personálu, komunikace). Nastavení indikátorů kvality, respektive jejich objektivizace, může být velmi obtížné, stejně tak jejich vyhodnocování. Velmi dobře se už daří nastavovat a hodnotit parametry kvality například u dialyzační



prim. MUDr. Vít Lorenc, předseda představenstva Nemocnice Jindřichův Hradec

péče. Populární jsou různé žebříčky srovnávající výsledky péče jednotlivých poskytovatelů, typicky nemocnic, ale fakticky není možné přisuzovat jim velkou váhu, protože poskytovatelé pracují i v diametrálně odlišných podmínkách a prostředí. Vysoce subjektivní je vnímání kvality pacientem, bývá víc schopný posoudit například prostředí nebo vstřícnost a komunikaci personálu než obsah péče. Ne všechny parametry může ovlivnit dostupnými mechanismy zdravotní pojišťovna. Do plošných úhradových mechanismů jsou vtěleny parametry procesní kvality (např. ošetřování pojištěnců náročnějších na péči, vzdělávání lékařů a nelékařských pracovníků). Cílené úhradové mechanismy jsou určeny pro poskytovatele v rámci bonifikačních programů, příkladem je zvyšování dostupnosti péče (nové registrace, rozsah a rozložení ordinační doby). Snahou pojišťovny je, aby se program poskytovateli vyplatil.

Při zvyšování kvality zdravotnictví je zásadní digitalizace a sdílení dat, tyto principy



Zleva: Mgr. Jakub Dvořáček, náměstek ministra zdravotnictví, Ing. Tomáš Groh, předseda představenstva HARTMANN - RICO ČR/SR, Ing. Zdeněk Kabátek, generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny

je nezbytné širěji implantovat i do českého zdravotnictví. „Zásadní pro rozvoj českého zdravotnictví bude stále větší uplatnění telemedicíny, pomůže i s problémem personálních kapacit. Telemedicína přinese klientovi benefit v oblasti klinické, ale zároveň dosáhneme úsporami v systému benefitu i v oblasti ekonomické. I zde rychle najdeme úhradové mechanismy a nastavíme standardní způsob úhrady,“ přislíbil ředitel naší největší zdravotní pojišťovny.

Inovace a digitalizace v dlouhodobé péči

Zdravotnictví a sociální péče je v Evropě nejrychleji se rozvíjející segment co do počtu nových pracovních míst, za posledních 10 let jich vznikly 2 miliony, v sociálním sektoru pracuje 5 % všech zaměstnanců. I tak neformální dlouhodobá péče (long term care – LTC) tvoří stále největší pilíř. V České republice péči o 80 % všech lidí potřebujících dlouhodobou péči zajišťují rodiny, což má i dalekosáhlé negativní ekonomické důsledky. „Nároky na LTC porostou spolu se stárnutím evropské populace. Zejména v rozvinutých evropských zemích ale zároveň narůstá problém s nedostatkem pracovníků LTC, i proto jsou pro nás inovace a digitalizace tak podstatné,“ připomněl Jiří Horecký.



Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA,
prezident Asociace poskytovatelů
sociálních služeb ČR

Nové technologie mají v LTC široký prostor uplatnění. Využívány jsou monitorovací systémy (senzory jsou schopné detekovat aktivity klienta, pády, ale i například inkon-



Účastníci konference

tinenci) i komunikační systémy, včetně sběru a sdílení údajů o klientovi. Stále širší využití i v domácí péči mají různé „smart“ technologie, od postelí a matrací přes „chytrá“ chodítka a oblečení až po speciální řešení podlah a vybavení koupelen. Existuje už i systém na včasné rozpoznání respiračních chorob či covidu. Inovativní systémy jsou dokonce schopné „učit se“ na jednotlivém klientovi a předcházet nebezpečné situaci. Nadějnou oblastí je vývoj robotů jako pomocníků v péči. Vždy je ale třeba zvažovat případnou mentální bariéru, akceptování například robota hodně závisí na tom, zda měl klient v minulosti zkušenosti s moderními technologiemi, takže v čase se bude jejich přijímání zlepšovat. Právě roboti mohou zčásti nahradit i některé sociální funkce.

Vynikající pomůckou jsou i prostředky virtuální reality. Klienti se jejich prostřednictvím mohou podívat na známá místa, využití je i terapeutické (např. zobrazení uklidňujících vizualizací). Virtuální realita může být zaměřena i na vzdělávání formálních i neformálních pečujících, příkladem je program přibližující vnímání reality člověka s demencí. Tento původně australský program byl zakoupen do České republiky a je základem velice úspěšných edukačních seminářů. V LTC pomáhá digitalizace a inovace zdaleka nejen jako faktor částečně snižující problém s rostoucími nároky na pracovní síly a jejich úvazky. Především zvyšují kvalitu života příjemců péče, prodlužují délku doby, kdy mohou být potenciální klienti ještě doma, personálu redukuje čas strávený administrativou. Pomocí programů prevence prodlužují život strávený ve zdraví a zvyšují efektivnost nákladů vynaložených na zdravotnictví a sociální služby.

Nemocniční infekce jde snáze ohlídat a likvidovat

„Přibližně každý dvacátý pacient v našich nemocnicích získává některou z infekcí spojených se zdravotní péčí, zkráceně HAI. Jde přitom o infekce preventabilní a při správných opatřeních jich může být až o třetinu méně,“ uvedl ve svém příspěvku o kontrole a prevenci HAI jako cestě ke zvýšení kvality nemocničních zařízení Petr Havlíček, brand manager BODE Disinfectants HARTMANN-RICO. Tato společnost si rizika HAI uvědomuje již řadu let, proto zde vyvinuli komplexní řešení pro automatizované vyhledávání výskytu HAI, nazvané EPIDIS™. Díky kontinuálnímu načítání dat z nemocničního informačního systému poskytuje v každém okamžiku aktuální vyhodnocení situace ve zdravotnickém zařízení, tedy shromážděné informace o HAI dokáže i interpretovat. Pokud jde o preventivní opatření, vytvořili například „balíčky“ doporučení založených na vědeckých důkazech. Slouží jako základ pro vytvoření lokálně přizpůsobených jednotných preventivních opatření v celé nemocnici, napomáhají stanovení a dodržování indikátorů kvality a umožňují zpětnou vazbu pro nápravu. Přináší „Mise: Prevence infekcí pro nemocnici“ je celá řada, od větší bezpečnosti pacientů, snížení nákladů na HAI přes vyšší právní bezpečnost nemocnice, nižší zátěž pracovníků při vyhledávání HAI a zpracování dat, cílené nastavování preventivních opatření, úsporu času při auditu nastavených opatření až po efektivnější vzdělávání zdravotníků díky připraveným prezentacím nebo e-learningu.

„EPIDIS™ jsme u nás v nemocnici ověřili v praxi a porovnali jsme pak automa-

tizované a standardizované vyhledávání HAI," řekl Ján Dudra, zástupce ředitele pro zdravotní služby Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi. Jednoznačně ho pokládá za vynikající nástroj surveillance nad HAI: v praxi umožnil vyhledat 2,42× více HAI než při současném ručním monitorování, a to s vyšší transparentností. Ruční vyhledávání systém úplně odboural. Velmi vítaná byla i možnost kontinuálního automatizovaného měření, včetně měření efektu přijatých opatření. Docent Dudra spatřuje potenciál projektu pro vyhodnocování patientských dat i v dalších oblastech, jako je ATB rezistence a kvalita péče.



Mgr. Irena Storová, MHA, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv

SÚKL ve znamení elektronizace

Rok 2022 je podle Ireny Storové, ředitelky Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), doslova ve znamení elektronizace. Úspěšný systém eRecept se letos rozrostl o nové funkcionality. Nejnověji, od 1. 5. 2022, je v provozu ePoukaz, který umožňuje elektronické předepisování zdravotnických prostředků. Velkou výhodou je například pro imobilní pacienty, ušetří jim návštěvu ordinace pro vyzvednutí poukazu. Jak Irena Storová upozornila, ePoukaz není povinný, přesto je už od prvních dnů po zavedení hodně využíván. Poukazy byly sloučeny do jediného formuláře, na kterém lze předepsat více na sebe vázaných položek. Předpokládá se vystavení více než 6 milionů ePoukazů každý rok. Od 1. 1. 2022 je v provozu eOčkování. Elektronická evidence záznamů o provedení očkování je povinná, ale vzhledem k situaci s covidem a krizí na

Ukrajíně je pro lékaře možnost přechodného distančního období. Nicméně už na začátku května je do eOčkování zapojeno více než 50% praktičtů pro děti i pro dospělé. Podle zjištění ze zpětných vazeb od lékařů je případná uživatelská „nepřívětivost“ daná konkrétním software přímo v ordinaci. Od začátku letošního ledna jsou také zprovozněny eRecepty s modrým pruhem.

Řada novinek je v oblasti LPVO (léčivých přípravků pro vzácná onemocnění), probíhá u nich implementace nového typu správního řízení. Vstupují do něj nové subjekty a hodnotí se i kritéria, jako je celospolečenský význam možnosti terapeutického ovlivnění onemocnění, k jehož léčbě je určen, a dopady léčby na systém zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení, prokazatelný přínos ke zlepšení kvality života pacienta a reálné možnosti pro zajišťování poskytování úspěšné a efektivní léčby v síti poskytovatelů zdravotních služeb.

Panel na téma digitalizace ve zdravotnictví

Rozvoj digitalizace je mnohem rychlejší než úřední procesy. I proto je ve zdravotnictví prostor pro vlastní iniciativu lékařů, provozovatelů IT systémů a tvůrců software a aplikací. Je přínosné, když se na tvorbě projektů podílejí právě profesionálové-lékaři, a hlavně když systémy provozují – přibližně takové poselství vzešlo z panelové diskuse k otázkám digitalizace českého zdravotnictví.

Michal Bušek, obchodní ředitel sekce zdravotnictví ICZ, za výrobce informačních technologií připomněl vznik našeho národního datového standardu a jeho roli v propojení

informačních systémů. Digitalizaci ve zdravotnictví mohutně akcelerovala pandemie covidu. Za důležitý milník pro rozvoj digitalizace z pohledu pacienta považuje Michal Bušek aplikaci Tečka, kterou vloni používaly 4 miliony lidí.

O telemedicinském řešení MEDDI hovořil Jiří Pecina, zakladatel MEDDI hub. Toto řešení garantuje spojení s lékařem do 30 minut od odeslání dotazu, ale i další služby. Kromě okamžitého zdravotního stavu pacienti konzultují i již stanovenou diagnózu, výsledky vyšetření, vysvětlovány jsou jim lékařské postupy a pojmy. V průběhu konzultace mohou klienti získat také informace o léčbě nebo si nechat vystavit e-recept, a to i do zahraničí.

Významným průkopníkem telemedicíny v ČR je i zdravotnická skupina EUC. Václav Vachta, předseda představenstva EUC, přiblížil platformu Lékař online 24/7, kde se počet telemedicinských konzultací meziročně zvýšil o 15%. Na rozdíl od klasické péče mají pacienti lékaře v rámci Lékaře online 24/7 k dispozici do 30 minut od vyplnění úvodního diagnostického dotazníku, a to z pohodlí domova. Stačí jim k tomu chytré zařízení a internet.

O aktivitách mezinárodního sdružení pro zdravotnickou profesionální informatiku IHE (Integrating the Healthcare Enterprise), které usiluje o interoperabilitu informačních systémů ve zdravotnictví, hovořil Petr Bartoš, Chief Technology Officer společnosti Medevio. Jedním z cílů IHE je získat větší účast lékařů na specifikaci činností, které jsou příležitostí pro digitalizaci. Podle Petra Bartoše lékař nepotřebuje být zahlcen světem software, musí ale přesně definovat své potřeby a je na dodavateli, aby mu vyhověl.



Zleva: MUDr. Vít Lorenc, předseda představenstva Nemocnice Jindřichův Hradec, Jiří Pecina, zakladatel a ředitel MEDDI hub, Michal Bušek, ředitel Sekce Zdravotnictví společnosti ICZ, Ing. Václav Vachta, MBA, předseda představenstva EUC, Petr Bartoš, CTO Medevio



prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.,
senátor a místopředseda Výboru
pro zdravotnictví a sociální politiku
Senátu PČR

Sociální služby a správní lidé na správném místě

„Jak vybrat a udržet kvalitní zaměstnance v sociálních službách je naše největší starost a zároveň i největší výzva, protože služby jsou o lidech a pro lidi, bez nich to nepůjde. Pro nás z toho vzešlo hodně úkolů už před několika lety, ale pak přišel covid, který u nás znamená smrtelné ohrožení klientů, jsou velmi křehcí. Za covidu už jsme museli řešit jedinou oblast personalistiky, a to bezpečí klientů i zaměstnanců. Strach z covidu nás paralyzoval, ale už je to za námi a my se znovu rozbíháme a máme obrovskou

chuť všechno dohnat, fungovat a pomáhat snad i ještě lépe než před ním,“ uvedla svůj příspěvek Ing. Věra Husáková, provozní ředitelka SeneCura Česká republika.

Covid podle ní měl paradoxně i pozitivní přínos, sociálním službám přinesl marketing, který by si samy nemohly dovolit zaplatit. A tak i do této oblasti přišlo pracovat hodně lidí. „Nicméně princip nábory kvalitních pracovníků je dělat ho pořád, nejen až když právě někoho potřebujete,“ upozornila přednášející. Určitý posun zájmu uchazečů vidí v jejich preferencích – víc než dříve jim jde i o dostatek volného času a osobního prostoru. Pro zájemce o práci v sociálních službách, kteří přicházejí z jiných oblastí, doporučila „směny na zkoušku“, mohou korigovat správnost jejich představ o tomto prostředí a práci a obrázek o zájemci si udělá i stávající kolektiv. Obrovskou výhodou práce v sociálních službách je fakt, že lidem v nich dává smysl – nemusí ho hledat, prostě tam je. Upozornila ale i na nutnost neustále pracovat i na stabilizaci stávajících týmů. „Nejsilnějším důvodem ke změně zaměstnavatele bývá v sociálních službách pocit jeho nevděku. Za mě by každý den měl být dnem pro to, abychom mohli někomu poděkovat,“ podotkla Věra Husáková.

Násilí v péči... Pojďme o tom mluvit!

Karel Vostrý, ředitel Evropské sítě pro stárnutí, na konferenci představil celoevropský projekt, který má napomoci řešení problému násilí v sociálních službách. Cílem projektu je vytvoření odborného vzdělávacího programu zaměřeného na prevenci, identifikaci

a adekvátní reakci na tyto projevy. Špatné zacházení se seniory, respektive násilí na nich, je definováno jako destruktivní chování vůči seniorovi odehrávající se v kontextu důvěrného vztahu, profesionálního nebo osobního, ve kterém je senior v závislé a zranitelné pozici. Často užívaná klasifikace rozlišuje obecnější úroveň zneužívání a zanedbávání a specifické úrovně v oblasti psychického a fyzického stavu, v oblasti sociálních vztahů, sexuality a financí. Problematika špatného zacházení úzce souvisí s oblastí dodržování a ochrany lidských práv v sociálních službách a se zajišťováním a hodnocením kvality.

Projevy násilí mohou mít na úrovni zanedbávání skrytou a amorfní podobu a nemusí být v některých specifických případech ze strany agresora zcela vědomé. S nějakou formou špatného zacházení v institucích (jako jsou domovy pro seniory a zařízení dlouhodobé péče) má zkušenost 15,7 % (jeden ze šesti) seniorů. Domácí i zahraniční šetření také ukazují, že násilí na seniorech v sociálních službách je komplexnějším pojmem a nelze ho zužovat pouze na vztah klienta jako oběti a zaměstnance jako agresora. Šetření ukazují, že v tomto prostředí existuje rovněž násilí směřované od klientů k zaměstnancům, dále mezi klienty samotnými, od rodinných příslušníků směrem k zaměstnancům a rovněž mezi zaměstnanci samotnými. Z kontextuálního pohledu na tyto konflikty vyplývá, že se nemusí vždy jednat o jednostranný akt agresora. Všechny tyto případy mají hluboký dopad na prostředí sociálních služeb a problematiku násilí zde je nutné co nejvíce odtabuizovat.

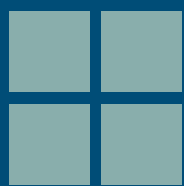
Jana Jílková

foto: Ngomy Stránská



Konference Inovace a kvalita ve zdravotnictví

INOVACE A KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ



odborná konference

Generální partner



Pořadatelé



Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb
a EEZY Events & Education

děkují všem partnerům, spíkřům a účastníkům
odborné konference

INOVACE A KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Partneři



Sprinx Pharma

12.-13. 5. 2022, Aquapalace Hotel Praha, Pražská 138, Čestlice

Konference Trendy praktického vzdělávání ve zdravotnictví

Aesculap Akademie už dvacet let vzdělává české zdravotníky. Ke svému výročí připravila konferenci jedinečnou tím, že umožnila společnou diskusi nad trendy praktického vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických profesí.

Na úvod vystoupil ředitel Odboru vědy a lékařských povolání MZ ČR Mgr. Zbyněk Podhrázký, pověřený řízením sekce zdravotní péče v oblasti vzdělávání, a představil hlavní rozvojová témata, která připravují v oblasti specializačního vzdělávání zdravotníků. V jeho projevu zaznělo jako zásadní jasně definovat a legislativně ukotvit kompetence jednotlivých lékařských odborností, což je nutné nejen pro pacienty, ale i pro ochranu samotných lékařů. Jasná právní úprava by pomohla především v právních sporech ohledně kompetencí k provedeným úkonům. Pacient musí jednoznačně vědět, kdo ho smí ošetřit, a lékař musí mít právní jistotu a svými kompetencemi jasně definovaná práva a povinnosti. V proslovu mimo jiné zaznělo, že v souvislosti s akutním nedostatkem pediatriů se prioritně řeší jejich kompetence po základním kmeni. Dále se vystoupení zaměřilo na kompetence lékařů



RNDr. M. Kalina, Ph.D. MBA, Aesculap Akademie



Panelová diskuse zástupců zdravotnických institucí

po nastavbových oborech. V této souvislosti mimo jiné zaznělo, že uvolnit lékaře k nutné další přípravě je i zátěž pro zdravotnické zařízení, nezbytné je proto zohlednit třeba i přidanou hodnotu, kterou lékaři zvýšením kompetence vzděláním v nastavbovém oboru přinese. Nesmí také dojít k umělé vytvořenému nedostatku lékařů tím, že by byly stanoveny rozsáhlé, de iure monopolní kompetence příliš úzké skupině lékařů. Vzdělávání lékařů by se také mělo více odvíjet od kompetencí vyžadovaných reálnou praxí a prací v zdravotnických zařízeních dle jejich zaměření. Ředitel Podhrázký zmínil i přípravu softwaru, který má zjednodušit akreditační řízení dle zákona č. 95/2004 Sb. a zároveň má být jakýmsi průvodcem školení specializačním vzděláním a taktéž být použitelným pro monitoraci a evaluaci vzdělávání zdravotníků. Jedním z cílů ministerstva je pak ve spolupráci s IPVZ předkládat možnost vzdělávání podle potřebných a požadovaných individuálních kompetencí.

Medicínské dovednosti už se nebudou učit až na skutečných pacientech

Konference celkově poukázala na důležitost praktického a simulačního tréninku zdra-

votníků s využitím moderních technologií, aby nedocházelo k nácvičku na pacientech. Tuto nutnost zdůraznil i profesor Neil Mortensen z Velké Británie: „V našem výukovém centru světové kvality jsme za pomoci společnosti B. Braun vytvořili expertní poradenskou síť. Jejím cílem je kritický pohled na četné nové platformy zaváděné do praxe. Posuzujeme reálný přínos produktů rozšířené reality, virtuální reality a robotiky přicházejících na trh pro výchovu chirurgů. Nechceme používat platformy, které nemají předpoklady k tomu, aby byly efektivní. Vytvořili jsme předpoklady k tomu, aby se nám povedlo vybudovat tak realistickou virtuální výuku, že už se žádný chirurg nebude muset učit svému řemeslu na skutečných pacientech. V současnosti ale stále potřebujeme kombinaci základních technologických modelů, platform pro chirurgickou výuku, a nedokážeme reálně nahradit praktickou chirurgickou výuku na sále.“

Konference ukázala konkrétní příklady zařazení simulačních a praktických tréninků v systému specializačního vzdělávání v Irsku, Německu a Rakousku. Miroslav Voborský je simulační technik pro výuku na Royal College of Surgeons v Dublinu. Jeho pracoviště zaručuje transformativní vzdělávání pro celou komunitu univerzity

a pro rezidenty všech chirurgických oborů v rámci chirurgického výcviku. Jejich rezidentský chirurgický program je plně hrazen vládní organizací a každoročně je do něj přijato 100 účastníků. V centru se simuluje například odběr orgánů pro transplantace nebo laparoskopicky prováděné gynekologické operace. „Simulační výcvik je prospěšný pro pacienty, naše týmy i pro nás samotné,“ zdůraznil Marcus Rall, „guru simulační medicíny“, který se zabývá specializačním vzděláváním anesteziologů a intenzivistů v Německu a vedl i kurzy pro simulační trenéry v Aesculap Akademii. Týmy snů podle něj nevznikají náhodou, musí se vybudovat. Dobrou souhru mezi členy týmu je třeba nacvičit. Negativní události při poskytování zdravotní péče jsou ze 70 % zapříčiněny lidským faktorem. Většinou tedy nejde o nedostatečné medicínské znalosti, ale o jejich přenos do praxe. Další evropský příklad dobré praxe ukázal MUDr. Daniel Csomor, který demonstroval přístup k simulačnímu tréninku anesteziologů a intenzivistů v Rakousku. Byl také několikrát hostem simulačních kurzů Aesculap Akademie v Praze.

Víc praktického tréninku a spolupráce v týmu

V panelových diskusích za účasti vrcholných představitelů z ministerstva zdravotnictví, zdravotnického výboru senátu PČR, lékařských a zdravotnických fakult v Praze, v Brně a v Olomouci, České asociace sester, Národního centra ošetrovatelství a odborných lékařských společností zazněl apel na nezbytnost praktického tréninku a jeho zařazení do povinné specializační přípravy lékařů i sester, dále byla vyjádřena potřeba týmového tréninku a společného tréninku sester a lékařů.

„Jediná cesta, jak zavádět trendy do vzdělávání, je edukovat celé týmy včetně nelékařského personálu – a velmi by to pomohlo i neformálním pečujícím,“ zdůraznila Mgr. Alice Strnadová, MBA, ředitelka Odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR. „Já vzdělávání tímto způsobem vítám. Naše vzdělávací instituce jsou mnohdy svázány rámcovými vzdělávacími programy, zatímco Aesculap Akademie může velmi pružně reagovat na potřeby praxe. Přidaná hodnota kurzů je i zpětné hodnocení toho, co se tam odehrálo, což v reálné praxi nelze,“ ocenila PhDr. Martina Šochmanová, prezidentka České asociace sester (dále ČAS). „Simulační centra v nemocnicích by velmi pomohla vést jejich personál k vyšší kvalitě péče, ale zatím se to daří implementovat pouze pro lékaře mého oboru, jen ti to mají povinné,“ připomněl anesteziolog a intenzivista MUDr. Michael Stern. Vzdělávání úzce souvisí s navyšováním kompetence, což je náročný požadavek i u sester. Nutné je i legislativní řešení, v komunikaci s MZ ČR a odbornými lékařskými společnostmi o to usiluje i ČAS. Fakticky jde o legalizaci činností, které sestry stejně vykonávají, ale schází právní rámec. Řadu kompetencí lze ošetřit právě certifikovaným kurzem.

O trendech vzdělávání na největší české lékařské fakultě hovořil prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc., děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Jednou z novinek je tu oživení a další rozvoj vzdělávání všeobecných sester. „Nestačí nadšení pro moderní metody, kvalitu výuky musíme neustále vyhodnocovat, posunovat dál se lze jen na základě evaluace,“ připomněl prof. MUDr. Petr Štourač, Ph.D., z Ústavu simulační medicíny Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Tady nabízejí simulaci v medicíně i jako doktorský studijní program, mají pro něj akreditaci jako jediní v Evropě, ostatní jsou jen na technických

univerzitách. Podle názoru všech účastníků diskuse by zdravotnickým profesím velice prospělo větší propojení a týmová spolupráce lékařských a nelékařských oborů už i v rámci studia. Zatím je to většinou tak, že každý si studuje to své a potkají se až v praxi.

Příklady dobré praxe

Na závěr konference zazněly od členů Vědecké rady Aesculap Akademie inspirativní příklady dobré praxe praktických tréninků Aesculap Akademie v pregraduálním vzdělávání, v intenzivní medicíně a v kardiokirurgii. „Ve spolupráci s Aesculap Akademií rozvíjíme simulační medicínu v centru Dialog B. Braun už od roku 2015. Celkem 114 kurzů už prošla téměř tisícovka zdravotníků. Velmi ceněné jsou například nácviky in situ simulací nebo krizových stavů při chronické dialýze,“ uvedl v úvodním příspěvku bloku MUDr. Michael Stern, předseda Společnosti pro simulace v medicíně. Simulační kurzy je třeba zažívat průběžně a opakovaně a měly by být nedílnou součástí povinného celoživotního vzdělávání zdravotníků. Velmi ambiciózním projektem Aesculap Akademie bylo vytvoření speciálního kardiokirurgického tréninku. Podařilo se to a nyní už proběhlo několik kurzů basic advanced pro rekonstrukci mitrální chlopně. Kardiokirurgie je i v rámci medicíny mimořádně náročný obor, trénink v něm je extrémně náročný psychicky i fyzicky. Cesta je to dlouhá a simulační kurzy ji usnadňují. „Online vzdělávání a virtuální realita jsou pro nás dnes už v edukaci intenzivní medicíny nepostradatelnými pomocníky a spolupráce s Aesculap Akademií je pro nás velkou podporou. Výhodou online výuky je časová úspora. Pro postgraduální výuku vyhovuje ještě lépe než pro pregraduál. Nevýhodami online výuky je menší interakce s posluchači a lépe také vyhovuje pro teorii než pro praktickou výuku,“ řekl doc. MUDr. Martin Balík, Ph.D., předseda České společnosti intenzivní medicíny. Simulace se staly standardem v pregraduálním vzdělávání na lékařských fakultách, který propojuje tradiční výuku a klinickou praxi. Umožňuje systematické a bezpečné získávání lékařských a zdravotnických dovedností a znalostí v podmínkách blížících se reálnému klinickému prostředí. Kromě praktického nácviku nezbytných dovedností je zásadní důraz na rozvoj schopností týmové spolupráce a komunikace při řešení krizových akutních stavů.

Jana Jílková

foto: archiv Aesculap Akademie



Panelová diskuse zástupců vzdělávacích institucí

Olomoucké hematologické dny opět hostily lékaře, sestry i laboranty

Ve dnech 26.–28. 5. 2022 se pod záštitou České hematologické společnosti ČLS JEP a Sekce onkologie České asociace sester konaly XXXIV. Olomoucké hematologické dny. Akce přilákala odborníky z řad lékařů, sester nebo laborantů. Kromě expertů z tuzemska se odborné konference zúčastnili také experti ze Slovenska, USA, Izraele, Španělska nebo Velké Británie.

„V letošním roce si připomínáme dvousté výročí narození Gregora Johanna Mendela, studenta Filozofického ústavu v Olomouci, který svým pozdějším bádáním položil základy zcela nové vědecké disciplíny – genetiky, když popsal principy dědičnosti, které jsou platné dodnes. A právě genetika se rozvinula ve fascinující obor, který s hematologií, diagnostikou a léčbou chorob krve velmi úzce souvisí, a to jak historicky, tak i zcela recentně. V současné době jsme svědky obrovského pokroku jak v molekulárněgenetickém poznání podstaty onemocnění krve, lymfatického systému a krevního srážení, tak i nesmírně dynamického vývoje buněčné a genové terapie. A právě symbolická inspirace výsledky studia a zkoumání Gregora Johanna Mendela se stává hlavním tématem, přesněji však spojujícím mottem letošních Olomouckých hematologických dnů,“ říká prof. MUDr. Tomáš Papajík, CSc., přednosta Hemato-onkologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc.

Problematika péče o dutinu ústní

Problematice trendů v prevenci a léčbě orální mukositivity se věnoval prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D. „Mukositida je toxicko-zánětlivé onemocnění po intenzivní chemoterapii. Tato postižení vídáme často u pacientů, kteří podstupují ozařování do oblasti dutiny ústní z důvodu karcinomu orofaryngu,“ řekl na úvod prof. Vokurka.

Komplexní péče o dutinu ústní začíná edukací pacienta v hematoonkologii. Důležité je, aby byl pravidelně čištěn chrup a zubní náhrady. K udržení vlhkosti a čistoty sliznice a pro prevenci kolonizace bakteriemi jsou důležité výplachy dutiny ústní s protizánětlivou nebo antimikrobiální složkou. Pacientovi by se nicméně neměl nutit roztok, který je mu nepříjemný, v praxi proto využíváme širokou škálu různých přípravků. Důležité je pacienta motivovat

k pravidelnosti výplachů, které ale nenahrazují klasické čištění kartáčkem.

Mezi zástupce těchto roztoků patří např. Tantum Verde se složkou benzydamin, což je lokální analgetikum a antiflogistikum určené k léčbě dutiny ústní a krku. Mezi antimikrobiální roztoky patří ty s chlorhexidinem nebo 1% bikarbonátem. Možné je také použití oplachových roztoků k ošetření ran s obsahem tzv. singletového kyslíku (př. Actimaris). Mezi další zástupce patří caphosolový roztok kalcia a fosfátu (výhodou je remineralizace chrupu a stabilizace sliznice), roztok dexametasonu s lokálním anestetikem trimekainem se hodí spíše na topickou aplikaci bolestivých lézí, výplach se nedoporučuje, protože by mohlo dojít ke znecitlivění jazyka a sliznic – pacient se může pokousat nebo mít poruchy polykání s rizikem aspirace. K výplachům se v tomto případě doporučuje užívat samostatný roztok s dexametasonem bez lokálního anestetika. V případě mykotické infekce se doporučuje výplach Sporanoxem. Důležité je také nezapomínat na rty a jejich zvlhčování.

Důležité je chlazení dutiny ústní v průběhu podávání chemoterapie Melphalalem. V opačném případě bude 78 % pacientů hrozit těžké poškození dutiny ústní.

CAR-T terapie – vycházející hvězda hematoonkologie

T-lymfocyty jsou buňky imunitního systému, které po opuštění kostní dřeně dozrávají v brzlíku. Jsou základem získané (buněčné) imunity, ničí nádorové buňky a regulují imunitní systém pomocí cytokinů.

CAR-T jsou upravené vlastní T-lymfocyty pacienta, které mají nahrazený fyziologický tzv. TCR receptor umělým chimerickým antigenním receptorem (CAR), kterým T-lymfocyty rozeznávají své cíle, které mají za úkol zničit. Tyto buňky kombinují schopnost vyhledat a zničit cílovou buňku. CAR-T lymfocyt má vnitřní (dává

signál buňce, aby buňku zničila) a vnější složku (rozpoznává antigen, nejčastěji CD19). Nové generace receptorů buňky umí produkovat cytokiny, které aktivují další buňky imunitního systému.

Léčba je vysoce individualizovaná – určena pro jednoho konkrétního pacienta. V ČR jsou dostupné 3 imunoterapeutické přípravky. Tisagenlecleucel (Kymriah) se používá u pacientů do 25 let v pokročilé fázi nemoci, která nereaguje na standardní terapii. Indikováni k terapii Kymriah jsou pacienti s relabujícím difuzním velkobuněčným B-lymfomem, akutní lymfoblastickou leukémií a folikulárním lymfomem. Mezi další preparáty patří axicabtagen cicleucel (Yescarta) pro pacienty s difuzním velkobuněčným lymfomem a brexucabtagen autoleucel (Tecartus). Použití přípravků je autologní formou intravenózní infuze.

Pacienti indikováni ke CAR-T terapii jsou nemocní s relabující refrakterní chorobou a přípravky jsou podávány až po selhání klasické léčby. Komplikace mohou



prof. MUDr. Tomáš Papajík, CSc.

být závažné – nejčastěji syndrom z uvolnění cytokinů a dále syndrom neurotoxicity. Syndrom z uvolnění cytokinů se nejčastěji projevuje febriliemi, únavou, tachykardií, hypoxií, bolestmi hlavy nebo zimnicí. Stupeň číslo 1 se řeší symptomatically a objevuje se u 91 % pacientů. U stupně číslo 2 dochází k hypotenzi, která reaguje na podávání tekutin. Zároveň se podávají kortikoidy a tocilizumab. Stupně 3 a 4 jsou život ohrožující stavy, často spojené se zajištěním dýchacích cest. Časné symptomy neurologické symptomatologie může odhalit tzv. test psaní, kdy pacient píše jednu tu samou větu každý den, provádí se nejčastěji jednou za 24 hodin. Sledují se změny v psaní písma. Dalším nežádoucím účinkem je aplazie B-lymfocytů.

„Jaký je budoucí vývoj preparátů, netušíme. Předpokládáme, že budou k dispozici vyšší generace, které budou bezpečnější a účinnější než ty stávající. Účinnost se bude nepochybně zlepšovat tím, že budou zaměřené na více znaků, doposud jsou zaměřené proti jednomu znaku nádorových buněk. Bude se nepochybně rozšiřovat diagnostické spektrum, kdy budou preparáty dostupnější pro více nemocí. Také doufáme, že se zrychlí výroba, v současné době trvá výroba 3–4 týdny, což může být pro některé pacienty fatální, pokud mají velmi agresivní nemoc. Také doufáme, že bude léčba levnější, protože 10 milionů korun na jednoho pacienta je problémem pro rozpočet zdravotnictví. Také doufáme, že budou preparáty dostupnější v časnějších fázích léčby, protože pak budou mít pacienti větší potenciál k vyléčení,“ uzavřel svoji přednášku doc. MUDr. Tomáš Sztokowski, Ph.D., lékař hemato-onkologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc.

Z ošetřovatelského pohledu poskytly svůj pohled na CAR-T terapii všeobecné sestry Mgr. Žáková a Mgr. Lindušková z Fakultní nemocnice Brno, které sdílely zkušenosti s podáváním přípravku Tecartus. „Příprava pacienta začíná lymfodeplečním režimem (nejčastěji na bázi fludarabinu a cyklofosfamidu) ode dne –5 až –3, jedná se o povinnou přípravu pacienta. Doporučuje se současné podávání antibiotik, antimykotik, antivirotik, antiepileptika. Tecartus se doporučuje podávat 3–14 dní po skončení této chemoterapie,“ popisuje Lindušková.

„Přibližně hodinu před podáním tohoto léčivého přípravku tomu předchází premedikace, nejčastěji antipyretika nebo antihistaminika. Úkol všeobecné sestry spočívá v přípravě sterilních i nesterilních pomůcek. Postup aplikace přípravku je dán



prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D.

standardem pracoviště, který jsme vypracovali. Samotný preparát přijde zmrazený v infuzním obalu, po rozmrazení je samotný přípravek podáván formou infuze do CŽk. Po podání dojde k proplachu fyziologickým roztokem. Každý pacient může na tuto léčbu reagovat jinak, proto jsou po celou dobu pacienti monitorováni fyziologické funkce,“ říká Lindušková.

CAR-T terapie byla v ČR doposud podána celkem 79×, z toho 26× ve Fakultní nemocnici Brno, kde byl podán pouze 1× Tecartus, 15× Yescarta a 10× Kimrayah. U ⅓ pacientů dojde k vymizení lymfomu, přežívá přibližně polovina pacientů. Jedná se o velmi moderní léčbu, nežádoucí účinky jsou sice závažné, ale vratné. Na zvažení zůstává vysoká cena a efektivita léčby.

Specifika péče o pacienty v Saúdské Arábii

Jiný pohled na klinickou praxi představil Bc. Jakub Doležal, staniční sestra na oddělení transplantační a intermediální péče I. interní kliniky hematologické v pražské Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, který popsal specifika péče o pacienty v Saúdské Arábii. „Pracoval jsem v King Abdullah Medical City Jeddah, což jedna z nejvyšše postavených vojenských nemocnic v Saúdské Arábii. „Pracoval jsem v King Abdullah Medical City Jeddah, což jedna z nejvyšše postavených vojenských nemocnic v Saúdské Arábii. Tato nemocnice má prestižní americkou akreditaci JCI (v ČR má tuto akreditaci Ústav hematologie a krevní transfuze, pozn. autor),“ říká Doležal. „Na rozdíl od ČR nemají nemocnice v Saúdské Arábii oddělení ARO, chirurgické a interní JIP. Namísto toho zde jsou tzv. general ICU, což jsou všeobecné JIP, kde se setkáváme se všemi typy pacientů od polytraumat až po gynekologické operace. Většina kolegyně

a kolegů, kteří přijedou do této země, nastupuje právě na tato oddělení. Je to pro ně obtížné, protože se často setkávají s diagnózami, se kterými se v tuzemsku neseťkávají, jedná se např. o vrozené vývojové vady. Navíc jsou na jednom oddělení často dětští i dospělí pacienti,“ doplňuje.

Sestry z České republiky patří mezi jedny z nejlépe placených sester, které jsou řazeny do stejné skupiny jako Američané nebo Britové. Oproti sestrám v České republice však mají sestry v Saúdské Arábii extrémní kompetence. „Každé ráno sestra vyšetřuje pacienta tzv. head to toe a dělá o tom záznam. Dále sestry mohou podávat některé léky bez indikace lékaře, především analgetika a antipyretika, nesmí to být nicméně opiáty. Bez specializace mohou sestry katetrizovat močový měchýř muže, popisovat RTG snímek, EKG nebo interpretovat krevní plyny. Veškeré úkony jsou poté zapisovány elektronicky do počítače,“ popisuje Doležal.

Na rozdíl od České republiky mají saúdské nemocnice několik pracovních pozic, které v ČR neznáme, např. o ventilátory u ventilovaných pacientů se starají tzv. respiratory therapists. Nursing coordinators mají na starost kompletní řešení služeb sester a clinical nursing directors jsou v podstatě hlavní sestry, které mají na starost konkrétní oddělení.

Každá sestra, která odjíždí do Saúdské Arábie, by měla mít povědomí o specifikách péče o muslimské pacienty. Ženy mají obavy o své soukromí, což se projevuje v celkové péči o pacienty. Jako muž se nesmíte starat o ženské pacientky, a pokud ano, tak pouze se svolením mužského člena rodiny.

Text a foto: Michal Češek

Zaměřeno na digitalizaci a telemedicínu ve zdravotnictví

Digitalizace intenzivní a anesteziologické péče Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Vítězný projekt oceněný v rámci konference *Inovace a kvalita ve zdravotnictví*, která se konala 12. 5.–13. 5. 2022, představuje plnou digitalizaci provedenou v prostředí intenzivní a anesteziologické péče.

Veškerá data, která generují přístroje monitorující pacientovy fyziologické funkce, a stejně tak i data z přístrojů na podporu orgánových funkcí (přístroje pro umělou plicní ventilaci, anesteziologické přístroje, hemodialyzační přístroje apod.), jsou přenášena do klinického informačního systému FONS Enterprise (KIS FONS Enterprise) a zde uchovávána. Veškerá zdravotnická dokumentace i záznamy o provedené léčbě a ošetrovatelské péči jsou vedeny v digitální formě a ukládány do elektronického archivu. Databáze shromažďovaných klinických dat se stane unikátním zdrojem informací pro aktuální zdravotní péči, její retrospektivní hodnocení i statistické výstupy práce. KIS FONS Enterprise představuje výrazný pokrok v bezpečnosti – eliminaci chyb v důsledku nesprávné interpretace ručně psané preskripce a přepisu klinických dat do zdravotnické dokumentace. Sběr dat probíhá automaticky, znamená úsporu času v rámci nutné administrativy a umožní lékařům i zdravotním sestřám věnovat více času přímé péči o pacienta.

Projektový tým oceněné nemocnice pracuje v současnosti i na přípravě projektu pro elektronizaci lékárenského provozu a sys-



tému centrálního podávání léčiv. V rámci projektu je po provedení strukturované ordinace lékařem na standardním oddělení tato ordinace elektronicky zaslána do lékárenského provozu, kde je za pomoci automatu vytvořen balíček ordinovaných léčiv, který je opatřen čárovým kódem a zaslán zpět na

oddělení. Zde je po identifikaci pacienta prostřednictvím čárového kódu na identifikačním náramku podán pacientovi. Systém představuje pokrok především v bezpečnosti při podávání léčiv, eliminuje chyby v medicaci a představuje výraznou časovou úsporu při přípravě ordinací na oddělení. (red)

▼ Inzerce

NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

Vítejte na chatu, můžete začít psát... Chatové poradenství pro pomáhající profese

Kniha Bohuslavy Horské, Šárky Kohoutkové, Lucie Kudrnové Vosečkové a Andrey Láskové se věnuje chatové komunikaci s klientem, zachycuje jak praktické zkušenosti, tak tento distanční způsob práce zasazuje do teoretického rámce. Je určena různým pomáhajícím pracovníkům – současným i budoucím psychologům, sociálním pracovníkům, pracovníkům v sociálních službách, učitelům nebo psychoterapeutům.

Objednávejte na:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Vančurova 2904, 390 01 Tábor,
tel./fax: 381 213 332 provolba č. 6, e-mail: redakce@apsscr.cz, www.obchodapsscr.cz



Digitalizace zdravotnictví může zlepšit dostupnost zdravotní péče při nižších nákladech

Institut pro politiku a společnost pořádá ve dnech 12.–13. května v Praze VII. ročník mezinárodní konference Digitální Česko, která svým rozsahem patří mezi vůbec nejvýznamnější akce tohoto druhu ve střední Evropě. Samostatný modul byl věnovaný také problematice elektronického zdravotnictví (eHealth).

Oblast zdravotní péče prochází velkou proměnou v celém světě. Mezi hlavní výhody patří lepší prevence, zlepšení diagnostiky, léčby i sledování zdravotní péče pacientů i jejich životního stylu.

„Myslím, že nás čekají úžasné časy alespoň v oblasti digitalizace a elektronizace zdravotnictví. eHealth zažilo v průběhu covidového období velké změny, došlo k urychlené revoluci sdílení dat. V rámci digitalizace bylo dosaženo mnohé. Na evropské úrovni panuje celá řada dalších plánů, např. společný datový prostor EU, který by měl umožnit sdílení dat pro akademickou sféru a výzkumné společnosti,“ řekl na úvod MUDr. Tomáš Doležal, ředitel Institutu pro zdravotní ekonomiku a spoluzakladatel platformy Medevio, a také moderátor společné diskuze, které se zúčastnili Morten Albæk Peterson, ředitel inovativního dánského portálu veřejného zdraví Sundhed.dk, estonský ministr zdravotnictví a práce Tanel Kiik, ředitel IT a elektronizace zdravotnictví při MZ ČR Ing. Martin Zeman a 1. místopředseda, Aliance pro telemedicínu, digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb a současně také ředitel platformy MEDDI Jiří Pecina, MBA.

Přínosy pro poskytovatele zdravotní péče a pro pojišťovny

Čelními představiteli pokroku v oblasti digitalizace zdravotnictví v EU jsou Estonsko a Dánsko. Morten Albæk Peterson, ředitel inovativního dánského portálu veřejného zdraví Sundhed.dk, představil aplikaci The App Mindsundhed, jejíž hlavním cílem je ušetřit čas pacientům, podpořit je a usnadnit práci zdravotníkům. Portál umožňuje přístup ke zdravotní dokumentaci pacientů a zdravotníci mají možnost přistupovat ke zdravotnickým údajům pacientů z různých systémů. Jedná se o celostátní řešení, které pokrývá pacienty, zdravotnické organizace a poskytovatele zdravotní péče. „Na tomto portálu pracujeme od roku 2002. Vývoj probíhal velmi organicky – na základě dotazů pacientů jsme ho neustále upravovali tak, aby odpovídal tomu, co pacienti a jeho uživatelé potřebují.“

Tanel Kiik, ministr zdravotnictví a práce v Estonsku popsal rychlý pokrok nejen v oblasti transformace digitálních služeb v Estonsku



Zleva: Morten Albæk, Jiří Pecina, MBA, Ing. Martin Zeman, Tanel Kiik a MUDr. Tomáš Doležal

od počátku 90. let: „V roce 1991 jsme získali nezávislost a začali jsme dohánět severské státy a zbytek světa. Ten vývoj byl rychlý a logický. Naši obyvatelé očekávají, že vše bude k dispozici online, a my děláme vše proto, abychom tato očekávání splnili, a pokud je to možné, tak i překonali. Každý úspěšný digitální systém by se měl zaměřovat na pacienta, měl by být uživatelsky přívětivý. V Estonsku dáváme do zdravotnictví zhruba 5 %, Evropě je průměr okolo 10 %. Ale protože máme méně prostředků ve zdravotnictví, musíme pracovat velice dobře na tom, jak tyto omezené prostředky využít, např. šetření času pacientů, ale i zdravotníků a sdílení dat v rámci zdravotnického systému. To je jeden ze způsobů, jak snížit náklady i potřebný čas. Bez řešení eHealth bychom nebyli schopni poskytovat zdravotní služby s rozpočtem, který máme k dispozici.“

Dánsko se po vzoru ČR ve velkém zaměřuje na léčbu, to se však do budoucna má podle Petersona změnit. „Máme velký potenciál s eHealth, je součástí procesu demokratizace – doktor a pacient stojí na stejné úrovni. Člověk může změnit svůj způsob života a chování tak, aby působil preventivně. Myslím, že koronavirová pandemie je tím nejlepším příkladem prevence, kdy lidé hojně využívali v rámci eHealth digitální certifikáty o proběhlém očkování nebo nákaze, a na základě výsledků se pak izolovali.“

O významu prevence a vzdělání promluvil také Jiří Pecina, MBA, ředitel platformy MED-

DI. „V naší firmě jsme oslovili poskytovatele zdravotní péče. Masarykův onkologický ústav implementoval před 10 lety náš systém a pomáhal nám s jeho zlepšováním. Tento software nyní využívají pacienti ve věku od 18 asi do 77 let. Chtěli jsme zabránit tomu, aby se lidé vždy museli do nemocnice dostat, a tím systém šetřil peníze. Zjistili jsme, že prevence a vzdělávání jsou nesmírně důležité. V současné době jsou v ČR asi 2 miliony potenciálně onkologických pacientů a nikdo neměří údaje o tom, do jaké míry tito lidé navštěvují lékaře a do jaké míry se to projevuje na míře hospitalizace.“

V diskusi zaznělo, že je třeba uvažovat nad pacientem komplexně, a kromě zdravotních služeb by se měla zapojit také sociální péče, a to z toho důvodu, že řada dalších oblastí bude potřebovat využívat stejný typ údajů – sociální zabezpečení, zaměstnanecké údaje apod. Proto je důležité, aby pacient nemusel ty samé údaje poskytovat dvakrát. Problémem však může být vzájemná kompatibilita systémů. Podle Kiika má Estonsko státní systémy, např. centrální registry, se kterými musí být každý z provozatelů služeb kompatibilní. „Pokud pacient navštěvuje lékaře, všechny organizace musí mít přístup k základním registrům. Je důležité, aby fungovala interoperabilita a systém byl integrován s dalšími odvětvími – zaměstnanecké služby, vzdělávání, sociální systém. Je třeba se podívat na zemi jako celek,“ řekl Kiik.

Michal Češek

Foto: Institut pro politiku a společnost

Aplikace MEDDI bude k dispozici peruánské armádě

MEDDI hub a.s. je česká společnost, která vyvíjí telemedicínská řešení, jejichž cílem je umožnit komunikaci mezi pacienty a lékaři kdykoliv a kdekoli a celkově ji zefektivnit. Kromě České republiky platforma prorazila za hranice – kromě střední a východní Evropy realizují její vývojáři projekty v Latinské Americe. Nově bude např. v Peru součástí námořních plavidel a říčních „plovoucích nemocnic“.

Platforma MEDDI přináší možnost konzultovat zdravotní stav s lékařem přímo na dálku, a to prostřednictvím zabezpečeného videohovoru, audiohovoru nebo chatu, a to v plně zabezpečeném prostředí. Veškerá komunikace probíhá skrze koncové šifrování, tudíž není možné, aby do ní vstoupil jakýkoliv prostředník. Aplikace je optimalizovaná jak pro použití na chytrých telefonech, tak na počítači. Software MEDDI MD a MEDDI app funguje na PC i macOS vždy souběžně se stávajícími systémy. Je dostupný na adresách www.meddiapp.com a www.meddimd.com. Dále je možné stáhnout mobilní aplikace pro operační systémy Android a iOS prostřednictvím Google Play a App Store. Lékař používá primárně webovou aplikaci meddimd.com na počítačích v interní síti.



Tuzemský projekt MEDDI má v Česku registrováno přes 5 000 lékařů. Po úspěchu v Česku se projekt rozšiřuje na Slovensko a do dalších zemí střední a východní Evropy. Teď se společnost MEDDI hub rozhodla vydat až přes Atlantik do Latinské Ameriky. Stejně jako v České republice se společnost zaměřuje na poskytování svých služeb pro zdravotnická zařízení a korporátní klientelu.

Plány, jak rozšířit působnost MEDDI do oblasti Jižní Ameriky, vznikaly již na počátku roku 2021. Úplně prvotním motivem byl zájem nadnárodní společnosti Veolia o rozšíření poskytování služeb aplikace pro zaměstnance v oblasti Latinské Ameriky. Tam má společnost více než 25 000 zaměstnanců. V Česku momentálně využívá telemedicínské služby asi 8 tisíc pracovníků Veolie, pro které je vzdálená lékařská péče firemním benefitem.

Platforma MEDDI získala mezinárodní ocenění

Mezinárodní Společnost pro výzkum, zdraví, rozvoj podnikání a technologie (SIISDET) udělila v neděli 5. června ve španělském Santanderu ocenění za přínos technologií ve zdravotnictví. Doktorka Omidres Pérez, která ocenění převzala, aktivně pracuje na výzkumu a aplikaci technologií do zdravotnictví již 23 let. V rámci své práce řídí pilotní projekt, který se zabývá implementací specializované aplikace MEDDI Diabetes do léčby pacientů s tímto chronickým onemocněním. „Platforma MEDDI nabízí skvělé řešení pro komunikaci mezi lékaři a pacienty, kteří se léčí s chronickým onemocněním, jakým je například diabetes. Telemedicina může nahradit část osobních setkání a celkově zefektivnit komunikaci, dokáže ale také podpořit pacienty v pravidelném monitoringu onemocnění a větší ochotě k léčbě. Komunikace v rámci MEDDI je navíc zabezpečená, a pacienti ani lékaři se tak nemusí bát úniku informací, což je při sdílení citlivých osobních dat zásadní,“ říká Omidres Pérez.

„Jsme moc rádi že jsme získali pro naši aplikaci toto ocenění. Věříme, že telemedicina může pomoci zefektivnit zdravotnictví kdekoli na světě a umožnit přístup ke zdravotní péči pro každého. U chronických onemocnění jako diabetes jsou navíc kontinuální péče a monitoring pacientů absolutně nezbytné pro úspěch léčby,“ říká Jiří Pecina, zakladatel a majitel společnosti MEDDI hub.

Největší potenciál má telemedicina u chronických onemocnění

Telemedicina má velký potenciál při péči o dlouhodobé nebo chronické pacienty, u kterých se dá značná část věcí řešit distančně propojením lékaře a pacienta, a to buď formou videohovoru, nebo zpráv. Lidé mohou konzultovat své problémy s lékařem bez nutné návštěvy jeho ordinace. Právě v Latinské Americe, stejně jako v jiných částech světa, je velkým problémem diabetes. Podle odhadu Latinskoamerické diabetologické asociace trpí tímto onemocněním přibližně 60 milionů lidí, v regionu působí asi 15 000 specializovaných diabetologů a každý zvládne pečovat asi o 500 pacientů. Přibližně čtvrtina z nich o své diagnóze ale neví a další značná část nemá přístup k potřebné léčbě, protože celý region trpí nedostatkem odborníků.

„Naše aplikace bude současně sloužit jako platforma pro akreditované online kurzy telemedicíny pro lékaře z celého regionu ve spolupráci se společností Salud E-learning. S pomocí MEDDI se bude také vyučovat telemedicina na univerzitách, jako tomu je na lékařských fakultách Univerzity Karlovy. První univerzitou, se kterou spolupracujeme, je Univerzita v Cartageně v Kolumbii. V současné době máme již navázanou spolupráci s nemocnicemi v Ekvádoru, Peru a Kolumbii, které dohromady obslouží půl milionu pacientů ročně,“ popisuje dosavadní úspěch Jiří Pecina.

Nové projekty v Peru pro civilisty a námořníky

Kromě spolupráce s místními prestižními univerzitami rozjíždí MEDDI hub projekt zdravotní péče pro říční „plovoucí nemocnice“, provozované peruánskou armádou, které se starají o pacienty ve vzdálených a nedostupných lokalitách ve vnitrozemí, a také o civilní obyvatelstvo v nedostupných oblastech včetně jezera Titicaca.

Mezi hlavní benefity patří:

- Bezpečná komunikace – videohovor lékaře na palubě s lékaři specialisty v mateřské vojenské nemocnici na pevnině.
- V případě těhotných žen – snížení úmrtnosti vzhledem k možnosti okamžité odborné konzultace s lékaři specialisty v mateřské vojenské nemocnici na pevnině.
- Digitální evidence pacientů a jejich lékařských záznamů.
- Nepřetržitá komunikace pacientů s lékaři – součástí projektu bude i instalace hotspotu v místní komunitě.
- MEDDI app jako další informační kanál pro komunikaci – prevence, edukace.

Cílem pilotního projektu je implementace MEDDI app pro říční plovoucí nemocnice NAPO, které ošetří ročně přes 20 000 pacientů na řece Amazonce a Ucayal.

Mezi další projekt v Peru patří implementace MEDDI app pro posádku vojenského námořního plavidla PISCO, která čítá celkem 557 mužů a jejich rodinné příslušníky. Následně plánuje MEDDI spolupráci s ostatními vojenskými plavidly, kterých má Peru celkem 50 s celkovým počtem 30 000 mužů posádky a 150 000 rodinných příslušníků.

Do budoucna nabídne společnost MEDDI hub spolupráci válečným flotilám v Kolumbii, Ekvádoru, Argentině, Chile a Dominikánské republice.

„Naše aktivity celkově řídíme z Prahy, pro region máme ale zodpovědného vedoucího manažera, který v oblasti dříve strávil téměř patnáct let a zdejší společnost a komerční zvyky tedy velmi dobře zná. Nyní je v regionu téměř trvale a vede lokální obchodní a implementační tým,“ vysvětluje Pecina.

Mezi hlavní benefity patří:

- Bezpečná komunikace – videohovor lékaře na palubě s lékaři specialisty v mateřské vojenské nemocnici na pevnině.
- Digitální evidence námořníků a jejich lékařských záznamů.
- Telemedicína jako bonus pro rodinné příslušníky.
- Snížení výdajů na zdravotnictví v armádě – např. snížení počtů evakuací pacientů z lodí na pevninu helikoptérou.
- MEDDI app jako další informační kanál pro komunikaci – prevence, edukace etc.
- Komunikace pacientů s lékaři 24/7.

Důraz na bezpečnost

Vzhledem k charakteru zpracovávaných dat aplikace splňuje veškeré legislativní požadavky pro kybernetickou bezpečnost podle platných právních předpisů. „Při vývoji aplikace jsme vše důkladně probrali s NÚKIB (Národní úřad pro kybernetickou a informační bezpečnost, pozn. red.) a odborníky na kybernetickou bezpečnost a zcela splňujeme všechny potřebné vyhlášky a normy. Běžnou součástí naší bezpečnostní politiky je provádění pravidelných bezpečnostních auditů externích společností. Dále intenzivně spolupracujeme s řadou etických hackerů, kteří se snaží najít případná slabá místa jak v aplikaci, tak i celé architektuře. Tímto cílíme na maximální možnou zabezpečení a nemožnost úniku citlivých dat,“ popisuje Jiří Pecina, majitel společnosti MEDDI hub a.s.

Aplikace může být šitá na míru konkrétním zařízením

V současné době platformu Jiřího Peciny využívají zdravotnická pracoviště, jako je Masarykův onkologický ústav. MOÚ se stalo prvním nemocničním zařízením v České republice, které představilo vlastní unikátní mobilní aplikaci MOU MEDDI. „Toto je opravdu první projekt, který propojuje možnosti moderních platform s potřebami komunikace mezi pacienty a zdravotníky. Aplikace rozhodně nemá ambice nahrazovat osobní setkání, ale v mnohých situacích ji lze velmi vhodně využít. Naším pacientům proto chceme umožnit využívání současných komunikačních technologií a zjednodušit jim spojení s našimi zdravotníky,“ vysvětluje prof. Marek Svoboda, ředitel MOÚ.

Zástupci MEDDI se účastní také nejrozličnějších konferencí a rovněž spolupracují na výuce předmětu telemedicína na lékařských fakultách Univerzity Karlovy, Masarykovy univerzity a Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košicích. Jsou také aktivním propagátorem telemedicíny a digitalizace zdravotnictví a jednou ze zakládajících společností Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.

Kromě toho má MEDDI rovněž klienty v oblasti korporátní klientely, kdy kromě Veolie zajišťuje telemedicínu například pro zaměstnance Pražské teplárenské, Pražských vodovodů a kanalizací, pro Hospodářskou komoru, kde je využívání aplikace součástí zaměstnaneckých benefitů. Benefity služby mohou využívat také držitelé vybraných karet VISA.

Michal Češek

Foto: archiv MEDDI hub



Digitalizace je přínosem nejen ve zdravotnictví, ale také v sociálních službách

Dne 19. dubna 2022 se v prostorách Senátu Parlamentu České republiky konala odborná konference s názvem *Digitalizace zdravotnictví a sociálních služeb 2022*. Akci pořádal Výbor pro zdravotnictví za odborné spolupráce Aliance pro telemedicínu, digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.

Konference byla věnována představení témat a návrhů na digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb. Jde nejen o rozvoj a podporu telemedicíny či telemetrie, ale obecně o otevření a podporu odborné diskuse o digitalizaci segmentu zdravotnictví a sociálních služeb, tj. rozvoje digitálního sdílení dat, používání umělé inteligence, robotizace dlouhodobé péče, rozvoje tzv. asistivních technologií nebo zvyšování kybernetické bezpečnosti.

Konference se za Ministerstvo práce a sociálních věcí zúčastnil ministr Ing. Marian Jurečka, který představil projektové aktivity MPSV směřující k postupnému poskytování sociálních služeb v distanční podobě prostřednictvím rozvoje tzv. asistivních technologií (AT). Jedná se o podobu moderních technologií, které zlepšují a zkvalitňují péči o klienty se speciálními potřebami (např. zdravotně postižení, senioři). Dále také napomáhají poskytovatelům sociálních služeb získat více času na přímou péči o klienty. Mezi AT patří např. čtecí zařízení, robotické pomůcky nebo speciální počítačové aplikace.

K propojování zdravotnických a sociálních systémů v rámci modelu integrované péče vyzval prof. MUDr. Miloš Táborský,

CSc., FESC, FACC, MBA, přednosta I. interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzity Palackého v Olomouci, který také pojednal o využití digitální medicíny v klinické praxi. Prof. Táborský zmínil přímo řízené organizace MZ ČR, které aktivně využívají platformy digitální péče (např. Masarykův onkologický ústav v Brně, IKEM a další). Představil zkušenost s využíváním telemedicínské aplikace v olomoucké fakultní nemocnici v době epidemie covid-19, která např. umožnila pacientům být v kontaktu se svými příbuznými, což mělo pozitivní vliv na poskytování péče o ně. Zmínil využití digitálních technologií v monitoraci diabetes mellitus, srdečních arytmií a srdečního selhání, onkologicky nemocných a také u pacientů v paliativní péči.

Ing. Zdeněk Kabátek, ředitel VZP ČR, zmínil ve svém příspěvku očekávané výzvy do budoucna – kromě stárnutí populace také zvyšující se věk praktických lékařů. V současné době je věkový průměr praktických lékařů v ČR 56 let. Aby vytížení praktických lékařů zůstalo v r. 2030 stejné jako v roce 2020, muselo by dojít k navýšení počtu FTE plných pracovních úvazků v primární péči o více než 10 %. Zavedení



Ing. Marian Jurečka

telemedicíny do praxe by tak mohlo výrazně odlehčit pracovníkům v primární péči.

Poslání a cíle Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb představil ve své prezentaci také předseda správní rady Ing. Jiří Horecký. Předmětem zájmu Aliance je akcelarovat digitalizaci českého zdravotnictví a sociálních služeb, poskytovat informace a poradenství k využívání národních a evropských zdrojů, podporovat odbornou diskusi a přinášet inovativní řešení a příklady dobré praxe v oblasti digitalizace. Cílem je také stimulovat a zapojovat se do národních a evropských projektů, např. Aliance zadala zpracování studie na téma připravenosti ČR na digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb společnosti KPMG, jejíž výstupy budou známy v druhé polovině tohoto roku.

Tato odborná nezávislá platforma se snaží propojovat klíčové státní instituce se soukromou sférou tak, aby jednotlivé aktivity měly reálné výstupy. Vytváří zároveň komunikační platformu, která shromažďuje a sdílí informace mezi jednotlivými stakeholdery (např. poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, MPSV ČR a MZ ČR, IT společnosti, vědecké instituce).

Text a foto: Michal Češek



Konference se konala v Senátu Parlamentu České republiky

Rozhovory s vítěžkami a vítězem soutěže Sestra roku 2021

Dne 29. dubna 2022 se v Kině Lucerna v Praze uskutečnilo finále již 21. ročníku soutěže Sestra roku. Organizátorem galavečera se stala společnost EEZY Events and Education, a to ve spolupráci s odborným časopisem Zdravotnictví a medicína. Soutěž Sestra roku je tradiční událostí koncipovaná jako poděkování sestrám za jejich mimořádnou a zodpovědnou práci. Na následujících stránkách přinášíme rozhovory s vítěžkami a vítězem soutěže.

Cením si každého, kdo se přijde zeptat, jak by mohl zachránit život

V internetovém hlasování získala nejvyšší počet hlasů v kategorii Sestra mého srdce vrchní sestra I. interní kliniky – kardiologické Fakultní nemocnice Olomouc Mgr. Dagmar Hetclová. „Moc si cením podpory mé rodiny a přátel, ale i všech kolegů, bez kterých bych nemohla dělat svou práci s takovým nasazením,“ komentovala skromně svůj úspěch krátce po vyhlášení.

Co vás přivedlo k oblasti kardiologie, se specializací k intenzivní péči?

Ke kardiologii mě přivedla vlastně náhoda. Vystudovala jsem obor dětská sestra, ale na dětské klinice nebylo volné místo. Nabídlí mi pracovní pozici všeobecné sestry na I. interní klinice, které jsem přijala s vidinou odchodu hned, jak se u dětí místo uvolní, což se nikdy nestalo. Měla jsem a mám obrovské štěstí na kolegy a vedení kliniky, které mě umělo namotivovat, nadchnout a dát prostor novým myšlenkám. Kardiologie je obor dynamicky se rozvíjející, který dává v péči o pacienty stále nové výzvy, takže jsem nikdy neměla pocit rutinní práce. Akutní kardiologie vyžaduje rychlé rozhodování, přesné vyhodnocení potřeb pacientů, znalosti práce s technikou a v neposlední řadě týmovou spolupráci, a to vše mě vždy v práci naplňovalo.

Pracujete v centru plicní arteriální hypertenze, jde o jedno ze tří center v republice, mohla byste nám centrum představit?

I. interní klinika – kardiologická je centrem pro léčbu pacientů s plicní arteriální hypertenzí již od roku 2011. Plicní arteriální hypertenze je vzácné onemocnění a je přirovnáváno svojí agresivitou k malignímu onemocnění karcinomem plic. Díky prof. Martinu Hutyrovi, který mi umožnil se blí-

že s tímto vzácným onemocněním seznámit, jsem začala pracovat i jako edukační sestra pro pacienty se specifickou terapií podávanou intravenózní či subkutánní cestou. Dostala jsem prostor najít si cestu, jak nejlépe navázat kontakt s pacientem a následně určit kroky edukace tak, aby byl pacient schopen se v plné šíři sám o sebe postarat, aby byl schopen si připravit injekční léčivo, aby zvládl manipulaci s pumpou, a především aby rozpoznal varovné příznaky zhoršení zdravotního stavu. V současné době máme v péči desítky pacientů.

Působíte i jako lektorka a mentorka kardiopulmonální resuscitace, co vás baví v této oblasti?

První pomoc se učí ve všech autoškolách a ze zkušenosti vím, že mnoho řidičů by nezvládlo správné poskytnutí srdeční masáže. Díky svému působení na jednotce intenzivní péče znám mnoho příběhů, kdy nezhájení laické resuscitace skončilo i přes maximální specializovanou pomoc fatálně. Ve výuce kardiopulmonální resuscitace vidím smysl a zachráněné životy.

Věnujete se i osvětě resuscitace mezi dětmi a docházíte za nimi do mateřských škol a základních škol. Co vás k tomu vedlo?

Osvětě resuscitace jsem se začala věnovat s narozením dcery, kdy jsem zjistila, že ne všechny maminky ví, jak se postarat o dusící se dítě. Styděly se to přiznat, a tak jsem si našla cestu k maminkám přes děti. Děti jsou otevřené novinkám, nestydí se, ptají se a berou učení jako hru. Veřejnost i přes veškerou osvětu má stále velké rezervy ve znalostech kardiopulmonální resuscitace, ale cením si



každého, kdo se na akcích přijde sám zeptat, jak by mohl zachránit život.

Po náročném práci potřebujete nabít energii, podělíte se s námi o svůj recept?

Přiznám se, že mi dlouho trvalo, než jsem se naučila relaxovat. Jako relaxaci teď vnímám vše, co mi dělá v daný moment radost. Mám ráda chození po horách, poznávání nových míst, jezdím na koloběžce, dělám nordic walking, mám ráda spánek a dobré jídlo. Ale hlavně mě dobíjí čas strávený s dcerou, rodinou, přáteli nebo malování a četba.

Petra Hátlová

Foto: Berenika Šmídová

Rodiny pacientů mají mé velké uznání

Titul Sestra roku v přímé ošetrovatelské péči získala Kamila Zikmundová, koordinátorka oddělení domácí umělé plicní ventilace Nemocnice Ostrov skupiny Penta Hospitals. „I když je někdo závislý na pomoci plicního ventilátoru, nemusí pro něj život končit na nemocničním lůžku,“ vysvětluje smysl své práce.

Pracujete jako sestra specialista v oblasti domácí plicní ventilace, jak moc je o této možnosti a službě informována odborná veřejnost?

I přes to, že první pacient je na domácí umělé plicní ventilaci (DUPV) již 25 let, jsou informace z mého pohledu malé. Odborná veřejnost je s tímto programem opakovaně seznamována, ale tato péče bohužel není rodinám vhodných pacientů moc nabízena. Když byl program DUPV v Česku zaváděn, byl spojen s velkou administrativou. To je možná důvod, proč ještě nyní není ze stran odborníků nabízena. I tak je řada lékařů, kteří tuto péči aktivně nabízejí. Dost často mě kontaktuje přímo rodina, která hledá možnost, jak svého blízkého dostat do domácího prostředí.

Co vás jako sestru specialistku přivedlo k oblasti domácí plicní ventilace?

K problematice DUPV jsem se dostala na svém druhém pracovišti, na oddělení dětské ARO Fakultní nemocnice v Motole, kde na zkrácený úvazek pracuji již 31 let. Zde jsme spolu s panem primářem Karlem Dlaskem převedli do DUPV několik dětí. Z těchto dětí jsou již mladí dospělí a stali se mými pacienty i v Centru DUPV v Nemocnici Ostrov.

Co všechno je náplní vaší práce?

Náplní mé práce je kompletní péče o pacienta na DUPV. Ta se skládá z ošetrovatelské péče o samotného pacienta v domácím prostředí, jako je např. péče o stoma, tracheostomickou kanylu, výživovou sondu PEG, kontroly ventilačních parametrů, kontroly odsávaného sekretu, měření fyziologických funkcí, edukace pacienta. Součástí mé práce je i práce s rodinou pacienta a zajištění 24h help linky sloužící ke konzultacím v oblasti ošetrovatelské péče a náhle vzniklých stavů.

Kolik pacientů máte ve své péči?

Od začátku fungování Centra DUPV v nemocnici v Ostrově jsme měli v péči již přes 30 pacientů. Jsou to pacienti s poraněním míchy v oblasti krční páteře, s neurologi-

kými onemocněními, jako je např. amyotrofická laterální skleróza či spinální svalová atrofie. Část pacientů má i onemocnění plic, třeba chronickou obstrukční plicní nemoc. Věkově se skladba pacientů pohybuje od mladých dospělých po seniory.

V rámci práce komunikujete s rodinou, co je na této komunikaci nejsložitější?

Nejsložitější pro rodinu je smířit se se závažnou nemocí svého blízkého. Tato fáze se ale odehrává v nemocnici. Když se rodina rozhodne o převzetí svého blízkého do domácí péče, nastává fáze zaučení se v péči. Toto je velice náročné období, kdy mají rodiny strach, aby svému blízkému neublížily. Během chvíle se z pečujících stávají JIPové setry, a to je obdivuhodné. Po překlada do domácí péče nastává období, kdy se pečující bojí vzdálit třeba jen na pár metrů nebo usnout. I toto se časem překoná a rodina se vrací zpět do zavedených rodinných zvyklostí. Toto období je u každé rodiny jinak dlouhé. Péče o pacienta na DUPV je velice

náročná, ale rodiny se starají opravdu vzorně a mají mé velké uznání. Snažím se, aby se pacient vracel opravdu DOMŮ, a ne aby mu doma bylo vytvořeno sterilní prostředí podobné tomu nemocničnímu. Proto je moc fajn, když je doma nějaký ten chlupatý mazlíček, na návštěvu chodí kamarádi a příbuzní, a když to stav dovolí, vyrazí se i s ventilátorem na výlety, do kina, divadla nebo jen tak na pivko. To je vlastně účel DUPV.

Jak relaxujete, kde nabíráte energii a sílu po tak psychicky i fyzicky vysilující práci?

Vzhledem k tomu, že za svými milými pacienty dojíždím po celé republice, je jistou formou relaxace řízení auta. Dále jako asi každý zdravotník, který slouží na směny, ráda spím a v neposlední řadě chci žít v hezkém prostředí, tak pečuji o svůj dům a zahradu. Největší relaxace je, když nezvoní telefon, protože vím, že všichni mí pacienti jsou v pohodě a užívají si domov.

Petra Hátlová

Foto: Berenika Šmídová



Stojím nohama na zemi a neřeším nesmysly

Vítězem v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání se stal Mgr. Tomáš Komínek, vrchní sestra Kliniky transplantální chirurgie Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Tomáš Komínek je profesionál, na kterého je naprosté spolehnutí. Má respekt svého týmu i nadřízených. Kromě bezchybného výkonu rutinní práce se osvědčil i při řešení krizových situací. Perfektně zvládá organizaci kolektivu a na svém pracovišti dokáže vytvořit příjemné a přátelské prostředí. Podřízení na něm oceňují především rovný přístup ke každému a také schopnost být týmovým hráčem, když je potřeba. Přestože zastává manažerskou pozici, v případě nutnosti neváhá nastoupit do služby jako sestra u lůžka. O jeho schopnostech vypovídá také skutečnost, že i v dobách dlouhodobého nedostatku zdravotních sester je jeho pracovní tým stabilní. O práci v tomto kolektivu projevuje zájem řada studentů. Magistr Komínek se také velmi dobře zhostil role přednáščího na Ústavu ošetřovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, kde působí jako odborný asistent.

Máte obrovskou praxi, v IKEM pracujete na různých pozicích přes dvacet let. Proč je důležité propracovat se k práci manažera „od píky“?

Ano, je to dvacet jedna let, co jsem nastupoval do IKEM jako všeobecná sestra u lůžka na Klinice anesteziologie a resuscitace KAR. Po několika letech jsem se přesunul na pozici staniční sestry JIP Kliniky transplantální chirurgie a dnes tu působím deset let jako vrchní sestra. Začínal jsem tedy „od píky“ a myslím si, že je to správně. Pokud nemáte problémy s pamětí, tak moc dobře víte, jaké to je sloužit tři noční směny za sebou, jak je práce s lidmi náročná atd. Takovou praxi vám nenahradí žádné přednášky z managementu. A tím nechci tvrdit, že mít vzdělané sestry je špatně. Naopak! Jenom je dobré, když teorie jde ruku v ruce s praxí...

Ze své pozice řídíte práci osmdesátky lidí, to je už taková menší fabrika. Úžasné je, že se vám daří držet stabilní kolektiv. Jaký na to máte recept, tedy pokud nějaký vůbec existuje?

Myslím si, že recept na to není. Jsem moc rád, že mám stabilní kolektiv, ale nejsem ješitný, abych si myslel, že je to pouze mojí zásluhou. Všechno souvisí se vším, a pokud funguje komunikace na všech úrovních (vedení kliniky, lékaři, sestry, sanitáři), tak se dá mluvit o „zdravém pracovním



prostředí“. Já osobně se snažím neřešit nesmysly a snad pořád zůstávám stát nohama na zemi.

Co vám dělá v práci největší radost?

To je těžká otázka a nemám na ni jen jednu univerzální odpověď... Někdy jsou to takové radosti, jako je pochvala od pacientů nebo od jejich příbuzných, která se týká ošetřovatelské péče u nás na klinice. Jako každého i mě samozřejmě těší pochvala od nadřízených. A velkou radost mi udělá každá sestra, která se k nám vrací z mateřské dovolené nebo zahraničního pobytu. Případně studentka, která si v rámci svojí praxe vybere Klinikou transplantální chirurgie jako svoje budoucí pracoviště.

Vyučujete na Ústavu ošetřovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, vašimi

studenty jsou budoucí všeobecné sestry. Můžete jim jako jejich kantor odpřisáhnout, že tahle profese je dobrá volba?

Tak zrovna tohle jim určitě odpřisáhnout nemohu. Já z vlastní zkušenosti vím, že práce ve zdravotnictví je zajímavá, ale také velmi zodpovědná, náročná fyzicky i psychicky – a není pro každého. Určitě není osobní prohrou ani selháním, když absolvent po nástupu zjistí, že práce ve zdravotnictví pro něj není ideální. Takových případů je naštěstí málo a většinou se studenti vyprofilují již během studia. Navíc studenti vyšších nebo vysokých škol už vědí, proč jdou daný obor studovat. Takže i pro mě je potom taková výuka mediků a budoucích sester velmi příjemná a těší mě.

Jana Jílková
Foto: Radek Koňářik

V týmu jsme na stejné vlně

V kategorii Ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství, které uděluje redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, vyhrály hned dvě zdravotní sestry. Bráno podle abecedy je první z nich Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D., zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Hradec Králové. Podílí se na odborné garanci ošetrovatelské péče na klinikách nemocnice, provádí auditní a kontrolní činnost, vyučuje, je autorkou řady publikací, zapojena je do mnoha projektů a aktivit.

Za svoji mnohaletou vynikající činnost pro české zdravotnictví jste už obdržela řadu různých ocenění. Co pro vás znamená právě toto?

Sestru roku sleduji už od počátku vzniku tohoto ocenění a jsem moc ráda, že stále pokračuje. Vždy jsem se setkávala s velkou profesionalitou sester, s nadšením a empatií, s hrdostí pro profesi sestry, kterou posouvají a rozvíjejí. Je mi ctí, že jsem byla mezi takové sestry nominována.

Dlouhodobě se zabýváte kvalitou ošetrovatelské práce včetně kontroly její kvality. Měla jste na to čas i v době covidové pandemie a pokud ano, jak kontroly kvality dopadaly?

V době covidové pandemie z protiepidemiologických důvodů neprobíhala standardní auditní činnost. Personál byl přetížen nejen na covidových jednotkách, ale i na ostatních odděleních, provoz nemocnice nejel ve standardním režimu. Návštěvy na klinikách byly realizovány z důvodů podpory a pomoci, zjištění, jak jsou pracoviště saturována pomůckami, přístroji, ale také jaká je personální situace na pracovištích. Nicméně v období 13.–14. 4. 2021, kdy ještě plně covidová epidemie neodezněla, jsme úspěšně absolvovali 4. reakreditační audit.

Hodně úsilí věnujete i ošetrovatelské dokumentaci a zlepšování její efektivity. Proč je to tak důležitá oblast? A jsou cesty k tomu, aby se dokumentací netrávilo příliš mnoho času, a přitom informace co nejvíce vypovídaly?

Kéž bych měla na tuto vaši otázku jednoznačnou odpověď. Podmínky pro vedení ošetrovatelské dokumentace se mění nejen podle požadavků legislativy, ale i podle požadavků a nastavení systému v daném zdravotnickém zařízení a podle vědomostí a znalostí sester. Bohužel při své soudněznalecké činnosti se setkávám i s ošetrovatelskou dokumentací, v níž nelze najít podstatné informace, které



mají obhájit kvalitní práci sestry. Již studenty učím na kazuistikách, které zápisy jsou podstatné a vypovídající a které sestru zdržují nebo informace najdeme jinde a není žádoucí je přepisovat. K edukaci využíváme ve FN HK i kontaktu se sestrami a lékaři při auditní činnosti, kde podrobně rozebíráme s auditorem lékařem záznamy v lékařské dokumentaci společně s dokumentací ošetrovatelskou. Velkým pomocníkem při vedení ošetrovatelské dokumentace může být i elektronická dokumentace. V současné době se právě usilovně snažíme, abychom si tento systém správně nastavili, aby počítač nebyl „jen“ psací stroj, ale abychom co nejvíce využili možností techniky.

Jste doslova duší Královéhradeckých ošetrovatelských dnů. Jedním z hlavních témat letos bude Péče o sebe sama. Čím je aktuální právě toto téma?

V loňském roce byly jedním z hlavních témat Náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s infekcí covid-19 a Podpora NLP v jejich práci. Zazněla velice zajímavá sdělení, z nichž bylo patrné, jak náročnou ošetrovatelskou péči sestry poskytovaly, ale také jak je důležitá péče i o zdravotníky. V letošním

roce se tomuto tématu chceme věnovat podrobněji, proto Péče o sebe sama – zaměřeno na sestry. Těším se, s jakými zajímavými příspěvky se sestry přihlásí k aktivní účasti. Kongres je celostátní, budeme zvat i kolegyně z Polska a Slovenska. XXVIII. královéhradecké dny budou probíhat ve dnech 8.–9. 2022 a zájemci jsou zváni.

Co je pro vás v práci i soukromí tím nejsilnějším hnacím motorem?

Když jsem pracovala u lůžka pacienta, tak hnacím motorem pro práci byly úspěchy v léčbě pacienta a jeho poděkování. Nyní pracuji v managementu, kde mám úžasnou paní náměstkyni ošetrovatelské péče Mgr. Danu Vaňkovou. Cítím její velkou podporu pro práci a naše smýšlení je na „stejně vlně“. Máme skvělý tým vrchních sester, kolegyně v České asociaci sester – region Hradec Králové, kde je předsedkyní Bc. Ivana Rodanová. Jednotlivce toho v našem oboru moc nedosáhne, velice důležitá je týmová práce. Velkou podporu mám ve své rodině, vnoučatech a naprostý antistres je pes a procházka v lese.

Jana Jílková
Foto: Radek Koňářik

Nejnáročnější práce je ta s lidmi

Podle abecedy druhou oceněnou sestrou v kategorii Ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství je Ida Jarošová, sestra z ortopedicko-traumatologického oddělení Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s. Je jednou z těch skvělých zdravotních sester, které jsou zároveň perfektními zkušenými profesionály a srdečnými, milými lidmi stále v dobré kondici a přívětivé náladě. Zjistí-li lékař či mladší kolega, že sestra Ida má službu, zaraduje se, protože ví, že se všechno zvládne perfektně a bez zbytečného stresu.

Ve zdravotnictví pracujete čtyřicet dva let, to je téměř polovina století. Jak vzpomínáte na své začátky v profesi?

Úplně jednoduché to tedy nebylo. Nastupovala jsem na chirurgické oddělení v pátek 1. srpna 1980. Školní prázdniny vždy byly a dodnes jsou dobou dovolených, což průběh mého nástupu do práce samozřejmě ovlivnilo. Seběhlo se to tak, že jsem sloužila nejen ten pátek, ale hned i následující víkend a sama jsem měla na starost asi šestadvacet pacientů. V těch dobách nebyla ortopedie ani urologie samostatný obor, takže jsem musela zvládnout péči o septické chirurgické pacienty, urologické i traumatologické. Pamatuji si velice dobře, že v neděli ráno jsem plakala, že asi nebudu dělat zdravotní sestru. Nebylo to pro mne jednoduché, ale pro mou práci to byla těžká, ale dobrá škola života.

Takže přesně podle hesla „co mě nezabije, to mě posílí“. Podle vašich kolegů jste nejen obrovský pracant, ale i vzácný člověk, který dokáže spojovat ostatní lidi. Pomáhá těžké chvíle v práci „přežít“ třeba i humor?

Ano, humor, to je moje, bez něj by to nešlo... V naší profesi pracujeme ve stresu a v neustálém napětí. No a když řeknu něco vtipného anebo z rádia zazní rytmická melodie a já na ni udělám pár tanečních kreací a někdo se přidá, všichni se zasmějeme, a nálada se uvolní a všem se lépe pracuje. A to je moc důležité, protože nejnáročnější práce je práce s lidmi.

Pro koho je práce na oddělení, jako je to vaše (ortopedicko-traumatologické), dobrá volba?

Pracovat na našem oddělení je dobrou volbou pro kohokoliv, kdo má zájem tuto profesi vykonávat. Ale je hodně důležité, aby pracoval rád, s láskou, a především srdcem...

V dnešní době je trend často měnit zaměstnání. Nelitujete někdy, že jste práci zdravotní sestry zůstala věrná po celou profesní kariéru?

Určitě toho nelituji. Ostatně nikdy mne ani nenapadlo změnit práci zdravotní sestry za jinou profesi. Zdravotní sestrou jsem se chtěla stát odjakživa. Původně jsem se přihlásila na dětskou sestru, a když to nevyšlo, tak jsem si řekla, že je jedno, jestli budu umývat malé anebo velké prdelky. No a u těch velkých jsem zůstala dodnes a vůbec toho nelituju.

Vám se to nestalo, ale právě pro empatického člověka, jako jste vy, je těžké nevyhořet. Jak se tomu bráníte?

Ano, syndrom vyhoření... Je těžké mu čelit, ale bránit se mu musíte, aby vás úplně nespálil. Když cítím, že už mne plamínky šlehají do nohou, беру kolo a jedu do přírody – a to je nejlepší lék na duši. Louky, lesy, voda, zaplavat si, vnímat krásu kolem sebe a umět se radovat z maličkostí a považovat si toho, že máte rodinu, zdravé děti i vnoučata... Dnešní doba není jednoduchá, ale kdyby mezi lidmi bylo více tolerance, ohleduplnosti, úcty a v neposlední řadě především lásky, tak by se nám všem žilo i pracovalo mnohem, mnohem lépe.

Jana Jílková

Foto: Berenika Šmídová



Děkujeme všem partnerům, soutěžícím
a porotcům za jejich účast na finálovém večeru soutěže

roku Sestra 21. ročník

29. 4. 2022, kino Lucerna, Praha



Generální partner

Hlavní partner



Pořadatel



Pomáhá. Pečuje. Chrání.

Partner galavečera



Mediální partner



Partneři



Záštity



V Česku ubylo lidí s tuberkulózou, migrační vlna může situaci změnit

Tuberkulózy v Česku ubylo. Podle aktuálních dat z roku 2021 klesl počet pacientů s TBC na 357. Česká republika se tak řadí k zemím, kde TBC prakticky mizí. S tímto stavem ale může v dalších letech podle plicních lékařů zamíchat migrační vlna, která se nyní valí přes Evropu v důsledku válečného stavu na Ukrajině.

Lidé, kteří prchají před válkou, ve své vlasti obvykle neprocházejí tak důslednými zdravotními prohlídkami, jakých se dostává občanům České republiky. Plicní lékaři nabídli hned ze startu uprchlíkům bezplatnou péči a chtějí při prohlídkách kontrolovat i TBC.

„Bohužel Ukrajina patří k zemím, které řadíme mezi rizikové, co se výskytu tuberkulózy týče. Vzhledem k tomu, že z Ukrajiny utekly více než tři miliony lidí, lze předpokládat, že statisíce najdou nový domov v Česku. O všechny se musíme postarat. Poskytnout jim lékařskou péči a těm, kteří u nás chtějí zůstat a zapojit se do pracovních nebo školních kolektivů, nabídnout základní prohlídku. Ta by v odůvodněných případech zahrnovala i rentgen hrudníku nebo provedení tuberkulinového testu,“ říká prof. MUDr. Martina Koziar Vašáková, Ph.D., předsedkyně České pneumologické a ftizeologické společnosti (ČPFPS). Jak dále uvedla, je pravděpodobné, že bude nedostatek vakcín, tuberkulinových testů a léků na tuberkulózu, proto je třeba, aby vláda začala jednat s výrobcí o možném navýšení dodávek. „Objem našich objednávek odráží situaci v Česku. Ta se nyní změnila, je třeba se tomu přizpůsobit. Nebude to hned, firmy obvykle plánují výrobu na rok dopředu a nebude jednoduché rychle navýšit kapacitu,“ vysvětluje prof. Koziar Vašáková a připomíná,

Epidemiologická situace tuberkulózy v České republice v roce 2021

- celkem je do registru TBC hlášeno 357 TBC, tj. 3,4/100 000 obyvatel
- muži: 251, ženy: 106
- TBC u dříve léčených je 24 (7 %)
- TBC plic je 322 (90 %)
- bakteriologicky ověřených TBC je 288 (81 %)
- mikroskopicky pozitivních TBC ze sputa (silné zdroje infekce) je 151
- TBC u osob narozených mimo ČR je 132 (37 %), z toho narození na Ukrajině 35, v Rumunsku 17, ve Vietnamu a na Slovensku po 15, v Mongolsku 12, v Indii 10, ostatní 28
- multirezistentní TBC je 9, v případě 7 z nich u osob narozených mimo ČR
- průměrný věk nemocných je 49 let
- TBC u dětí do 15 let věku je 12
- TBC u HIV pozitivních je 7 (z 212 vyšetřených na HIV), 6 z nich u osob narozených mimo ČR
- úmrť na TBC je 27

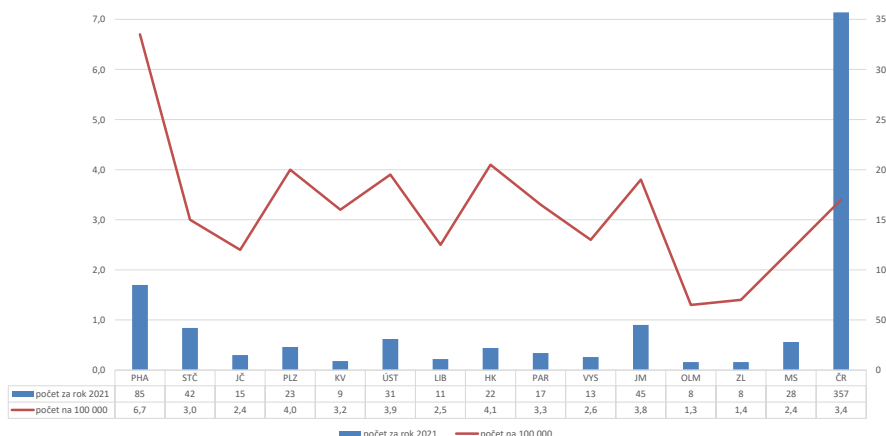
MUDr. Jiří Wallenfels

Národní jednotka dohledu nad tuberkulózou, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha
(stav Registru TBC k 17. 5. 2022)

na, že v Česku bylo v listopadu 2010 zrušeno plošné očkování proti tuberkulóze a vakcínu lékaři dávají jen rizikovým skupinám dětí.

Podle MUDr. Jiřího Wallenfelse, vedoucího Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou Fakultní nemocnice Bulovka, se TBC v případě cizinců v minulosti vyskytovala převážně u mužů, kteří sem jezdí za prací. „Nyní do Česka a potožmo Evropy proudí většinou ženy a děti, a je tedy vel-

mi těžké odhadovat budoucí vývoj stavu nemocných,“ říká MUDr. Wallenfels. Čeští plicní lékaři v nemocnicích by se podle slov doc. MUDr. Milana Sovy, Ph.D., předsedy České aliance proti chronickým respiračním onemocněním (ČARO), měli připravit také na možný vyšší počet případů s tzv. multirezistentními formami TBC, které jsou necitlivé na běžná antituberkulotika. Pacienti s touto formou musí ležet v nemocnici dlouhé měsíce. „Budeme se muset připravit na nápor těchto komplikovaných případů. Dosud je multirezistentní tuberkulóza v Česku spíše vzácná. Jedním z řešení by byla změna legislativy a možnost domácí léčby pacientů s běžnou TBC. Aktuálně je nutné takovéto lidi dva měsíce hospitalizovat v některé z léčen, kde je již nyní lůžek kriticky nedostatek,“ říká doc. Sova. Připomíná, že Česko je jednou z posledních zemí Evropské unie, která pacienty izoluje v nemocnicích. „V ostatních zemích je pouští domů a kontrolují pouze, zda dodržují léčbu, zdržují se doma a nosí roušku, žádná z těchto zemí přitom nemá s vyšším výskytem tuberkulózy problém,“ připomíná doc. Sova.



Graf Počet hlášených TBC podle krajů v roce 2021

(htl)

Metabolický pohled na epilepsii sleduje podstatu onemocnění

Současné poznatky vypovídají o tom, že spontánní rekurentní epileptické záchvaty jsou vyvolány primárními poruchami v buněčném a mitochondriálním metabolismu. Výsledky základního a aplikovaného výzkumu naznačují, že metabolické procesy v mozku jsou úzce spjaty s rozvojem epileptických záchvatů a jsou podstatou nepříznivých projevů epilepsie.

Epilepsie je neurologické onemocnění, které se může projevit u osob v jakémkoliv věku. Jeho celosvětová prevalence je okolo 1 % v populaci. Hlavním projevem onemocnění jsou spontánně se opakující záchvaty, které jsou spojené se zvýšenou neuronální dráždivostí a hypersynchronií. Epilepsie může být podmíněna geneticky, nebo být důsledkem zranění mozku. Významnou roli hrají také faktory prostředí, jež mohou být spouštěčem projevů onemocnění.

Bez ohledu na etiologii nemoci jsou epileptické záchvaty spojeny se zvýšenými energetickými potřebami mozku. Bez dostatečného množství ATP, tedy univerzální formy energie v lidském organismu, by nebylo možné tak rychle regenerovat membránový potenciál neuronů, což je podstatou vzniku a šíření záchvatu. Z toho vychází metabolická terapie, která je založena na ketogenní dietě. Zdrojem energie pro mozek se v tomto případě stávají ve větší míře ketolátky, což je prevencí rozvoje záchvatu. Využití ketolátek také napomáhá rychlejšímu zotavení po prodělaném záchvatu.

Epileptické záchvaty a dešetrávající záchvaty označované jako status epilepticus jsou příčinou sekundárního poškození na bioenergetické úrovni buněk a jejich metabolismu. Toto poškození je způsobené nahromaděním volných radikálů, které negativně ovlivňují mechanismy udržování energetické homeostázy v mozku. Porušení metabolické rovnováhy je příčinou odchylek v neuronálním přenosu, což může následně být opětovným spouštěčem epileptického záchvatu.

Základem terapie epilepsie je podání antikonvulziv, přičemž účinek většiny z nich spočívá v ovlivnění iontových kanálů a přenašečů v buněčné membráně a snížení excitační, případně zvýšení inhibiční neurotransmise na synaptické úrovni. Tato terapie je u většiny pacientů účinná, avšak přibližně třetina pacientů na podání antikonvulziv neodpovídá. Výzkum nových antiepileptik se převážně zaměřuje na model akutních záchvatů a s tím spojených změn v buněčné membráně neuronů, ale neuvažuje patofyziologické změny vzniklé v důsledku one-



Ilustrační foto: 2x 123rf.com

mocnění u chronických pacientů. Pravděpodobně proto nedošlo v průběhu posledních dekád ke snížení počtu pacientů – efektivní léčba pro ně není dostupná.

V současné době je ve fázi klinického vývoje a testování několik farmakoterapeutik s inovativním mechanismem účinku zaměřeným na inhibici cholesterol 24-hydroxylázy nebo na vazbu na synaptický vezikulární protein 2A. Ve fázích preklinického screeningu také narůstá frekvence využití modelů chronických epileptických stavů.

Ketogenní dieta založená na zvýšeném příjmu tuků na úkor sacharidů pomáhá u řady pacientů snížit frekvenci a zmírnit průběh epileptických záchvatů, což je důkazem toho, že na rozvoj záchvatů mají vliv metabolické a bioenergetické procesy. Dalšími dietami, které mají terapeutické využití u epilepsie, je modifikovaná Atkinsonova dieta, zvýšení příjmu triglyceridů se středně dlouhým řetězcem či dieta zaměřená na nízký glykemický index. Přesný mechanismus antiepileptického efektu těchto diet není znám, existuje však řada důkazů o jejich neuroprotektivních účincích a příznivém vlivu na stav pacientů.

Energetický metabolismus mozku

Mozek je energeticky vysoce náročný orgán. Přestože zaujímá pouze 2–3 % tělesné hmotnosti, spotřebovává přibližně 20 % kyslíku a 25 % glukózy. I přes vysoké nároky nedisponuje mozek svými vlastními energetickými rezervami a pro zachování své funkce je závislý na exogenních zdrojích, tedy převážně na zásobení energetickými substráty přes hematoencefalickou bariéru. Zdroj glukózy-6-fosfátu ve formě glykogenu je skladován v astrocytech, odkud je využit pro tvorbu ATP. Tento zdroj je však pro úplné pokrytí energetických potřeb mozku nedostatečný. Proto je mozkový glykogen využíván spíše jako pohotovostní energetická rezerva. Glukóza je pro mozek obligátním zdrojem energie, ale při jejím nedostatku jsou využívány i další energetické zdroje, jako jsou laktát, ketolátky nebo mastné kyseliny se středně dlouhým řetězcem.

Ačkoliv je tento fakt často přehlížen, gliové buňky mají zásadní roli v prevenci rozvoje epileptických záchvatů, v řízení iontové rovnováhy mezi intracelulárními a extracelulárními

kompartmenty a v modulaci synaptické neurotransmise. Astrocyty, které patří mezi největší gliové buňky, pomáhají předcházet stavům neuronální hyperexcitability a záchvatům pufováním draselných iontů a regulací uptake glutamátu. Ovlivňují tedy aktivitu neuronových sítí jak metabolicky, tak elektricky.

Patofyziologie epileptických záchvatů

Podle předpokládané oblasti vzniku a způsobu šíření se epileptické záchvaty dělí na dva klinické typy. Ložiskové záchvaty se šíří z určité ohraničené oblasti v mozku a jejich projevem jsou poruchy funkcí souvisejících s postiženou oblastí. Oproti tomu se generalizované záchvaty projevují narušením a zesílením aktivity v kortexu obou mozkových hemisfér. Elektroklinická podstata rozvoje epileptických záchvatů je zcela popsána a je také objasněn význam adaptačních procesů v mozkovém krevním řečišti a v metabolických pochodech. Zůstává však nejasné, do jaké míry se na průběhu onemocnění projeví vlivy prostředí a cirkadiánní faktory.

Po dekády rozšířená představa o vzniku epileptických záchvatů předpokládá, že vznikají v důsledku nestability mezi excitačními a inhibičními neuronálními dráhami. Mezi patofyziologické mechanismy uplatňující se v rozvoji epilepsie patří dysfunkce iontových kanálů v důsledku genetických defektů, strukturální mozkové patologie a sekundární postnatální poškození mozku, jako například hypoxicko-ischemická encefalopatie nebo trauma mozku spojené se ztrátou neuronů, synaptickou reorganizací a dysfunkcí hematoencefalické bariéry. V posledních letech se dostává do popředí role střevního mikrobiomu v patogenezi záchvatů. Význam střevního mikrobiomu se také uplatňuje ve vztahu

k terapeutickému využití ketogenní diety. Je známo, že vrozené metabolické defekty, v jejichž důsledku dochází k odchýlkám ve funkci mitochondrií a v kaskádě respiračního řetězce, mají s rozvojem epileptických záchvatů souvislost. Proto epileptické záchvaty představují komplexní poruchu na několika funkčních úrovních.

Poruchy metabolické homeostázy v důsledku záchvatů

Epileptické záchvaty způsobují poškození metabolické homeostázy, což zároveň následně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje nového záchvatu. Během akutní fáze záchvatu využívá mozek k pokrytí zvýšených energetických potřeb jako zdroj glukózu, následkem čehož převažuje tvorba laktátu nad acetyl-coA. Ačkoliv je glykolýza méně efektivní proces z pohledu produkce ATP v porovnání s mitochondriálním metabolismem acetyl-coA, dokáže zajistit rychlý zdroj energie při zvýšené potřebě v průběhu epileptického záchvatu. Glukóza nepředstavuje pouze zdroj energie, ale je také metabolickým prekurzorem řady neurotransmiterů a neuromodulátorů, které zahrnují acetylcholin, GABA (kyselina γ -aminomáselná), glutamát, glycin, D-serin a další.

S ohledem na převahu glykolýzy jako způsobu pro získání pyruvátu je během epileptického záchvatu činnost mitochondrií významně kompromitována. Aktivita enzymů zapojených v mitochondriálním cyklu trikarboxylových kyselin, v němž dochází k přeměně pyruvátu na oxid uhličitý, je během akutního i chronického záchvatu potlačena. Bylo také prokázáno, že dochází k poškození multimerního proteinového komplexu elektronového transportního řetězce. Zároveň jsou v mitochondriích ve vyš-

ší míře generovány reaktivní kyslíkové formy a dochází k narušení kalciové homeostázy. Tyto jevy provázející epileptický záchvat mají za následek poškození funkce mitochondrií.

Metabolická terapie epilepsie

Typická metabolická terapie pro pacienty, kteří neodpovídají na dostupnou farmakoterapii, je ketogenní dieta. Tato dieta byla sestavena již před sto lety za účelem simulace biochemického stavu organismu při hladovění, což následně vedlo ke zmírnění projevů epilepsie. Následně bylo vypořádáno, že v souvislosti s dietou dochází ke zmírnění projevů epilepsie bez nutnosti kalorických restrikcí. Ketogenní dieta vychází ze zvýšeného příjmu tuků a z omezení příjmu sacharidů. Tato dieta vede stejně jako hladovění ke zvýšení míry oxidace mastných kyselin a k navození ketonemie, tedy k nárůstu koncentrace ketolátů v krvi. S ohledem na klinickou účinnost této diety v terapii epilepsie narůstá zájem o objasnění mechanismu této metabolické léčby. Přesto však doposud není zřejmé, jakým způsobem mohou specifické metabolické substráty ve formě ketogenní diety účinkovat jako antiepileptika a modulovat neuronální excitabilitu takovým způsobem, že zabraňují rozvoji záchvatů.

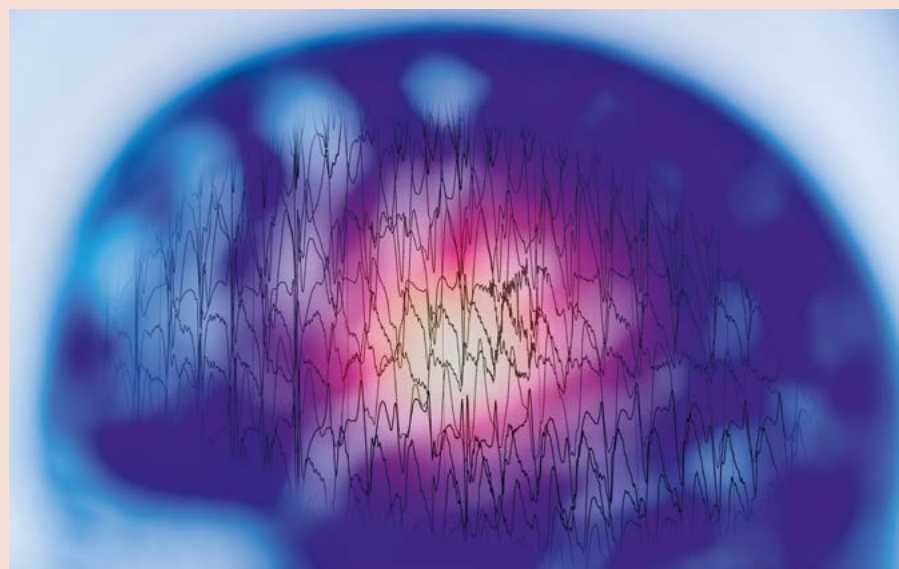
O mechanismu účinku metabolických terapií epilepsie bylo navrženo několik teorií. Ty například vycházejí z předpokladu, že dieta zlepšuje funkci mitochondrií a obnovuje bioenergetickou rovnováhu, a to zejména modulací cyklu trikarboxylových kyselin a aktivity dýchacího řetězce. Dále se předpokládá, že dochází ke zlepšení regulace excitačních a inhibičních drah působením metabolických substrátů a enzymů na presynaptické a postsynaptické úrovni. Dochází také k potlačení glykolýzy 2-deoxy-D-glukózou a dalšími regulačními pochody zprostředkovanými apoptotickými faktory.

Nový pohled na epilepsii jako na metabolické onemocnění otevírá možnosti pro další klinický vývoj inovativních terapeutických postupů. Příkladem je experimentální využití 2-deoxy-D-glukózy, která inhibuje fosfoglucoizomerázu, jež je klíčovým enzymem glykolýzy. V klinickém modelu byl prokázán zřetelný antiepileptický účinek.

Značná pozornost je také zaměřena na možnost terapeutického využití mastných kyselin, které představují klíčové komponenty ketogenní diety. Na základě shromážděných klinických dat však zatím zůstává nejasné, zda jejich podání souvisí s potlačením epileptických záchvatů.

Přípravila Mgr. Kateřina Štulíková

Zdroj: Nature Reviews Neurology



Pochopení účinku protinádorových léčiv povede ke zlepšení léčby rakoviny

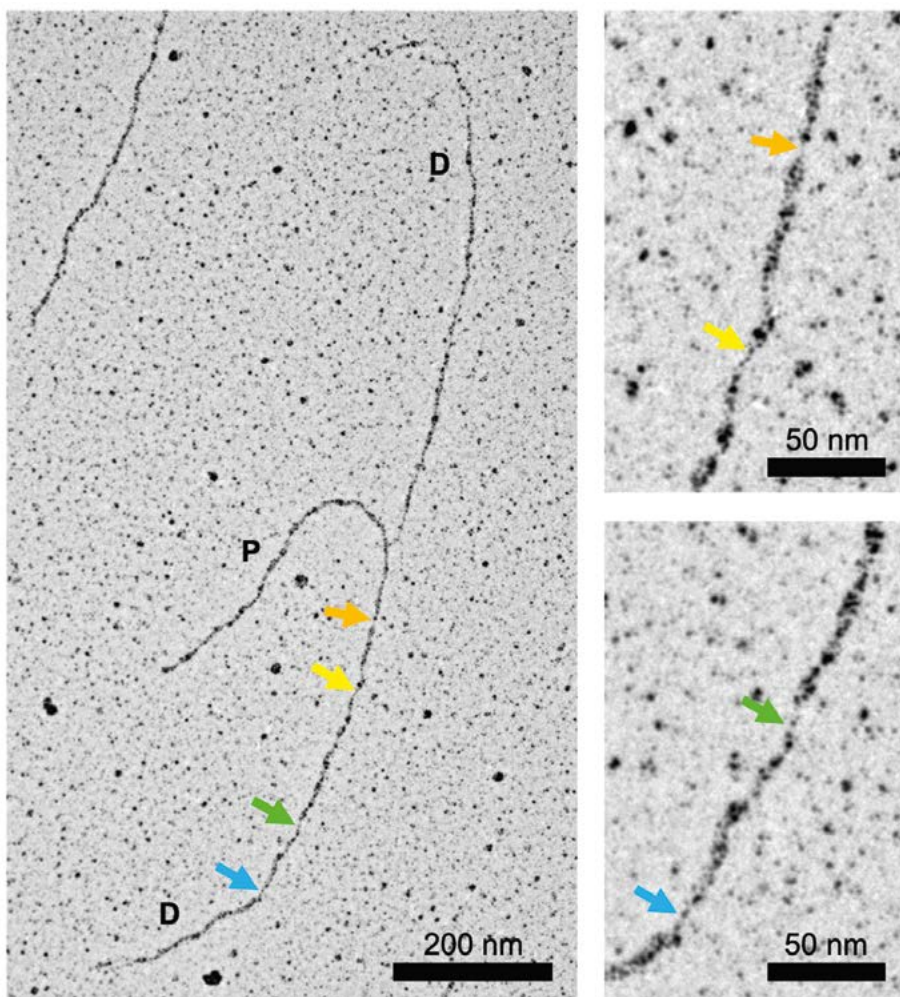
Mezinárodní tým vědců pod vedením Hany Hanzlíkové z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR a Keitha Caldecotta z Univerzity Sussex ve Velké Británii objevil, která místa v molekule DNA uvnitř nádorových buněk jsou podstatou účinku protinádorových léčiv (tzv. PARP inhibitorů). Výsledky publikované nedávno v prestižním časopise *Nature Structural and Molecular Biology* budou využity k pochopení mechanismu účinku PARP inhibitorů, které vedou ke smrti určitých typů rakovinných buněk a otevřou cestu k novým způsobům léčby nádorů.

Naše tělo je sestaveno z buněk, které pro správnou funkci potřebují informace uložené v buněčném jádře v molekule DNA. DNA neboli deoxyribonukleová kyselina je nositelkou genetické informace a předurčuje správné dělení buněk a přežití celého organismu. Její přesné kopírování neboli replikace, stejně tak jako zachování její celistvosti proto musí být přísně kontrolováno a v případě nesrovnalostí rychle opraveno.

DNA je dvouvláknová molekula a při jejím kopírování vznikají dvě dvoušroubovice, které mají vždy jeden řetězec z původní molekuly a jeden komplementární, nově vytvořený. Jedno vlákno je kopírováno jednoduše v přímém směru a vzniká nová identická celistvá DNA dvoušroubovice. Druhé vlákno je však kopírováno v protisměru po krátkých úsecích, tzv. Okazakiho fragmentech, kterých během kopírování lidské DNA, tedy jednoho buněčného dělení, vznikne 30–50 milionů. Přesné spojení milionů DNA fragmentů je proto zásadní pro zachování celistvosti dceřiného vlákna DNA a správné fungování buňky.

Nutná oprava desetitisíců úseků

Mezinárodní tým vědců pod vedením Hany Hanzlíkové z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR a Keitha Caldecotta z Univerzity Sussex ve Velké Británii již v minulosti dospěl k překvapivému zjištění, že i když je proces spojování úseků DNA během kopírování vysoce efektivní, není sto procentní. Vědci objevili, že při přirozeném dělení buněk je potřeba opravit až desetitisíce nespojených Okazakiho fragmentů. Místa k opravě jsou rozpoznána enzymy z rodiny PARP. O těch je dobře známo, že hrají významnou roli v jiném životně důležitém procesu, opravě zlomů vláken DNA vznikajících např. působením ionizujícího záření. Již delší dobu je protein PARP molekulárním cílem celé skupiny látek zvané PARP inhibitory, které se klinicky využívají pro



Obrázek zachycuje úsek dělicí se molekuly DNA izolované z nádorových buněk pod elektronovým mikroskopem. Z mateřské dvoušroubovice (P) vznikají dvě dceřinné dvouvláknové molekuly DNA (D). Šípky směřují na tenčí jednovláknové nespojené Okazakiho fragmenty na řetězci, který se kopíruje po úsecích (autor: Margarita Sobol, ÚMG AV ČR).

léčbu karcinomů prsu, vaječníků a prostaty. Přesto je povaha a původ struktur DNA, na kterých jsou enzymy PARP těmito inhibitory „zachyceny“, nejasná.

„Nové poznatky našeho česko-britského výzkumného týmu nyní ukazují, že PARP inhibitory brání spojování krátkých úseků DNA během kopírování DNA v buňce a že meziprodukty nespojených Okazakiho frag-

mentů jsou pravděpodobně hlavním zdrojem cytotoxicity v rychle se dělicích nádorových buňkách. Výsledky mohou přispět k lepšímu pochopení role PARP inhibitorů v léčbě nádorů a napomoci vývoji účinnějších léčiv tohoto typu,“ vysvětluje vedoucí týmu Hana Hanzlíková.

Eliška Zvolánková
Divize vnějších vztahů AV ČR

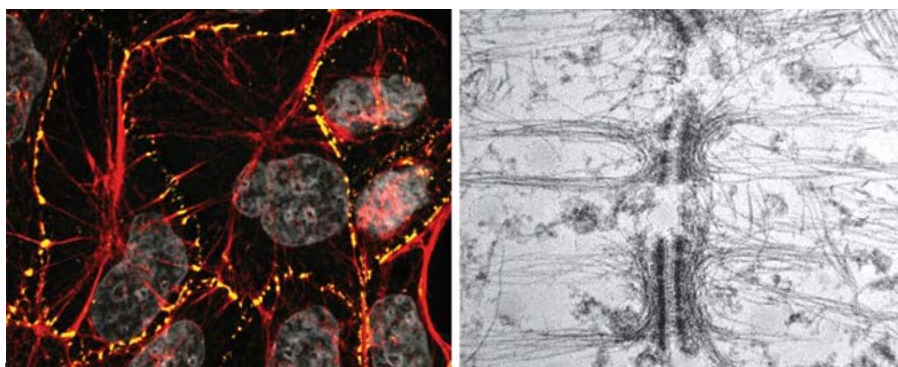
Protein plektin ovlivňuje stabilitu tkání při nemoci motýlích křídel

Nemoc motýlích křídel (*bulózní epidermolýza*) postihuje přibližně jedno z 50 000 narozených dětí. Dědičné onemocnění pojivové tkáně se projevuje tvorbou puchýřů po celém povrchu těla, postihuje ale také sliznice, trávicí, dýchací a vylučovací ústrojí. Mezinárodní výzkumný tým vedený Martinem Gregorem z Ústavu molekulární genetiky AV ČR popsal ve studii publikované časopisem *Journal of Cell Biology* mechanismus, kterým plektin, jeden z proteinů spojených s touto nemocí, kontroluje mechanické vlastnosti tkání.

S rozvojem technologií umožňujících detailní analýzu lidského genomu bylo zjištěno, že onemocnění způsobují mutace ve třiadvaceti různých genech, které kontrolují architekturu a mechanickou odolnost pokožky a sliznic. Motýlí děti, jak bývají pacienti kvůli křehkosti své kůže nazýváni, trpí velmi bolestivými příznaky a těžká forma nemoci vede k úmrtí v časném věku. V současné době se tato vzácná choroba nedá léčit standardními postupy, ale je důležité co nejlépe porozumět mechanismům rozvoje jednotlivých příznaků tohoto velmi komplexního onemocnění, což by v budoucnu mohlo vést k terapii.

Mechanická stabilita tkání lidského těla závisí na schopnosti jednotlivých buněk vytvářet pevná spojení (tzv. mezibuněčné spoje) s okolními buňkami. Pro správné fungování mezibuněčných spojů je rozhodující jejich propojení s cytoskeletem, dynamickou trojrozměrnou opěrnou sítí, jež vyplňuje celou buňku.

Magdalena Přečková z týmu Martina Gregora z Ústavu molekulární genetiky AV ČR spolu se zahraničními spolupracovníky z německých a rakouských univerzit nedávno popsala, že protein plektin hraje zásadní roli v organizaci cytoskeletu a mezibuněčných spojů v buňkách epitelů. Protein plektin patří do rodiny vazebných proteinů plakínů a je schopný vzájemně propojovat všechny tři typy vláknitých struktur, tzv. filament, která vytvářejí cytoskelet: aktinová mikrofilamenta, kera-



Defektní organizace keratinových filamentů (červená barva) a desmosomů (žlutá barva) v epitelálních buňkách s inaktivovaným genem kódujícím vazebný protein plektin (vlevo). Nefunkční desmosomy s keratinovými filamenti zobrazené pomocí transmisní elektronové mikroskopie (vpravo). Foto: Ústav molekulární genetiky AV ČR

tinová filamenta a mikrotubuly. Vzniklou síť pak plektin ukotvuje právě na buněčné spoje, které jsou lokalizovány na buněčné membráně.

Mutace v genu, který kóduje protein plektin, ovlivňují jak cytoskeletální architekturu, tak i vlastnosti buněčných spojů. Například jednotlivé buňky kůže nebo střevní sliznice se při mechanickém zatížení rozestupují a umožňují různým patogenům (např. bakteriím) proniknout do tkáně a vyvolat zánět (viz schéma).

„Naše předchozí studium transgenických myších modelů prokázalo, že plektinové mutace ovlivňují schopnost buněk vytvářet funkční buněčné spoje například v epitelech střevní sliznice nebo jaterních žlučovodů. Neschopnost formovat mechanicky odolnou tzv. „epi-

teliální bariéru“ vedla u těchto myší k rozvoji závažných patologií, jako je zánětlivé onemocnění střev (ulcerózní kolitida) nebo cholestáza, porucha vylučování žluči z jater,“ vysvětlil Martin Gregor. Nový objev jeho skupiny ukázal, že plektin organizuje aktinová a keratinová filamenta v blízkosti mezibuněčných spojů do husté sítě, která je schopná zesílit mezibuněčné spojení v odpovědi na mechanické zatížení tkáně. Díky tomu nedochází i při značném mechanickém stresu k rozestoupení epitelálních buněk a následnému rozvoji zánětlivého onemocnění. Lidské tělo je v průběhu života vystaveno značné mechanické zátěži. Pacienti trpící nemocí motýlích křídel mají výjimečně citlivou pokožku a sliznice. Dokonce i mírný tlak či tření vede k jejich poškození, při kterém vznikají puchýře a špatně se hojící rány. Někteří nemocní proto nemohou dokonce přijímat ani pevnou stravu.

V současné době neexistuje žádný účinný způsob léčby bulózní epidermolýzy. Lékaři se zaměřují pouze na symptomatickou léčbu příznaků tohoto onemocnění. Prakticky jedinou nadějí pro pacienty je genová terapie, založená na „opravě“ mutovaných genů přímo v buňkách pacienta. V současné době jsou klinicky testovány nové postupy genové terapie od šesti farmaceutických společností.

Martina Spěváčková

Divize vnějších vztahů SSČ AV ČR

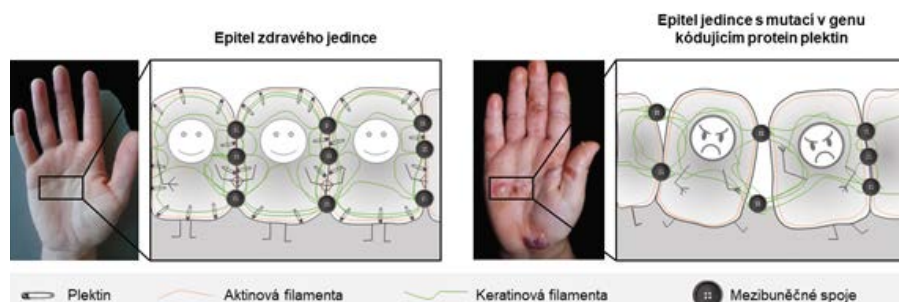


Schéma organizace cytoskeletální sítě a mezibuněčných spojů v epitelálních buňkách zdravého jedince, kde protein plektin propojuje aktinová a keratinová vlákna (vlevo), a jedince trpícího bulózní epidermolýzou s mutací v genu, který protein plektin kóduje (vpravo). Foto: Ústav molekulární genetiky AV ČR

Nová studie o cystické fibróze v České republice definovala strategické priority

Dne 24. května proběhlo v rezidenci velvyslance USA představení studie „Cystická fibróza v ČR: dopad na pacienty, systém péče, zdravotní pojišťovny a společnost“, pořádané společností Vertex a Americkou ambasádou.

Studii zpracoval farmakoeconom Tomáš Doležal a po prezentaci získaných dat následovala panelová diskuze, jejímiž účastníky byli náměstek ministra zdravotnictví Mgr. Jakub Dvořáček, MHA, ředitelka Klubu cystické fibrózy Mgr. Simona Zábranská, přednosta Pneumologické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole doc. MUDr. Libor Fila, Ph.D., přednosta Ústavu lékařské mikrobiologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole prof. MUDr. Pavel Dřevínek, Ph.D., a autor studie MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D. Studie zhodnotila aktuální stav pacientů, pečovateli a celých multidisciplinárních týmů a situaci v nemocnicích, které provozují Centra cystické fibrózy.

Cystická fibróza je vzácné, závažné a postupně se zhoršující onemocnění, které postihuje hlavně dýchací a trávicí systém. Toto onemocnění je geneticky podmíněné a výrazně zkracuje život pacientů. Je způsobené mutací genu CFTR, který kóduje protein CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), v důsledku čehož dochází k poruše tvorby nebo funkce tohoto proteinu. Protein CFTR se uplatňuje při transportu chloridů a sodíku přes membránu epitelálních buněk. Porucha transportu těchto iontů se projevuje hromaděním hlenu, který zanáší orgány a dýchací systém. Jedná se tedy o multiorgánové onemocnění. Hlen v dýchacím traktu ucpává dýchací cesty a je živnou půdou pro bakterie a viry. Onemocnění je tedy doprovázeno chronickými bakteriálními infekcemi vyvolanými nejčastěji bakteriemi *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa* a komplexem *Burkholderia cepacia*. Ty následně vedou až k respirační insuficienci a v terminální fázi ke kardiorespiračnímu selhání. Dalšími komplikacemi, které onemocnění doprovází, jsou diabetes, metabolická kostní nemoc, cirhóza jater či osteoporóza.

Mezi příznaky cystické fibrózy patří kašel, dušnost, vykašlávání hlenu, podvýživa v důsledku snížené tvorby trávicích enzymů, potíže s příjmem potravy a abnormální stoli-

ce. Onemocnění se projevuje produkcí velmi slaného potu, což slouží jako základní diagnostický test.

Terapie spočívá v každodenní léčbě a multidisciplinární péči, která se soustřeďuje na zajištění průchodnosti dýchacích cest pacientů pomocí inhalace mukolytik a respirační fyzioterapii, na antibiotickou léčbu respiračních infekcí a na péči o výživu formou vysokokalorické diety v kombinaci s užíváním trávicích enzymů. I při dodržování komplexních terapeutických postupů dochází však k progresivnímu zhoršování stavu pacienta.

V současné době jsou novou nadějí pro pacienty léčiva ze skupiny modulátorů CFTR proteinu, která korigují jeho funkci a zmírňují potíže související s rozvojem onemocnění. Modulátorová léčiva se rozděluje na korektory, které zvyšují množství CFTR proteinu v buněčné membráně, a na potenciátory, které napravují funkci defektního CFTR proteinu. Z těchto nových léčiv však mohou profitovat pouze pacienti s konkrétními mutacemi CFTR genu.

Léčba cystické fibrózy je vedena týmem odborníků ve specializovaných centrech s úzkým napojením na další medicínské obory. Největším centrem pro cystickou fibrózu v České republice je Fakultní nemocnice v Motole a je zde také spravován Český registr cystické fibrózy, který shromažďuje a kompletuje data o počtu a věkovém rozložení pacientů. V současnosti je v České republice evidováno okolo 700 pacientů.

Součástí zpracované studie bylo sestavení SWOT analýzy, tedy analýzy silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb (z angl. strengths, weaknesses, opportunities, threats). Silnými stránkami systému péče o pacienty s cystickou fibrózou je novorozenecký screening a včasný záchyt onemocnění, poskytování péče o pacienty ve specializovaných centrech, vedení národního registru pacientů a zpracování získaných dat a také tradice účasti v mezinárodních klinických studiích. Oproti tomu jsou slabými především organizace financování multidisciplinární péče a neschopnost plánování



ilustrační foto: 123rf.com

kapacity a struktury péče ve střednědobém horizontu, a to zvláště s ohledem na stárnutí populace pacientů. Příležitostmi ke zlepšení je pravidelné monitorování kvality života pacientů a jejich pečovateli, s čímž je spojené sledování indikátorů kvality péče o pacienty. Prospěšná je také analýza nákladů na péči napříč systémy veřejných financí. Nejzávažnějšími hrozbami v systému péče je udržitelné financování nákladné inovativní léčby a kvalita péče o pacienty v dospělém věku.

Pro další rozvoj systému péče je nutné posílit stávající týmy, především tedy části specializovaných center zaměřených na péči o dospělé pacienty, jejichž počet narůstá. Pro zajištění kontinuity péče i zvyšování její kvality bude potřeba motivovat zdravotnické pracovníky ke specializaci na problematiku cystické fibrózy. Pro optimální financování péče je zapotřebí popsat nákladovou strukturu onemocnění napříč zdroji a plánovat náklady na léčbu v horizontu minimálně 5 let na základě prevalence a dostupnosti terapie.

Studie také definovala strategické priority v péči o pacienty. Krátkodobou prioritou je nasazení vhodných pacientů na léčbu inovativními léky. Jako dlouhodobá priorita byla dále identifikována potřeba zlepšit systém financování péče o nemocné cystickou fibrózou a potřeba zajistit personální obsazení multidisciplinárních týmů tak, jak je definováno evropskými standardy.

Mgr. Kateřina Štulíková

Pacienti z jižní a východní Evropy čekají na nové léky až šestkrát déle

Ve farmaceutickém průmyslu roste poptávka po spolupráci, která by umožnila lepší a rychlejší přístup k inovativním lékům pro pacienty, kteří je potřebují. Nová analýza odhalila, že přístup pacientů k novým lékům není ve všech zemích stejný. V současnosti je v některých menších a východoevropských státech k dispozici méně než 30 % léků schválených k použití v Evropě.

Průzkum Patients W.A.I.T Indicator Survey publikovaný Evropskou federací farmaceutických společností a asociací (EFPIA) uvádí, že v přístupu pacientů k lékům v severní a západní Evropě je oproti jihoevropským a východoevropským zemím až 90% rozdíl.

Ze 160 léků schválených EU je jich v Německu dostupných 147, ve Španělsku 85, ale v Rumunsku jen 38, a v Srbsku dokonce pouze 17. V České republice mají pacienti v současné době k dispozici 88 z těchto 160 léků.

Tyto nerovnosti existují rovněž v rámci jednotlivých zemí. Zatímco v Německu mají pacienti plně k dispozici 91 % hodnocených léků, v Polsku už je to jen 8 %, částečně je dostupných 19 % a ke stejnému počtu léků se lidé dostanou pouze soukromě.

„Inovace je součástí DNA farmaceutického průmyslu, ale aby měla skutečný dopad, musí se dostat k pacientům,“ říká Lars Fruergaard Jørgensen, prezident a generální ředitel společnosti Novo Nordisk a viceprezident EFPIA.

„Jsme přesvědčeni, že rychlejší a spravedlivější přístup v celé Evropě je dosažitelným cílem. Vyžaduje však sdílené porozumění překážkám a prodlevám. Stejně tak jsou nutné i konkrétní závazky od zástupců

Co je EFPIA

Evropská federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA) zastupuje biofarmaceutické společnosti působící v Evropě. Cílem EFPIA je prostřednictvím přímého členství 37 národních sdružení, 38 předních farmaceutických společností a rostoucího počtu malých a středních podniků vytvořit takové prostředí, které členům sdružení umožňuje inovovat, objevovat, vyvíjet a poskytovat nové způsoby léčby a vakcíny lidem v celé Evropě a rovněž přispívat k rozvoji evropské ekonomiky.

odvětví, EU a členských států ke spolupráci, která povede ke skutečným změnám. To zahrnuje zkoumání modelů, v nichž ceny léků lépe odrážejí nejen hodnotu, kterou tyto léky přináší pacientům a společnostem, ale také ekonomickou situaci v jednotlivých zemích,“ dodává Lars Fruergaard Jørgensen.

V reakci na tato zjištění členové EFPIA (Evropská federace farmaceutických společností a asociací) přislíbili, že ve všech členských státech budou u příslušných úřadů usilovat o výhodnější ceny pro pacienty, aby se zmíněné nerovnosti snížily. V zájmu transparentnosti se rovněž zavázali o výsledcích jednání pravidelně informovat.

K úspěšné realizaci tohoto závazku je však potřeba, aby Evropská komise a členské státy EU zajistily vhodné podmínky pro rychlejší a spravedlivější přístup k novým lékům.

EFPIA tedy apeluje na vládu ČR a Evropskou komisi, aby společně pracovaly na těchto bodech:

1. Vytvoření rámce spravedlivého určení cen na základě ekonomických možností jednotlivých zemí

Prodej léku chudšímu členskému státu za nižší cenu zvyšuje riziko, že léky budou za vyšší cenu vyváženy třetími stranami. To negativně ovlivňuje lokální dostupnost a spravedlivý systém pak není možné udržet. Evropská komise a členské státy mohou těmto výzvám čelit změnou systémů externích referenčních cen a zavedením mechanismů, které zabrání nezamýšleným důsledkům vnitřního obchodu s léčivými

2. Přijetí nových platebních modelů, které usnadní přístup pacientů k inovativním lékům

Jedním z největších problémů, kterému čelí evropské vlády a farmaceutické společnosti, je začlenění pokročilých způsobů léčby do systému zdravotní péče. Mezi tyto inovace patří genová a buněčná léčba, které často představují jednorázové zákroky s vysokými vstupními náklady nahrazujícími celoživotní nákladnější péči.

Zavedení nových modelů platby může snížit nejistotu a poskytnout plátcům větší finanční flexibilitu, včetně:

a. Stanovení ceny na základě indikace by mělo umožnit, aby cena léku odrážela jeho zjištěný přínos v konkrétních léčebných indikacích s různým prospěchem pro různé skupiny pacientů.

b. Dohody založené na výsledcích podmínek tím, jak lék reálně působí. Pokud jsou výsledky při uvedení léku na trh nejisté, je možné povolit přístup pod podmínkou, že budou do konkrétního data předloženy další důkazy o jeho účinnosti.

c. Platba ve splátkách, která plátcům umožňuje platit výrobcům po dané období za každého pacienta, který lék dostane. Tím dochází k rozložení vysokých počátečních nákladů spojených s některými jednorázovými léčebnými postupy. Může to být rovněž spojeno s konkrétními výsledky, což umožňuje plátcům zmírnit nejistotu ohledně klinických přínosů nově uvedeného přípravku na trh.

(red)



Genomické testování pomůže lékařům při stanovení správného postupu léčby u pacientek s rakovinou prsu

Pracoviště molekulární patologie Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) získalo certifikaci Agendia NV, světového lídra v molekulární diagnostice, pro genomické testování MammaPrint. Test MammaPrint pochází z unikátního výzkumu týmu vědců při Nizozemském onkologickém institutu (NKI) a pacientkám s časným stadiem rakoviny prsu nabízí další možnosti personalizované medicíny. Testování bude nově probíhat přímo v MOÚ bez nutnosti zasílání vzorků nádoru do zahraničí. Pro všechny pacientky, u kterých je vyšetření indikované multidisciplinárním týmem, je hrazeno ze zdravotního pojištění.

Genomické testování přináší další důležité informace o biologii nádoru, které umožňují lékařům učinit lépe podložené rozhodnutí o plánu léčby pro danou pacientku. Genomický test zkoumá aktivitu specifických genů v nádoru, které řídí jeho růst a chování. Odborníci se tak při hodnocení rizika recidivy (návratu choroby) nemusí spoléhat pouze na dosavadní známé klinické a patologické faktory, jako je například velikost a stupeň diferenciací tumoru (grade), postižení lymfatických uzlin, přítomnost hormonálních receptorů v nádoru.

Výsledkem genomického testu je konkrétnější informace o povaze daného nádoru. Je-li nádor při vyšetření genů označen jako nízké rizikový „low risk“, nemusí být pacientce indikována adjuvantní nebo zajišťovací léčba formou chemoterapie. „Ženám s rakovinou prsu, u nichž byl nádor zachycen v časném stadiu nebo je zasažen jen malý počet uzlin, může genomické testování zajistit výrazně vyšší kvalitu života při léčbě. Pacientky, které jsou vyhodnoceny jako tzv. „low risk“, nemusí absolvovat chemoterapii a s ní spojené nepříjemné a intenzivní nežádoucí účinky,“ popisuje výhody genomického testu ředitel MOÚ Marek Svoboda.

Pro provedení genomického testování musí pacientka splnit indikační kritéria

a s testováním souhlasit. Kritéria splňují pacientky, u nichž není z histologie nádoru zcela zřejmé, zda je nutné podat adjuvantní chemoterapii, či nikoliv. V těchto případech byla dříve nasazena chemoterapie všem pacientkám, které lékař vyhodnotil jako rizikové pro návrat nemoci. Pomocí genomického testování je možné se vyhnout chemoterapii u 20–30 % pacientek s časně zachyceným nádorem prsu nebo i s malým počtem postižených uzlin.

Pacientka nemusí absolvovat žádné další vyšetření, genomické testování je prováděno z již odebraného vzorku nádoru. O vhodnosti genomického testování nádoru prsu je pacientka předem informována a poučena lékařem a musí se sama rozhodnout, zda chce toto testování podstoupit. Vyjde-li v testu jako nízké riziková, nemůže jí být již následně podána chemoterapie. Od března 2021 se v Česku za účelem genomického testování využívá test MammaPrint od společnosti Agendia NV. Při splnění indikačních kritérií je test plně hrazen ze zdravotního pojištění. Výkon genomického testování je možné provést 1× za život, pokud pacientka onemocní rakovinou i v druhém prsu, je možnost tento výkon zopakovat. V loňském roce bylo v České republice ze 197 testovaných pacientek testem MammaPrint 45 % vyhodnoceno jako „low risk“ (nízké riziko),

tyto pacientky se zcela bezpečně vyhnuly chemoterapii.

Genomické testování mohou provádět komplexní onkologická centra (KOC), avšak doporučit vyšetření může i ošetřující onkolog mimo KOC. „V případě, že je žena s rakovinou prsu léčena u svého spádového onkologa a je vhodná pro genomické testování, je postup následující. Ošetřující onkolog kontaktuje jedno z komplexních onkologických center v ČR a pacientku konzultuje s mamární komisí, která případně potvrdí provedení testování. Léčba pacientky pak probíhá nadále u ošetřujícího onkologa, kterému jsou výsledky testu dodány,“ přibližuje možnosti genomického testování primárka Kliniky komplexní onkologické péče Katarína Petráková.

Genomické testování je složité a vyžaduje komplikované a přesně stanovené laboratorní postupy a splnění požadovaných norem. Vzorky tkáně k vyšetření testem MammaPrint se doposud posílaly k vyhodnocení do centrální laboratoře Agendia NV v Amsterdamu. Masarykovu onkologickému ústavu se podařilo stát se jednou ze čtyř certifikovaných laboratoří společnosti Agendia NV v Evropě, díky čemuž budou moci být vzorky vyhodnocovány na území ČR.

„Proces certifikace laboratoře je náročný a má několik fází. Každá laboratoř se musí vybavit potřebnou přístrojovou technikou, následně je zavedena vyšetřovací metoda a v procesu certifikace musí být proveden určitý počet testů, kde stejný vzorek je zároveň vyhodnocován i v centrální laboratoři Agendia NV. Vykázané výsledky musí být ve 100 % shodné. Díky testování přímo v MOÚ budeme mít větší kontrolu nad vzorkem nádoru a samotným vyšetřením, současně nebudeme muset zajišťovat časově náročný převoz do zahraničí, což nám velmi usnadní práci,“ doplňuje primář Oddělení patologie MOÚ Pavel Fabian.

(red)

Genomické testování

Genomické testování zkoumá aktivitu specifických genů v nádoru, a zjišťuje tak, co řídí jeho růst a chování. Pomáhá zjistit, zda je pravděpodobný návrat karcinomu, čímž lékaři pomáhá s rozhodnutím týkajícím se onkologické léčby.

Genetické testování

Genetické testování oproti tomu zkoumá geny, se kterými se člověk narodí, a určuje tak, zda existuje dědičné riziko, např. riziko mutací v genu *BRCA1/2*, které způsobuje dědičné predispozice k rakovině a zvyšuje riziko vzniku zhoubného nádoru.

Pozapomenutý dramatik, vojenský lékař František Langer

„Tak krásný den jsem ještě nepoznal, všechno je pro mě nějaký nový!“ – Kdysi slavná hláška je z Obrácení Ferdyše Pištory, prvorepublikového filmu a divadelní hry od Františka Langerera.

František Langer (1888–1965) pocházel z asimilované židovské obchodnické rodiny na Královských Vinohradech, kde měl tatínek obchod s vínem a lihovinami. V Praze prožil celý život a odehrávají se tu i jeho příběhy.

Škola Františka moc nebavila, nicméně po vinohradském gymnáziu šel na medicínu. Víc než k učebnicím ho to táhlo k psaní a už tehdy byl blázen do divadla, ale studium stíhal a rozhodně nezanedbával návštěvy kaváren, zejména literárních. S kamarádem Jaroslavem Haškem v roce 1911 nad grogem založili recesistickou Stranu mírného pokroku v mezích zákona. Aby happening dotáhli, šli s ní i do voleb.

Medicínu Langer dokončoval už jako poměrně známý literát. Alarich v Medicině v županu popisuje nejspíš jediný případ, kdy adeptovi rigoróza z patologické anatomie pomohly četné diplomatické intervence jeho kolegů, již proslulých umělců. Verze historiky se různí, ale vždy v ní jako examinátor vystupuje profesor Hlava a předem domluvená zkušební otázka má být břišní tyfus. Každopádně Langer prošel a doktorát z medicíny dokončil na Univerzitě Karlově těsně před vypuknutím první světové války.

Plazením po břiše mezi střelami

Válku poznal František Langer ještě dříve. Jako medik dobrovolník se vydal pomáhat srbské osvobozené armádě v první balkánské válce. V bělehradské nemocnici pod dohledem profesora Jedličky ošetřili na 1800 zraněných, z nichž většinu zachránili život. Původně se Langer vydal cestovat po Evropě, za peníze, které obdržel z Náprstkovy ceny za hru Svatý Václav.

Po vypuknutí 1. světové války MUDr. Langer čekal na rozkaz k odjezdu na frontu. Jak později vzpomínal, zatím vedl velmi svéráznou „zdravotní školu“, jak se vyhnout armádě. V Unionce, kavárně na Národní třídě, byl jeho nejlepším žákem spisovatel Eduard Bass, který se příznaky epilepsie naučil předstírat „i s pěnou u huby“.

Povolávací rozkaz mladý lékař dostal v roce 1915, odvelen byl na haličskou fron-

tu. Ve válečném deníku vzpomíná, jak se jeho batalion dostal pod těžkou dělostřeleckou palbu. Přímo ve frontovém poli obvažoval raněné a z bojiště se s nimi plazil po břiše. Mimo dosah střel pak pro raněné založili provizorní nemocnici, která se okamžitě zaplnila.

V roce 1916 se u Černovic nechal Rusy zajmout a v roce 1917 vstoupil do československých legií v Rusku, kde se stal šéflékařem 1. pluku. Po skončení války a dlouhém návratu domů působil jako vojenský lékař, ale současně přispíval do Lidových novin.

Kamarád bratří Čapků a voják od Dunkerque

Hlavní část Langerovy umělecké tvorby představují dramata, dodnes se úspěšně inscenuje jeho hra Periférie. Známé a oblíbené jsou i komedie Velbloud uchem jehly, Grandhotel Nevada a už zmíněné Obrácení Ferdyše Pištory (autorem scénáře k filmu je Karel Poláček) a hry pro mládež. V roce 1930 Karel Čapek přemluvil Františka Langerera, aby v Divadle na Vinohradech vypomáhal jako dramaturg činohry. Dál psal a publikoval, vydal řadu románů i knihy povídek. Velmi půvabné jsou jeho Filatelistické povídky, které ilustroval Adolf Hoffmeister.

V roce 1935 se stal Langer šéfdramaturgem vinohradského divadla, ale v říjnu 1938, po Mnichovu, musel odejít jako nežádoucí osoba. Langer pak před vypuknutím války stihl emigrovat přes Polsko do Francie, kde se připojil k formování československé armády. Válku strávil v Londýně jako šéf vojenského zdravotnictva československé armády v zahraničí a zároveň jako předseda československého PEN clubu. Ke konci války se společně s československou armádou vydal do Dunkerque a odtud až do Prahy, kam dorazil v červnu 1945.

Během války většina jeho příbuzenstva skončila v plynových komorách nacistických vyhlazovacích táborů. Bratr Jiří, ve světě známý židovský spisovatel, smrtelně onemocněl, když z okupovaného Československa prchal do Palestiny.



Penzista a napůl zakázaný autor

Do Československa se MUDr. Langer vrátil ve funkci přednosty zdravotnictva v čs. vojsku. Dosáhl hodnosti brigádního generála. Po válce žil František Langer až do své smrti na Smíchově, v nárožním domě mezi Preslovou ulicí a náměstím 14. října. Jeho pobyt připomíná na římse v patře umístěná nárožní busta, dílo Kurta Gebauera, odhalená 2. srpna 1995 při příležitosti 30. výročí Langerova úmrtí. Poslední desítky let života prožil František Langer v ústraní. Po únoru 1948 nesměl publikovat a jeho hry se hrály s malými výjimkami jen na západ od československých hranic.

Po listopadové revoluci se Langerova díla vrátila na prkna českých divadel, prezident Václav Havel udělil Langerovi Řád T. G. Masaryka in memoriam, vznikl Nadační fond Františka Langerera a Společnost Františka a Jiřího Langerových. Nadační fond se zasloužil o vydání autorových sebraných spisů, což v praxi znamenalo edici 20 knih, které mapují celý umělecký život Františka Langerera.

(J)

Foto: wikipedia.cz



REHABILITAČNÍ KLINIKA MALVAZINKY HLEDÁ LÉKAŘE

#davamitosmysl

PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ A LÉKAŘ PLS

NÁPLŇ PRÁCE:

- poskytování léčebně preventivní péče registrovaným pacientům
- provádění prohlídek v rámci PLS
- poskytování komerčních produktů v oblasti podpory zdraví

POŽADUJEME:

- specializovanou způsobilost v oboru všeobecné praktické lékařství
- profesionální a proklientský přístup

LÉKAŘ NA ODDĚLENÍ REHABILITACE:

CO OD VÁS OČEKÁVÁME?

- zájem o obor rehabilitační a fyzikální medicína
- ukončené vzdělání v oboru všeobecné lékařství + další praxe vítána
- pozitivní a vstříčný přístup ke klientům
- schopnost týmové spolupráce

V případě zájmu nám prosím zašlete svůj životopis na e-mail personalni.rkm@mediterr.cz



rodinné
a přátelské
prostředí



5 týdnů
dovolené



moderně
vybavené
pracoviště



možnost
dalšího
vzdělávání



zaměstnanecké
parkoviště

[f](https://www.facebook.com/klinika.Malvazinky) klinika.Malvazinky

[i](https://www.instagram.com/Malvazinky) Malvazinky

www.klinika-malvazinky.cz

U Malvazinky 5, Praha 5

Inzerce

Kz Krajská zdravotní, a.s.

Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem, o.z.



přijme

lékaře na Oddělení hrudní chirurgie

Požadujeme

- » vysokoškolské vzdělání – lékařská fakulta
- » zájem o vzdělání v oboru
- » bezúhonnost a zdravotní způsobilost
- » spolehlivost, dobré komunikační schopnosti
- » schopnost samostatné a týmové práce
- » znalost práce na PC (Word, Excel)

Nabízíme:

- » **nadstandardní platové podmínky**
- » **náborový příspěvek až 150 000 Kč**
- » flexibilní úvazek (0,1 – 1,0)
- » zázemí úspěšné a stabilní společnosti
- » podporu a podmínky pro další vzdělávání financované zaměstnavatelem
- » podpora dalšího profesního rozvoje
- » řadu oborů s nejvyšším stupněm akreditace a specializovaná centra
- » moderní a příjemné pracovní prostředí
- » **dopomoc s bydlením**
- » zaměstnanecké benefity (příspěvek na penzijní připojištění, nadstandardní pokoje v případě hospitalizace, 5 týdnů dovolené, příspěvek na dovolenou, závodní stravování, slevy na služby či produkty u vybraných partnerů)



KONTAKT:

Krajská zdravotní, a. s.
– Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.
Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem

Oddělení hrudní chirurgie
MUDr. Ivan Staněk, MBA
Tel. 477 112 561 | e-mail: ivan.stanek@kzcr.eu



ilustrační foto: 123rf.com

Inzerce




**NEMOCNICE
JIHLAVA**
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

HLEDÁME LÉKAŘE / LÉKAŘKU NA ODDĚLENÍ ORL

NABÍZÍME

- ▶ funkční místo
- ▶ náborový příspěvek
- ▶ možnost profesního růstu
- ▶ práci na plný úvazek
- ▶ zaměstnanecké benefity
- ▶ závodní stravování
- ▶ zvýhodněný telefonní tarif
- ▶ zajímavou práci na progresivně se rozvíjejícím pracovišti

POŽADUJEME

Specializaci v oboru otorinolaryngologie
Nástavbová atestace v oboru foniatrie výhodou
Zapojení do pohotovostních služeb

Bližší informace poskytnete primář oddělení
MUDr. Dvořák Petr, tel. 567 157 270,
e-mail: dvorakpe@nemji.cz
Písemné žádosti zasílejte na adresu
Pysková Ludmila, vedoucí OPM,
e-mail: pyskoval@nemji.cz

Inzerce ▼

REVIZNÍ LÉKAŘ/KA
**U NÁS NENAJDETE NOČNÍ SLUŽBY,
POHOTOVOSTI ANI PRACOVNÍ VÍKENDY!**

Nabízíme:

- ▶ flexibilní pracovní úvazek
- ▶ práci ve všech krajích ČR
- ▶ snadné skloubení práce s péčí o rodinu

✉ ustredi.prace@vzp.cz
🌐 www.zdravakariera.cz



Inzerce ▼



Ilustrační foto: 123rf.com

Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína



Zdravotnictví a medicína

přijímáme na e-mailu: obchod@eezy.cz
nebo telefonicky: +420 739 436 468





Lékař – patolog na Pracoviště klinické a transplantační patologie

Koho hledáme:

- Pracoviště klinické a trasplantační patologie přijme do svého týmu lékaře – patologa s atestací nebo bez atestace

Náplň práce:

- Běžný biopický provoz s možností specializace v oboru transplantační patologie

Požadavky:

- Znalost anglického jazyka slovem i písmem
- Samostatnost, zodpovědnost
- Aktivní a pozitivní přístup k vykonávané práci
- Vysokoškolské vzdělání lékařského směru

Nástup: Nástup možný dle dohody

Kontaktujte nás na telefonu: +420 236 605 518 nebo e-mailem: kariera@ikem.cz

Nabízíme:

- Zázemí stabilní státní příspěvkové organizace
- Motivující a konkurence schopné platové ohodnocení včetně zvláštních příplatků
- 5 týdnů dovolené + 4 dny osobního volna navíc
- Výhodné stravování v jídelně IKEM
- Příspěvek na penzijní připojištění
- Podporu dalšího vzdělávání a zvyšování kvalifikace

Inzerce



Lékař/Lékařka lůžkového oddělení pro pracoviště: Hrabyně, Chuchelná, počet volných pozic: 2

CO VÁM NABÍZÍME:

- práci v moderním prostředí a s nejnovějším vybavením
- zázemí stabilní společnosti
- individuální práci s klienty, která plynule navazuje na akutní rehabilitaci, pestrost diagnóz a převážně českou klientelu
- možnost odborného růstu a podílení na výzkumu
- jednosměnný provoz
- plat: 44 860 až 75 110 Kč – dle délky praxe
- velmi zajímavý nástupní plat pro absolventy + odměna po zkušební době + cílová věrnostní odměna po roce
- podporu v atestační přípravě, včetně studijního volna
- 25 dnů dovolené
- 3 dny zdravotního volna
- možnost pracovní smlouvy na dobu neurčitou již po roce
- roční odměny až do 100 % platu

BENEFITY:

- Stravenky v hodnotě 125,- Kč/den - placené v plné výši zaměstnavatelem
- karty do lékáren Dr. Max se zaměstnaneckou slevou
- cenově výhodné stravování v zaměstnanecké jídelně
- možnost

parkování přímo v areálu pracoviště

- možnost zdarma využít po pracovní době bazén, saunu, posilovnu, tělocvičnu a veškeré dostupné sportovní náčiní

CO OD VÁS POTŘEBUJEME:

- ukončené VŠ vzdělání lékařského směru
- výhodou atestace v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, neurologie, ortopedie, interna
- praxe vítána
- možno i absolvent
- bezúhonnost, samostatnost, důslednost
- spolehlivost, zodpovědnost, rozhodnost
- zdravotní způsobilost

PRACOVNÍ DOBA: Po - Pá: 7:00-15:30 - možnost zkráceného úvazku

DATUM NÁSTUPU: dle dohody

KONTAKTNÍ OSOBA: Hana Bothová - personální a mzdové oddělení
Telefon: 553 603 256, e-mail: hana.bothova@ruhrabyne.cz

Inzerce



Fyzioterapeut/Fyzioterapeutka pro pracoviště: Hrabyně, Chuchelná, počet volných pozic: 4

CO VÁM NABÍZÍME:

- práci v moderním prostředí a s nejnovějším vybavením
- zázemí stabilní společnosti
- individuální práci s klienty, která plynule navazuje na akutní rehabilitaci, pestrost diagnóz a převážně českou klientelu
- možnost odborného růstu a podílení se na výzkumu
- jednosměnný provoz
- plat: 30 220 až 47 070 Kč dle dosaženého vzdělání a délky praxe + osobní příplatek
- velmi zajímavý nástupní plat pro absolventy VŠ + odměna po ukončení adaptačního procesu + cílová věrnostní odměna po roce a po 2 letech
- podporu dálkového magisterského studia, včetně studijního volna
- 25 dnů řádné dovolené
- 3 dny zdravotního volna
- možnost pracovní smlouvy na dobu neurčitou již po roce
- roční odměny až do 100 % platu

BENEFITY:

- Stravenky v hodnotě 125,- Kč/den - placené v plné výši zaměstnavatelem
- karty do lékáren Dr. Max se zaměstnaneckou slevou

- cenově výhodné stravování v zaměstnanecké jídelně
- možnost zdarma využít po pracovní době bazén, saunu, posilovnu, tělocvičnu a veškeré dostupné sportovní náčiní

CO OD VÁS POTŘEBUJEME:

- dokončené vzdělání v oboru fyzioterapie: SŠ / VOŠ / VŠ
- vysoké pracovní nasazení, zájem o vzdělávání se v oboru
- schopnost spolupracovat v týmu
- spolehlivost, samostatnost a empatii

PRACOVNÍ DOBA: Po - Pá: 7:00-15:30 - možnost zkráceného úvazku

DATUM NÁSTUPU: dle dohody

KONTAKTNÍ OSOBA: Bc. Alice Bysková - vedoucí oddělení fyzioterapie
Telefon: 604 989 613, e-mail: alice.byskova@ruhrabyne.cz

Inzerce

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 6/2022

www.zamcasopis.cz

Redakční rada ZAM

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

Redakce

- Bc. Petra Hátlová, e-mail: zam1@eezy.cz
 - Mgr. Kateřina Štulíková, e-mail: zam3@eezy.cz
 - Mgr. Markéta Mikšová, e-mail: zam@eezy.cz
 - Bc. Michal Češek, e-mail: zam2@eezy.cz
 - PhDr. Jana Jilková, e-mail: diteja@eezy.cz
 - Mgr. Lukáš Malý, e-mail: editor@eezy.cz
 - Mgr. Barbora Vodíčková, e-mail: editor@eezy.cz
- Projektový a kreativní manažer, technické zpracování**
Radek Koňárik, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 322/26, 148 00 Praha 4, IČ: 28086660

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
EEZY Publishing, s.r.o.
Na Pankráci 322/26, 148 00 Praha 4, zam@eezy.cz

Inzerce

obchod@eezy.cz

Foto na obalce

123rf.com

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
SEND Předplatné, spol. s r.o.,
Ve Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370
e-mail: send@send.cz, www.send.cz
Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,
Videňská 995/63, 639 63 Brno, tel. 532 165 165,
e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.
Oddelenie inej formy predaja
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3
tel.: +421 2 4989 3568,
e-mail: objednavky@ipredplatne.sk

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

Předplatné se automaticky prodlužuje.

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

Snímky označené jako „123rf.com“ jsou použity na základě licence.

Tisk Grafotechna Plus, s.r.o.

Číslo dáno do tisku 20. 6. 2022

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© EEZY Publishing, s.r.o., 2022
Evidenční číslo MK ČR: E 20524, ISSN 2336-2987

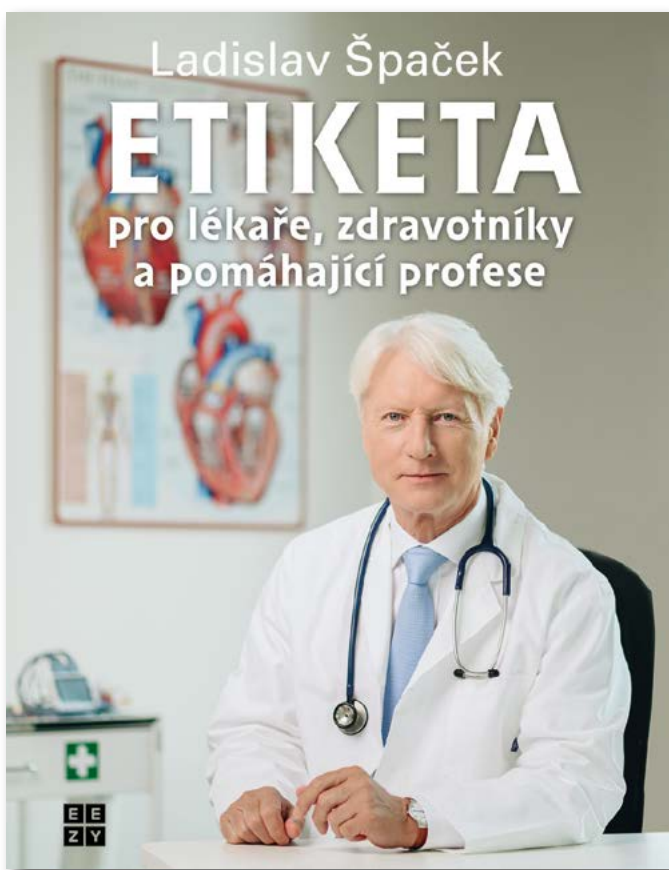


Ilustrační foto: 123rf.com

Představujeme...

Ladislav Špaček

Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese



Novinka z pera zkušeného autora knih o etiketě je komplexním dílem zahrnujícím všechny oblasti etikety světa medicíny. Kniha vede lékaře, sestry a další složky zdravotnické profese ke vstřícnému, ohleduplnému a empatickému chování. Upozorňuje na důležitost správné komunikace s klienty, protože porozumění slovům lékaře je předpokladem spolupráce. Vztah pacienta a lékaře je specifický, od paternalistické dospěl k partnerské formě, která akcentuje lidská práva, svobodnou volbu alternativních léčebných možností i volbu lékaře.

Autor vysvětluje, že hlavním cílem komunikace s pacientem je získání jeho důvěry, neboť jedině tak se bude pacient aktivně podílet na léčbě, bude trpělivě snášet nezbytné procedury a podrobovat se léčebnému režimu. Kniha věnuje pozornost i ošetrovatelské praxi a sociálním službám jako návazným a doplňujícím oblastem primární léčebné péče. Mezi tématy

najdeme i pravidla etikety při různých příležitostech, jichž se lékaři účastní, základy etikety při kontaktních situacích, společenských akcích, recepcích, večeřích či kongresech.

~~Doporučená cena 499 Kč~~

Naše cena 399 Kč

Vyšlo v listopadu 2021



Objednávejte na www.eezy.cz

EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4

ZDRAVOTNICTVÍ 2023



odborná konference

Generální partner



Hlavní odborný garant



Pořadatel



Zveme vás na odbornou dvoudenní konferenci

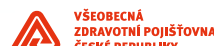
ZDRAVOTNICTVÍ 2023

pořádanou pod záštitou a za osobní účasti předsedy vlády
Petra Fialy a ministra zdravotnictví Vlastimila Válka

Hlavní partneři



Partneři



Partneři odborné sekce



22.–23. 9. 2022, Hotel Grandior Praha, Na Poříčí 1052/42, Praha

Registrace na www.eezy.cz/program