

10²⁰²²



Odborná konference Zdravotnictví 2023 - den první

www.zamcasopis.cz

str. 19

 Šetříme zdroje.

Unikátní nanouhlíkové filtry
pro dokonalé čištění kohoutkové vody

filbec®  100% voda



filbec.cz


Cadenza[®]

Dopřejte si
i v práci

kvalitu, pohodlí
a styl



Novinka

**Kolekce
LIPO**

www.cadenza.cz



Čas teplých nápojů pro zahřátí považuji za zahájený

Venku padá co chvíli mlha, je vlhko a nevlidno, prostě říjen je tu. Se sousedy jsme už společně zahájili sezónu teplých nápojů pro zahřátí, já každý večer škrťám v krbu, aby si moji psi měli kde vyhřívát kožichy a abych já nemusela sedět pod dekou v županu. Mám ráda teplo, mám ráda přímý žár ohně a mám ráda podzim. Asi bych mohla říct, že mám ráda každé roční období, podzim mám ráda pro jeho barevnost a vlastně i pro ty jeho mlhy, které lesům a loukám dávají jisté tajemno.

Většina lidí se domnívá, že podzim je doba, kdy dochází k největšímu nástupu depresí, že čísla uvádějící tuto diagnózu prudce stoupají vzhůru, a mnoho lidí proto podzim nemá rádo. Odborníci to ale vidí jinak. Nejvíce depresí psychiatři ve svých ordinacích nevidí během podzimních měsíců, ale od prosince do února. Možná je to údaj, který podzim v očích některých lidí očistí a přiměje je vyrazit ven. Ostatně to vyběhnouti ven, někam do přírody, ideálně během dopoledních hodin, kdy je nejintenzivnější denní svit, je to, co nás před nástupem špatné nálady a depresivního ladění může ochránit.

Ale pojďme se podívat na to, co poutavého ke čtení přináší říjnové číslo časopisu Zdravotnictví a medicína.

Velkou radost mám z rozhovoru, který mi poskytl profesor MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Bavili jsme se spolu o familiární hypercholesterolemii a o tom, jak se Česká republika během svého předsednictví v EU snaží o zavedení a sjednocení postupů v rámci plošného screeningu dětí na tuto chorobu.

Kolegyně Kateřina Štulíková se zaměřila na téma dědičnost cirkadiálních rytmů a spánku. Článek jsem si četla a musím říct, že se mi líbil. Ve svém stručném přehledu musím zmínit i dva texty kolegyně Jany Jílkové.

První text zachycuje první den konference Zdravotnictví 2023. Na konferenci mimo jiné vystoupil i ministr zdravotnictví profesor MUDr. Vlastimil Válek a mluvil o financování nemocnic, vzdělávání lékařů a dotkl se i tématu podzimní sezóny a onemocnění covid-19. Samostatným tématem byla digitalizace zdravotnictví, jeden z panelů byl věnován patentové ochraně vývoje moderních léčiv a velkou pozornost vzbudil panel zaměřený na důchodovou politiku.

Z osobností historie medicíny Jana Jílková nachystala článek o lékaři a politikovi Františku Kriegelovi, kterému osud rozhodně nepřipravil jednoduchý život. Ke čtení je toho v říjnovém čísle samozřejmě mnohem víc a všechny články přináší zajímavé informace.

Mám takový zvyk, vracet se na konci editoriale k tomu, čím jsem ho začínala, a jinak tomu nebude ani nyní. V dnešních zprávách jsem zaznamenala informaci o tom, že se k nám do republiky už vrátili havrani. Podle ornitologů to je dříve, než bývá zvykem. Vysvětlení jsou dvě. Buď se můžeme těšit na tuhou zimu, nebo byli vyplašeni válkou na Ukrajině. Havrany jsem v pranostikách nenašla, ale dohledala jsem jednu pranostiku o vlaštovkách, a ta říká: Čím déle vlaštovky u nás v říjnu prolévají, tím déle pěkné a jasné dny potrvají. Moc



nevím, co si o tomto moudru mám myslet, mám za to, že vlaštovky odletěly někdy před měsícem, v půli září, a to by znamenalo tuhou zimu. V očekávání lepších vyhlídek jsem hledala dál a další pranostika uvádí, že: je-li říjen velmi zelený, bude leden hodně studený. Rozhlédla jsem se kolem a moje obavy se ještě prohloubily, přijde mi, že venku je zeleno poměrně hodně. Vzhledem k tomu, že nechci propadat panice z toho, že nás čeká dlouhá a tuhá zima, tak po dalších pranostikách už raději nepátrám. Jdu, škrtnu v krbu, aby si psi mohli zase jít vyhřívát kožichy, sejdeme se se sousedy a u žáru ohně si dáme nějaký dobrý nápoj pro zahřátí. Jak říkám, říjen mám ráda, je to vlastně fajn měsíc.

Krásné čtení aktuálního čísla časopisu Zdravotnictví a medicína a krásné nadcházející dny vám všem přeje

Petra Kvitová

šéfredaktorka

OBSAH



Zdravotnictví a medicína

OBSAH

ZDRAVOTNICTVÍ

- Editorial 1
- Ve zdravotní gramotnosti máme co zlepšovat, ukazují data 2
- Antibiotika ztrácí účinnost, množí se „superinfekce“ 4

- Dobrým spáčům se infarkt vyhýbá 6
- Populace čelí epidemii Alzheimerovy nemoci 7
- Rozhovor Michal Vrablík 8
- Rostoucí ceny surovin a energií ohrožují dodávky zdravotnických prostředků 14
- Zprávy z regionů 16

MEDICÍNA

- Odborná konference Zdravotnictví 2023 – den první 19

- Fotogalerie z prvního dne odborné konference Zdravotnictví 2023 26
- Telemedicína snižuje pracovní neschopnost a firmám tak šetří zbytečné náklady 30
- Potraviny obohacené o vitamíny a minerály dětem prospívají. Některé otázky zůstávají 32
- Dědičnost cirkadiálních rytmů a spánku 34
- Čeští lékaři a vědci prodlouží život lidem s leukemií 36
- Muž, který nepodepsal 38
- Nabídka práce 40

Ve zdravotní gramotnosti máme co zlepšovat, ukazují data

*Téměř polovina Čechů má omezenou zdravotní gramotnost. „Tato data vycházejí z výzkumu z konce roku 2020. Tím jsme se zařadili mezi země s uspokojivou úrovní zdravotní gramotnosti svých obyvatel. I tak ale stále máme co zlepšovat,“ říká **PhDr. Zdeněk Kučera** z Ústavu pro zdravotní gramotnost.*

Zdravotní gramotnost není příliš známý pojem. Co všechno spadá do oblasti zdravotní gramotnosti?

V odpověď na vaši otázku ocituji z přeložené publikace WHO (Světová zdravotnická organizace) Zdravotní gramotnost. Solidní fakta: „Zdravotní gramotnost navazuje na obecnou gramotnost a zahrnuje znalosti lidí, jejich motivaci a dovednosti získat, pochopit, zhodnotit a využít informace týkající se zdraví tak, aby byli v každodenním životě schopni uvážlivě rozhodovat o zdravotní péči, prevenci nemocí a podpoře zdraví se záměrem udržet a zlepšit kvalitu života v průběhu životního cyklu.“

Pro zdravotní gramotnost jsou nejdůležitější právě zmíněné čtyři dovednosti, a to získat, pochopit, zhodnotit a využít získané informace. Důležité je i to, jak člověk přistupuje k informacím týkajících se zdraví: tedy schopnost vyhledat relevantní informace, pochopit je, vyhodnotit jejich relevanci a pak je využít v praxi. Podobně jako u obecné gramotnosti nejde ani u zdravotní gramotnosti o míru znalostí či informovanosti. Zjednodušeně lze říci, že jde o schopnost orientovat se v záplavě informací týkajících se zdraví.

Pokud existuje termín zdravotní gramotnost a jsou definované dovednosti, které ji určují, tak lze předpokládat, že zdravotní gramotnost je možné nějak měřit...

Existuje řada nástrojů, kterými lze zdravotní gramotnost, respektive její jednotlivé aspekty, měřit. K tomuto účelu bývají velice často využívány dotazníky zaměřené na tzv. funkční zdravotní gramotnost, tj. praktickou schopnost aplikovat schopnosti na konkrétní problémy či situace. Sem patří například to, jak člověk porozumí příbalovému letáku, či schopnosti spočítat si kalorický příjem a podobně.

Nástroje, které jsou inspirovány uvedenou definicí WHO, převádějí do podoby dotazníku zmíněné čtyři doved-



ností (získat, porozumět, vyhodnotit, využít), které se uplatňují ve třech oblastech (zdravotní péče, zdravotní prevence, podpora zdraví). Jejich vzájemnou kombinací, tedy 4 krát 3, vzniká 12 polí, která je možno převádět do podoby otázek dotazníku. Tento nástroj byl také použit ve výzkumech realizovaných v České republice.

V posledním šetření v rámci projektu HLS19 (Health Literacy Population Survey 2019–2021) byly použity i nástroje zaměřené na specifické aspekty zdravotní gramotnosti a byla měřena zdravotní gramotnost navigační, komunikační, digitální a vakcinační.

Jak zdravotní gramotnost či negramotnost ovlivňuje kvalitu života?

Začnu jednou výhradou: „zdravotní negramotnost“ dosud nebyla žádným výzkumem nalezena ani definována. Zmíněna byla v jednom tuzemském šetření jediným poněkud zbrklým interpretem jeho výsledků. Zdravotní negramotnost by znamenala neschopnost najít jedinou zdravotní informaci, pochopit její smysl, zhodnotit ji a využít.

Existuje mnohokrát i výzkumně potvrzená pozitivní souvislost mezi zdravotní gramotností a zdravotním stavem, který je významným faktorem kvality života. Existují ovšem i studie, které po-

tvrzují přímou souvislost mezi zdravotní gramotností a kvalitou života. V jedné relativně nové německé práci, založené na metaanalýze řady studií, je potvrzena souvislost mezi těmito proměnnými na poměrně slušné úrovni.

Jaká je zdravotní gramotnost v Evropě?

V Evropě proběhla dvě mezinárodní komparativní šetření. Prvé na počátku druhé dekady tohoto století, které se realizovalo v osmi zemích Evropské unie, které bylo později replikované v řadě dalších zemí, včetně České republiky, a druhé, v letech 2019–2021 v 17 zemích evropského regionu, opět včetně České republiky.

Dále budu uvádět výsledky novější mezinárodní studie nazvané M-POHL HLS19. Kontinuum zdravotní gramotnosti je možno rozdělit do čtyř intervalů: excelentní zdravotní gramotnost vykazuje 15 procent respondentů, dostatečnou 40 procent, problematickou 33 procent a neadekvátní 13 procent dotázaných. V celkovém souboru, který čítal více než 42 000 respondentů, tedy převažovalo procento osob s omezenou zdravotní gramotností nad těmi s uspokojivou úrovní zdravotní gramotnosti.

Jak na tom jsou Češi se zdravotní gramotností?

V České republice proběhla dvě šetření zapojená do mezinárodního srovnávacího výzkumu, v roce 2015 a v roce 2020, a jedno v roce 2018, které pracovalo se zkrácenou verzí dotazníku. V roce 2015 jsme zaznamenali 12 procent respondentů s excelentní zdravotní gramotností, 29 procent s dostatečnou, 40 procent s problematickou a 19 s procent neadekvátní zdravotní gramotností; poměr uspokojivé a omezené zdravotní gramotnosti tak byl 41 procent : 59 procentům. Jednalo se o výrazně horší výsledek, než byl průměr zkoumaných zemí EU. V roce 2018 došlo k dalšímu zhoršení, a to na úroveň 34 procent uspokojivých odpovědí.

V šetření HLS19 na konci roku 2020 ovšem došlo k podstatnému zlepšení situace: excelentní zdravotní gramotnost vykazovalo 10 procent respondentů, dostatečnou 43 procent, problematickou 34 procent a neadekvátní 13 procent dotázaných. Poměr se tak obrátil a převažovali respondenti s uspokojivými odpověďmi v poměru 53 procent : 47 procentům. Česká republika se tak zařadila mezi země s průměrným poměrem limitované a uspokojivé úrovně zdravotní gramotnosti. Tento posun alespoň čás-

tečně přisuzujeme koronavirové pandemii, která, podle našeho názoru, přiměla občany k zvýšenému zájmu o zdravotní informace a o vlastní zdraví.

Jaké projekty týkající se zdravotní gramotnosti obyvatel běží v Evropě?

Řada evropských zemí má schválené národní programy rozvoje zdravotní gramotnosti, na které jsou vyčleněny značné finanční prostředky úměrné roli, kterou zdravotní gramotnost hraje v podpoře zdraví obyvatel. Prvou oblastí je zvyšování zdravotní gramotnosti v klinickém kontextu: prostřednictvím podpory zdravotníků v jejich působení na pacienty, vydáváním materiálů pro zdravotníky i klienty je podporována schopnost pacientů pohybovat se v systému zdravotnických služeb (navigační zdravotní gramotnost), doporučování kredibilních informačních zdrojů, používání „jednoduchého jazyka“ (plain language) a celkově srozumitelnosti komunikace (komunikační zdravotní gramotnost) apod. může být zdravotní gramotnost posilována. Jednou z oblastí zvyšování zdravotní gramotnosti je posilování „vákinační gramotnosti“ neboli posilování důvěry v prověřené zdroje informací o očkování.

Další skupinou programů jsou programy zaměřené na děti a adolescenty. V řadě zemí jsou vytvářena kurikula zdravotní gramotnosti pro předškolní i školní věk, pro adolescentní mládež pak mobilní aplikace; zvláštní pozornost je věnována podpoře „mentální gramotnosti“, zaměřené na pochopení mentálních problémů, ať už vlastních, nebo problémů spolužáků.

V mnoha zemích se realizují programy zaměřené na zdravotní gramotnost v podnicích, ať už průmyslových, nebo i zdravotnických. Hovoří se dokonce o „zdravotně gramotných“ organizacích, které svým uspořádáním, vnitřními směrnici i školením managementu zdravotní gramotnost podporují. Konečně je třeba zmínit programy zaměřené na média a jejich možnou podporu zdravotní gramotnosti populace.

Jaké projekty se chystají v České republice?

V České republice bohužel není schválen Národní program rozvoje zdravotní gramotnosti a jeho finanční zajištění. Nicméně v rámci Programu „Zdraví 2020“ i „Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030“ byly prvky národního programu deklarova-

vány ve formě akčního plánu nebo implementační strategie. V rámci „Implementačního plánu Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví; zvyšování zdravotní gramotnosti“ je plánována řada aktivit jako tvorba a implementace národního plánu, program podpory zdravotní gramotnosti adolescentů ve spolupráci s ambulantními lékaři, školení pedagogických pracovníků a zdravotních sester, realizace pravidelného monitoringu apod.

Zatím se realizuje převážně monitoring úrovně zdravotní gramotnosti v různých věkových populacích či ve vyloučených komunitách. Krom toho běží několik menších projektů v rámci spolupráce V4, které jsou zaměřeny na podporu zdravotní gramotnosti seniorů s pomocí IT technologií, v projektu Erasmus běží projekt podpora zdravotní gramotnosti školáků, dále běží program posilování zdravotní gramotnosti v průmyslovém podniku a také mezinárodní projekt zaměřený na zdravotní gramotnost v nemocničním kontextu.

Jak do oblasti zdravotní gramotnosti zasahuje elektronizace zdravotnictví?

Elektronizace zdravotnictví a digitalizace obecně do oblasti zdravotní gramotnosti zasahuje výrazně: za první průnik obou oblastí můžeme do jisté míry považovat tvorbu Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP), který by měl být zdrojem validizovaných informací týkajících se zdraví a zdravotnictví. S rozvojem digitálních technologií, mHealth a telemedicíny se bude rozšiřovat spektrum možností, jak zdravotní gramotnost zvyšovat.

Důležitá je v tomto ohledu digitální zdravotní gramotnost, tedy schopnost nalézt, porozumět, vyhodnotit a aplikovat informaci, kterou respondent vyhledává na internetu. Podle našich zjištění má 40 procent českých respondentů digitální zdravotní gramotnost sniženu.

Jak se zdravotní gramotností souvisí zdravotní prevence?

Z uvedené definice WHO vyplývá, že zdravotní prevence je jednou z oblastí, v nichž se zdravotní gramotnost uplatňuje. Můžeme říci, že jedinci s vyšší úrovní zdravotní gramotnosti, tedy schopnější vyhledat, pochopit, vyhodnotit a využívat zdravotně relevantní informace, budou spíše ochotni reagovat na nabídku preventivní péče a s větší pravděpodobností se řídit preventivními doporučeními.

Petra Hátlová

Foto: archiv Zdeňka Kučery

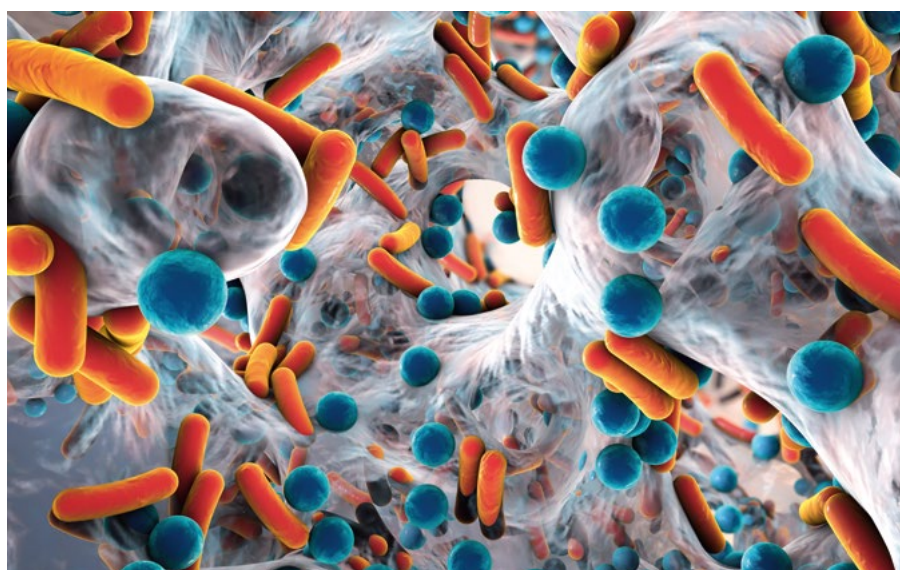
Antibiotika ztrácí účinnost, množí se „superinfekce“

Antibiotika jsou nepostradatelnou součástí medicíny. Nyní však lékaři varují – kvůli nadužívání těchto klíčových léků jsou bakterie tak odolné, že na ně nezabírá nic. Častěji než kdy dříve se také objevují superinfekce, tedy bakterie extrémně odolné vůči antibiotické léčbě. Infektologové upozorňují, že trend už pravděpodobně nepůjde zvrátit, ale je nutné jej alespoň zpomalit. V opačném případě hrozí, že už za několik desítek let budou lidé umírat na bakteriální infekce, stejně jako tomu bylo před Flemingovým objevem penicilinu.

Nejčastěji se podle lékařů extrémně odolnými bakteriemi nakazí pacienti v nemocnicích při zákrocích, kdy dochází k narušení kůže – ať už při operacích, nebo při zavádění katétrů či cévek. „Nemocnice jsou místo, kde si bakterie vybudují odolnost nejsnáze, protože například v pooperační péči jsou antibiotika naprosto nenahraditelná, a tedy často používaná. Nicméně to je daň za tisíce operací, které lidem zlepšují nebo zachraňují životy a díky antibiotikům nekončí sepsí nebo jinými komplikacemi,“ vysvětluje prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D., přednostka Ústavu mikrobiologie Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc a proděkan Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. „Neznamená to však, že bychom se měli nemocnicím vyhýbat. Celou řadu bakterií, které způsobují nemoci, si neseme v sobě, jen čekají na vhodnou příležitost, jak se rozmnožit. A tyto bakterie za léta používání antibiotik také mají vybudovanou určitou odolnost,“ říká prof. Kolář. I se superinfekcemi lze podle lékařů stále bojovat, ale je to výrazně složitější. „Hlavní potíž spočívá v tom, že u závažných nemocničních infekcí musíme nasadit antibiotika hned – mnohdy hrajeme o čas a jakákoliv prodleva může pacienta ohrozit na životě. K tomu potřebujeme moderní účinná antibiotika a perfektní výsledky z našich laboratoří,“ popisuje prim. MUDr. Pavel Dlouhý, předseda Společnosti infekčního lékařství (SIL) ČLS JEP.

Boj proti superinfekcím je náročný

Světový trend evoluce bakterií odolných vůči antibiotikům je podle expertů neúprosný – jediné, co je podle nich možné, je jejich dopady zmírnit. „V první řadě je nutné dbát na nemocniční hygienu a správné používání antibiotik v nemocnicích i mimo ně. Musí také fungovat rychlá a bezchybná dia-



ilustrační foto: 123rf.com

gnostika, kdy mikrobiologové určí, s jakou bakterií bojujeme a které antibiotikum na ni zabere,“ říká prim. Dlouhý. Boj proti superinfekcím je složitým úkolem i pro farmaceutické firmy. „Vývoj nového antibiotika zabere měsíce i roky a stojí stovky milionů korun. Některé bakterie získávají odolnost na léky během několika hodin nebo dní, což vývoj samozřejmě ztěžuje. Málokterá firma chce investovat takové prostředky do vývoje léku, když ví, že bude použitelný třeba jen rok,“ říká prof. Kolář. Přesto podle něj nakonec nebude na výběr. „Podle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) se při současném tempu zvyšování rezistence na antibiotika stanou právě neléčitelné bakteriální infekce nejčastější příčinou úmrtí už kolem roku 2050,“ dodává lékař.

Lidé vnímají nadužívání antibiotik

Nadužívání antibiotik je celosvětovým problémem, který podle expertů v největší míře stojí za rostoucí odolností bakterií. Podle Státního zdravotnického úřadu za posled-

ních 30 let vzrostla jejich spotřeba v Česku o pětinu. „Antibiotika se začala masivně nadužívat už v 60. a 70. letech minulého století zejména v západním světě. K nám trend dorazil po revoluci také, lékaři začali předepisovat antibiotika i na choroby, které jsou virového původu. V posledních letech však mám dojem, že běžná populace problém vnímá a sama zvažuje, zda jsou antibiotika v léčbě vždy skutečně potřeba,“ naznačuje pozitivní obrát v myšlení prof. Kolář. Lékaři však upozorňují na další zdroj odolných bakterií – živočišnou výrobu. Více než 50 % celosvětově vyrobených antibiotik se totiž používá k léčbě zvířat. „Chovatelé podávají antibiotika zvířatům zcela běžně a regulace je tam ve srovnání s lidskou medicínou mnohem nižší. Antibiotika se tak v mase či jiných potravinách mohou dostat na náš stůl, čímž si v sobě opět pěstujeme odolné bakterie,“ varuje prim. Dlouhý. V Evropské unii jsou antibiotika zakázána jako tzv. růstový promotor, lékaři však upozorňují na to, že v řadě jiných států takové omezení neplatí.

(htl)



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.

VZP ČR nabízí nemocnicím dodatek ke smlouvě o individuální úhradě v roce 2022

V důsledku epidemie COVID-19 a souvisejících opatření byla nucena řada nemocnic odložit některé zákroky, a to včetně hospitalizací s vybranou elektivní péčí, která je regulována úhradovou vyhláškou. VZP ČR proto nabídne poskytovatelům zdravotní péče dodatky ke smlouvě o individuální úhradě, díky kterým budou moci tyto odložené zákroky provést. Jakých hospitalizací se to především týká, představíme v této Poradně.

VZP ČR v roce 2022 podpoří u nemocnic poskytování elektivní péče (plánované péče), u které došlo k výpadkům v důsledku epidemie COVID-19. Jedná se o hospitalizace s vybranou elektivní péčí, která je úhradovou vyhláškou regulována (vyhláška č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022). Všeobecná zdravotní pojišťovna nabízí poskytovatelům zdravotní péče možnost, jak zajistit tuto hospitalizační péči svým pacientům v kratších objednávacích lhůtách, tzn. ještě v letošním roce.

Nemocnicím, které tuto vybranou elektivní péči poskytují, je nabídnut dodatek ke smlouvě o individuální úhradě v roce 2022. Případy hospitalizací s vybraným výkonem elektivní péče, budou hrazeny bez regulačního omezení, tzn. nad rámec úhradové vyhlášky. Tímto přístupem VZP ČR bude nemocnicím umožněno poskytování vybrané péče bez omezení.

Mimořádné opatření by mělo v první řadě znamenat vstřícný přístup vůči pacientům, u nichž bylo z důvodu objektivních překážek odkládáno řešení zdravotního problému. VZP ČR proto věří, že navržené kroky budou také kvitovány ze strany poskytovatelů zdravotní péče a dojde tak k faktickému zkrácení čekací doby na provedení uvedených zákroků.

Kterých výkonů se úprava týká nejvíce

Po podpisu dodatku ke smlouvě o individuální úhradě v roce 2022 budou hospitalizace vybrané elektivní péče nemocnicím uhrazeny bez regulačního



*PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.,
náměstek ředitele VZP ČR
pro zdravotní péči*

omezení, a to nad rámec úhradové vyhlášky. Přesný výčet zákroků, kterých se to týká, vychází z šetření VZP ČR, která analyzovala, u kterých výkonů zahrnutých do tzv. paušální úhrady došlo v průběhu covidových let k největšímu propadu. Jedná se o hospitalizační péči v oborech gastroenterologie, kardiologie, cévní chirurgie, gynekologie, ortopedie, ORL a urologie.

Změna v úhradách v roce 2022

Úhradová vyhláška pro rok 2022 definuje úhradu hospitalizační péče v několika částech. Velká část elektivní péče je hrazena výkonnostně, tzn. kolik takové péče nemocnice provede, tolik je

zdravotní pojišťovnou uhrazeno bez regulace na objem. Jedná se např. o totální endoprotézy, odstranění žlučníku, operace kýly, operace pro nádorová onemocnění, různé rekonstrukční výkony, kardiologické a kardiochirurgické operace, gynekologické operace, operace v ORL, cévní operace, péči poskytnutou v souvislosti s úrazy, operace na páteři, operace vrozených vad, transplantace a další.

Část elektivní péče je však zahrnuta do části A přílohy č. 10 úhradové vyhlášky, do tzv. paušální úhrady lůžkové péče, která je regulována na objem poskytnuté hospitalizační péče. Právě výpadky v poskytování hrazených služeb vzniklé v důsledku epidemie COVID-19 v roce 2020 a 2021 jsou důvodem k podpoře poskytování elektivní péče v roce 2022. Jedná se o hospitalizační péči poskytnutou v oborech gastroenterologie, kardiologie, cévní chirurgie, gynekologie, ortopedie, ORL a urologie, např. výkony:

- 15950 – polypektomie endoskopická,
 - 17520 – kardioverze elektrická (nikoliv při resuscitaci),
 - 54170 – profundoplastika,
 - 63533 – konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru,
 - 66041 – rekonstrukční artroskopie,
 - 71545 – myringoplastika,
 - 76215 – katetrizace ureteru nebo extrakce konkrémentu z močovodu nebo discize striktury ureteru nebo biopsie z ureteru včetně koagulace anebo zavedení stentu,
 - 89423 – perkutánní transluminální angioplastika
- a další.

Dobrým spáčům se infarkt vyhýbá

Lidem, kteří málo a špatně spí, hrozí, že dostanou srdeční infarkt nebo mozkovou mrtvici. Naopak ti, kteří denně stráví kvalitním spánkem 7–8 hodin, mají riziko vzniku infarktu i mrtvice mnohem nižší. Na souvislost mezi spánkem a nemocemi srdce upozorňují čeští kardiologové a zaštiťují se jak vlastními letitými zkušenostmi, tak nejnovější francouzskou studií the Paris Prospective Study III (PPS3), s níž se seznámili na letošním kongresu Evropské kardiologické společnosti (ESC).

„Studie jasně prokázala, co už léta tušíme. Ti, kdo spí dobře, dostatečně dlouho a ideálně před půlnocí, mají výrazně nižší riziko vzniku kardiovaskulárních chorob a mozkové mrtvice. Na důležitost kvalitního spánku bychom měli myslet také u našich pacientů,“ říká předseda České kardiologické společnosti prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.



prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Optimálně spí jen deset procent lidí

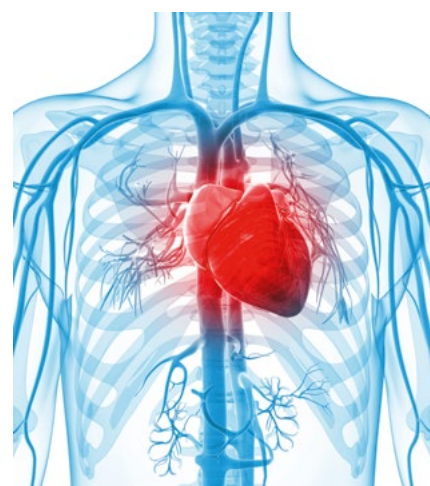
Studie nazvaná Skóre zdravého spánku a výskyt kardiovaskulárních onemocnění (Healthy sleep score and incident cardiovascular diseases) zkoumala po dobu 10 let 7 200 zdravých lidí ve věku od 50 do 75 let. Účastníci studie nejdříve podstoupili prohlídku a vyplnili dotazníky o životním stylu, osobní a rodinné anamnéze, zdravotním stavu a poskytli informace o pěti klíčových spánkových návycích. Vědci analyzovali souvislost mezi kvalitou spánku a kardiovaskulárními příhodami s ohledem na další faktory, jako byl například věk, pohlaví, zaměstnání, kouření, hmotnost nebo výskyt infarktu, mrtvice či náhlého srdečního úmrtí v rodině. Lidé ve studii procházeli kontrolou každé 2 roky po dobu 10 let. „Francouzští kolegové hned zpočátku zjistili, že optimálně spí pouze 10 % lidí. V prvních osmi letech

se u 274 účastníků rozvinulo ischemické onemocnění srdce nebo cévní mozková příhoda,“ seznamuje s výsledky prof. Linhart. „Dobří spáči měli o 75 % nižší riziko infarktu a dalších chorob srdce a mrtvice než ti, kdo spali opravdu velmi špatně.“ Studie také ukázala, že lépe jsou na tom „ranní ptáčata“.

Ke kvalitnímu spánku by se podle českých kardiologů měly vést už malé děti, tak aby si zvyk odnesly do dospělosti. „Spánek je nejdůležitějším mechanismem pro regeneraci těla, nastavení a udržení optimálního režimu nejen kardiovaskulárního systému, ale i klíčových metabolických pochodů v těle. Kvalita spánku má zásadní vliv na dlouhověkost a zdraví,“ vysvětluje kardiolog doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D. „Pokud nemá spánek dostatečnou délku a hloubku, zvyšuje se aktivita sympatického systému, zrychluje srdeční frekvence, stoupá krevní tlak, vyplavuje se adrenalin, a může tak dojít k rozvoji nejružnějších srdečních nemocí, včetně např. hypertenze či arytmií, a to už od raného dětství. Zvýšená aktivita sympatiku rovněž významně zvyšuje riziko vzniku cukrovky či rozvoje aterosklerózy, což dále potencuje riziko vzniku vážných onemocnění, jako je infarkt myokardu či mozková mrtvice.“ Lékař také upozorňuje na často nerozpoznanou poruchu spánku – tzv. spánkovou apnoe,



doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D.



ilustrační foto: 123rf.com

kdy dochází k občasným zástávám dechu při spaní. Krev se tak méně okysličuje, dochází opět k silné aktivaci sympatiku, nejprve v noci, později i ve dne, což srdci a cévám škodí. „Podle našich zkušeností trpí nerozpoznanou, a tedy neléčenou spánkovou apnoe polovina našich pacientů, třetina z nich klinicky významnou formou,“ dodává doc. Kára.

Meditace i knížka mohou pomoci

Kardiologové apelují na veřejnost, aby spánkovou hygienu nepodceňovala. Podle doc. Káry je dobré například usínat a vstávat v přibližně stejnou dobu, minimálně hodinu před usnutím nesledovat televizi, nepoužívat počítač nebo mobil, snížit hladinu denního stresu a nočního hluku. Spánku také prospívá pohyb, ale ne těsně před spaním. Je dobré se celkově zklidnit, například četbou, hovorem se svými blízkými, poslechem klidné hudby či meditací. „Vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění jsou celosvětově hlavní příčinou úmrtí a Česká republika se řadí k evropským zemím s nejvyšším počtem nemocí kardiovaskulárního systému, je dobré si význam kvalitního spánku více připomínat a uvědomovat,“ uzavírá prof. Linhart.

(htl)

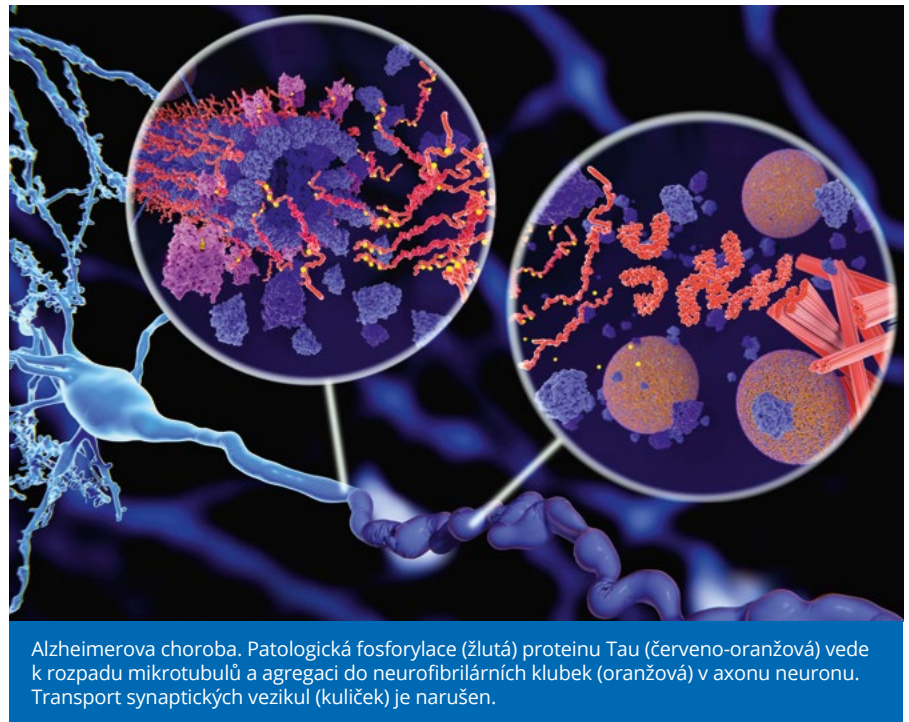
Populace čelí epidemii Alzheimerovy nemoci

Každý doma někdy zapomněl klíče nebo mobil. V případě poruch paměti způsobených Alzheimerovou nemocí však nejde jen o zapomenuté drobnosti, ale doslova o život. Pacienti už v počínajících fázích nemoci mohou zapomínat brát důležité léky nebo se jimi naopak předávkovat. I proto je podle lékařů důležité, aby nemoc objevili co nejdříve a naučili s ní pracovat nejen samotného pacienta, ale také jeho blízké.

Počty pacientů s Alzheimerovou nemocí či jiným druhem demence dlouhodobě rostou – v Česku s demencí žije 140 000 lidí, z toho přibližně 60 % má Alzheimerovou nemoc. Velké množství nemocných o své chorobě podle lékařů neví, a reálné číslo tak může být až o polovinu vyšší. Poruchy paměti jsou dle expertů jedním z prvních příznaků Alzheimerovy nemoci. „Velmi často se setkáváme se situací, kdy člověk, který trpí i pouze mírnou poruchou krátkodobé paměti, udělá chybu při užívání léků. Tím spíše, pokud žije sám, tehdy se to může stát opravdu snadno. Špatné užití léků člověka může snadno ohrozit na životě nebo vést k jeho hospitalizaci,“ popisuje MUDr. Hana Vaňková, Ph.D., členka výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP. Proto je podle ní klíčová včasná diagnóza. Diagnóza je začátkem léčby a také vede k lepšímu porozumění potřebám nemocného a rizikům provázejícím jeho nemoc.

Důležité preventivní prohlídky

Do komplexní péče při Alzheimerově nemoci patří i podpora správného užívání léků, ať už ji poskytuje poučená rodina, nebo komunitní služby, tak aby k rizikovým situacím nedocházelo. „Typickým příkladem je senior, který žije sám a už několik let se mu horší paměť – lidé v jeho okolí si problém uvědomí až ve chvíli, kdy je začne obviňovat, že mu schovávají věci nebo se ho snaží otrávit a podobně. Takové stavy přitom není radno podceňovat,“ říká primářka MUDr. Vanda Franková, místopředsdkyně gerontopsychiatrické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Nejsnazší způsob prvotního vyšetření je podle ní v ordinaci praktického lékaře při preventivní prohlídce. „V rámci systému včasného zachytu vyšetřujeme každého pacienta nad 65 let při preventivní prohlídce na známky počínající demence. Pak také samozřejmě



Alzheimerova choroba. Patologická fosforylace (žlutá) proteinu Tau (červeně-oranžově) vede k rozpadu mikrotubulů a agregaci do neurofibrilárních klubek (oranžově) v axonu neuronu. Transport synaptických vezikul (kuliček) je narušen.

Ilustrační foto: 123rf.com

i ty, kteří sami přijdou s podezřením, že něco není v pořádku. Každý měsíc provedeme řádově desítky kontrol a případů bohužel stále přibývá,“ říká doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., praktický lékař a vědecký sekretář Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP. Základní vyšetření praktici provádí jednoduchým testem, který zabere jen několik minut. „Pacienti při něm dostávají za úkol zapamatovat si tři základní slova a zakreslit čas do ručičkových hodin. Podle výsledného skóre pak určíme, zda se již u pacienta projevují první známky onemocnění,“ říká doc. Seifert.

Národní akční plán

Podle expertů je však systém péče o pacienty s demencí v Česku stále roztržštěný – změnit by to měl nový tzv. mezioborový konsensus. Ten bude definovat role, kompetence a dostupnost jednotlivých lékařských specialistů a optimální postup

diagnostiky a léčby. Vznik tohoto mezioborového konsensu je podpořen z Fondů EHP/Norska 2014–2021. „Loni vláda schválila také tzv. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 (NAPAN). Ten kromě nových doporučených postupů počítá s vytvořením specializovaných center pro léčbu Alzheimerovy nemoci, kde by se kvalitně diagnostikovaní pacienti dostali i k nejmodernější biologické léčbě, která u nás bude, jak doufáme, brzy k dispozici,“ říká doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D., přednosta Neurologické kliniky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze. Alzheimerova nemoc podle dostupných dat postihuje zhruba 2 % populace ve věku více než 65 let. Každých 5 let se pak podle odborníků procentuální výskyt dvojnásobí – v 80 letech je tedy pravděpodobnost onemocnění až 16 %, v 90 letech přes 40 %. Nemoc zasahuje ženy zhruba dvakrát častěji než muže.

(htl)

A portrait of Michal Vrablík, a man with short brown hair and glasses, wearing a dark blue checkered suit jacket, a white shirt, and a patterned tie. He is smiling slightly and looking towards the camera. The background is a light-colored wall with a large, stylized blue graphic of a lion or similar animal.

„Každý Čech může znát svou
hladinu cholesterolu“

Michal Vrablík

České předsednictví EU přineslo kromě jiného i možnost změnit postupy pro včasné odhalení genetického metabolického onemocnění familiární hypercholesterolemie. Česká republika přišla s konkrétním návrhem screeningu pod názvem Pražská deklarace. Cílem deklarace je zavedení a sjednocení postupů v rámci plošného screeningu dětí. „Odborná veřejnost je jednomyslně pro zavedení screeningu do běžné praxe,“ říká profesor MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, který se za českou stranu odborných jednání účastní.

Familiární hypercholesterolemie (FH) je nejčastější genetické metabolické onemocnění. Jaký je jeho výskyt?

Ve většině evropských populací se výskyt familiární hypercholesterolemie ve své častější heterozygotní formě (vlohu získává postižený pouze od jednoho rodiče) pohybuje kolem 1 : 200 až 1 : 250. Existují ale populace, které byly více geneticky izolované, a tam může být výskyt onemocnění až dvojnásobně vyšší – například obyvatelé kanadské provincie Quebec francouzského původu.

Onemocnění se dědí takzvaně dominantním způsobem. To znamená, že stačí jedna „nesprávná kopie“ příčinného genu a nemoc se projeví. Je-li chorobou postižen jeden z rodičů, bude 25 % potomků rovněž nemocných. Kromě toho, že postižení mají vysoké hladiny cholesterolu, můžeme dnes u většiny nositelů FH detekovat přímo zodpovědnou genetickou odchylku. Její vyhledání v rodokmenech je běžnou součástí diagnostiky.

V jakém věku dochází u tohoto onemocnění k prvním zdravotním potížím?

Nepoznané onemocnění probíhá velmi dlouho asymptomaticky. U některých pacientů vidíme časný rozvoj tzv. arcus lipoides (bělavý kroužek kolem oční duhovky) či xantelasmat (tukové usazeniny na očních víčkách), což jsou nespecifické nálezy u osob vyššího věku, ale najdeme-li je u čtyřicátníků a mladších, musíme po možnosti FH aktivně pátrat. Zásadní je, že nepoznaná a neléčená FH vede k akceleraci aterosklerózy, jejímiž komplikacemi jsou infarkty myokardu a cévní mozkové příhody. Ischemickou chorobou srdeční trpí téměř 50 % neléčených mužů s FH ve věku 50 let a stejné množství žen ve věku 60 let.

Co je pro onemocnění v raném věku charakteristické, co by mělo varovat pediatry a rodiče dětí?

Upozorní je vždy vysoká hladina celkového a LDL cholesterolu v laboratorním rozboru, u FH se jejich hladiny zvyšují již v dětském věku. I proto nyní prosazujeme univerzální testování hladin cholesterolu v dětském věku, aby nám postižení neunikali. Další důležitou charakteristikou FH je rodinný výskyt. Postižené dítě tedy musí mít postiženého rodiče, který má vysokou hladinu cholesterolu, případně již utrpěl nějakou cévní příhodu.

Jaké riziko hrozí dětem s tímto genetickým onemocněním?

Hlavní je rychlé a předčasné cévní stárnutí – rychlá progresse aterosklerózy. To je onemocnění tepenné stěny charakterizované ukládáním cholesterolu provázené zánětlivou reakcí, ztrátou správné cévní funkce a následně končící strukturálními změnami cévy. Ta se stává méně pružnou, zúženou ve svém průsvitu a náchylnou k prasklinám své vnitřní výstelky. Na takovou prasklinu může nasednout krevní sraženina, a vzniká tak akutní uzávěr tepny provázený ztrátou prokrvení tkáně. Toto je princip vzniku infarktu myokardu i ischemické cévní mozkové příhody, ale i obstrukce tepny zásobující střevo, ledvinu nebo dolní končetinu.

Onemocnění probíhá velmi dlouho asymptomaticky

Jaké jsou nejčastější a nejzávažnější komplikace u pacientů dospělých? Jaké hodnoty cholesterolu v krvi jsou rizikové a jak se hodnotí?

V podstatě se u nich objevují výše popsané komplikace aterosklerózy, které ale přicházejí zpravidla o 20 i více let dříve než v nepostižené populaci. Přitom všem komplikacím jsme schopni včas stanovenou diagnózou a správnou léčbou zabránit.

U neléčeného postiženého FH nacházíme pravidelně hodnoty LDL cholesterolu nad 5 mmol/l, výjimkou ale nejsou i hodnoty k 10 mmol/l. Najdeme-li takovou hodnotu u pacienta opakovaně při vyloučení jiných příčin (např. onemocnění štítné žlázy, ledvin...), můžeme pacienta rovnou směřovat ke specializovanému genetickému vyšetření.

Jakou roli hrají praktičtí lékaři v záchytu dospělých pacientů s tímto onemocněním?

Naprostě zásadní. V dospělém věku v rámci preventivních prohlídek má být hodnocena koncentrace cholesterolu v krvi pravidelně. První odběr je indikován v 18 letech. Každý Čech tedy má a může znát svou hladinu cholesterolu a může se tak dozvědět o tom, zdali familiární hypercholesterolemii trpí. Samozřejmě ještě lepší je stanovení diagnózy v dětském věku, čím dříve o onemocnění víme, tím lépe.

V dané chvíli u nás běží pilotní screeningový program záchytu pacientů s familiární hypercholesterolemii. Můžete projekt přiblížit?

Jde o možnost zařadit screening FH do systému novorozeneckého vyšetřování přítomnosti metabolických onemocnění. Chceme vyšetřit krev získanou z pupečníku u 10 000 novorozenců a stanovit v ní koncentraci cholesterolu. U 15 % těch s nejvyšší naměřenou hodnotou provedeme genetické vyšetření. V případně pozitivity nabídneme vyšetření i všem rodinným příslušníkům. V případě, že bude toto uspořádání vhodné, budeme usilovat o jeho zařazení do systému screeningu v České republice.

V rámci předsednictví České republiky v Evropské unii přišla Česká republika s projektem plošného screeningu familiární hypercholesterolemie pro děti z celé EU, v jaké fázi projekt je?

Nejde úplně o projekt, spíše o formulaci známého faktu, že časná diagnóza familiární hypercholesterolemie vede k její léčbě a ta dokáže zabránit často i smrtelným komplikacím. Pacientská organizace Diagnóza FH, sdružující pacienty a jejich rodinné příslušníky s familiární hypercholesterolemii, zorganizovala ve spolupráci s evropskou organizací FH Europe setkání zástupců odborníků, pacientů i politiků, které se konalo 6. září 2022 pod záštitou ministra zdravotnictví prof. Válka a předsedy zdravotního výboru Senátu Parlamentu ČR Dr. Krause. Výstupem jednání bylo přijetí Pražské deklarace, která vyzývá své signatáře k zavedení plošného screeningu familiární hypercholesterolemie v dětském věku. Jeho konkrétní organizace se samozřejmě musí přizpůsobit lokálním možnostem a podmínkám. Jsme velmi rádi, že i představitelé z České republiky vyjádřili dokumentu podporu.

Jak se k zavedení screeningu staví vaši zahraniční kolegové? Máte zpětnou vazbu?

Univerzální screening FH v dětském věku má nyní zavedeno Slovinsko a Slovensko.



Ostatní země usilují o jeho zavedení a odborná veřejnost je jednomyslně pro. Pražská deklarace má toto téma zařadit mezi priority zdravotnických systémů. Je to totiž jednoduché a vysoce účinné opatření ke snížení počtu předčasných infarktů myokardu a dalších komplikací aterosklerózy, jimiž nediagnostikovaní nositelé FH trpí.

Jak by screening měl probíhat, lišil by se v něčem od pilotního projektu, který u nás právě běží?

Každý zdravotní systém má svá specifika, a proto se organizace screeningů může v jednotlivých zemích lišit. Diagnostika onemocnění u novorozenců je velmi dobrý koncept, ale v právě probíhající pilotním projektu zjišťujeme, zdali má dostatečnou citlivost a přesnost pro správné stanovení diagnózy. Je možné, že vhodnější bude vyšetření u předškolních dětí, jak je to organizováno např. ve zmíněném Slovinsku.

Je nějaká vize, kdy by jednotný screening měl začít běžet v praxi?

Předpokládáme, že bychom u nás testování nejvhodnějšího systému screeningů dokončili během roku 2023, abychom mohli co nejrychleji rozběhnout plošné testování

s co největší efektivitou a nejmenší ekonomickou zátěží.

Chceme vyšetřit krev získanou z pupečnicku u 10 000 novorozenců

Co se očekává, že plošný screening přinese?

Cílem je diagnostikovat postupně všechny postižené jedince i jejich rodinné příslušníky. Zjistíme-li přítomnost onemocnění u dítěte, musí jím logicky trpět některý z rodičů, a tak lze odhalit mnohem více nositelů onemocnění. V ČR se ročně narodí přibližně 400 dětí s FH. Díky využití rozšířeného screeningu v rodinách bychom tak mohli identifikovat 800 nových pacientů ročně a v horizontu deseti let vědět o většině nositelů onemocnění. Těm lze nabídnout bezpečnou a účinnou léčbu.

Jak je toto onemocnění známo odborně a laické veřejnosti? Je dost informací?

Odborná veřejnost familiární hypercholesterolemii samozřejmě zná, onemoc-

nění bylo popsáno před téměř 100 lety a jeho genetická podstata byla odhalena v osmdesátých letech minulého století. Laická veřejnost na tom s informovaností tak dobře nebude, ale ve spolupráci s patientskou organizací Diagnóza FH se Česká společnost pro aterosklerózu již řadu let snaží o zvýšení povědomí. Organizujeme vzdělávací akce pro laiky, podporujeme uspořádání Týdne FH, každoroční akce probíhající v září a upozorňující na nebezpečí nepoznané a neléčené FH, připravujeme edukační materiály. Lze předpokládat, že zavedení univerzálního screeningu povědomí o nemoci zvýší i u laické veřejnosti.

Lékaři většiny oborů uvádějí, že za posledních dvacet, třicet let došlo v jejich oblasti k celé řadě mnohdy i zásadních změn v poznání onemocnění a možnostech léčby, týká se to i familiární hypercholesterolemie?

Samozřejmě ano. Od doby prvního popisu genetické odchylky vedoucí k FH dnes víme, že ji může způsobit mutace v dalších několika genech, což dále komplikuje genetickou diagnostiku. Na druhé straně jsme dostali k dispozici velmi účinné gene-

tické diagnostické postupy, které nám dnes umožňují rychle provést vyšetření velkých genových úseků, a spolehlivě tak FH diagnostikovat.

Jak na tom jsme s léčbou v porovnání s Evropskými státy?

Česká republika je i díky projektu MedPed, který Česká společnost pro aterosklerózu organizuje již více než 20 let, na třetím místě v počtu identifikovaných nositelů FH na světě. A to i přestože zatím víme přibližně o 25 % z předpokládaného počtu 40 000 postižených. Z hlediska léčby máme velmi dobré možnosti použití farmakoterapie, jakkoli u nejmodernějších a nejúčinnějších léčiv (injekčně aplikované PCSK9 inhibitory) bychom si přáli širší dostupnost – zatím je možné je předepisovat jen ve specializovaných centrech.

Máte nějakou vizi, jak by se mohla léčba nemoci dál vyvíjet?

Jak jsem zmínil, dnes máme možnost účinně snížit hladiny cholesterolu i u většiny nemocných s těžšími formami FH pomocí kombinace léčiv. Tím se ještě více podtrhuje význam časně diagnostiky onemocnění; když o chorobě nevíme, nemůžeme

prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

- Studoval na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.
 - V roce 2001 složil atestaci z vnitřního lékařství 1. stupně.
 - V roce 2005 složil atestaci z vnitřního lékařství 2. stupně.
 - V letech 2005–2006 získal výzkumný grant od České kardiologické společnosti a připojil se k programu Healthy Heart Program nemocnice St. Paul's Hospital ve Vancouveru.
 - V roce 2012 se stal docentem pro obor vnitřní lékařství.
 - V roce 2018 se stal profesorem pro obor vnitřní lékařství.
 - Je členem řady odborných společností.
- Z českých společností lze zmínit například Českou společnost pro aterosklerózu, kde působil i na postu předsedy společnosti, Českou kardiologickou společnost, Českou internistickou společnost JEP.
- Ze zahraničních společností lze zmínit třeba European Atherosclerosis Society.
- Na svém kontě má i řadu ocenění. V roce 2009 získal Cenu České společnosti pro aterosklerózu za nejlepší původní práci publikovanou v odborném časopise za období 2007/2008.
 - V roce 2009 získal Cenu předsednictva České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně za nejlepší knižní publikaci roku 2008 za spoluautorství monografie Preventivní medicína.

ji léčit. Moje vize budoucnosti je široká dostupnost účinných léčebných možností pro pacienty s FH včetně možnosti použití „rezervních“ léčebných postupů u pacien-

tů s nejtěžšími formami postižení. Ty jsou dnes k dispozici a můžeme tak i dříve neřešitelným případům nabídnout účinnou léčbu.



Filbec se pyšní čistou vodou i designem

Nápojová zařízení jsou stále častějším benefitem, který svým zaměstnancům a klientům nabízí celá řada společností. Špičkou v oboru je zařízení Filbec, které je vybaveno uhlíkovými filtry, díky nimž je voda zbavena veškerého nežádoucího aroma a chuti. Zařízení umožňuje čepovat chladnou perlivou vodu, vodu neperlivou pokojové teploty a vodu horkou, která je vhodná k zalívání instantních nápojů a potravin. Zkušenosti se zařízením Filbec má v danou chvíli celá řada organizací a není náhoda, že si pracovníci i klienti tento benefit oblíbí natolik, že se v průběhu času rozhodnou Filbecem vybavit více provozů. Zde jsou zkušenosti některých z nich.

Ing. Petra Chalupová

ředitelka, Centrum sociálních služeb
Bohumín, Nový Bohumín



Jak vaši zaměstnanci uvítali, když jste pro Centrum pořídila zařízení Filbec?

Někteří s důvěrou, jiní bez důvěry. Když jsem říkala jedné kolegyni, že máme zařízení, ze kterého se čepuje „živá voda“, tak byla velmi nedůvěřivá. Nevěřila, že by voda mohla mít dobrou chuť. Když ochutnala, tak konstatovala, že voda je sametová. Od té doby o vodě říkáme, že je „živá“ nebo „sametová“.

Zajímavé je, že ta samá kolegyně si časem pořídila zařízení Filbec i domů a vypráví, jak její pes, který do té doby příliš nepil, poté, co mu začala dávat do misky vodu ze zařízení, začal pít mnohem víc.

V zařízení máme Filbec asi rok a jsme s ním spokojeni, nyní jsme ho pořídili i do dalších provozů, konkrétně do domova pro seniory, který spadá pod naše centrum, i když se nachází v jiných prostorách.

Kolegyně si skutečně Filbec pořídila domů?

Ano, pořídila, má ho doma a je s ním spokojená. Já ho doma mám také. Víte, voda tady u nás v Moravskoslezském kraji je hodně tvrdá. Když ji pijete, tak padá na jazyk a třeba na čaji se vytváří povlak. Voda z kohoutku má pro mne nepříjemné aroma. Voda z Filbecu voní a je i příjemná na chuť. Káva a čaj připravené z ní jsou úplně jiné.

Kde máte Filbec v rámci centra?

V danou chvíli ho máme strategicky ve druhém patře, v místě, kde jsou sociálně terapeutické dílny. Primárně byl pořízen pro uživatele, kteří se v daném místě hodně pohybují. Samozřejmě je to i benefit pro zaměstnance, ti si pro vodu mohou kdykoli dojet.

Naše zařízení kromě denního stacionáře a sociálně terapeutických dílen nabízí i asistenční služby a pečovatelské služby. To znamená, že některé zaměstnankyně každý den vyjíždějí do terénu. Vodu si čepují do PET lahví a vozí si ji s sebou. Tím máme zajištěn pitný režim pro zaměstnance.

Vnímám ho i jako součást zvyšování standardu pro klienty a zlepšení pracovního prostředí pro zaměstnance.

Zaznamenali jste někdy nějaké potíže s Filbecem?

Nikdy. Ani se nijak nestaráme o jeho údržbu. Tu si zařizuje dodavatelská společnost. Jak jsem zmiňovala, v našem kraji je velmi tvrdá voda, takže poté, co jsme zařízení naistalovali, došlo po prvních třech, čtyřech měsících k zanesení filtru. Kontaktovali jsme firmu a její technici nám před filtr namontovali navíc předfiltr. Tím nám filtr vydrží déle a je po problému.

Mgr. Marcela Mikulová

ředitelka, Domov pod Vinnou horou,
dům pro seniory a domov se zvláštním režimem, Hlučín



Jak dlouho máte v domově Filbec?

V domově ho máme třetím rokem. Je v prvním patře, to je strategické místo, protože je proti jídelně klientů a zároveň je vedle denní místnosti zaměstnanců.

Máme zařízení, ze kterého čepujeme vodu obohacenou o magnezium, což považuji za velký bonus.

Filbec je tradičně v provedení, ze kterého lze čerpat chladnou bublinkovou vodu, vodu bez bublin pokojové teploty a horkou vodu, který typ vody je neoblíbenější?

To je různé. Já sama nemám ráda chladnou vodu, i v létě si čepuji vodu tak, že si dávám půl na půl vodu chladnou a vodu pokojové teploty. Mezi zaměstnanci tu máme hodně mladých dívek, ty si horkou vodou zalévají různé instantní kaše. Mnoho kolegyní i klientů využívá horkou vodu k zalití kávy.



Co vás na Filbecu baví?

Osobně nemám ráda plasty. Takže pro mne je fajn, že je Filbec ekologický v tom, že umožňuje použití skleniček a hrnečků, že není nutné používat plastové kelímky, a je tak svým způsobem šetrný k přírodě.

Kromě toho v jeho využívání vidím energetickou a finanční úsporu. Tím, že umožňuje natočit si horkou vodou, odpadá užívání rychlovarných konvic. Tak se v první řadě šetří energie a v druhé řadě ušetříme za nákup vlastních konvic, protože je prostě nekupujeme. Stačí nám Filbec.

Chutná mi tato voda, je čistá, bez nějakého zápachu, jako pramenitá voda. Výhodou zařízení je i jeho de-

sign, zařízení není nijak nápadné, je minimalistické, takže neruší interiér a lze ho naistalovat kamkoli.

Filbec je vybaven filtrem, jak často je nutné ho měnit?

V našem zařízení, kde máme 80 zaměstnanců a 114 klientů, filtr vydrží asi půl roku. Pak přijíždí firma na servis a vymění ho. Vzhledem k tomu, že Filbecem řešíme pitný režim zaměstnanců, tak nám odpadá nákup pitného režimu v létě. Dlouho jsme měli jen jedno zařízení, nyní jsme si pořídili druhé a jsem za něj ráda.

Mgr. Marek Tejzr

ředitel organizace, Domov Sluníčko, dům pro seniory a domov se zvláštním režimem, Ostrava-Vítkovice



Pane řediteli, jakou máte zkušenost se zařízením Filbec?

Filbec máme v domově asi dva roky. Začínali jsme s jedním zařízením, které jsme umístili ke vchodu do recepce, aby k němu měli dobrou dostupnost všichni zaměstnanci i mobilní klienti domova. V současné době máme tři zařízení a čtvrté plánujeme.

K navýšení počtu jsem přistoupil poté, co se nám na recepci začalo shlukovat velké množství lidí, protože na vodu byla během celého dne fronta.

Nyní máme jeden Filbec hned na recepci, další máme na patrech. Chceme, aby byl v každém úseku, aby ho měli zaměstnanci i klienti blízko.

Kdo si pro vodu chodí?

Máme ho k dispozici pro všechny zaměstnance a pro všechny klienty. Přístroj na recepci využívají i návštěvy – rodinní příslušníci klientů. Říkáme jim příznivci Domova Sluníčko.

Všichni, kdo vodu ochutnají, říkají, že má zcela jinou chuť, než má běžná kohoutková voda. Což je dáno uhlíkovým filtrem, kterým voda prochází.

Zaměstnanci čerpají studenou i teplou vodu. Do studené si dávají sirupy a dělají si tak sladké nápoje v průběhu celého dne. Někdo preferuje vodu perlivou, jiný neperlivou. Zaměstnanci jsou zvyklí si vodu čepovat i do PET lahví a odnášejí si ji s sebou na pracoviště.

Teplou vodu využívají zaměstnanci i klienti k zalívání kávy.

Vidíte v zařízení nějaké bonusy?

Považuji ho za bonus pro všech 149 zaměstnanců domova i pro klienty. Kromě toho je používání horké vody k zalévání kávy mnohem bezpečnější než používání varných konvic. U klientů s horší mobilitou hrozí, že se horkou vodou z varné konvice opaří, to u zařízení nehrozí, protože voda nedosahuje bodu varu a čepování nevyžaduje žádnou složitou manipulaci.

Další věc je i úspora energie. Pokud si horkou vodu čepují z Filbecu, tak nezapínají varné konvice a šetří tím energii.

Jak náročná je údržba?

Není náročná vůbec. Dvakrát do roka přijede servis přímo od firmy, vymění filtr, a tím je údržba hotová.

Kde jste se poprvé se zařízením Filbec setkal?

V rámci porad a setkání Asociace poskytovatelů sociálních služeb jezdíme různě po republice, někdy se konají v Táboře, jindy v Mikulově a podobně. A tam jsem zařízení viděl. S dodavatelem, kterým je společnost BONNO, náš domov spolupracuje od samého založení od roku 2000. Je to dodavatel zdravotnické obuvi a oblečení. Dodávky zařízení Filbec jsou dalším benefitem naší letité spolupráce.

Rostoucí ceny surovin a energií ohrožují dodávky zdravotnických prostředků

Asociace CzechMed, Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků, upozorňuje na ekonomickou situaci, která začíná být v souvislosti s nastavenou cenovou regulací pro zdravotnické prostředky hrazené z veřejného zdravotního pojištění finančně neúnosná. Pandemie onemocnění covid-19, ruská agrese na Ukrajině i pádová inflace mají na svědomí rapidní růst cen, které zcela zásadně negativně ovlivňují náklady spojené s výrobou a dodáním zdravotnických prostředků na trh v České republice.

Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků se rozhodla vstoupit do diskuze o možné cenové deregulaci pro některé zdravotnické prostředky a navýšení úhrad z veřejného zdravotního pojištění, což by mohlo představovat efektivní nástroj pro zmírnění dopadů současné ekonomické situace na dodávání zdravotnických prostředků na trh. „Pokud se nic nezmění, musíme očekávat, že v příštím roce dojde k omezení dostupnosti některých zdravotnických prostředků. Již dnes se výrobci musí rozhodovat, které výrobky vyřadí z nabídky a přesunout na jiné trhy, protože jsou jejich úhrady v České republice pod hranici výrobních nákladů. Za účelem zpřesnění meziročního vývoje nákladů spojených s výrobou a distribucí zdravotnických prostředků v období 2021/2022 jsme provedli průzkum trhu,“ upozorňuje prezident asociace CzechMed MUDr. Miroslav Palát, MBA.

Dvouciferný nárůst cen nákladů v období 2021/2022 se projevuje jak u vstupních materiálů (např. plasty, ocel, hliník,

Tab. Meziroční vývoj nákladů na výrobu a dodání zdravotnických prostředků na trhu v období 2021/2022 (asociace CzechMed, průzkum trhu 8/2022)

Položka	Meziroční navýšení cen
Náklady na vstupní materiály (polypropylen, polyvinylchlorid)	43 %
Náklady na obalový materiál	38 %
Náklady na energie (elektřina, zemní plyn, uhlí)	270 %
Náklady na silniční dopravu	36,8 %
Náklady na lodní/kontejnerovou/leteckou dopravu	205 %
*Některé společnosti evidují navýšení až 800 %	
Náklady na plnění nových regulačních požadavků	11%
*Nařízení 2017/745 (MDR), nařízení 2017/746 (IVDR), česká právní úprava regulace reklamy na zdravotnické prostředky (nastavení nových marketingových postupů, úprava webových stránek).	
Personální náklady	22,75 %
*Pro plnění nových regulačních požadavků je nutno více pracovníků, zajištění větších skladových zásob s ohledem na vývoj trhu.	
Ostatní náklady	10 %
*Nová evropská a národní právní úprava způsobuje meziroční nárůst cen za audit u společností.	

měď), tak u cen energií (elektřina, plyn, uhlí), obalových materiálů a přepravy. V souvislosti s novou evropskou i národní právní úpravou došlo k meziročnímu nárůstu ceny za audit u společností, a to průměrně o 10 %. Plnění nových regulačních požadavků je časově a odborně náročné a promítá se do vyšších personálních nákladů. Jak již bylo uvedeno výše, problémem není pouze cena vstupních a obalových materiálů, ale též jejich dostupnost. Omezená dostupnost klíčových materiálů zpřičňuje nutnost velkých skladových zásob ústící v růst souvisejících nákladů za sklady a doplňkovou logistiku, což má z důvodu vázanosti kapitálu negativní vliv na cash-flow.

„Dodavatelé se dostávají do existenčního ohrožení a udržení širokého spek-

tra zdravotnických prostředků nebude možné. Budeme usilovat o zachování dosavadních dodávek zdravotnických prostředků. Aktuálně dostupné portfolio zdravotnických prostředků bude možné jen v případě, že se podaří navýšit prodejní ceny v řádech desítek procent. Současná úmluva o možnosti navýšení cen o 4 procenta situaci neřeší,“ upřesňuje MUDr. Miroslav Palát, MBA, prezident asociace CzechMed.

V současnosti asociace sdružuje 22 členských organizací a institucí zaměstnávajících více než 5 000 pracovníků s obrátem okolo 6,5 miliardy korun, což představuje přibližně třetinu trhu se zdravotnickými prostředky v České republice.

Zdroj: www.czechmed.cz





ROZŠIŘTE ŘADY SPOKOJENÝCH
ZDRAVOTNÍKŮ, KTEŘÍ OBLÉKAJÍ
Grey's Anatomy

Váš obchod značkového zdravotnického oblečení
www.medical-uniforms.cz

sleva s kódem: MED10

-10%

Krajská zdravotní zahájila v Rumburku provoz dermatovenerologické ambulance

První pacienti ze Šluknovského výběžku začátkem října absolvovali vyšetření v nové dermatovenerologické ambulanci. Její provoz začala zajišťovat ve své nemocnici v Rumburku Krajská zdravotní, a.s., prostřednictvím Kožního oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Nemocnice v Rumburku 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 začala v červnu fungovat urologická ambulance a v předcházejících měsících zahájili operace ortopedičtí specialisté z ústecké nemocnice.

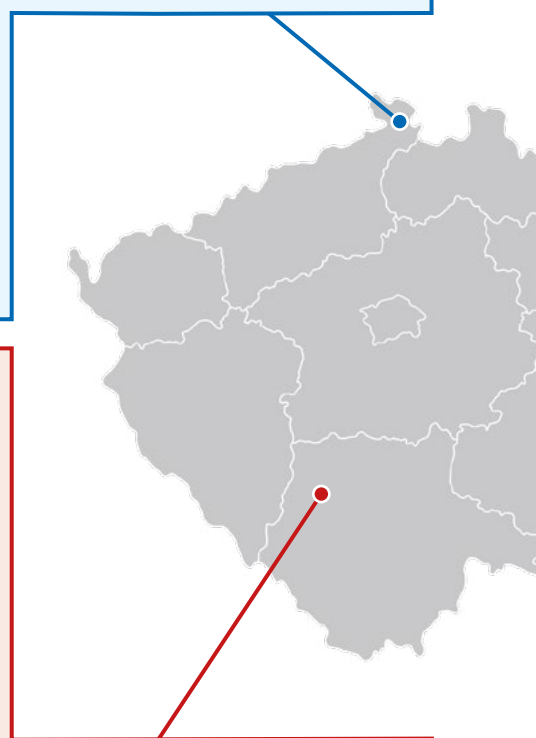


„V dermatovenerologické ambulanci v rumburské nemocnici budeme zajišťovat základní péči o pacienty s kožními a po-

hlavně přenosnými chorobami. Otevření ordinace jim ušetří finanční prostředky a čas, který dosud museli vynaložit na cestování z této části děčínského okresu za vyšetřením na vzdálená zdravotnická pracoviště,“ sdělila MUDr. Adriana Kratinová, lékařka Kožního oddělení Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z., která novou ambulanci vede.

(htl)

Foto: Krajská zdravotní a.s.



Hodinka s harmonikou na oddělení následné péče

Oddělení následné péče strakonické nemocnice pečuje o pacienty vyžadující dlouhodobější léčebně-rehabilitační péči s perspektivou propuštění. Jedná se o pacienty, u nichž lze předpokládat, že terapie a intenzivní rehabilitace povedou ke zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti. K uzdravení těla je důležitá i duševní pohoda. Udržet si ji může být při dlouhodobější hospitalizaci náročné.

Člověk je tvor společenský, nesvědčí mu osamělost. Proto se zaměstnanci na oddělení snaží pobyt převážně seniorům co nejvíce zpříjemnit.

Jedním z těchto zaměstnanců je také nemocniční kaplan Mgr. Pavel Kortus, který přemýšlel, jak by seniory mohl potěšit. Důležitým setkáním byla návštěva u lůžka paní, která mu prozradila, že v mládí hrávala na harmoniku. „Během rozhovoru jsem jí nabídl, že jí zahrám. Harmoniku jsem přinesl, na pokoji jsem zahrál pár písniček, zazpívali jsme si. Odměnou mi bylo, že jsem v jejich očích zahlédl jiskru, kterou tam určitě mívala zmlada, když hrávala na harmoniku,“ popisuje kaplan Kortus, jak vznikla „hodinka s harmonikou“.



Pravidelná společná setkání při písničce se na oddělení následné péče odehrávají každý pátek od 14 do 15 hodin. Že se pacienti při tónech harmoniky uvolní a rozveselí, pozoruje i vrchní sestra Hana Štěpánová. „Na chvíli zapomenu na své starosti a bolesti, někteří zpívají s nadšením, jiní si jen tak pro sebe pobrukují, ale nejraději vidím, když se usmívají.“

Oddělení následné péče, na kterém se setkání s harmonikou odehrává, se nachází ve zmodernizovaných prostorech pavilonu NORD. Současná kapacita je 39 lůžek následné péče, osm sociálních lůžek a pět lůžek dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

(htl)

Foto: Nemocnice Strakonice

FN Ostrava se zapojila screeningového programu záchytu karcinomu plic

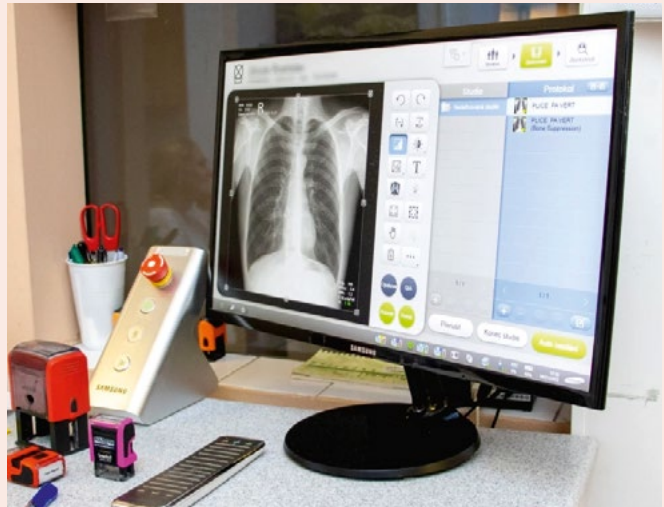
Fakultní nemocnice Ostrava se aktivně zapojila do pilotního screeningového programu, jehož smyslem je u kuřáků včas odhalit a také včas začít léčit karcinom plic. Zapojit se do něj mohou lidé mezi 55 až 74 lety, kteří kouří nebo kouřili 20 a více cigaret denně po dobu 20 let.

Zájemci o screening mají ve fakultní nemocnici vytvořeny potřebné podmínky pro vyšetření. Lidé, kteří nejsou kvůli jinému druhu plicního onemocnění v péči pneumo-

loga, mohou oslovit praktického lékaře, který jim vystaví nezbytnou žádanku na vyšetření.

„U nás jim provedeme nízkodávkové vyšetření na CT (LDCT) a podle jeho výsledku budeme postupovat dále. Pokud bude vyšetření LDCT negativní, bude výsledek zaslán zpět praktickému lékaři, který doporučí kontrolní vyšetření LDCT za rok nebo za 2 roky a zájemcům navrhne možnosti, jak se kouření zbavit,“ přiblížil postup nového preventivního programu primář Oddělení plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Ostrava MUDr. Bedřich Porzer a doplnil: „Pokud bude výsledek pozitivní, tak jej posoudí náš multidisciplinární tým, který navrhne další vyšetření a postup léčby.“

Ve Fakultní nemocnici Ostrava je každý měsíc přijato do léčby 20 nových pacientů s diagnózou rakovina plic. Doba léčby je individuální. Může trvat šest měsíců, ale také několik let. „Průměrný věk pacientů se pohybuje okolo 65 let, ale výjimkou nejsou ani



lidé mladší. A v posledních letech přibývají ženy. Věříme, že se díky screeningovému programu podaří diagnostikovat pacienty v počátečním stadiu nemoci, u kterých bude možná operační léčba a lepší prognóza,“ uvedla MUDr. Radoslava Černeková, zástupkyně primáře Oddělení plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Ostrava.

V České republice onemocní rakovinou plic ročně 6 500 lidí a přibližně 5 000 pacientů na ni zemře. V 90 procentech je příčinou vzniku nádoru aktivní nebo pasivní kouření.

(htl)

Foto: Fakultní nemocnice Ostrava

Hradecká nemocnice získala třicet dva nových dárců krve

Transfuzní oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK) získalo díky náborové akci pořádané ve středu 5. října Nadačním fondem Naděje 32 nových dárců krve. Fond akcí připravenou v rámci projektu 450 ml Naděje uspořádal ve FN HK již popáté.

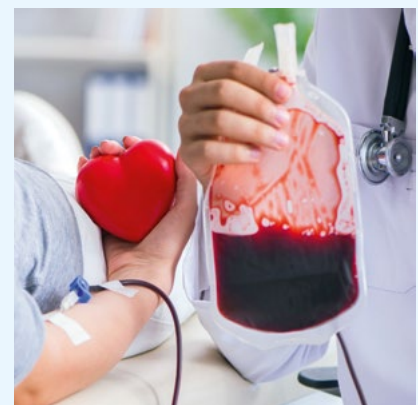
„Podobné akce na podporu dárcovství krve vítáme a děkujeme za ně. Díky této dorazilo přes 30 nových dárců, což je výrazně více než při běžném provozu, kdy denně průměrně přichází čtyři až pět nových dárců krve,“ uvedl primář Transfuzního oddělení Fakultní

nemocnice Hradec Králové MUDr. Vít Řeháček.

Nábor nových dárců krve je pro zajištění dostatečného množství krve a krevních složek pro nemocnici zásadní. Transfuzní oddělení FN HK potřebuje získat každý rok tisíc prvodárců, kteří nahradí dlouhodobé dárcy krve, kteří s odběry končí kvůli vysokému věku či nevyhovujícímu zdravotnímu stavu. „Krev mohou poprvé darovat zdraví lidé mezi 18 a 60 roky,“ doplnil primář Řeháček.

(htl)

Ilustrační foto: 123rf.com



Medicína



Odborná konference Zdravotnictví 2023 – den první

22.–23. září se v Praze uskutečnila dvoudenní konference Zdravotnictví 2023 uspořádaná společností EEZY Events & Education a Unií zaměstnavatelských svazů České republiky. Přinášíme výběr z událostí prvního dne.

Konferenci zahájila vystoupení představitelů státní správy, územní samosprávy, největší české zdravotní pojišťovny a unie zaměstnavatelů. Hovořili o současném stavu i úkolech a cílech českého zdravotnictví v roce 2023. Hlavními odbornými tématy příspěvků i diskusí prvního dne pak byla digitalizace českého zdravotnictví a její příležitosti i překážky, největší hrozby v době digitální, priority ČR v rámci předsednictví v EU, úloha patentové ochrany pro vývoj léčiv. Zazněly také úvahy nad smyslem inovací českého zdravotnictví, budoucnosti důchodového zabezpečení a příspěvek věnovaný etice.

Covid i platy zvládneme

Exkluzivně se prvního dne konference zúčastnil prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., ministr zdravotnictví ČR. Vystoupil zde s přehledem o tom, co MZ ČR připravuje pro rok 2023 jak v oblasti financování českého zdravotnictví a podpory zdravotníků včetně jejich příjmů a vzdělávání, tak i v oblasti podpory růstu úrovně zdravotní péče.

Hovořil i o situaci s pandemií covid-19. S nástupem chladnějšího počasí se zvyšuje i riziko horšího průběhu nemoci u ohroženějších skupin obyvatel. Neosvěd-

čila se plošná hygienická nařízení typu nošení roušek. V Evropské unii by měla být pro hygienická opatření během pandemie jednotná pravidla, což je i jedna z priorit v rámci českého předsednictví EU. Změnil se přístup ke dvěma zásadním výrobcům proticovidových vakcín, a to pozitivním směrem k odběratelům, zároveň ale nebude pokračovat plýtvání s nevyužitými vakcínami. Intenzivně bude pokračovat vakcinace nejnovějšími typy vakcín. V terapii covidu by měly být v indikovaných případech první volbou léčby monoklonální protilátky, Paxlovid má řadu nežádoucích účinků a kontraindikací. „Na podzim nás



Konferenci Zdravotnictví 2023 moderovala neonatoložka Soňa Šuláková z Fakultní nemocnice Olomouc



Zleva: Jiří Horecký, prezident UZS ČR a APSS ČR, Jakub Dvořáček, náměstek ministra zdravotnictví, Zdeněk Kabátek, ředitel VZP ČR a Rudolf Špoták, hejtman Plzeňského kraje a předseda Komise rady AK ČR pro zdravotnictví

tedy čeká očkování nejmodernější vakcínou, testování a léčba nejnovějšími léky. Pokud nenastane něco opravdu mimořádného, nepočítáme s nařizováním nošení respirátorů, silné ale bude doporučení jejich nošení ve zdravotnických a sociálních zařízeních," řekl profesor Válek.

V otázce platové úrovně lékařů je podle něj problémem jejich nízká mobilita, nehlásí

se na místa s vysokou mzdovou nabídkou, pokud jde o odlehlejší regiony, případně i menší obce. České zdravotnictví by se nemělo opakovaně dostávat do situace, jaká byla letos s absolventy stomatology: ani jediný z nich nechce být smluvním lékařem ze zdravotního pojištění. Ohledně platů byli dlouho opomíjenou skupinou nelékařští pracovníci ve zdravotnictví, to už se podle

ministra Válka zlepšilo. Potřebná je podle něj především jasná dlouhodobá mzdová politika ve zdravotnictví, korektní by bylo, aby měli jistotu platového růstu absolventi lékařských fakult a zdravotních škol i nelékařských zdravotnických oborů. Nesmí slábnout zájem o studium. Hrazena by měla být kvalita a mělo by být možné ji zohlednit. V delším horizontu musí být jasný vývoj platů, aby pro mladé lékaře i ostatní zdravotnické profese vstupující do systému byla jasná a jistá perspektiva, se kterou se budou moci naplno věnovat svému oboru i bez nutnosti přivydělávat si, aby vůbec mohli vést kvalitní život. Pokud jde o dlouhodobé vzdělávání lékařů, přál by si, aby v něm nenastávaly další a další změny. Rozhodně chce zrychlit procesy akreditací a reakreditací, obecně by reakreditace už neměly zvyšovat byrokratickou zátěž v dosavadní míře, tomu napomůže i úplná digitalizace s nimi spojených procesů.

České zdravotnictví je robustní a stojí pevně

V úvodní části konference hovořil i náměstek ministra zdravotnictví Mgr. Jakub Dvořáček. Kromě své standardní agendy a svých pravidelných činností v rámci své gesce se nyní ministerstvo zdravotnictví samozřejmě zabývá i tak horkým téma-



Zleva: Miloš Táborský, Václav Vachta, Marek Gančarčík, Zdeněk Blahuta, Marie Marsová, Jiří Pecina

tem, jako je zvládnutí uprchlické krize způsobené válkou na Ukrajině, a sleduje i další obrovskou migraci z „tradičních“ migračních regionů, jako je Blízký východ a Afrika. Pravděpodobně, v souvislosti s nastávající zimou, se i ukrajinská vnitřní migrace bude zčásti překlápět do zahraniční a ČR je jednou z cílových zemí. Ve spolupráci s WHO, se zdravotními pojišťovnami a dalšími zásadními aktéry vznikají na ministerstvu scénáře ke zvládnutí situace ve variantách podle zatím obtížně predikovatelného množství příchozích.

„V kontextu energetické krize a inflace si nelze obrázek malovat příliš růžově, i pro české zdravotnictví bude zvládnout to vše velká práce. Ale české zdravotnictví je robustní a postavené takovým způsobem, aby se vypořádalo s krizemi, které nás pravděpodobně čekají. Financování věřím, díky návrhu úhradové vyhlášky a systému práce se zdravotními pojišťovnami zdravotnický systém zvládneme ufinancovat tak, aby to nebylo zdrcující. Pokud jde o investice do zdravotnictví, v následujících letech nám výpadky ve financování pomohou nahradit prostředky z Evropské unie. Milníkem implementace Národního plánu obnovy zdravotnictví je rok 2025 a jsme připraveni s vloženými prostředky naložit účelně, většina nemocnic je připravena realizovat své velké plány i menší projekty. Dovybavíme, prostavíme, proinvestujeme tak, abychom prostředky nemuseli vrátit do evropského rozpočtu. To je velký úkol pro ministerstvo zdravotnictví, ale i pro všechny zřizovatele, kteří se do toho pustí,“ řekl Jakub Dvořáček.

Pohled na české zdravotnictví z hlediska plátců přiblížil Ing. Zdeněk Kabátek, generální ředitel VZP ČR. Zmínil i často diskutovanou otázku nákladů systému na uprchlíky z Ukrajiny. Právě u VZP je registrována naprostá většina (88 %) zde žijících občanů Ukrajiny. Oproti některým pesimistickým prognózám jsou z hlediska veřejného zdravotního pojištění Ukrajinci už nyní přínosem, náklady na zdravotní péči o ně jsou výrazně nižší než jejich platby do systému.

Především o situaci v krajských nemocnicích, a to z úhlu jejich zřizovatelů, mluvil Rudolf Špoták, který je hejtmanem Plzeňského kraje a předsedou Komise rady AK ČR pro zdravotnictví. Upozornil, že kraje sice nemají žádnou zákonnou povinnost zřizovat nemocnice a poskytovat zdravotní péči, přesto to dělají. Kraje nemocnice dotují ze svých rozpočtů prostředky, které by měly jít na školství a do dalších oblastí, kde jim to zákon ukládá. Stát by měl víc intervenovat i v narovnání pozice krajů vůči krajským nemocnicím.

Příklad můžeme vidět v Dánsku

Nejen o historii KPMG hovoříme s Ing. Martinem Konířem



Co vlastně zkratka KPMG znamená?

Název KPMG je tvořen prvními písmeny příjmení zakladatelů firem, které se v roce 1987 sloučily v KPMG. William Barclay Peat začal svou kariéru ve společnosti Robert Fletcher & Co. Během krátké doby vystoupal až na pozici ředitele firmy, která od roku 1891 nesla název William Barclay Peat & Co. V roce 1897 zahájila v New Yorku svou činnost firma Marwick, Mitchell & Company. Založili ji skotští přistěhovalci James Marwick a Roger Mitchell. James s Rogerem si ve městě brzy vybudovali silnou reputaci. V roce 1911 se spojili s William Barclay Peat & Co. V roce 1917 otevírá malou účetní firmu v Amsterdamu Piet Klynveld. Později se k němu přidává Jaap

Kraayenhof a společně zakládají Klynveld Kraayenhof & Company (KKC). Reinhard Goerdeler přichází na scénu později. V roce 1953 se stává členem Deutsche Treuhand-Gesellschaft (DTG), firmy, která se v roce 1979 stala součástí holandské společnosti založené Pietem Klynveldem. Česká pobočka KPMG byla založena v roce 1990.

Počítá se v rámci digitalizace také s vybudováním centrálního úložiště elektronických receptů, jak se již uvažovalo zhruba před dvaceti lety? Cílem bylo zamezit duplicitní preskripci stejného léčiva...

Ve studii jsme tuto konkrétní problematiku neřešili a ani to nebylo respondenty ve významné míře navrhováno. Otázka, zda se s tím počítá, je složitější a měla by být mířena spíše na Ministerstvo zdravotnictví ČR. Nicméně z našeho pohledu se jedná o systém, který by v rámci digitalizace pomohl, zvláště když už dnes s využíváním eReceptu existuje významná část potřebných dat a infrastruktury.

Ve studii je také uvedeno, že data budou dostupná pacientům, aby nad nimi měli kontrolu. Znamená to, že pacient bude mít přístup do své zdravotnické dokumentace a bude v ní moci dělat změny? Jaké?

Třeba v Dánsku, kterým jsme se ve studii zabývali, mají pacienti ke svým datům přístup, a to včetně dispozičního modelu, který umožňuje například ukázat data manželovi/manželce. Respondenti studie pak volali především pro přístupném Patient Summary. Studie ale neřešila, zda by pacient měl mít možnost provádět změny. Nicméně mně osobně přijde smysluplný například systém, kdy má pacient právo svá zdravotní data smazat a přidat do systému je může pouze poskytovatel péče.

Jsmo připraveni na digitalizaci zdravotnictví?

Jednu z klíčových rolí v této oblasti sehraává Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb (ATDZ). Na konferenci ji představil Ing. Jiří Horecký, předseda její Správní rady.

ATDZ je odborná nezávislá platforma, která sdružuje klíčové stakeholdery v oblasti telemedicíny a digitalizace zdravotnictví a sociálních služeb, jako jsou poskytovatelé nových technologií, inovativních

řešení, IT společnosti, zástupci průmyslu v oblasti zdravotnictví a sociálních služeb, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, vysoké školy, výzkumné a vědecké instituce a v neposlední řadě individuální experti. Platforma vznikla pro sdílení informací a formování společných postojů všech hráčů, kteří se s digitalizací zdravotnictví setkávají jak na straně technologických a zdravotnických firem, tak poskytovatelů péče a dalších subjektů, které mají zájem na vytvoření jednotných pravidel a podmínek pro úspěšnou digitální transformaci zdravotnictví a sociálních služeb.

Závěry studie KPMG „Připravenost ČR na digitalizaci zdravotnictví“ uvedl Ing. Martin Koníř, Head of CIO Advisory at KPMG Czech Republic. Rozhovor s ním a toto téma je na předcházející straně.

Digitalizace se daří pod tlakem velkých kapacitních problémů

Diskusní panel nazvaný „Překážky digitalizace českého zdravotnictví a jejich příležitosti“ moderoval prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., přednosta I. interní kliniky – kardiologické Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzity Palackého v Olomouci, vedoucí Národního telemedicínského centra Fakultní nemocnice Olomouc. V panelu s ním diskutovali Ing. Václav Vachta, předseda představenstva a generální ředitel EUC a.s., MUDr. Marek Gančarčík, generální ředitel CompuGroup Medical ČR, dále PharmDr. Zdeněk Blahuta, výkonný ředitel Asociace provozovatelů lékárenských sítí, MUDr. Marie Marsová, místopředsedkyně představenstva AGEL a.s., JUDr. Barbora Dubanská, Ph.D., advokátka ze společnosti dubanska & co., a Jiří Pecina, zakladatel MEDDI hub a 1. místopředseda správní rady ATDZ.

O dosavadních zkušenostech s digitalizací i dalších plánech jejího rozvoje v síti zdravotnických zařízení společnosti AGEL je rozhovor s MUDr. Marsovou na této straně. Největší přínos digitalizace vidí v širokém sdílení dobře zabezpečených dat, poskytují je i relevantním subjektům mimo vlastní síť nemocnic. V zájmu všech účastníků komunikace dat je i jejich stejné strukturování.

Data za „zlato 21. století“ a jejich analýzu za „spalovací motor“ označila doktorka Dubanská. Připomněla, že právo na informace má i občan a bez jeho uplatňování nedochází k transparentnosti veřejné správy. Zdravotnická data jsou ovšem specifická, ale i u nás by měla být optimalizována možnost využívání verifikovaných sekundárních dat, v zemích okolo nás v evropském prostoru jsou k dispozici. Důležité je to pro pacienty a zdravotnickou politiku, ale i pro umožnění dalšího rozvoje výzkumu a vývoje. Aby telemedicína mohla skutečně fungovat, bude nutné stanovit přechodné období, kdy se vyřeší stávající problémy nejen v oblasti technologií, ale i legislativy a úhrad a nákladů poskytovatelů péče prostřednictvím telemedicíny.

Základním stavebním kamenem jsou praktici

Diskuse také ukázala absolutní nepřipravenost na požadavek Evropské unie ohled-

Digitalizace nám uvolní ruce

MUDr. Marii Marsové, místopředsedkyni představenstva skupiny AGEL, a. s., jsme položili pár otázek na téma digitalizace ve zdravotnictví.



Skupina AGEL je mimo jiné známa i svým kvalitním informačním systémem. Co vás k jeho zavedení vedlo?

Digitalizace a elektronizace je naší velkou prioritou již více než 17 let, a to ze dvou hlavních důvodů. Abychom měli ve všech našich zařízeních jednotný informační systém, který by splňoval nároky na kvalitu poskytované péče. Druhý je ten, abychom se chovali ekonomicky. Pouze kvalitní zdravotní péče umožní, aby naše zařízení pacienti vyhledávali.

Splnila digitalizace vaše představy?

Zavedení digitalizace a elektronizace se ukázalo být velkou výhodou. V roce 2019 jsme ve třech našich nemocnicích, dohromady s 1200 lůžky, zavedli jednotnou elektronickou zdravotnickou dokumentaci pro lékaře.

Máme tedy přesná data pro ambulantní vyšetření, anamnestické údaje, alergie, prostě co nás zajímá. Stejně tak jsme přistupovali k vedení ošetřovatelské dokumentace, kde se nám také podařilo významně odstranit administrativní zátěž sester. Dokumentace se převedla do tabletového zatrhávacího systému. Sestra tak může už při příjmu pacienta s tabletem v ruce vyplňovat ošetřovatelskou anamnézu. Stejně tak lékař při vizitě na svém tabletu vidí údaje o pacientovi a vede elektronickou medikaci. Velké výhody systému se ukázaly také v době covidové epidemie. Měli jsme tyto pacienty i na interních, chirurgických či na rehabilitačních odděleních. Všichni lékaři, kteří přicházeli na tato oddělení, pracovali se stejnou zdravotnickou dokumentací. Tím, že dokumentace byla sdílena, mohla být koordinována s odborníkem na tyto nemoci, především kvůli medikaci. Třetí význam byl v tom, že jsme snáze mohli rozlišovat stadia onemocnění.

Jaké další kroky v digitalizaci plánujete?

Již do konce roku 2021 se nám podařilo ve všech našich 13 zdravotnických zařízeních zavést jednotnou elektronickou dokumentaci. Hodláme i nadále spolupracovat s praktickými lékaři a ambulantními specialisty v regionech, kteří k nám odesílají pacienty. Těm z nich, kteří vstoupili do našeho programu AGEL PARTNER, posíláme laboratorní nálezy, výsledky vyšetření či ambulantní a propouštěcí zprávy jejich registrovaných pojištěnců přímo elektronicky online do jejich informačních systémů. Chceme být blíže našim pacientům i přes telemedicínské aplikace. Připravujeme aplikaci pro dispenzarizované pacienty s chronickými onemocněními, jako jsou kardiaci, diabetici, pacienti s onkologickými onemocněními nebo v paliativní péči. V tuto chvíli čekáme jen na legislativní úpravu. A dále chceme sdílet data našich pacientů, především překladové a propouštěcí zprávy, s ostatními lůžkovými zdravotnickými zařízeními v našem regionu.

Bude-li existovat stoprocentně zabezpečená platforma a budou splněny veškeré technické a legislativní podmínky, jste připraveni data poskytnout do takového systému i mimo partnery AGELu?

Samozřejmě, pokud budou splněny všechny uvedené podmínky. Je velmi důležité, abychom se na předávání dat domluvili, protože to je nejen v zájmu zdravotníků, kterým to ušetří čas, ale především v zájmu pacientů. Představte si, že vás přivezou v bezvědomí, lékař neví, s jakými chorobami se léčíte, jaké léky užíváte, na co jste alergický... A pokud jsou tato data lékaři dostupná, může vám to zachránit život.

ně certifikace: „Naprostá většina telemedicinských úkonů od praktických lékařů jde přes Skype a WhatsApp. Lékaři nemají jasně stanovené, jak by to mělo být správně, a samozřejmě používají technologii, kterou jejich pacienti znají. Ale nefunguje tam anonymizace dat, výsledkem jsou třeba reklamy na konkrétní výrobek, který se najednou objeví v telefonu. Zabezpečené aplikace ve zdravotnictví existují a používají se, ale vznikly v soukromém sektoru, ve zdravotnictví do nich právě soukromý sektor investoval obrovské prostředky. Prosazování digitalizace jako nového stylu práce je velký problém i proto, že musíte přesvědčit lékaře o jiném stylu práce, než na jaký byli zvyklí. A oni musí umět vysvětlit pacientům výhody digitální aplikace, která umožní bezpečnou komunikaci a je výhodná pro obě strany. Ale všude ve světě, kde k tomu už skutečně došlo, to bylo pod tlakem velkých kapacitních problémů se zdravotní péčí,“ podotkl Ing. Vachta.

„Modul na zabezpečenou komunikaci jsme schopni lékařům dodat, ale podpořit toto řešení by měly zdravotní pojišťovny, bezpečná a efektivní komunikace lékař-pacient je i v jejich zájmu. Šetří se i čas lékaře,“ řekl MUDr. Gančařík. „Motivovat je nutné nejen pacienty. Lékaři mají s digitalizací spojené značné náklady, musí do ní investovat. Důležité je i implementovat bonifikace za digitalizaci v rámci úhrad zdravotními pojišťovnami. Úhrady za použití telemedicíny by rozhodně neměly být výrazně nižší nebo vůbec nižší než za osobní návštěvu pacienta v ordinaci,“ zdůraznil prof. Tábořský.

Největším benefitem je digitální komunikace

Dvě otázky pro Barboru Vaculíkovou, generální ředitelku společnosti Penta Hospitals CZ



Zaměstnáváte ve vašich zařízeních také lidi z Ukrajiny? V jakých segmentech?

Zaměstnáváme lékaře, sestry, ale i pečovatele. Ještě před vypuknutím války na Ukrajině v našich nemocnicích pracovalo 23 ukrajinských lékařů. Jejich počet samozřejmě souvisí s absorpční kapacitou. Je třeba mít dostatek školitelů a systém připravený tak, aby byl bezpečný. Důležitá je pečlivá příprava provedení těchto zahraničních pracovníků celým systémem, až k získání jejich plné kvalifikace, včetně jazykových kurzů. Některé naše nemocnice, například v Ostrově, Sokolově či ve Vrchlabí, jsou v podstatě v pohraničí, kde nedostatek personálu bývá palčivější než v Praze. Již od roku 2017 jsme pracovali na tom, aby-

chom měli dostatek odborných kapacit. S ukrajinskými sestrami, které u nás pracují, máme výbornou zkušenost. Pochopitelně že nějaký čas trvá, než se zapracují. Délka zapracování je různá a dá se říct, že je přímo úměrná době, za jakou se sestra naučí s klienty komunikovat v češtině. Je moc důležité, a záleží to i na kapacitě oddělení, se zahraničním pracovníkům věnovat a nenechat je takzvaně napospas.

Velkou pozornost věnujete digitalizaci. Jaký největší benefit vám přináší?

Bez digitální komunikace se dnes neobejdeme. Největším benefitem je komunikace s komunitami. Spustili jsme také projekt digitální komunikace přímo s pacienty, které chceme oslovovat prostřednictvím QR kódu a získat tak zpětnou vazbu. Ale co si od digitalizace nejvíce slibují, a to nám zatím benefit nepřináší, je snížení administrativní zátěže personálu a jakási automatizace načítání dat o pacientech do nemocničního informačního systému. O stejný postup se samozřejmě budeme snažit i v pobytových službách. Aby se jakýkoliv kvalifikovaný personál mohl více věnovat péči o klienta než evidenci toho, co udělal. Až dojdeme sem, bude to veliký benefit pro všechny.

K razantnímu prosazování Rx-online se kriticky vyjádřil PharmDr. Blahuta, je třeba vyřešit i řadu legislativních problémů.

Největší hrozby v digitální době

„Digitální doba přináší nový rozměr – kyberprostor. Největší hrozbou digitální doby bude vždy lidský faktor. Vnitřní hrozbou je zaměstnanec, vnější hrozbou je útočník. A to platí samozřejmě i ve zdravotnictví,“ připomněl Ing. Vojtěch Sommer, referent bezpečnosti státu Národního úřadu pro kybernetickou a informační bezpečnost.

Na případové studii ukázal, jak díky jednomu špatnému „kliknutí“ soubor se škodlivým kódem nakazil počítač a systémy včetně nemocničního informačního systému a vyřadil je z provozu, v nemocnici přestala fungovat zdravotnická technika



Jakub Dvořáček, náměstek ministra zdravotnictví ČR



Zleva: Josef Kratochvíl, předseda Úřadu patentového vlastnictví, Martin Fusek, zástupce ředitele ÚOCHB AV ČR a místopředseda výzkumné rady Technologické agentury ČR a David Kolář, výkonný ředitel AIFP

včetně rentgenů a analyzátorů. Předcházení tomuto typu hrozeb spočívá v několika zásadních krocích: dbát na vzdělávání zaměstnanců v oblasti kybernetické a informační bezpečnosti, zohledňovat kyberbezpečnost již ve fázi plánování, vytvořit postupy a procesy pro nenadálé situace a vytvářet zálohy a testovat jejich obnovu.

Nezbytnost patentové ochrany pro vývoj moderních léčiv

V tomto bloku diskutovali s MUDr. Soňou Šulákovou v roli moderátorky výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Mgr. David Kolář, předseda Úřadu průmyslového vlastnictví Mgr. Ing. Josef Kratochvíl, CSc., a prof. Ing. Martin Fusek, CSc., zástupce ředitele pro strategický rozvoj, Ústav organické chemie a biochemie.

Profesor Fusek připomněl, že instituce, kterou celosvětově proslavil profesor Holý, ročně podává 8–10 přihlášek vynálezů. Česká věda je podle něj na úrovni zemí E15 a vysoko nad ostatními novými členskými zeměmi EU. Handicap ale máme v rozpoznávání praktických hodnot vlastních vědeckých výsledků.

„Farmaceutický průmysl si jednoznačně uvědomuje hodnotu výzkumu a ochrany duševního vlastnictví. Patentová ochrana je i pojištěním vynaložených obrovských investic do vývoje léku,“ řekl Mgr. Kolář. Podstatné je, že se chystá revize unijní lé-

kové legislativy včetně nastavení patentové ochrany pro inovativní léky, společné patentové řízení v rámci EU zatím není implementováno.

„Připravuje se zjednodušení způsobu, jak se po udělení evropského patentu dostat k vlastní patentové ochraně v jednotlivých státech, které k tomu přistoupí,“ vysvětlil Mgr. Ing. Kratochvíl a dodal, že očekávat lze i prodloužení ochrany patentů na léky. Všichni výrobci požadují co nejdelší dobu – léky jsou v nevýhodě už tím,

že nová molekula se odkryje už v době klinického zkoušení.

Je čas zatáhnout za záchrannou brzdu

Před rychle rostoucím zadlužením státu varoval předseda Národní rozpočtové rady Ing. Mojmír Hampl, Ph.D. Podle něj už v roce 2028 narazíme na nebezpečnou hranici, na takzvanou dluhovou brzdu. „Jedním z dominantních důvodů, proč naše



Jiří Horecký, prezident UZS ČR a APSS ČR

veřejné finance jsou na neudržitelné dráze, je vývoj důchodového systému. A rok 2028 je z hlediska rozpočtové politiky velmi blízko. Buď zatáhneme za brzdu sami, nebo budeme čekat, až za ni zatáhnou naši věřitelé. V posledních třech letech systematicky zvětšujeme strukturální problémy, kdy po malých částech snižujeme příjmy a zvyšujeme výdaje veřejných rozpočtů," řekl přednášející.

Upozornil na riziko spuštění rozsáhlých drahých plošných schémat kompenzace cen energií s tím, že podobně jako v celé řadě zemí nebudeme schopni je zastavit a nastane politický boj o to, kdo nabídne nižší cenu energií se státní dotací. Podle jeho slov taková opatření budou veřejné finance relativně silně zatěžovat.

Budoucí vývoj je vždy postaven na tom, že máme relativně správný odhad počtu obyvatel. Varoval, že pokud nebudeme ve výši důchodů držet proporce, lidé narození v 70. letech minulého století budou v situaci, kdy výše důchodů negativně ovlivní jejich životní standard.

Co v sobě máme nejhlouběji, není jen tak

Molekulární biolog a genetik, přednosta Ústavu etiky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a zároveň římskokatolický kněz Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., nazval svůj příspěvek Etické otázky umírání.



Mojmír Hampl, předseda Národní rozpočtové rady

Zatímco dříve představa smrti vyvolávala obavy z věčných trestů, z pekla, v dnešním často ateistickém pojetí bývá spíše spojena s obavou z nesmyslnosti života. Smrt v tomto pojetí je betonová stěna, o kterou se roztrhám, a dál nebude nic, ve vesmíru, který bez důvodu vznikl a bez důvodu zanikne... „Smrt jsme tabuizovali a odhodili někam za plentu. A ačkoli už se s tímto tématem především díky hospicovému hnutí udělala spousta práce a vnímání smrti a umírání se i u nás mění a konečně se o smrti a umírání přemýš-

lí jako o něčem naprosto reálném, vážném a jako o něčem, co se nás dotýká, pořád nám naše babičky a dědečkové nejčastěji umírají sami v nemocnicích," řekl Marek Vácha. Být přítomen jejich poslednímu vydechnutí je ale stejně důležité pro ně jako pro nás, kteří tu ještě zůstáváme.

V příštím čísle přineseme reportáž z druhého dne konference.

Reportáž: Jana Jílková

Rozhovory: Markéta Mikšová

Foto: Michal Češek a Radek Koňářík



Zleva: senátor Roman Kraus, Tom Philipp, místopředseda Výboru pro zdravotnictví PSP ČR, zástupce společnosti Satum, senátor Tomáš Fiala a hosté

Fotogalerie z prvního dne odborné konference Zdravotnictví 2023



Registrace účastníků u vstupu na konferenci



Diskuse pokračovaly i o přestávkách



Jitka Vojtová, zdravotní ředitelka, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, a Karel Novotný, ředitel ATDZ



Karel Novotný a ministr zdravotnictví profesor Válka



Zprava: Tomáš Groh, generální ředitel HARTMANN-RICO, Jiří Pecina, jednatel MEDDI hub, Jan Cívín, HARTMANN-RICO



Debaty pokračovaly i o přestávkách. Uprostřed Barbora Vaculíková, jednatelka a generální ředitelka Penta Hospitals CZ



Zleva: Martina Kulštejnová, Akeso holding, Tomáš Černý, EEZY Publishing a Petra Horáková, Akeso holding.



Zleva: Jakub Zadák, Lenka Kaška, Filip Vrubel, Lenka Fehérová a David Kolář



Pohled do sálu během prvního dne konference



Zleva: Zdeněk Kabátek a Rudolf Špoták

tů pro zpracování

skytovatelů péče,
d.



Martin Koníř ze společnosti KPMG



Senátor Tomáš Fiala



Mojmír Hampl, předseda Národní rozpočtové rady, během své přednášky „Bude na důchody?“



Diskuse pokračovaly i o přestávkách

Foto z konference: Michal Češek a Radek Koňářik

ZDRAVOTNICTVÍ 2023



odborná konference

22.–23. 9. 2022, Hotel Grandior Praha

Generální partner



Hlavní odborný garant



Pořadatel



EEZY Events & Education, s.r.o.

děkuje všem partnerům, spíkrům a účastníkům
odborné konference

ZDRAVOTNICTVÍ 2023

pořádané pod záštitou předsedy vlády Petra Fialy, ministra zdravotnictví
Vlastimila Válka a Rady Asociace krajů ČR pro zdravotnictví
a za osobní účasti ministra zdravotnictví

Hlavní partneři



Partneři



Partneři odborné sekce



Telemedicína snižuje pracovní neschopnost a firmám tak šetří zbytečné náklady

Dostat se k lékaři bez čekání je dnes mnohdy velký problém a vzhledem ke stárnutí a počtu lékařů bude situace o to složitější. Komunikaci s lékaři a dostupnost zdravotní péče však výrazně ulehčuje česká aplikace MEDDI, která je firemním benefitem v řadě evropských a také latinskoamerických destinacích. Letos navíc firma představila úplnou novinku – MEDDI BioScan.

Každý zaměstnavatel je principiálně povinen starat se o ochranu zdraví pracovníků při práci. Kromě toho si firmy čím dál více uvědomují, že pouze zdraví a spokojení zaměstnanci přinášejí dlouhodobý užitek a že investice do lidí je jedna z nejperspektivnějších cest k rozvoji firmy. Proto mnohé z nich nabízejí svým zaměstnancům široký balíček zdravotních benefitů, díky čemuž zaměstnanec lépe zvládá stres a je méně náchylný k nemocem.

Konzultace s lékařem online je na vzestupu

Konzultace s lékařem online se stala mezi lidmi velmi oblíbenou službou, a to především v období koronavirové epidemie, která fyzickou návštěvu lékaře zkomplikovala. Zaměstnanci také častěji začali pracovat z domova a se svými lékaři byli v mnohem větším kontaktu elektronickou formou. Lidé si také uvědomili, že zdraví je choulostivým statkem, který je třeba si chránit a udržet. Toho jsou si vědomy také firmy, které začaly svým zaměstnancům nabízet telemedicínské služby jako jeden ze zaměstnaneckých benefitů. Te-

lemedicína se tak nově začíná prosazovat na místech, kde bychom ji před pár lety možná nečekali.

Mezi firemní benefity, které přispívají k lepšímu zdraví a „wellbeing“, patří např. čerstvá zelenina, ovoce a zdravé nápoje, slevy v lékárnách, masáže, lázeňské pobyty, relaxační zóny nebo možnost zvýhodněného vstupu do sportovišť, fitness a wellness center. Je vhodné také zmínit týden dovolené navíc nebo možnost čerpat sick days, pokud se zaměstnanec necítí dobře. Zaměstnanci tak mají více času na zotavenou a mohou načerpat nové síly. Firma svým přístupem buduje pozitivní image „zdravého zaměstnavatele“ a může potenciálně přilákat nové zaměstnance a udržet si ty stávající.

Ne každá návštěva lékaře je nezbytně nutná

V případech potíží mohou zaměstnanci ročně u lékaře strávit několik desítek hodin, což má pro ně i pro firmu značné ekonomické důsledky. Přičemž ne každá návštěva u lékaře je nezbytně nutná. Přibližně 30 % osobních návštěv všeobecné-

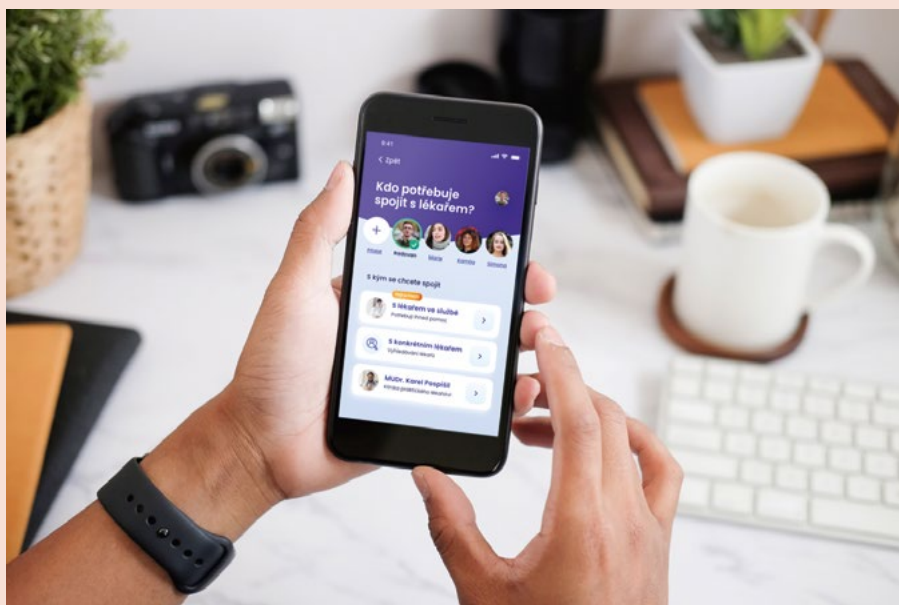
ho lékaře či pediatra lze vyřešit jednoduše díky telemedicině. Zaměstnavatelé tak přišli s nápadem, jak zaměstnancům jejich ztracený čas strávený v ambulancích lékařů ušetřit a nabídnout jim možnost vyřídit své zdravotní obtíže online, a to klidně v zaměstnání. Online konzultace s lékařem se tak stávají čím dál oblíbenějším benefitem firem, který chrání zdraví zaměstnanců.

Využití moderních telemedicínských služeb umožní získat rychlou a dostupnou zdravotní službu na vysoké úrovni, a to přímo na pracovišti. Lékař může pacienta vyslechnout, doporučit vhodný léčebný postup, vystavit e-recept, sdělit laboratorní výsledky nebo poradit s volbou vhodného specialisty. Zaměstnancům se tak nabízí okamžité a komplexní řešení zdravotních obtíží bez nutnosti fyzické návštěvy lékaře. K online konzultaci stačí připojení k internetu a mobilní telefon, tablet nebo počítač.

Telemedicínské služby jsou výhodné pro firmy, zaměstnance i lékaře, a to především z hlediska úspory času. Firmy chrání zdraví svých zaměstnanců a snaží se je udržet v dobré kondici tak, aby nebyli často nemocní. Zaměstnanci zase mohou vyřešit svůj zdravotní problém, aniž by museli cestovat k lékaři a využívali např. sick-day nebo dovolenou. Lékařům zase uleví od náporu pacientů na pracovišti. Nemocní zaměstnanci jsou pro firmy navíc dodatečným nákladem, jelikož pro návštěvy lékařů často chybí v práci a zaměstnavatel jim zákonem stanovený počet dní pracovní neschopnosti musí uhradit. Navíc by se dalo přibližně 30 % osobních návštěv všeobecného lékaře či pediatra vyřešit jednoduše díky telemedicině.

Konzultaci s lékařem umožňuje aplikace MEDDI

Snadnou, efektivní a bezpečnou komunikaci mezi lékaři a pacienty nabízí





společnost MEDDI hub a.s., která stojí za vývojem platformy MEDDI. Jedná se o unikátní digitální aplikaci pro oblast telemedicíny, která zcela mění komunikaci a fungování vztahu mezi lékaři a pacienty. Umožňuje okamžitě konzultovat zdravotní stav zaměstnanců, urychlit návštěvu lékaře a získání třeba e-receptu, a to do 15 minut. To vše v zabezpečeném prostředí.

„Aplikace přináší možnost konzultovat zdravotní stav na dálku prostřednictvím šifrovaného videohovoru, audiohovoru a chatu. Vše běží na vlastním unikátním softwaru, který podporuje jak mobilní telefony, a již od roku výroby 2012 i stolní počítače. Pacienti také mohou zasílat zdravotní dokumentaci, získávat další odborné názory nebo zkonzultovat předepsaný lék,“ říká majitel a ředitel společnosti MEDDI hub a.s. Jiří Pecina.

V zabezpečeném prostředí je možné shromažďovat zdravotní dokumentaci

a mít tak vše přehledně na jednom místě. Lékařům naopak aplikace umožňuje sledování zdravotního stavu pacienta i mimo ordinaci a značně usnadní jejich péči, aniž by se museli obtěžovat s neustálým vyzváněním telefonu.

Aplikace je šitá na míru potřebám firem

Podle Jiřího Peciny bývá aplikace velmi často upravena přímo na míru jednotlivým firmám, a to včetně unikátního názvu. „Naši klienti, mezi které patří například společnost Veolia nebo Pražská teplárenská, oceňují hlavně to, že jejich zaměstnanci jsou s našimi lékaři propojeni během velmi krátkého času, v současné době je to průměrně 6 minut. Pozitivně vnímají také to, že naše služba funguje po celé České republice, ne pouze ve velkých městech. Tyto společnosti vnímají důle-

žitost propojení firemního a rodinného prostředí, kdy, pokud propojíme well-being zaměstnanců a jeho rodiny, dojde i k většímu souznění s hodnotami společnosti a získáme tak zaměstnance, za kterým stojí jeho rodina a v práci jej jednoznačně podporuje,“ vysvětluje Pecina.

Zavádění tohoto produktu probíhá ideálně za použití krátkého, ale intenzivního osobního zaškolení každého zaměstnance. Toto školení provádí firma MEDDI hub zcela zdarma. „Je pro nás totiž nesmírně důležité, aby každý zaměstnanec věděl, jak postupovat v situaci, kdy on nebo jeho rodina potřebují lékařskou pomoc. Tam kde není možnost dělat školení osobní, nám velmi dobře funguje kombinace webinářů a jasných video návodů s kompletní instruktáží,“ doplňuje ředitel společnosti MEDDI hub.

Komunikace je v aplikaci zabezpečená šifrováním

Testování aplikace trvalo několik let. Na její funkčnost a zabezpečení se podílel také Národní ústav pro kybernetickou bezpečnost. Zároveň vývojáři spolupracují s etickými hackery, aby se vyloučila bezpečnostní mezera aplikace. „Veškerá komunikace samozřejmě probíhá skrze koncové šifrování pouze mezi lékařem a pacientem, tudíž není možné, aby do ní vstoupil jakýkoliv prostředník,“ vysvětluje Pecina. „Na rozdíl od jiných komunikačních nástrojů ani nesbíráme žádná data. Naši vývojáři také vyvinuli vlastní komunikační systém, abychom se nemuseli spoléhat na žádný vnější nástroj jako Skype nebo WhatsApp, kde bezpečnost informací není zajištěna.“ Řešení navíc disponuje plnohodnotnou verzí pro mobilní telefony i počítače a celý systém komunikace je chráněn defaultně nastaveným šifrováním komunikace na obou koncích.

„Aplikaci MEDDI app vyvíjíme od roku 2016. Dokážeme ji přizpůsobit potřebám konkrétní firmy, dokonce s jejím vlastním logem. V současné době je v tomto systému na 240 000 pacientů. Mezi naše klienty patří také společnosti VISA, Česká hospodářská komora, ale také Policie ČR. Novými klienty jsou Pražská burza a Pfizer. Z dat klientů vyplývá, že po zavedení MEDDI app poklesla celková nemocnost v průměru o 25 % a ušetřili přibližně 732 dní pracovní neschopnosti,“ doplňuje Pecina.

Michal Češek

Foto: Meddi hub

Potraviny obohacené o vitaminy a minerály dětem prospívají. Některé otazníky zůstávají

Optimální výživa je pro batolata základem pro jejich zdravý růst a prevenci růstových poruch, podvýživy a obezity. Nedávno publikovaná metaanalýza studií na toto téma porovnála příznivé a škodlivé účinky podávání potravin obohacených o vitaminy a minerální látky dětem ve věku 6–23 měsíců. Jaké ukázala výsledky?

Obvykle se ve výživě dětí mezi 6. a 23. měsícem přechází z výlučného kojení na pevnou stravu a běžné pokrmy. Toto období je kritické pro fyzický, kognitivní a motorický vývoj, a proto je nezbytná pestrá strava k zajištění dostatečného množství potřebných živin.

Nízké množství minerálních látek obsažených v mateřském mléce a relativně malé množství konzumované pevné stravy, jejich případná nízká výživová denzita, nízký příjem masa s obsahem hemového železa a zvýšená potřeba vitaminů a minerálů může vést k nedostatku živin v těle během tohoto růstového období. Nedostatek mikronutrientů je častým problémem v zemích s nízkým a středním příjmem a ve světě postihuje více než dvě miliardy lidí. Nejzávažnější nedostatky ve stravě malých dětí se týkají mikro-

nutrientů, jako je železo, vitamin A, vitamin B12 a vápník.

K zajištění dostatku klíčových živin ve stravě batolat a malých dětí bylo navrženo několik strategií. Vedle pestré stravy zahrnují tyto strategie konzumaci potravin obohacených o vitaminy a minerály a obohaceného mléka, dodávání mikronutrientů v rozpustné formě či užívání potravinových doplňků.

Centrální vs. lokální obohacování potravin

Obohacování potravin je definováno jako přidávání mikronutrientů do zpracovaných potravin. Cílem je zvýšit příjem těchto výživových složek, a tím zabránit jejich nedostatku v těle. Produkty dětské výživy mohou být obohacovány buď centrálně,

tedy přímo v průběhu jejich výroby, nebo v čase konzumace, při domácí přípravě.

V oblastech s výskytem malárie je přidávání železa domácím obohacováním pokrmů kontroverzní, protože parazité, již jsou původci onemocnění, potřebují ke svému rozmnožování dostatek železa. Řada studií již prokázala, že i jednorázová dávka železa má negativní vliv na prognózu onemocnění a je v postižených oblastech spojena s vyšším rizikem hospitalizace a úmrtnosti. S ohledem na skutečnost, že centrálně obohacované potraviny umožňují konzumaci železa v malých dávkách v průběhu dne, díky čemuž se železo absorbuje postupně, představuje tato forma pro oblasti s výskytem malárie vhodnější řešení.

Metaanalýza zjistila, že konzumace fortifikovaných pokrmů se u malých dětí



ilustrační foto: 123rf.com

pojila s nižším výskytem anemie v porovnání s dětmi, které konzumovaly běžné pokrmy. Děti, které konzumovaly potraviny obohacené o mikronutrienty, měly vyšší koncentrace hemoglobinu. Co se týká nedostatku železa, který je definován jako koncentrace feritinu pod 12 mikrogramů na litr, bylo toto riziko u dětí konzumujících potraviny obohacené železem po dobu 6 až 12 měsíců významně nižší v porovnání s dětmi konzumujícími neobohacené potraviny. Děti, kterým byla podávána strava obohacená železem po dobu 12 týdnů až 12 měsíců, měly vyšší koncentrace feritinu.

Dále byly sledovány hladiny zinku a vliv konzumace potravin zinkem obohacených. V tomto případě nebyl zjištěn pozitivní efekt a v důsledku konzumace těchto obohacených potravin nedošlo u sledovaných dětí ke zvýšení sérových hladin zinku. Zároveň také nebyl vypořovován vliv obohacené stravy na sérové hladiny retinolu a u dětí s nedostatkem vitamínu A nebyly zjištěny rozdíly v hladině retinolu při podávání obohacené nebo neobohacené stravy.

Příznivý vliv na psychomotorický vývoj dětí

Mentální a motorický vývoj dětí byl stanoven podle škály Nancy Bayleyové. Ve skupině dětí, kterým byla podávána strava obohacená vitamíny a minerály, byla celková skóre vyšší v porovnání s dětmi konzumujícími stejné pokrmy bez přidávaných mikronutrientů.

Stupeň oblíbenosti obohacených a neobohacených potravin v souvislosti s jejich senzoryckými vlastnostmi byl stanoven v randomizované, kontrolované studii a v kontrolované klinické studii a celkově bylo zahrnuto 215 dětí. Nebyly zjištěny významné rozdíly.

Závěry této studie lze zobecnit a aplikovat pro zdravé děti ze zemí se středními příjmy v Asii a v Africe, přestože řada dětí je zde ohrožena vysoce rozšířenými chorobnými stavy, jako je malárie, průjem či podvýživa.

V oblastech s výskytem malárie může být vedle nedostatečného příjmu železa, infekčních onemocnění či nutričních nedostatků další příčinou anemie právě malárie, protože parazit, který je jejím původcem, způsobuje destrukci erytrocytů. Data o nutričním stavu dětí v těchto oblastech musí být hodnocena a interpretována se zvláštní opatrností a s přihlédnutím ke skutečnosti, že malárie snižuje koncentrace



ilustrační foto: 123rf.com

hemoglobinu a ovlivňuje řadu dalších indikátorů nutričního stavu, jako například koncentrace feritinu, sérového transferitinu a plazmatického retinolu.

Z některých studií zahrnutých v této metaanalýze vyplývá, že nedostatek železa v prenatálním období může mít negativní důsledky pro časný vývoj nervové soustavy. Suplementace železa u anemických novorozenců může zlepšit hodnoty vývojového skóre jak u hodnocení kognitivního, tak motorického vývoje. Zároveň však bylo zjištěno, že samotné dodání mikronutrientů, tedy bez současného navýšení příjmu primárních živin, vývoj dětí neovlivňuje.

Světová zdravotnická organizace každopádně v oblastech s anemickou populací doporučuje podávání stravy obohacené železem kojencům a malým dětem ve věku 6 až 23 měsíců pro zvýšení hladiny železa a snížení rizika anemie.

Dostupnost potravin je kritický faktor

Zdravotní důsledky nedostatku vitamínů a minerálů ve výživě představují celosvětový problém. Vedle obohacených potravin produkovaných nadnárodními společnostmi představují v zemích s nízkými příjmy lokálně vyráběné obohacené výživové produkty vhodnou alternativu. I přesto je však jejich dostupnost v některých oblastech těchto zemí nedostatečná. Podle Světové zdravotnické organizace je potřeba podpořit programy zajišťující dostupnost obohacených potravin, a rozšířit

tak jejich konzumaci tak, aby byl přísun kvalitní výživy dostatečný zvláště v oblastech ohrožených jejím nedostatkem.

Výzkum pokračuje

V oblasti obohacených potravin určených k výživě kojenců a malých dětí zůstává stále řada otevřených otázek, které jsou předmětem dalšího výzkumu. Důležitým aspektem podávání potravin obohacených železem je jejich bezpečnost. Je proto nutné sledovat možné nežádoucí účinky související s jejich konzumací, a to jak v populacích v oblastech s výskytem malárie, tak i v těch ostatních. Další studie by se měly zaměřit na zkoumání toho, zda konzumace obohacených potravin ovlivňuje celkovou mortalitu. Je také důležité stanovit, jaké množství dodaných vitamínů a minerálů v podobě obohacené stravy je optimální pro prevenci ztráty hmotnosti a růstových poruch a také jak přesně konzumace obohacených potravin ovlivňuje duševní a motorický vývoj dětí. Žádné studie se doposud nezabývaly souvislostí, příjmu fortifikovaných potravin a složením střevního mikrobiomu. Dále je potřeba stanovit, jak konzumace těchto potravin ovlivňuje příjem dalších potravin a celkovou diverzitu stravy či zda vede ke zkrácení doby kojení. Zbývá také zjistit, jaký je vliv obohacování potravin na děti v zemích s vysokým příjmem, protože většina studií je zaměřena na země se středními či nízkými příjmy.

Zdroj: The Lancet Child & Adolescent Health
Připravila Mgr. Kateřina Štulíková

Dědičnost cirkadiánních rytmů a spánku

Cirkadiánní rytmy a spánek jsou fundamentální biologické procesy, které souvisejí s celkovým zdravotním stavem člověka. Jejich narušení je spojeno se škodlivými dopady na řadu fyziologických procesů, které zahrnují kognitivní, metabolické, kardiovaskulární a imunologické funkce. Vzhledem k tomu, že cirkadiánní rytmy a spánkový režim jsou částečně dědičné, je studium jejich genetické podmíněnosti možností, jak porozumět spřaženým procesům a jejich roli v rozvoji chronických onemocnění.

Cirkadiánní rytmy řídí fyziologické procesy v organismu a chování člověka podle 24hodinového cyklu v závislosti na střídání period světla a tmy. Řídící roli hraje oblast v hypothalamu označovaná jako suprachiasmatické jádro, která plní funkci centrálního oscilátoru udávajícího denní rytmus. V ostatních tělesných tkáních se nacházejí periferní oscilátory. Tento systém oscilátorů tvoří autonomní buněčnou soustavu, která reguluje genetickou expresi formou zpětnovazebných smyček, a představuje tak „molekulární hodiny“ člověka. Zatímco suprachiasmatické jádro synchronizuje svou funkci podle střídání dne a noci především v závislosti na světle, periferní oscilátory reagují jak na signály centrální nervové soustavy, tak na další tělesné činnosti, jako je například příjem potravy.

Poruchy cirkadiánního rytmu a spánku jsou spojené s řadou negativních zdravotních důsledků postihujících kognitivní, metabolické, kardiovaskulární a imunologické funkce a také duševní stav. Přesto nejsou molekulární mechanismy podmiňující souvislosti mezi poruchami spánku a cirkadiánními rytmy s následnými chrobnými stavy doposud zcela objasněny.

Současné poznatky o základních molekulárních procesech a jejich roli v rozvoji dalších onemocnění pocházejí převážně ze studií na modelových organismech. Výzkum v oblasti cirkadiánních rytmů započal před více než půl stoletím. V roce 2017 pak byla udělena Nobelova cena za objevy v oblasti cirkadiánní biologie u *Drosophila* a u myši. V poslední dekádě byly zjištěny další poznatky týkající se genetické podmíněnosti spánkové regulace. Souvislost mezi cirkadiánními rytmy a spánkem byla implementována již v instrumentálním modelu Alexandera Borbelyho a jeho kolegů v 80. letech. V poslední době je čím dál více kladen důraz na toto propojení a ukazuje se, že cirkadiánní režim a regulace spánku

jsou závislé systémy, které spolu interagují na mnoha úrovních. Příkladem těchto vzájemných vazeb jsou účinky spánku na neuronální aktivitu v suprachiasmatickém jádru, vliv cirkadiánního rytmu na REM spánek (spánková fáze charakterizovaná výskytem rychlých očních pohybů, z angl. rapid eye movements) a celkový důsledek spánkové deprivace na organizaci cirkadiánních rytmů.

Genetika cirkadiánní a spánkové fyziologie

Objasnění genetických mechanismů podmiňujících fungování cirkadiánního rytmu se stalo základem pro vývoj experimentálních nástrojů pro další zkoumání případů, kdy je cirkadiánní rytmus narušen. V určité cirkadiánní periody má rozhodující roli definovaná skupina genů, jež plní funkci vnitřních hodin člověka. Oproti tomu množství genů uplatňujících se v regulaci spánku a bdělosti je významně větší a jsou zastoupeny geny, jejichž funkce není přesně definována a jejich konkrétní dopad je méně významný.

Pokrokům ve studiu genetiky cirkadiánních rytmů napomáhá řada skutečností, například to, že je možné s velkou přesností měřit a porovnávat klíčové fenotypické znaky, jako je cirkadiánní perioda, dále jednodušost zvířecích modelů s monitorováním aktivity za podmínek konstantní tmy (což je u lidí problematické). Oproti tomu je studium genetiky spánku komplikovanější, protože spánkový fenotyp je multidimenzionální. Jeho charakteristiky zahrnují např. trvání spánku a denní dobu, elektroencefalogram, rychlé pohyby očí či svalovou atonii. Proto je pro popsání fyziologie spánku zapotřebí řada analytických technik.

Cirkadiánní a spánkové fenotypy zahrnují mnoho faktorů. Jejich příkladem je tzv. chronotyp, tedy způsob chování závisle-

jící na denní periodicitě, nejčastěji rozlišovaný na ranní a večerní, dále doba usínání či doba spánku a jeho kvalita. Z výsledků studií realizovaných na dvojčatech a rodinných příslušnících vyplývá, že tyto faktory jsou do určité míry dědičné. Konkrétně u charakteristických rysů spánkového chování byla zjištěna genetická podmíněnost v rozmezí 10–45 % a u elektroencefalogramu, který slouží k monitorování spánkové architektury na základě elektrické aktivity mozku, až do 96 %.

Studie modelových organismů přinesly poznatky o nastavení cirkadiánního rytmu, které spočívá v řadě transkripčních a translačních zpětnovazebně regulovaných smyček, jež jsou molekulární podstatou autonomních hodin udávajících denní režim. Chronotyp se liší napříč populací a je do jisté míry řízen vlivem prostředí, cirkadiánní periodou a homeostatickými spánkovými procesy. Identifikace mutací genů představujících „molekulární hodiny“ člověka u příbuzných s významnými odchylkami denního režimu ukázala, že mechanismus vnitřních hodin určujících chování člověka s ohledem na jeho denní režim je geneticky podmíněný a přenosný.

Poruchy cirkadiánního rytmu a spánku

Poruchy cirkadiánního rytmu a spánku mohou ovlivnit kvalitu, načasování a celkovou dobu spánku a mít negativní dopad na denní činnost. Tyto poruchy lze dělit na dyssomnie a parasomnie. Dyssomnie jsou poruchy vyznačující se potížemi s usínáním a setrváním ve spánku doprovázenými výraznou ospalostí přes den, zatímco pro parasomnie je typické abnormální chování ve spánku. Nově získané poznatky o genetice poruch cirkadiánního rytmu a spánku vypovídají o jejich komplexně geneticky podmíněné podstatě.

Narušení cirkadiálního rytmu se může projevit formou řady poruch, které zahrnují atypické cirkadiální rytmy v důsledku působení biologických nebo environmentálních faktorů. Příklady jsou syndrom stabilního rytmu odlišného od 24hodinového rytmu, který je často spojen se slepotou, předsunutá fáze spánku či zpožděná fáze spánku. Zpožděná fáze spánku je porucha postihující okolo 3 % celosvětové populace, zatímco předsunutá fáze spánku se vyskytuje přibližně u 0,21 %. Pomocí metod genetického sekvenování byly popsány vzácné varianty specifických genů, které jsou součástí genů komplexu „molekulárních hodin“ člověka u pacientů trpících zpožděnou či předsunutou fází spánku, což potvrzuje genetickou podstatu těchto poruch. Tyto varianty genů jsou spojeny s fyziologickými změnami v trvání cirkadiální periody a její vazbou na světlo.

Narkolepsie

Narkolepsie je vzácný typ dyssomie, která se objevuje v období dospívání a ovlivňuje cyklus střídání bdění a spánku. Vyznačuje se nálehou potřebou spánku v neobvyklou denní dobu, nočními halucinacemi a nepravidelností REM spánku. Frekvence výskytu narkolepsie je přibližně u 1 z 2000 osob. Ačkoliv je výskyt narkolepsie převážně sporadický, existuje rodinné zatížení v podobě 20–40násobně vyššího rizika výskytu poruchy u rodinných příslušníků pacientů s narkolepsií v porovnání se zbytkem populace. Genetické studie pacientů s narkolepsií přinesly poznatky o autoimunitní povaze narkolepsie spojené se zvýšeným výskytem specifických sérotypů HLA antigenu (lidský leukocytární antigen, z angl. human leukocyte antigen). Byla také zjištěna souvislost mezi genetickými faktory a prostředím, protože prodělané infekce a další faktory okolního prostředí mohou účinkovat jako spouštěče, které interagují s imunitním systémem. V experimentech prováděných na psech byl potvrzen význam defektu genu kódujícího orexinový (hypokretinový) receptor. Autoimunitní reakce, která je podkladem pro rozvoj narkolepsie, zřejmě postihuje právě orexinovou (hypokretinovou) signální dráhu. U některých typů narkolepsie dochází v důsledku autoimunitní reakce k poškození neuronů v oblasti laterálního hypothalamu, které produkují orexin.

Syndrom neklidných nohou

Syndrom neklidných nohou je dyssomie a neurologické onemocnění, které posti-



ilustrační foto: 123rf.com

huje 5–15 % dospělé populace a je charakterizované nutkavou potřebou vykonávat pohyby nohama, která se zhoršuje v noci a vede k narušení spánku. Tento stav se zlepšuje při chůzi nebo při protahování nohou. Syndrom neklidných nohou je významně geneticky podmíněn a postihuje 60 % příbuzných postižených, nejčastěji ve věku okolo 45 let. Posmrtnou analýzou cerebrospinální tekutiny a snímkováním mozku byla u pacientů zjištěna deficeience železa v určitých oblastech mozku. V patofyziologii onemocnění hraje roli dopaminergní regulace, což bylo zjištěno na základě klinického efektu podání agonistů dopaminu.

Nespavost

Nespavost je charakterizovaná chronickými obtížemi usnout a/nebo setrvat ve spánku, což narušuje denní fungování člověka. Pokud se potíže vyskytují alespoň 3 noci v týdnu po dobu 3 měsíců a déle, hovoříme o nespavosti jako o onemocnění. Tímto onemocněním trpí přibližně 10 % populace a je doprovázené dlouhodobými zdravotními důsledky, zatímco s občasnou nespavostí se setkává asi 30 % populace. Studie zaměřené na dědičnost nespavosti byly zaměřené na zkoumání dvojčat a potvrdily dědičnost v rozmezí 22–59 % u dospělých a 14–71 % u dětí. Dále bylo zjištěno, že podstata dědičnosti je polygenní, přičemž doposud bylo identifikováno jen

malé množství konkrétních genů, které hrají v rozvoji nespavosti roli. Kromě genetických příčin se na vzniku nespavosti podílí také další faktory, jako je příjem kofeinu, společensko-ekonomický status či další existující onemocnění.

Nové terapeutické postupy

V oblasti poruch cirkadiálního rytmu a spánku narůstá potřeba nalézt nové terapeutické postupy a personalizovat léčbu pacientů. Farmakoterapeutika určená pro léčbu spánkových poruch jsou převážně zaměřená na léčbu symptomů, nevedou však k odstranění příčiny potíží. Studie zaměřené na genetiku cirkadiálních rytmů a spánek člověka otevírají cestu k novým terapeutickým postupům spočívajícím ve vývoji nových cílených léčiv nebo ve využití dostupných léčiv s upraveným dávkováním. Přínos genetických studií tkví také v možnosti identifikovat nové molekulární struktury a jejich regulační kaskády, na které se může zaměřit vývoj nových léčiv. Aktuálně jsou ve stadiu vývoje léčiva proti narkolepsii založená na interakci s orexinovým receptorem. Pokračování ve výzkumu mechanismů ovlivňujících cirkadiální rytmy a spánek je kritickou podmínkou k identifikaci nových terapeutických cílů, diagnostických postupů a preventivních opatření.

Zdroj: Nature Reviews Genetics
Připravila Mgr. Kateřina Štulíková

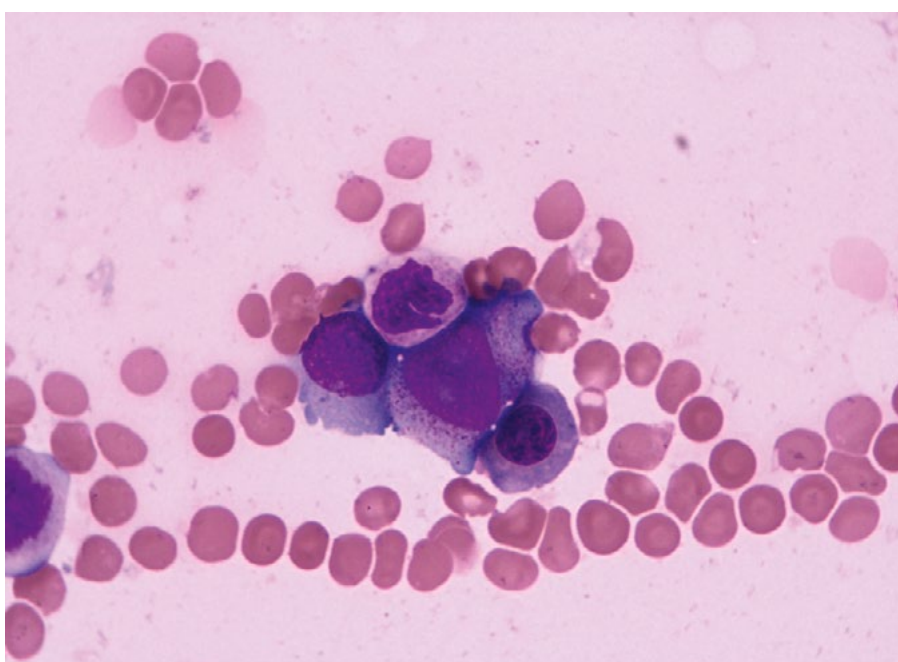
Čeští lékaři a vědci prodlouží život lidem s leukemií

Tým vědců a lékařů z centra BIOCEV, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze přišel s novým přístupem k léčbě akutní leukemie. Inovativní metoda spočívá v kombinaci dvou léčiv, která při společném podávání výrazně prodloužila přežití pacientů. Klinická studie probíhala pět let a zúčastnilo se jí 76 pacientů z České republiky. Informace o novém typu léčby publikoval prestižní časopis Blood Cancer Journal z Nature Publishing Group. Aktuálně probíhají jednání o rozšíření studie na evropskou úroveň.

Myelodysplastický syndrom (MDS) je onkologické onemocnění kostní dřeně, při kterém dochází k nízké produkci nefunkčních krevních buněk. Kvůli tomu mají pacienti nedostatek červených a bílých krvinek, klíčových pro obranyschopnost organismu, a dále i destiček pro krevní srážení. Pacienti trpící touto chudokrevností mají krevní podlitiny, častá vnitřní krvácení a jsou méně odolní proti bakteriálním a virovým infekcím, například zápalu plic.

Podle závažnosti onemocnění probíhá podpůrná léčba pomocí antibiotik či opakovanou krevní transfuzí. Ve výjimečných případech lze pacienty léčit transplantací kostní dřeně. V Evropě jsou ročně diagnostikováni čtyři pacienti s MDS na 100 000 osob. V České republice registruje Všeobecná fakultní nemocnice přibližně 80 pacientů ročně. Kritickou fází onemocnění MDS je přechod do akutní myeloidní leukemie (AML), vyznačující se velmi krátkým přežitím.

„Dosavadní celosvětová léčba pacientů s MDS v přechodu do AML je postavena na podávání léku 5-azacytidin, který vynalezli v 70. letech minulého století v Československé akademii věd. Azacytidin je inhibítorem jaderných enzymů, tzv. DNA metyláz, které jsou v leukemických buňkách geneticky i funkčně narušeny, a tudíž jejich ovlivnění vede k odstranění leukemických buněk. Naše MDS/AML skupina na základě předchozích výzkumů, z nichž řadu publikovaly renomované časopisy, přišla s konceptem tzv. ‚diferenční terapie pro MDS‘. Navrhli jsme zkombinovat azacytidin s další látkou nazvanou G-CSF, podporující vznik a vývoj bílých krvinek v kostní dřeni. Nejen že se nám podařilo prokázat léčebné účinky nové kombinace, a především její bezpečné působení na pacienty, ale také prodloužit jejich přežití v řádu měsíců,“ říká prof. Tomáš Stopka,



Cytologie kostní dřeně pacienta s MDS v progresi do AML; v zorném poli dva myeloblasty s výraznými jádérky

vedoucí výzkumu z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a centra BIOCEV. „Zároveň jsme zjistili, že kombinace látek navodí signifikantně více léčebných odpovědí, což je přelomové a zásadní pro další výzkum i klinické testování na pacientech.“

Klinickou studii dokazující přínos nové léčebné metody u vysoce rizikového typu MDS schválil Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) v roce 2017. Koordinátorkou studie byla vedoucí pro léčbu a diagnostiku MDS a AML doc. Anna Jonášová z I. interní kliniky – kliniky hematologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze: „Obrovské úsilí jsme museli vynaložit už před začátkem samotné studie, kdy bylo třeba zajistit žádost na SÚKL a prosadit studii u etických komisí. Navržená léčebná kom-

binace posouvá využití cytokinu G-CSF do terapie AML a zároveň svým synergickým působením s azacytidinem činí tuto léčbu efektivnější a bezpečnější pro pacienty, a tudíž představuje ověřenou strategii, jež je okamžitě použitelná v praxi. Výsledků bychom nedosáhli, nebýt obrovské ochoty pacientů, kteří se do studie zapojili.“

V tuto chvíli probíhají intenzivní jednání o nové celoevropské studii, ve které bude předmětem výzkumu vedle 5-azacytidinu a G-CSF další lék venetoclax. „Jsem rád, že se nám v České republice daří úspěšně propojovat genetická a klinická data, a díky tomu určovat, jakým způsobem se bude akutní leukemie léčit v brzké budoucnosti,“ dodává prof. Tomáš Stopka.

(red)

Foto: BIOCEV



Dallmayr
Neušední káva pro každou příležitost

KVALITNÍ KÁVA. MODERNÍ DESIGN. ERGONOMIE A MOBILITA. VODA, JUICE A ZDRAVÁ VÝŽIVA V JEDNOM DOCKU. DOCKONALÝ SERVIS

Cafédock: multifunkční řešení centralizovaného občerstvení pro provoz kanceláře, showroomů, hotelových lobby, čekáren, autosalonů a meeting pointů • unikátní design a perfektní řemeslné provedení • mobilní, přitažlivé centrum setkání při krátké pracovní pauze i v rámci openspace • plně ergonomické pro náročný kancelářský provoz • reprezentativní a funkční prvek interiéru s vysokou přidanou hodnotou • individuální firemní vzhled



Dallmayr
CAFÉDOCK

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



Muž, který nepodepsal

Lékař a politik František Kriegel jako jediný člen československé delegace odmítl podepsat Moskevský protokol, který znamenal popření pražského jara, souhlas s okupací a otevření cesty k „normalizaci“.

František Kriegel pocházel z Haliče, z dnešního Ivano-Frankivsku, narodil se tam 10. dubna 1908. Po maturitě chtěl studovat medicínu na univerzitě ve Lvově, ale nepřijali ho – důvodem byl numerus clausus pro židovské uchazeče. Rozhodl se proto jít studovat do Prahy. Z domova ovládal perfektně němčinu a polštinu. Studoval na německé lékařské fakultě Univerzity Karlovy a postupem času tu byl stále více konfrontován s radikalizujícími se německými studenty, antisemity a sympatizanty Hitlera. Do cesty se jim stavěli mladí komunisté, Kriegel se k nim přidal a pouštěl se do boje s „fašouny“. Ještě za studia vstoupil do komunistické strany, přesvědčený, že pouze komunisté jsou schopni čelit narůstající hospodářské krizi a hrozbě fašismu. Na studiích se protloukal, jak to jenom šlo – dával kondice, pracoval jako pomocný dělník na nádražích, později si přivydělával v nemocnici jako „obříškus“. Na rozdíl od jiných emigrantů velmi brzy mluvil a psal česky jako rozený Čech a Československo, které nazýval „pozoruhodným ostrovem demokracie a kultury ve východní Evropě“, mu plně přirostlo k srdci a stalo se jeho domovem.

Pomoc raněným přímo pod palbou

Po promoci v roce 1934 dva roky pracoval v pražských nemocnicích, pak se přihlásil jako lékař do španělské občanské války. Bojoval tam na straně republikánů proti jednotkám generála Franca, podporovaného nacistickým Německem. Heslem při náboru českých dobrovolníků bylo „U bran Madridu se bojuje také



za Prahu!“, ale bojovalo se marně – Franco zvítězil a Kriegel na čas putoval do internačního tábora. Prodělával tam řadu tvrdých výsledků, z nichž si odnesl zkušenost, která se mu o desítky let později velmi hodila: při výsledku si sednout na ruce a mlčet. Pomáhá to, ruce se netřesou a strach není tolik vidět.


V březnu 1939 Hitlerova vojska vpochoďovala do Čech. Československo přestalo existovat a interbrigadista, navíc Žid, se neměl kam vrátit. Japonci mezitím napadli Čínu a norský Červený kříž sem sháněl lékaře. Kriegla s jeho zkušeností z válečných lazaretů velmi rádi přijali, a tak strávil celých šest let druhé světové války v boji proti fašismu na frontách východní a jihovýchodní Asie. V neuvěřitelně těžkých a primitivních podmínkách ošetřoval raněné, organizoval armádní zdravotní službu i školil zdravotní personál.

V reportáži, uveřejněné v roce 1944 v americkém *The Saturday Evening Post*, o něm napsali: „Dr. F. Kriegel, smluvní lékař polského původu, který včetně čínštiny ovládá pět jazyků a kterého plukovník Brown charakterizuje jako jednoho z nejstatečnějších mužů, kterého poznal ... Kriegel byl tři roky s republikánskými vojsky ve španělské občanské válce a další tři roky jako lékař v čínské armádě. Jde hned za tanky a poskytuje pomoc raněným přímo pod palbou. V jedné bitvě nedávno poskytl pomoc 46 čínským vojákům na bitevním poli, zatímco kolem zuřil urputný boj.“ Na bojišti zůstal až do konce války, která na Dálném východě skončila až v září 1945.

Po návratu do Prahy se chtěl věnovat medicíně, nicméně po diskusích a přesvědčování ze strany starých politických přátel se rozhodl věnovat se cele politické činnosti a stal se jedním z vedoucích funkcionářů pražské organizace KSČ. Do práce se vrhl s energií a nasazením jemu vlastním a hluboce přesvědčený, že jde o dobrou věc. V únoru 1948 se jako organizační tajemník pražské organizace KSČ a zástupce velitele Lidových milicí podílel na komunistickém převratu. V letech 1949–1952 působil jako náměstek ministra zdravotnictví.

Na počátku roku 1952 byl, bez jakéhokoliv zdůvodnění a prakticky na hodinu, vyhozen z ministerstva. Jeho potíže ale začínaly už koncem roku 1951, kdy se v Československu pod vedením sovětských poradců a v sovětské režii připravovaly velké politické procesy. Kriegelův původ a přešedlý život představovaly příliš lákavé sousto.

▼ Inzerce



Evropský manažer v sociálních službách

Vzdělávání je akreditováno evropskou asociací European Ageing Network

25 dnů po 8 vyučovacích hodinách během 2 let, celkem 200 hodin

6 tematických modulů:

- Právní minimum
- Ekonomika
- Manažerské dovednosti
- Strategický management
- Řízení lidských zdrojů
- Etický rozměr sociálních služeb
- Dlouhodobá péče v ČR


Účastníci obdrží diplom EAN Certificate.

Podmínkou je:

- alespoň 80% účast z celkového počtu školících dní,*
- praxe alespoň dva roky na jakékoli pracovní pozici v oblasti sociálních služeb nebo zdravotnictví, nebo praxe alespoň jeden rok v managementu u poskytovatele sociálních služeb nebo zdravotní péče.

Informace najdete na www.institutvzdelavani.cz, záložka Certifikovaný manažer.

Kontakt:
institut@apsscr.cz | Tel.: 724 940 126




*Pro účely akreditovaného vzdělávání MPSV ČR je nutná 90% účast.

Tehdy dopadl ještě docela dobře, nestal se obětí monstrprocesu, a dokonce sehnal zaměstnání, směl dělat závodního lékaře v Tatře Smíchov. Prošel ještě několik míst, až se nakonec stal – on, pětáctýřicetiletý major-lékař a šéf-lékař 45. divize mezinárodní brigády – sekundářem ve Vinohradské nemocnici. Všude, kde pracoval, si získal úctu a lásku svých spolupracovníků a důvěru svých pacientů. S neuvěřitelnou energií – to mu už bylo kolem padesáti – se vrhl do studia nových lékařských oborů a specializoval se na revmatologii. V roce 1958, tedy už v období destalinizace, se stal primářem lůžkového oddělení a později i náměstkem ředitele Výzkumného ústavu chorob revmatických. V roce 1960 obhájil kandidátskou disertaci z lékařských věd. V letech 1957–1958 začala i jeho postupná politická rehabilitace.

V roce 1960 přijela do Prahy kubánská vládní delegace. Jeden z jejích členů znal Kriegla ještě ze Španělska a v Praze se s ním sešel. O několik měsíců později MUDr. Kriegel odjel do Havany jako poradce kubánské vlády pro zdravotnictví. Do Prahy se vrátil na začátku roku 1964.

Po návratu do ČSSR kandidoval jako poslanec do Národního shromáždění. Stranické orgány předem upozorňoval, že má vyhraněný názor na úlohu parlamentu a když ho zvolí, bude své názory uplatňovat a prosazovat – a to se i stalo, skutečně se snažil o otevřenou politickou analýzu situace a navrhol změny. V roce 1967 veřejně mluvil o hluboké krizi ve straně a o nutnosti radikální nápravy situace.

Politik má mít i své vlastní povolání

Vedle své politické činnosti pokračoval i v práci lékaře, od roku 1965 byl primářem interního oddělení Thomayerovy nemocnice. Na oddělení docházel prakticky denně, často tam trávil večery a noci, aby dohnal to, co zameškal svou politickou činností. Jeho pracovní výkonnost byla neuvěřitelná. Politika ani medicína mu ale rozhodně nepřinesly žádné materiální zisky – celý život bydlel s manželkou v dvoupokojovém bytě, nevlastnil žádnou nemovitost a do práce jezdil městskou hromadnou dopravou.

V krizi, která v KSČ vyvrcholila počátkem roku 1968, byl Kriegel v dubnu 1968 zvolen členem předsednictva ÚV KSČ a stal se předsedou ústředního výboru Národní fronty ČSSR. Ani tehdy nepřerušil práci v nemocnici. Chtěl tak prakticky ukázat, že být politikem není práce na doživotí, i politik má mít i své vlastní povolání, aby mohl včas odejít.

Po invazi vojsk Varšavské smlouvy v srpnu 1968 byl s dalšími vedoucími československé politiky unesen do Moskvy. Jako jediný člen československé delegace odmítl podepsat Moskevský protokol, který znamenal popření

pražského jara, souhlas s okupací a otevření cesty k „normalizaci“: „Odmítl jsem podepsat Moskevský protokol. Odmítl jsem to proto, že jsem v tomto protokolu viděl dokument, který všestranně svazoval ruce naší republiky. Odmítl jsem jej podepsat proto, že podepsání se dělo v ovzduší vojenského obsazení republiky, bez konzultace s ústavními orgány a v rozporu s citěním lidu této země...“

Sovětská odplata na sebe nenechala dlouho čekat: už 31. srpna 1968 byl odvolán z předsednictva ÚV KSČ. Na podzim 1968 (to už jako řadový poslanec) František Kriegel hlasoval jako jeden z mála proti smlouvě o pobytu sovětských vojsk v ČSSR. V květnu roku 1969 ho definitivně vyloučili z KSČ. V roce 1970 byl zbaven primariátu a nedobrovolně penzionován. Žil dál v Praze – obklopen úctou a láskou přátel a trvalou pozorností policie, která odposlouchávala jeho byt a telefon, zabavovala jeho poštu, tahala ho na výslechy, organizovala zasílání výhrůžných anonymních dopisů a telefonátů a rozšiřovala o něm pomluvy.

Svéráznou eskalací nátlaku bylo přepadení jeho bytu dvěma maskovanými muži, kteří se snažili zardousit jeho ženu Rivu. I ona byla jednou z výjimečných osobností spjatých s pohnutou historií 20. století. Riva pocházela z Běloruska, do Československa přišla za první republiky s prvním manželem. Během nacistické okupace se zapojila do komunistického odboje. V dubnu 1942 ji zatkl gestapo při pátrání po ukrytých vysíláčích, spolu s předákem jejich odbojové skupiny. Tím nebyl nikdo jiný než Julius Fučík. Po válce pak byla jediný žijící svědek Fučíkova zatčení a její svědectví o něm vyznívá zcela jinak, než jak ho popsal sám Fučík v Reportáži psané na oprátce: Fučík totiž měl u sebe zbraň a podle zásad konspirace ji měl použít,

střílet a poslední kulku si nechat pro sebe. Neudělal to... Fučíka nakonec popravili v Berlíně, ona sama přežila válku v Osvětimi, kde zahynul její první manžel a celá její rodina.

Život po Chartě 77


František Kriegel patřil i mezi první signatáře Charty 77 a následky se dostavily velmi rychle: nové výslechy, odebrání řidičského průkazu, hrozba expatriace, odpojení telefonu. Poslední tři léta života strávili Kriegelovi prakticky v domácím vězení, neustále hlídání tajnou policií. Dokonce když doktora Kriegela 18. září 1979 zasáhl těžký infarkt, seděli v sanitce při jeho převozu do nemocnice dva „tajní“. Hlíдали ho i v nemocnici, k překvapení a rozhořčení nemocničního personálu. Zemřel 3. prosince 1979.

Na události po Kriegelově smrti vzpomínal jeho přítel, disident František Janouch: „František Kriegel, nositel nejvyšších státních vyznamenání, který deset let svého života bojoval na různých frontách druhé světové války proti fašismu a který zastával nejvyšší československé státní funkce, byl zpopelněn v neznámou hodinu, snad 6. prosince, snad v motolském krematoriu, bez jakéhokoliv obřadu. Jméno velkého Evropana Františka Kriegla zůstane přesto zapsáno v paměti i v srdcích jeho spoluobčanů a v dějinách naší země. Husákův zákaz Kriegelova pohřbu také: na černé listině skutků, za které se Evropa stydí.“

Přátelům se podařilo urnu uchovat. Počátkem prosince 1989, 11 let po jeho úmrtí a kremaci, byla uložena do hrobu v Motolském krematoriu. Později tam byla pohřbena i jeho žena Riva.

]]
Foto: Česká televize

▼ Inzerce



**Hamzova léčebna
Luže-Košumberk**
VÁŠ REHABILITAČNÍ ÚSTAV

**Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé
přijme
LÉKAŘE (i absolventy)**

Poskytujeme rehabilitační a ošetrovatelskou péči dětským i dospělým pacientům, s kapacitou 505 lůžek jsme jedním z největších rehabilitačních zařízení v ČR. Máme akreditaci I. typu v oboru RFM a certifikát kvality SAK.

Nabízíme:

- plat až 75 000 Kč (absolvent 44 000 Kč), náborový příspěvek až 150 000 Kč
- byt o rozloze 105 m² po rekonstrukci, s vlastní zahradou 800 m²
- 8hodinovou pracovní dobu, možnost zkráceného úvazku
- vhodné i pro absolventy (neuzavíráme kvalifikační dohody)

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004
- vhodné pro lékaře s atestací v mnoha oborech (interna, neurologie, pediatrie, geriatric apod.), vzdělání v oboru RFM umožníme

**Více informací na www.hamzova-lecebna.cz/kariera,
tel. 736 736 030 (náměstek ZP MUDr. Klapalová),
734 750 540 (personální oddělení).**

KZ **Krajská zdravotní, a.s.**

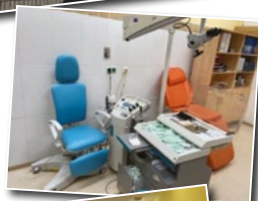
Masarykova nemocnice
v Ústí nad Labem, o.z.



**přijme
lékaře
na Infekční oddělení**

Nabízíme:

- akreditované pracoviště s úplným spektrem činností (dětí i dospělí, JIP, ATB středisko, očkovací centrum, HIV centrum, centrum pro léčbu hepatitid)
- nadstandardní platové podmínky
- náborový příspěvek až 200 000 Kč
- flexibilní úvazek (0,1 – 1,0)
- dobré podmínky pro další vzdělávání financované zaměstnavatelem
- podpora profesního rozvoje (včetně možnosti účasti v doktorském Ph.D. studiu)
- krajská nemocnice s širokým spektrem oborů a specializovanými centry
- moderní a příjemné pracovní prostředí
- dopomoc s bydlením
- 6 týdnů dovolené, zaměstnanecké benefity (příspěvek na penzijní připojištění, 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

prim. MUDr. Pavel Dlouhý
Tel. 477 112 600
e-mail: pavel.dlouhy@kzcr.eu

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

Personální inzerce do časopisu Zdravotnictví a medicína



Zdravotnictví a medicína

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

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 10/2022

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 Jílková, e-mail: diteaja@eezy.cz
Mgr. Lukáš Malý, e-mail: editor@eezy.cz
Mgr. Barbora Vodičková, 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 obálce
Michal Češek

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 24. 10. 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

Inzerce

DIGITALIZACE LABORATOŘÍ 2023



odborná konference

1.–2. 12. 2022, Grandium Hotel Prague, Politických vězňů 913/12 Praha 1

Generální partner



Odborní garanti



Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb



ČESKÁ SPOLEČNOST
KLINICKÉ BIOCHEMIE

Pořadatel



Zveme vás na odbornou dvoudenní konferenci

DIGITALIZACE LABORATOŘÍ 2023

PROGRAM ODBORNÉ KONFERENCE

1. den, čtvrtek 1. 12. 2022

Moderátorka konference: MUDr. Soňa Šuláková

13.00–13.30 **Zahájení konference a budoucnost českého zdravotnictví**
Ing. Milan Blaha, Ph.D.
náměstek ministra pro informační a komunikační technologie MZ ČR
prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.*
senátor, kardiochirurg, emeritní přednosta Kardiocentra a Kliniky kardiiovaskulární chirurgie IKEM
MUDr. Roman Kraus, MBA
senátor, předseda Výboru pro zdravotnictví
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA
předseda Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb

13.30–15.15 BLOK 1

Odborný moderátor:

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA
přednosta I. interní kliniky – kardiologické Fakultní nemocnice Olomouc a Univerzity Palackého v Olomouci,
vedoucí Národního telemedicínského centra Fakultní nemocnice Olomouc

13.30–13.45 **Open Speech**
prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA

13.45–14.00 **Význam klinické laboratoře pro diagnózu**
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA, dr. h. c. mult.

14.00–14.15 **Studie Přípravenost ČR na digitalizaci zdravotnictví cílem je poukázat na problém**
Martin Koníř*

14.15–14.30 **Klinická laboratoř v kontextu digitalizace z pohledu manažera**
doc. MUDr. Ján Dudra, PhD., MPH

14.30–14.45 **Digitalizace sítě nemocnic z pohledu manažera**
MUDr. Jakub Fejfar

14.45–15.15 **Dotazy a diskuse**

15.15–15.50 **Coffee break**

15.50–17.00 BLOK 2

Odborná moderátorka:

MUDr. Soňa Šuláková
vedoucí dětská lékařka, FN Olomouc

15.50–16.00 **Výzvy a benefity digitalizace a telemedicíny v okresní nemocnici**
MUDr. Vít Lorenc

16.00–16.10 **Digitální dvojče: moderní principy simulace procesů**
doc. Ing. Přemysl Šůcha, Ph.D.

16.10–16.20 **IT řešení mezi klinikem a laboratoří, komunikace mezi centrální a satelitní laboratoří**
MUDr. Jan Špička, MBA

16.20–16.30 **Nároky na Centrální laboratoř IKEM**

16.30–17.00 **Dotazy a diskuse**

17.00–18.00 BLOK 3

Kyberbezpečnost

Odborný moderátor:

MUDr. Soňa Šuláková
vedoucí dětská lékařka, FN Olomouc

Martin Koníř*

Jan Pejchal

Ing. Michal Bušek

Ing. Vojtěch Sommer

17.30–18.00 **Dotazy a diskuse**

18.00 **Networking spojený se slavnostním křtem knihy**

2. den, pátek 2. 12. 2022

9.00–12.00 FAKULTATIVNÍ PROGRAM

Návštěva plně automatizovaného provozu laboratoře společnosti **PREVEDIG Medical s.r.o.**, Poznaňská 461/34, Praha 8 – Bohnice (včetně občerstvení)

* v jednání, změny v programu jsou vyhrazeny

Registrace na konferenci: objednavky.eezy.cz/vzdelavani

STOTZ

WideView



AGEL

PARTNER VAŠEHO ZDRAVÍ

Skupinu AGEL tvoří kromě nemocnic a poliklinik také síť lékáren, odběrových míst laboratoří a další nejen zdravotnická zařízení.



14 NEMOCNIC
v České republice
+
13 NEMOCNIC
na Slovensku

9 POLIKLINIK
AGEL
29 LÉKÁREN

VÍCE NEŽ
14 000
ZAMĚSTNANCŮ
VE SPOLEČNOSTECH
SKUPINY AGEL

VÍCE NEŽ
13 500
MIMINEK
NAROZENÝCH
V ROCE 2021

ZDRAVOTNICKÉ
ŠKOLY AGEL
VZDĚLÁVÁJÍ BUDOUCÍ
ZDRAVOTNÍKY
V OSTRAVĚ,
ČESKÉM TĚŠÍNĚ
A PŘEROVĚ

NADACE AGEL
PODPOŘILA VÍCE NEŽ
1 430
ŽADATELŮ
ČÁSTKOU PŘESAHUJÍCÍ
37 MILIONŮ KORUN



www.agel.cz