

# ZAM Zdravotnictví a medicína

■ MĚSÍČNÍK PRO LÉKAŘE, FARMACEUTY A ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ

**11**  
**2022**

## Rozhovor s ředitelkou SÚKL Irenou Storovou

str. 8

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

TELEMEDICÍNSKÁ APLIKACE

## MEDDI MD

moderní doplněk péče o zdraví



Vyzkoušejte MEDDI a vstupte  
s námi do světa telemedicíny



více informací naleznete  
na [www.meddi.com](http://www.meddi.com)

# Představujeme...

Petr Čáp, Ondřej Rybníček a kol.

## Alergologie do kapsy

2. přepracované a doplněné vydání



Monografie našich předních specialistů v oboru AKI podává stručnou a přehlednou formou podstatné a potřebné informace o diagnostice a léčbě alergických a imunologických onemocnění. Zařazeny jsou alergie respirační a kožní, dle etiologie alergie potravinové i lékové, nechybí rhinokonjunktivitida a astma. Zvláštní pozornost je věnována anafylaxi, tedy život ohrožujícím stavům, urtikám a angioedémům. Podle posledních poznatků a doporučených postupů je zpracována problematika alergenové imunoterapie, čtenář jistě ocení i praktické informace o pylové informační službě, zmíněna je též komplementární role herbální medicíny. Závěrem autoři komentují nejčastější chyby a omyly v dané oblasti, nabídnou užitečné webové adresy a statistické údaje v aktuálních číslech.

Všechny texty v tomto novém vydání knihy byly aktualizovány a doplněny o nejnovější poznatky v oboru.

**Cena 399 Kč**

**Vyšlo v říjnu 2022**



**Objednávejte na [www.eezy.cz](http://www.eezy.cz)**

EEZY Publishing, s.r.o.

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

## Rozmohl se nám tu takový etický nešvar

Asi si už všichni zvykli, že ve svých editorialech reaguji na aktuální dění kolem sebe. V tomto duchu bych měla začít psát o tom, že za sebou úspěšně máme svátek svatého Martina a že Martina mám i doma, a tak jsme slavili. Nebo bych měla rozebírat mistrovství světa ve fotbale, které právě běží v Kataru. Omyl! Dnes začnu jinak, vlastně bych si mohla vypůjčit frázi z filmu Pelíšky: Rozmohl se nám tu takový nešvar...

Už před časem jsem zaregistrovala, že moderátor ve svém pořadu hosta-lékaře oslovoval křestním jménem, přestože nebyli prokazatelně blízcí přátelé a vykali si. Byla jsem tím překvapená a moc se mi to nelíbilo. Před pár týdny mi kamarád, významný český lékař, poslal odkaz na svůj rozhovor, který vyšel na ne příliš významném webu. Odkaz jsem rozklikla a zůstala v němém úžasu. První otázka rozhovoru začala křestním jménem, dál pokračovalo vykání.

Mezi lékaři mám mnoho přátel, kamarádů i kamarádů velmi blízkých a se všemi z nich v průběhu času dělám rozhovory. Nikdy by mě však nenapadlo je během rozhovoru oslovovat jménem, přestože si s nimi řadu let tykám, chodíme spolu na kafe, víno či večere. Vždy je oslovuji titulem, mám pocit, že to patří i k jakési novinářské etice, navíc nikoho ze čtenářů nezajímá můj vztah s dotyčným, ale to, co dotyčný odborník říká. Dnešní editorial tak není komentář toho, že venku napadl první sních a v lese mi pod nohama křupal ledový škraloup na loužích, ale je příslibem, že v časopise Zdra-

votnictví a medicína nikdy k takovému etickému přešlapu nedojde. Alespoň po dobu, co budu rozhovory s lékaři dělat já. To skutečně mohu slíbit.

Když už jsem došla k bodu rozhovoru, tak představím aktuální číslo časopisu. První rozhovor mi poskytl urolog, sexuolog a androlog MUDr. Marek Broul, Ph.D., primář Sexuologického oddělení Krajské zdravotní. Kromě jiného jsme si povídali o možnostech vaskektomie.

Velký rozhovor mi poskytla paní ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv Mgr. Irena Storová a při přípravě na naše povídání jsem narazila na jednu zajímavou informaci týkající se této dámy. Paní ředitelka se díky svému postavení dostala do první dvacítky nejvlivnějších žen České republiky žebříčku časopisu Forbes. To jsem nevěděla.

V čísle najdete i podrobné kongresové zpravodajství z druhého dne konference Zdravotnictví 2023 a z odborných textů mohu doporučit třeba článek rozebírající roli nákazy lidskými papilomaviry v ORL.

Pokud bych chtěla vyzdvihnout ještě některý z dalších textů, tak bych doporučila materiál kolegyně Jany Jílkové, která se zaměřila na historii stříkačky. Cesta, kterou stříkačka s jehlou musela projít, než došla do dnešní podoby, je hodně zajímavá a má dlouhou historii.

Úvod editoriale byl pro mne netypický, tak tradici zachovám alespoň v závěru. Hledala jsem na internetu pranostiky týkající se měsíce listopadu a našla jsem tyto: Když ješ-



tě v listopadu hřmívá, úrodný rok nato bývá. Přemýšlela jsem, kdy byla letos naposledy bouřka, a přiznám se, že jsem si nevzpomněla. Tak to už asi bude pár měsíců zpět.

Další pranostika praví následující: Jestliže sních listopadový dlouho zůstane, více než hnůj polím prospěje. Sních, co na pole v listopadu napadl, bohužel roztál během dvou dní. Tak zbývá jediné, musíme se těšit a doufat, že nebyl poslední a že ten další bude pole zdobit hodně dlouho.

Všem našim příznivcům přeji krásné čtení aktuálního vydání měsíčníku Zdravotnictví a medicína!

*Petra Kátleová*

šéfredaktorka

### OBSAH



Zdravotnictví a medicína

#### OBSAH

##### ZDRAVOTNICTVÍ

■ Editorial	1
■ Oblast sexuologie a s ní související obory jsou pro mnohé muže ještě tabu	2
■ Nadměrný hluk v nemocnicích ovlivňuje rekonvalescenci pacientů	6

■ Tisíce Čechů vládnou superschopností – kvůli vyššímu bilirubinu v krvi	6
■ IKEM rozšířil autologní transplantace Langerhansových ostrůvků	7
■ Rozhovor s ředitelkou SÚKL Irenou Storovou	8
■ Voda základ života – pitný režim těhotných a kojících žen	13
■ Nová legislativa pro léčivé přípravky na vzácná onemocnění	14
■ Zprávy z regionů	16

##### MEDICÍNA

■ Odborná konference Zdravotnictví 2023 – den druhý	19
■ Digitalizace zdravotnictví v Česku pokulhává, premiantem je Dánsko	28
■ Role HPV infekce v oblasti hlavy a krku	30
■ Nemocnice Na Homolce spustila provoz laboratorní linky DxA 5000	32
■ Jen šest procent Čechů řeší psychické problémy s odborníky	34
■ Po první injekci pacient lživě upadl do mdlob	37
■ Nabídka práce	39

# Oblast sexuologie a s ní související obory jsou pro mnohé muže ještě tabu

*Odborníky v oboru se stydí muži vyhledat, přestože pro mnoho problémů má moderní věda řešení. „Ženy mají gynekologa, který řeší jejich potíže, muži mají androloga či urologa,“ říká urolog, sexuolog a androlog MUDr. Marek Broul, Ph.D., primář Sexuologického oddělení Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.*

**Jaké jsou nejčastější potíže, se kterými se u vás v ordinaci setkáváte?**

Naše oddělení poskytuje komplexní sexuologickou péči. Řeší tedy jak mužské, tak ženské sexuální dysfunkce, ale i partnerský nesoulad a poruchy plodnosti. Vyšetřujeme pacienty s diagnózami, jako je parafilie a deviace, transsexualita. Řešíme soudně nařízené ochranné ambulantní sexuologické léčby. Dále je u nás možné provést vyšetření spermioqramu a ejakulátu na kultivační vyšetření a i falopletysmografické a vulvopletysmografické vyšetření.

Nejčastěji přicházejí muži se svými sexuálními dysfunkcemi. Asi největší procento jejich potíží tvoří potíže s erekcí a ztráta libida. Neznamena to však, že by ženy sexuologa nenavštěvovaly. Chodí jich sice méně, ale léčba jejich poruch je komplikovanější a časově delší. Na našem oddělení máme dva sexuology muže a jednu ženu. Ženské sexuální dysfunkce ženy raději řeší s naší sexuoložkou. Myslím, že je dobré, že si mohou vybrat, jestli se o ně bude starat muž nebo žena.

**Jste urolog, sexuolog a věnujete se andrologii... Kde se obory vzájemně překrývají?**

Andrologie je relativně mladým interdisciplinárním oborem medicíny, který se postupně vymezil z urologie. Její název je odvozen od řeckého „andros“ = muž. Zabývá se fyziologií a patologií mužských reprodukčních funkcí. Primárně se vyvíjela s klinickým zaměřením hlavně na diagnostiku a terapii poruch mužské plodnosti. V některých částech světa je proto úzce napojena na centra *in vitro* fertilizace a asistované reprodukce. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se andrologie má zabývat veškerými aspekty mužského reprodukčního zdraví. Definice andrologie ve znění Mezinárodní andrologické společnosti (ISA – International society of andrology) zní: „Andrologie je definována jako odvětví vědy a medicíny zabývající se mužskými



(samčím) reprodukčními orgány u člověka i u zvířat a jejich onemocněními.“ V této definici jsou zahrnuta všechna příbuzná odvětví vědy.

Androlog se tedy ve své praxi zabývá mužskými reprodukčními funkcemi. Je to vlastně takový pánský gynekolog. Kromě reprodukčních problémů se andrologie zabývá problémy sexuálních funkcí, jako jsou poruchy erekce, poruchy ejakulace, poruchy orgasmu, a dalšími problémy v oblasti penisu, varlat a prostaty.

**Zmínil jste erektilní dysfunkce, jak moc ochotně si muži přiznávají, že mají problém? To, že dorazí do ordinace, je jejich aktivita nebo spíše aktivita manželek?**

Je to samozřejmě různé. Jsou muži, kteří přijdou do ordinace sami, tajně, aby part-

nerka nevěděla, že chtějí své potíže řešit. Buď to jsou muži ve středním věku, kteří cítí, že mají problém a chtějí ho vyřešit dříve, než si toho partnerka všimne. Nebo to jsou muži, kteří si našli novou partnerku a úplně si nevěří, zda jsou ještě schopni kvalitního pohlavního styku. Dále to jsou i mladí muži, kteří teprve s pohlavním životem začínají. Pokud na začátku vztahu několikrát selžou, erekce se pak dostavuje těžko. Jedná se o takzvanou psychogenní erektilní dysfunkci.

Někdy naopak pacienta do ordinace doporučí či sama objedná jejich partnerka. Výhodou naší sexuologie je, že na první vyšetření mohou přijít oba najednou. Na další kontroly si pak již můžeme jednotlivé partnery pozvat odděleně. Záleží, jak komu co vyhovuje.

### Jaké jsou dnes možnosti řešení?

Nejprve je potřeba důkladná diagnostika. Je potřeba odhalit příčinu erektilní dysfunkce. Zda se jedná o psychogenní či o organickou poruchu. Někdy jde o kombinovanou poruchu. Ta většinou začíná jako organická, například při nějaké banální nemoci. Pokud muž onemocní, do styků se mu moc nechce a i erekce není tak kvalitní jako dříve. Pokud mu to začne partnerka vyčítat, tak i když původní nemoc pomine, muž začne o své erekci pochybovat a z původně organické dysfunkce se stane psychogenní. Někdy je opravdu těžké přijít na to, co bylo vyvolávající příčinou a co je důsledkem.

### Jak častá je předčasná ejakulace a jaké věkové skupiny se týká nejčastěji?

Předčasná ejakulace je stav, kdy dochází k ejakulaci dříve, než by muž chtěl. Někdy již před imisí penisu do pochvy, ejaculatio ante portas, jindy při zavádění pohlavního údu do pochvy anebo po několika kopulačních pohybech. Aby tato dysfunkce byla plně vyjádřena, musí k ejakulaci docházet při častých stycích, alespoň několikrát týdně nebo denně, a při pohlavních stycích opakovaných. Nejvíce těchto mužů přichází k sexuologickému vyšetření ve věku mladém, do 30 let. Podle MKN-10 je předčasná ejakulace definována jako „neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohl dojít k uspokojení z pohlavního styku.

K ejakulaci dochází před začátkem soulože nebo do 15 vteřin po začátku“. Někdy je jako porucha uváděn čas IELT (intra-vaginal ejaculation latency time) do dvou minut. Důležité je to, co MKN-10 uvádí v popisu, a sice že „problém není následkem dlouhodobého chybění sexuální aktivity“.

Většinou jde o primární záležitost. Stav kolísá podle toho, jak se daří realizovat pohlavní styky. Některé partnerky jsou tolerantní a krátké styky jim nevadí. Spokojí se s nekoitálními styky jako hlavním zdrojem svého sexuálního uspokojení. Jsou však ženy s vysokou úrovní očekávání, které dovedou muže s předčasnou ejakulací stresovat. Nejtypičtější je situace, při které muž má překotnou ejakulaci hlavně proto, že nesouloží pravidelně. Žena pak nesvolí k častějšímu styku, protože ten je tak krátký, že „to nestojí za to“. A začarovaný kruh se uzavírá ...

Někdy předčasnou ejakulaci začnou řešit muži až ve středním či starším věku. To bývá v případech, kdy vymění jednu partnerku za druhou. A zatímco původní partnerka jejich poruchu neřešila, té nové to vadí.

### A řešení je jaké?

Organické příčiny, jako je zánět pohlavního ústrojí, krátká uzdička apod., léčí vždy odborný lékař – androlog, urolog či sexuolog, který postiženého muže vyšetří a naplánuje odpovídající terapii. Někdy je

potřeba i chirurgický zákrok a provedení takzvané frenuloplastiky – tedy plastické operace k úpravě krátké uzdičky (frenulum breve).

Léčba předčasné ejakulace může být někdy svízelná, jindy naopak stačí prosté opatření – co nejčastější pohlavní styk. Pokud jsou totiž intervaly mezi jednotlivými styky delší, dochází k nahromadění sexuální energie a styk potom probíhá o to překotněji. Postižený muž se začne této nepříjemné situaci vyhýbat nebo její začne partnerka odmítat, protože zůstává opakovaně neuspokojena, interval mezi pohlavními styky se tak prodlužuje a bludný kruh se uzavírá.

Další možností je technika „přecvičení“ ejakulačního reflexu. Spočívá v opakovaném dráždění penisu až ke hranici blížící se ejakulace a v přerušení tohoto dráždění, dokud příznaky neodezní. Teprve po několika opakováních tohoto cyklu se nechá ejakulace proběhnout. Nemí-li partnerka ochotná se tohoto náviku zúčastnit, může její muž provadět i sám. Zastavit blížící se ejakulaci lze stisknutím žaludu penisu dvěma prsty proti sobě v předozadním směru. Tento stisk musí být dostatečně silný, aby byl účinný, nesmí však být bolestivý. Méně účinnou variantou je zpomalení či krátkodobé přerušení pohybů při styku.

Farmakologické metody místního snížení dráždivosti spočívají v aplikaci gelu či spreje s obsahem znečistlivých látek. Tyto léky se nanášejí na nejcitlivější místa 5–10 minut před stykem v takovém množství, aby snížily citlivost nervových zakončení v potřebném rozsahu. Vhodné je tuto metodu kombinovat k nasazením kondomu.

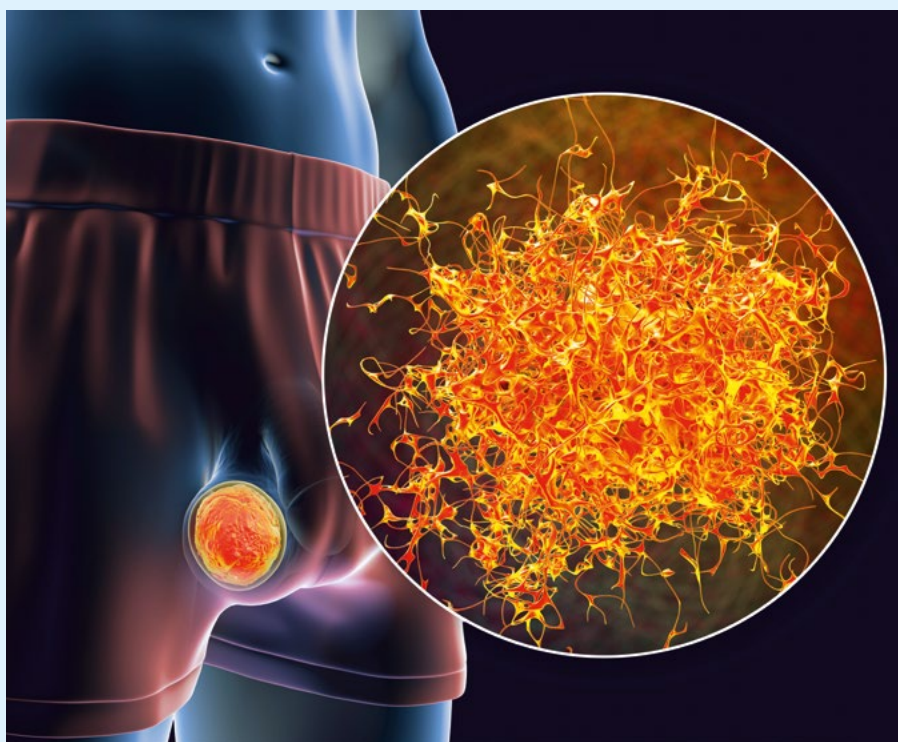
Snížení dráždivosti ejakulačního centra v mozku lze dosáhnout léky ve formě tablet, které se užívají buď pravidelně, nebo jednorázově v určitém intervalu před stykem.

### Adrologie řeší i problémy s plodností, co všechno umíte mužům nabídnout?

Na našem pracovišti provádíme spermio-logické vyšetření. Na ně se muži mohou objednat úplně sami, pokud mají pochybnosti o své plodnosti. Nebo k nám muže doporučují gynekologové, pokud vyšetřují partnerku neplodného páru a vyloučí gynekologickou příčinu neplodnosti.

Po vyšetření spermio-gramu přijdou muži na prohlídku k lékaři. Pokud jsou plodní a spermio-gram neprokáže žádnou patologii, již další vyšetření většinou nutné není. Pokud ale nějaký patologický





Ilustrační foto: 123rf.com

spermiogram prokážeme, následuje kompletní andrologické dovyšetření muže včetně ultrazvuku zevního genitálu a varlat. Dále je nutné i dovyšetření hormonálního profilu muže včetně testosteronu a dalších androgenů. Někdy je potřeba i genetického vyšetření.

Řešíme i poúrazové a pooperační stavy spojené s reprodukcí, i pro ně jsou řešení. Pokud mladí muži z nějakého důvodu přijdou o varle – ať již z důvodu nádoru či úrazu – je vhodné provést kryoprezervaci – tedy zamražení ejakulátu ve spermobance.

#### Jaké šance na rodičovství mají muži po onkologické léčbě pohlavních orgánů?

Pokud mladí muži přijdou jen o jedno varle a druhé jim zůstane, šanci na to, že budou mít své vlastní děti, určitě mají. Pokud se ve spermiogramu najde alespoň jedna živá spermie, lze oplodnění provést pomocí metod umělého oplodnění. Všechny pacienty po orchiektomii – tedy po odstranění varlete ať již z důvodu zánětu, úrazu či nádoru – upozorňujeme, že je vhodné nechat si sperma zamrazit.

#### V dnešní době mají muži v rámci antikoncepčních metod možnost vasktomie, jaké jsou její výhody a nevýhody, komu byste ji doporučil a komu ne?

Vasktomie, tedy přerušení chámovodů, je vynikající metoda antikoncepce pro muže. Provádíme jí v rámci jednodenní chirurgie ambulantně v místním umrtvení. Je vhodná pro všechny muže, kteří

se rozhodli již další děti nemít. Je to metoda většinou definitivní. I když existují postupy, jak přerušené chámovody opět zprůchodnit, ve velké míře končí tyto pokusy neúspěšně. Opět tedy všem mužům, kteří k tomuto výkonu přicházejí, doporučujeme nechat si sperma zamrazit. Výkon to je jednoduchý a velice efektivní. Žádné velké nevýhody nemá. Jako každý chirurgický výkon může mít komplikace typu zánětu nebo pooperačního krvácení, ale jejich riziko je zcela minimální.

#### Pokud muž projeví zájem o tento výkon, jaký je postup?

Nejprve je potřeba podat písemnou žádost. Většinou stačí e-mail, který potom vkládáme do zdravotnické dokumentace. Při indikační návštěvě poté pacient ještě podepisuje informovaný souhlas. Mezi podpisem informovaného souhlasu a samotným výkonem musí uběhnout minimálně 21 dní. Je to taková pojistka, kdyby se pacient přeci jenom rozmyslel. V den výkonu pacient informovaný souhlas podepíše podruhé. Výkon se provádí ambulantně v místním umrtvení. Po jeho provedení pacienta ještě asi půl hodiny pohlídáme, zda nedochází k rozvoji komplikací, a pokud ne, odchází domů. Stehy na kůži dáváme vstřebávací, takže ani na vyndání stehů již pacient nemusí chodit. Po výkonu je potřeba ještě provést dva spermiogramy, které musí potvrdit, že žádná živá spermie již v ejakulátu není. Do té doby je potřeba, aby pohlavní styky byly nadále chráněné či s jinou antikoncepcí.

cepcí. Ještě je třeba připomenout, že vasktomie není hrazena z veřejného zdravotnictví a pacient si zákrok platí sám. Na našem oddělení výkon stojí 8000 Kč.

#### Bavili jsme se zde o několika diskrétních problémech mužů, jaká je pro běžného pacienta cesta k jejich řešení a jakou roli může sehrát praktický lékař?

Role praktického lékaře je nezastupitelná. I když se pacienti mohou k sexuologickému vyšetření objednat sami a doporučení praktického lékaře nutné není, ne všichni seberou hned odvalu a objednájí se na sexuologii. Praktický lékař určitě může stanovit diagnózu a léčbu nasadit. Pokud léčba nezabere nebo s ní není pacient spokojen, je jistě vhodné doporučení dovyšetření na specializovaném pracovišti. To, co je jistě vhodné v ordinacích praktických lékařů udělat, je odběr prostatického antigenu PSA a hladiny testosteronu. Tyto odběry by se měly dělat u poučených mužů, kteří se o své „mužské zdraví“ zajímají. Pravidelné preventivní vyšetření a stanovení PSA není, ale Česká i Evropská urologická společnost doporučuje PSA odebrat ve 40 letech, ve 45 letech a poté od 50 let jedenkrát ročně. Pokud je hladina PSA vyšší, určitě je potřeba pacienta odeslat k urologickému vyšetření.

#### Čemu by měli věnovat pozornost praktičtí lékaři během preventivních prohlídek?

Určitě by měla u vyšetření u praktického lékaře proběhnout i otázka na sexuální zdraví. Někdy se pacienti stydí zeptat a položit otázku jako první. Předpokládají, že se jich lékař zeptá sám. A naopak, lékaři se obávají otázku položit. Myslí, že pokud pacient má tyto potíže, zeptá se první. Myslím, že obavy nejsou na místě a lékař by se měl zeptat, pokud o tom pacient nezačne mluvit sám.

#### Pokud bychom se bavili obecně, jaké je povědomí u široké laické veřejnosti o zmíněných potížích? Jak na tom jsme s osvětou, co by třeba pomohlo?

Myslím, že Česká republika je na tom v rámci prevence i osvěty velice dobře. Zdravotní péče je výborná a kdekdo by nám ji mohl závidět. Jediné, co mě napadá, je zvýšit povědomí o vasktomii. Mužů, kteří tento zákrok podstoupí, je ve srovnání s Evropou či USA velice málo. V Česku je stále ještě mnohonásobně více párů, kde antikoncepci řeší žena.

Petra Hátlová

Foto: archiv Marka Broula



## PORADNA

Všeobecné zdravotní  
pojišťovny ČR

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

# Informujte své pacienty o možnosti očkování proti chřipce

Chřipka každoročně postihuje statisíce lidí a má průměrně každý rok na svědomí 1 500 životů. Nejúčinnější ochranou je vakcína, Česko se ale dlouhodobě potýká s velmi nízkou proočkovaností. Virus chřipky se u nás vyskytuje v zimních měsících, a proto je vhodné očkovat na podzim, před začátkem chřipkové sezóny. V této Poradně se dočtete, kdo má nárok na úhradu tohoto očkování z veřejného zdravotního pojištění a kde najít potřebné informace.

### Kdo má nárok na očkování

Očkování proti chřipce je nepovinné, ale prioritně by je měli podstoupit všichni pojištěnci nad 65 let, kteří mají plně hrazenou jak aplikaci, tak i vakcínu.

Podle zákona č. 48/1997 Sb., (dle § 30 odst. 2, písm. b), bod 4) je dále hrazena vakcína do výše nejméně ekonomicky náročné varianty těmto skupinám pojištěnců:

- zdravotnickým pracovníkům a jiným odborným pracovníkům ve zdravotnictví,
- pojištěncům, kteří trpí závažným chronickým farmakologicky řešeným onemocněním srdce a cév nebo dýchacích cest nebo ledvin nebo diabetem,
- umístěným ve zdravotnických zařízeních poskytovatele dlouhodobé lůžkové péče nebo v domovech pro seniory anebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech se zvláštním režimem,

a podle zákona č. 48/1997 Sb., (dle § 30 odst. 2, písm. b), bod 6) také rizikovým pojištěncům

- s porušenou nebo zániklou funkcí sleziny nebo pojištěnců s indikovanou nebo provedenou splenektomií,
- s provedenou autogenní nebo allogenní transplantací kmenových hemopoetických buněk,
- se závažnými primárními nebo sekundárními imunodeficity, které vyžadují dispenzarizaci na specializovaném pracovišti,
- po prodělané invazivní meningokokové nebo invazivní pneumokokové infekci.



*Bc. Radoslava Jandová  
referentka Odboru úhrad  
zdravotní péče*

Aplikace očkovací látky je všem výše uvedeným skupinám pojištěnců hrazena plně.

V sezóně 2022–2023 jsou k dispozici čtyřvalentní vakcíny, přičemž plně hrazené (částkou do 327,71 Kč) jsou vakcíny: INFLUVAC TETRA a VAXIGRIP TETRA. Dále je k dispozici vakcína EFLUELDA, kde je ale ze strany pojištěnce nutný doplatek.

Od roku 2021 je k dispozici také vakcína FLUENZ TETRA, určená pro děti od 2 do 18 let, na kterou je rovněž ze strany pojištěnce doplatek.

Pokud pacienti nepatří do výše uvedených skupin, a tedy nemají plně či částečně hrazené očkování proti chřipce, mohou získat jako pojištěnci VZP příspěvek z fondu prevence ve výši 200 Kč. V daném kalendářním roce je třeba o příspěvek

zažádat do 15. 12., a to online, poštou anebo osobně na pobočce ([www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky](http://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky)).

### Obecné informace

Všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost by měli svým pacientům hrazené očkování nabídnout a být dle poptávky svých pacientů vakcínou zásobeni. Ve výše uvedených případech jsou očkovací látka i její aplikace hrazeny pojišťovnou přímo lékaři, který očkování provádí (nikoliv např. lékárně či pacientům). Pokud je vakcína poskytovateli hrazena do výše ekonomicky nejméně náročné varianty a klient si vybere vakcínu jinou než ekonomicky nejméně náročnou, musí si uhradit rozdíl v ceně. Tento doplatek hradí lékař (poskyvatel), který očkování provede.

Poskyvatel při vykazování očkování postupuje v souladu s Metodickým postupem k vykazování očkování, který je aktualizován v návaznosti na změny v legislativě a je zpracováván ve spolupráci se zástupci všech zdravotních pojišťoven, profesních sdružení poskytovatelů a odborných společností. Tento postup najdou poskyvatelé na stránkách VZP: [www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani](http://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani).

VZP se zapojila do kampaně na podporu očkování proti chřipce, která míří na širokou veřejnost. Kampaň běží až do konce listopadu na internetu, v rádiu, a také v ordinacích praktických lékařů a diabetologů, kde jsou k dispozici letáčky pro pacienty a plakáty v čekárnách. V rámci kampaně byla vytvořena speciální webová stránka [www.ockovani-chripka.cz](http://www.ockovani-chripka.cz).

# Nadměrný hluk v nemocnicích ovlivňuje rekonvalescenci pacientů

*Odpradávná se říká, že ticho léčí. Paradoxně ve zdravotnických zařízeních ticho velmi často nepanuje. Například v nemocnicích se za uplynulých 40 let zvýšila průměrná úroveň hluku o 27 procent na 70 dB. Přitom Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje pro zotavování maximální míru hluku na úrovni 35 dB. Zásadní dopady má hluk ovšem i na výkon zdravotnického personálu, obzvláště na operačních sálech. Naštěstí v některých tuzemských nemocnicích se na akustiku zvýšený důraz klade.*

Podle vědeckých studií hluk zvyšuje u pacientů hladinu stresu, ruší jejich spánek a zpomaluje tak proces zotavování. Nejohroženější jsou pacienti na odděleních intenzivní péče, těsně po operaci a předčasně narození novorozenci. Hluk v nemocnicích pochází zejména z lékařských přístrojů, alarmů a mluveného slova. „Zdravotnická zařízení kladou velký důraz na hygienu. Proto se při jejich budování používají převážně tvrdé materiály, jako je kov či keramická dlažba. V takto koncipovaných prostorách ale hluk nemá být čím pohlcen, odráží se od tvrdých povrchů a šíří se nežádoucím způsobem,“ vysvětluje Iveta Králová ze společnosti Ecophon, která se zabývá akustickými systémy na absorpci hluku.

## Akustika sníží opakovaně hospitalizace o 50 procent

Nevyhovující prostorová akustika má na rekonvalescenci pacientů konkrétní a měřitelné dopady. Podle studie provedené na stovce pacientů s bolestmi hrudníku ve Švédsku potřebovalo po uplynutí tří měsíců

opakovanou hospitalizaci o 56 procent méně pacientů než těch, kteří se zotavovali v nevyhovujícím zvukovém prostředí. Navíc u pacientů, kteří měli problém s krevním tlakem, došlo k jeho poklesu až o 24 procent.

Méně hluku však nepomáhá pouze pacientům, ale i zdravotnickému personálu. Například akustická studie z nemocnice v dánském Hvidovre potvrdila pokles rizika lékařských pochybení po zlepšení akustických podmínek. „Během ortopedických operací se může úroveň hluku vyšplhat až k 110 dB. Pro srovnání – takový hluk vyprodukuje sbíječka. Tak hlasité prostředí nejen škodí sluchu, ale i výrazně zhoršuje komunikaci zdravotnického týmu na sále,“ objasňuje Králová.

## Nemocnice s top akustikou? V Sokolově nebo Vrchlabí

Na prostorovou akustiku se začíná klást zvýšený důraz i v tuzemsku. „Akustické úpravy jsme zatím provedli ve třech našich nemocnicích, konkrétně v Sokolově, Vrchlabí a Roudnici nad Labem. Všude jsme

kladli důraz na zlepšení podmínek nejen pro naše pacienty, ale i pro personál,“ říká Daniel Lemer, marketingový ředitel PENTA HOSPITALS, a pokračuje: „V Nemocnici Sokolov jsme zdokonalili akustiku v prostorech přiléhajících k centrálním operačním sálům, například v dospávacích pokojích, a ve Vrchlabí došlo ke kompletní rekonstrukci oddělení ortopedie, ambulantního traktu a recepce. V Roudnici jsme zase při rekonstrukci oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče chtěli zlepšit akustické podmínky pro dlouhodobě nemocné a vytvořit jim optimální podmínky pro rekonvalescenci.“

Investice do prostorové akustiky přináší zdravotnickým zařízením ještě jeden zásadní benefit – jednodušší hygienickou údržbu. „Obzvláště v aseptických provozech je nutné provádět pravidelnou dezinfekci stěn včetně stropů. Po rekonstrukci a montáži akustických panelů máme podhledy všude pevně zafixované, což výrazně usnadnilo i urychlilo pravidelnou údržbu,“ vysvětluje Lemer.

(red)

# Tisíce Čechů vládnou superschopností – díky vyššímu bilirubinu v krvi

*Lepší imunita, nižší riziko rozvoje cukrovky, rakoviny, nemoci srdce, dokonce některých autoimunitních onemocnění nebo také menší pravděpodobnost nadváhy či obezity – to jsou některé ze „superschopností“, kterými jsou obdařeni lidé s tzv. Gilbertovým syndromem. Nedávná česká studie odhalila, že mezi elitními sportovci je jeho výskyt v porovnání s běžnou populací více než dvojnásobný.*

Gilbertův syndrom je porucha, pro kterou jsou typické vysoké hodnoty bilirubinu – žlučového barviva – v krvi. Nemoc se projevuje občasným zežloutnutím očního bělma nebo kůže. Není však nijak nebezpečná a nevyžaduje léčbu. První projevy

většinou přicházejí ve věku 15–30 let. Častěji se objevují u chlapců. Podle posledních statistik žije v České republice s touto poruchou metabolismu bilirubinu 12,6 % mužů a 6,7 % žen. Jak ukázala studie českých expertů publikovaná v časopise Sport Medi-

cine, vysoký podíl lidí s Gilbertovým syndromem je mezi elitními sportovci. „Do výzkumu se zapojilo celkem 536 vrcholových sportovců s různým zaměřením – od atletiky, juda, plavání, biatlonu a lyžování až po basketbal nebo volejbal. Mezi nimi



bylo 13,3 % žen s Gilbertovým syndromem a celkem 27,7 % mužů se stejnou diagnózou. Zjistili jsme, že ve srovnání s běžnou českou populací mají sportovci obecně vyšší hodnoty sérového bilirubinu,“ popisuje jeden z autorů a zároveň vedoucí Hepatologické laboratoře Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy prof. MUDr. Libor Vítek, Ph.D.

## Méně autoimunitních lupénky i Crohnovy nemoci

Jedním z důvodů, proč je s Gilbertovým syndromem spojeno tolik zdravotních výhod, je funkce bilirubinu coby velmi silného antioxidantu – je přibližně 30krát účinnější než vitamin E. Lidé s touto poruchou mají hodnoty bilirubinu až 5krát vyšší než ostatní, a mají tak podstatně větší antioxidantní

kapacitu. „Antioxidanty jsou pro lidský organismus velmi žádoucí, chrání nás před oxidačním stresem, který je příčinou řady civilizačních a chronických onemocnění, jako je například ateroskleróza nebo některá srdeční onemocnění. Nejde však o jediný faktor, který ovlivňuje rozvoj těchto chorob. Ani lidem s Gilbertovým syndromem se proto tyto nemoci úplně nevyhýbají,“ upozorňuje prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., předseda České kardiologické společnosti.

Kromě antioxidantní funkce má bilirubin také výrazné imunosupresivní a protizánětlivé účinky. Lidé s Gilbertovým syndromem proto méně často postihují některá autoimunitní onemocnění, jako je roztroušená skleróza, lupénka nebo Crohnova nemoc. „Podle studií existuje také negativní vztah mezi hodnotou bilirubinu a některými nádory. Asi nejvíc patrné je to u kolorektálního karcinomu. Jedinci s Gilbertovým

syndromem mají 4krát nižší riziko, že tímto typem rakoviny onemocní. Podobná data máme také pro karcinom plic,“ doplňuje prof. Vítek.

## Pozor na cirhózu jater

Lékaři upozorňují, že zvýšené hodnoty bilirubinu je třeba vždy sledovat v souvislostech. Mohou totiž signalizovat autoimunitní onemocnění jater, žloutenku, hemolytickou anemii nebo například cirhózu jater. Pokud má tedy pacient zvýšený bilirubin, je vždy namístě provést také jaterní testy. Ani Gilbertův syndrom není spojen jen se samými pozitivy. Lidé s touto poruchou trpí častěji na žlučové kameny a nefungují u nich správně některé léčivé přípravky, jež se používají při léčbě kolorektálního karcinomu nebo AIDS.

(htl)

# IKEM rozšířil autologní transplantace Langerhansových ostrůvků

*IKEM rozšířil program autologní transplantace Langerhansových ostrůvků do celé České republiky a poprvé s ní překročil i hranice státu. Pacienti, kterým způsobuje potíže jejich vlastní slinivka, se mohou léčit v nemocnici přímo ve svém regionu, do IKEM putuje jen slinivka. Lékaři v institutu pak s izolovanými ostrůvky míří za pacientem. V posledním případě poslali lékaři ze Slovenska slinivku do Prahy, načež z ní místní tým získal ostrůvky a převezl je zpět, kde je aplikoval. Pro Slovensko to byla vůbec první transplantace Langerhansových ostrůvků v historii.*

Transplantaci ostrůvků lze provést u lidí, kteří zatím nemají diabetes a kterým například kvůli zánětu, některým nádorům nebo jiným komplikacím musejí lékaři odstranit slinivku břišní. Ta je přitom životně důležitá – kromě výroby trávicích šťáv má na starosti produkci inzulínu a glukagonu, hormonů, které jsou zodpovědné za udržování hladiny cukru v krvi. V takovém případě mluvíme o autologní transplantaci, kdy pacientovi vracíme zpět jeho vlastní ostrůvky s cílem zabránit vzniku diabetu. „Autologní transplantace není vhodná pro všechny pacienty, nabízíme ji lidem, kteří jsou bez diabetu a bude u nich nutné odstranit slinivku břišní třeba pro zánět nebo nádor. Langerhansovy ostrůvky získáváme z pacientovy vlastní slinivky pomocí složitých laboratorních metod. Při nich se slinivka očistí a velmi laicky řečeno rozmixuje. Ze získané směsi tkáně se posléze centrifugou oddělí právě ostrůvky. Celý proces trvá 4 až 8 hodin a podílí se na něm tříčlenný tým,“ popisuje doc. MUDr. Peter Girman, Ph.D., přednosta Kliniky diabetologie IKEM.

**Tabulka** Počet transplantací Langerhansových ostrůvků v IKEM

2018	2019	2020	2021	2022 (k 23. 10.)
10	7	5	10	6

Langerhansovy ostrůvky se pak pacientovi aplikují infuzí přes jaterní žílu do jater, kde se usazují a nahrazují endokrinní funkci slinivky. „Jsem rád, že tuto možnost můžeme nově nabídnout i pacientům v jiných nemocnicích. Zatím jsme ostrůvky zpracovali a transportovali do Fakultní nemocnice Brno a Univerzitní nemocnice v Martině, teď jednáme o další transplantaci s rakouskými kolegy,“ doplňuje docent Girman.

## Na Slovensku poprvé

Na Slovensku podstoupil transplantaci Langerhansových ostrůvků 29letý pacient, který trpěl opakovanými život ohrožujícími záněty slinivky. Vzhledem k mladému věku pacienta, kterého by cukrovka ovlivnila na celý

život, se lékaři rozhodli pro autotransplantaci Langerhansových ostrůvků. Na Slovensku šlo o první takový operační výkon.

Langerhansovy ostrůvky IKEM transplantuje od roku 2005. „Na transplantace Langerhansových ostrůvků jsme se připravovali přes 10 let. První jsme získávali ze slinivky od zemřelého dárce a samotná první transplantace proběhla velmi dobře,“ vzpomíná prof. MUDr. František Saudek, DrSc., vedoucí Laboratoře Langerhansových ostrůvků. „Transplantace Langerhansových ostrůvků je sice co do počtu malý program, ale o to důležitější. IKEM se díky němu řadí mezi světovou elitu, protože tento typ transplantace poskytuje pouze pět center v Evropě,“ říká Ing. Michal Stiborek, MBA, ředitel IKEM.



„SÚKL na začátku příštího roku  
spustí přeshraniční eRecept“

Irena Storová



**SÚKL**

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV

*Do Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) nastoupila s cílem dokončit projekt elektronické preskripce a rozvoje lékového záznamu. To se podařilo. Díky svému postavení se ocitla v první dvacítkce nejlivnějších žen České republiky žebříčku prestižního časopisu Forbes. „Zvládli jsme náročnou dobu pandemie covid-19 a eRecept byl součástí tohoto procesu, za to jsem ráda,“ říká Mgr. Irena Storová, MHA, ředitelka SÚKL.*

V čele Státního ústavu pro kontrolu léčiv budete už pět let, jmenovaná jste byla 18. prosince roku 2017, na co jste za roky svého působení pyšná a co si myslíte, že by šlo bývalo zvládnout lépe?

Určitě jsem spokojená s tím, že se nám společně s kolegy podařilo naplnit veškeré velké plány a sliby, hlavně směrem ven. Na začátku mého působení jsme čelili obrovské kritice kvůli eReceptu, dlouhým lhůtám ve správních řízeních, nevyřízené agendě v oblasti zdravotnických prostředků, nedostatečné aktivitě v oblasti dostupnosti léčiv, také byla SÚKL vytýkána nekomunikace a uzavřenost. To byly největší výzvy. Jsem pyšná na to, že ve všem výše zmíněném a celé řadě dalších záležitostí mohu říct, i čísla prokázat, že se nám společně podařil obrovský posun vpřed. Vzpomeňme si na začátek pandemie covid-19, bez eReceptu by se lékařům a pacientům velice zkomplikoval život. A tak o něj pečujeme a rozvíjíme ho i nadále, tak jak nám to jen legislativa umožňuje. Samozřejmě celé období pandemie bylo velmi těžkou zkouškou. Museli jsme zvládat běžnou agendu, a navíc promptně zpracovávat vše, co s covidem souviselo. Vždy jsme odhodlaně stáli za našimi odbornými postoji a trůfám si říct, že i když někdy proti všem, tak se to vyplatilo. Nelituji ničeho.

**Není možné si nevšimnout, že české zdravotnictví doprovází elektronizace. Co přinesl eRecept a lékový záznam?**

Elektronický recept se stal jednoznačně jedním z nejdůležitějších nástrojů v boji proti šíření nákazy onemocněním covid-19. Podpořil totiž sociální distancování a díky možnosti zaslat identifikátor eReceptu SMS zprávou nebo e-mailem se omezil počet pacientů v čekárnách lékařů. eRecept bez zásadních problémů ustál skokový nárůst SMS zpráv, které při vystavování elektronických receptů lékaři používali nejvíce. Jako významný projekt získal eRecept cenu na odborné konferen-

ci INMED věnované digitalizaci českého zdravotnictví a stal se nejúspěšnějším projektem v oblasti eHealth a digitalizace českého zdravotnictví.

Lékový záznam je skvělý nástroj pro lékaře, klinické farmaceuty i lékárníky. Poskytuje jim informace, na základě kterých mohou posoudit například duplicitní předepsání léčivých přípravků nebo odhalit případné interakce. A byli bychom rádi, kdyby byl využíván ještě více. V praxi do něj nahlíží především lékárníci, z našich průzkumů víme, že lékový záznam pacienta používá osm z deseti lékárníků. Častěji by do lékového záznamu mohli přistupovat lékaři, tuto službu jich totiž využívá zhruba jen čtyřicet procent.

**Jaký další krok považujete za zásadní v posunu elektronizace českého zdravotnictví?**

Další kroky jsou již v procesu. SÚKL například na začátku příštího roku spustí přeshraniční eRecept, čeští pacienti si tak své léky budou moci vyzvednout třeba v Chorvatsku nebo dalších zemích EU, cizinci pak zase v České republice. Systém eRecept má rozhodně i další potenciál, určitě ho budeme dál rozvíjet. Pro takový rozvoj je ale většinou nutný nejprve legislativní rámec, na základě kterého je pak možné realizovat technické úpravy.

---

*Vždy jsme odhodlaně stáli za našimi odbornými postoji*

---

**Jak na tom jsme v procesu elektronizace v porovnání s Evropou?**

Každá země má pro elektronizaci specifické prostředí. Některé státy jsou například v porovnání s realizací elektronické preskripce v podobné situaci jako Česká republika, zmínit mohou Portugalsko či Švédsko. V jiných jsou naopak na začátku, jinde je eRecept funkční jen v některých regionech či kantonech. Stejně různorodá je například i existence resortních registrů či jednotné resortní identity zdravotnických pracovníků. Lokální rozdíly v elektronizaci zdravotnictví jsou nyní patrné i z diskusí k plánovanému spuštění EHDS (European Health Data Space – evropský prostor pro zdravotní data – pozn. red.).

**Jste vystudovaný farmaceut a máte za sebou i několik let praxe v lékárně, a tak mi nedá se nezeptat, jak se vy osobně stavíte k prodeji léků přes internet?**

Na internetu je třeba chovat se zodpovědně a vědět, odkud a jaké léky lze bezpečně objednat. Zákon umožňuje online nakupovat pouze registrované léky, které nejsou vázány na lékařský předpis. Je také dobré si ověřit, že zásilkový výdej zajišťuje schválená „kamenná“ lékárna. O bezpečném nákupu léků na internetu se snažíme pacienty edukovat i prostřednictvím našich sociálních sítí.

**A když už jsme u prodeje léků, jak vnímáte prodej léků v obchodech a na čerpacích stanicích?**

Podmínky jsou dány zákonem, posláním SÚKL je pak zkontrolovat, že nedochází k jeho porušování. Každá mince má dvě strany. Z mého pohledu je rozhovor pacienta s lékárníkem nenahraditelný. Ze své dřívější praxe vím, že občas pacient přichází do lékárny pro nějaký léčivý přípravek, ale po konzultaci s lékárníkem si odnáší úplně jiný. Zase na druhou stranu dostupnost léků například na momentální bolest hlavy nebo jiný akutní krátkodobý problém jinde než v lékárně může lidem pomoci v některých akutních případech.

**Hodně diskutovanou záležitostí v současné době je možnost zavedení vakcinace v lékárnách...**

Očkování v lékárnách je podáváním imunologických léčivých přípravků čili poskytováním zdravotní péče, což je nad rámec lékárenské péče. Je tedy nutná změna v zákoně o zdravotních službách (372/2011 Sb.). Jde o zdravotní službu, kterou standardně poskytují praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, případně ambulantní specialisté v oboru gynekologie, a jednalo by se o činnost, které za stávající právní úpravy zákon o zdravotních službách, zákon o léčivech a zákon o ochraně veřejného zdraví neumožňují. Podmínkou je tedy novelizace výše uvedených předpisů. Rovněž by byla potřeba vyřešit otázku odpovídajících prostor v lékárně, separaci a zajištění likvidace infekčního a ostrého odpadu, způsobu a výše úhrady nákladů za očkování jak ze strany pacientů, tak i zdravotních pojišťoven a v neposlední řadě i odbornou způsobilost a kvalifikaci farmaceuta.

Za předpokladu uspokojivého vyřešení výše uvedených otázek a případných

dalších souvislostí považuje SÚKL zavedení možnosti očkování vybranými druhy vakcín v lékárnách na dobrovolném základě za možné.

Dle nám dostupných informací bylo Výborem pro zdravotnictví PSP ČR projednávání vládního návrhu novely zákona o ochraně veřejného zdraví, který by očkování v lékárnách umožnil, přerušeno do 31. března 2023.

**Mají lékárníci možnost v rámci své praxe, kompetencí i vzdělání rozeznat například reakci na vakcínu od srdeční příhody? Mají na místě dostatek prostředků ihned zasáhnout, například v okamžiku, kdy by pacient potřeboval podat intravenózně léky?**

Samostatnou otázkou je odborná způsobilost a kvalifikace farmaceuta, která by

umožňovala očkování provádět, respektive rozsah pravidelného školení, instruktáže a případného opakovaného přezkušování tak, aby byla zajištěna maximální bezpečnost očkování pro samotného pacienta. Praktický výcvik očkujících pracovníků by měl probíhat v akreditovaných zdravotnických zařízeních a kromě nácviku aplikace vakcíny by měl zahrnovat i zásady první pomoci při výskytu anafylaktické reakce a nácvik postupů kardiopulmonální resuscitace. Je samozřejmé, že by byla lékárna vybavena základním vybavením pro poskytnutí resuscitační péče.

Jako o první vakcíně se uvažuje o vakcíně proti chřipce. Tato vakcína je již několik desítek let používána, dostatečně prověřena a v souvislosti s očkováním se vyskytuje jen velmi málo nežádoucích

reakcí po očkování. Možnost nechat se očkovat proti chřipce v lékárnách by mohla vést ke zvýšení velmi nízké proočkovatelnosti populace proti této závažné nemoci, čemuž by jistě přispěla i velmi dobrá místní a časová dostupnost lékáren.

**Kontinuálně se objevují informace o tom, že některé druhy léků nejsou na našem trhu dostupné, co bývá nejčastější příčinou nedostupnosti?**

Důvody bývají různé, může jít o prudký nárůst poptávky, komplikace ve výrobě nebo potíže s distribucí. Jde o velice živou agendu, co platí ráno, už nemusí platit večer, natož druhý den.

SÚKL monitoruje dostupnost léčiv každý den. Komunikujeme s dodavateli, ověřujeme situaci v zahraničí, identifi-



kujeme rizika a pracujeme s nimi. Jsme také v úzké spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR a snažíme se omezit dopady na pacienty. Vzhledem k mediálnímu zájmu o toto téma se může zdát, že situace s dostupností je nyní horší, než tomu bylo před lety. Pravdou ale je, že je srovnatelná s předchozími lety, vidíme to z hlášení od farmaceutických firem.

**Jak se tato nedostupnost řeší, má možnost SÚKL do běhu věcí vstoupit a ovlivnit je?** Dodavatelé léčivých přípravků mají povinnost Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv nahlásit zahájení uvádění léčivého přípravku na trh, případné přerušení, následné obnovení či ukončení dodávek. Pokud hlášení dostaneme, jsme o aktuálním stavu léčivého přípravku informováni. Všechna tato hlášení zpracováváme a vyhodnocujeme i nahraditelnost léků jak z pohledu generické substituce, tak z pohledu klinické praxe, dotazujeme se i odborných společností. Pokud zjistíme, že lék není nahraditelný, ověřujeme i případný vývoz do zahraničí, jakmile by vývoz ohrožoval dostupnost na českém trhu, informujeme obratem Ministerstvo zdravotnictví ČR. To může v případě závažné nedostupnosti vývoz konkrétního léčiva zakázat formou opatření obecné povahy.

K zajištění dostupnosti obtížně nahraditelných nebo nenahraditelných léčivých přípravků využíváme na SÚKL několik nástrojů, a to umožnění uvedení cizojazyčné šarže daného registrovaného léčivého přípravku na trh nebo specifický léčebný program, kterým je umožněna distribuce a výdej v ČR neregistrovaného léčivého přípravku. V některých případech také komunikujeme s držiteli rozhodnutí o registraci (zjednodušeně výrobci) alternativních léčivých přípravků, které však nejsou obchodované, ohledně jejich možného uvedení na trh po dobu nedostupnosti daného léčiva nebo řešíme s distributory možnost individuálního dovozu neregistrovaných léčivých přípravků do ČR. I přes veškerou snahu však může nastat situace, kdy není možné daný léčivý přípravek pro potřeby pacientů zajistit.

**V čele SÚKL jste stála i v době covidové, která změnila běh práce na všech frontách. Co vás v procesu nejvíce ovlivnilo či zatěžovalo?**

Bylo třeba si uvědomit, že situaci se musíme přizpůsobit jak v interních procesech,

## Mgr. Irena Storová, MHA., ředitelka SÚKL

- Vystudovala Farmaceutickou fakultu Univerzity Komenského v Bratislavě a v oboru se pohybuje více než 25 let.
- Je členkou České lékárnické komory, kde působí i jako odborný garant pro vzdělávací akce akreditované ČLK, a České farmaceutické společnosti při ČLS JEP. Dále je členkou Vědecké rady Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
- Během svého profesního života prošla několika manažerskými funkcemi ve zdravotnictví. Své znalosti a zkušenosti čerpá i z praxe v lékárně.
- Mezi lety 2010 a 2013 působila na Ministerstvu zdravotnictví ČR.
- V roce 2014 nastoupila na Státní ústav pro kontrolu léčiv, a to do pozice zástupkyně ředitele SÚKL. Zde se soustředila především na koordinaci odborné agendy několika sekcí a věnovala se i edukačním programům pro pacienty a patientským organizacím.
- Do funkce ředitelky tohoto úřadu byla ministrem zdravotnictví uvedena 29. června 2018.
- V roce 2022 byla dle magazínu Forbes označena za 19. nejvlivnější ženu v Česku.

tak směrem ven. Interně to nebylo až tak složité. Vzhledem k tomu, že drtivá většina zaměstnanců SÚKL jsou odborníci v medicíně, farmacii apod., tak všichni rychle akceptovali nošení ochranných pomůček, střídání týmů v rámci kanceláří, řízení práce v rámci fungování na home office. Zároveň jsme museli minimálně ve vedení akceptovat, že pracovní doba je téměř stále. Mnoho lidí má pandemii spojenou s tím, že většinu času trávili doma. U mě to bylo naopak, domů jsem se skoro nedostala a celé dny jsem byla v kanceláři.

### *Domů jsem se skoro nedostala*

Složitější a náročnější to bylo směrem ven. Během covidu se začala o problematiku léčiv a vakcín zajímat celá řada lidí, kteří se doposud léčivy nezabývali. Možná ani zdravotnictvím. Nebylo vždy jednoduché a snadné vysvětlovat pořád dokola, jaké jsou všechny procesy, že léčiva jsou specifická záležitost a že mají svoje pravidla, která nechceme a nemůžeme ignorovat. Nicméně jsme vysvětlovali a vysvětlovali. Přínosné bylo, že celá řada lidí nahlédla pod pokličku naší práce.

**Náplní práce SÚKL je i schvalování léčiv, v době pandemie tento proces nebyl přerušeno, ba naopak, byla řada molekul a preparátů, u kterých se hledala možná**

**účinnost vůči viru, jak tento proces probíhal? Asi nebylo možné ztrácet čas...**

Zde je důležité si uvědomit, že nové léčivé látky určené pro léčbu infekčních onemocnění, tedy i covid-19 schvaluje Evropská komise na základě hodnocení Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA), nikoliv SÚKL. Nicméně SÚKL byl a je zapojen i do posuzování centralizovaně registrovaných léčivých přípravků. Jednalo se tak spíše o potřebě posílit posuzovatelské kapacity lékových agentur.

**Na trh přicházely vakcíny proti onemocnění covid-19, mnoho lidí v ně nemělo důvěru, případně popisovali nejrůznější nežádoucí účinky. Kolik nežádoucích účinků a jakých jste skutečně evidovali?**

V roce 2021 SÚKL přijal celkem 10 633 hlášení o podezření na nežádoucí účinek vakcín proti covid-19. Z tohoto počtu se více než 8,5 tisíce hlášení týkalo mRNA vakcín, kterými se u nás očkovalo nejčastěji, necelé dva tisíce hlášení pak vektorových vakcín. Všechna tato hlášení zůstávají uložena v národní i celoevropské databázi, kde slouží k možnému dalšímu přehodnocení v budoucnu.

U všech vakcín byly nejčastěji nahlášeny podezření na nežádoucí účinky, které se podobaly chřipce, dále bolest hlavy, bolesti zad a kloubů, nevolnost, kašel nebo třeba vyrážka a bolest lymfatických uzlin. Všechny informace jsme zveřejnili na webu SÚKL ve Zpravodaji nežádoucích účinků.

Musím také dodat, že vzhledem k naočkování nebylého množství osob za



relativně krátkou dobu a k mimořádnému zájmu o hlášení podezření na nežádoucí účinky společně s urychleným hodnocením všech vzniklých farmakovigilančních signálů se podařilo poznat bezpečnostní profil vakcín proti covid-19 rychleji, než tomu dosud bylo u jakýchkoli jiných léčivých přípravků. V současné době na základě všech dosud shromážděných a zhodnocených údajů platí, že u mRNA vakcín přínosy očkování výrazně převyšují rizika vakcinace. U vektorových vakcín s ohledem na závažné riziko syndromu TTS přínosy očkování převyšují rizika pouze u osob nad 60 let věku. Pandemie covid-19 potvrdila benefit očkování jak pro společnost, tak pro jednotlivce, a to zejména v prevenci těžkého průběhu onemocnění covid-19, který mívá dlouhodobé zdravotní následky či může skončit úmrtím.

Mluvílo se o tom, že by měl změnami projít evropský proces schvalování léčiv.

### Očekáváte nějaké změny pro Českou republiku?

Evropský proces schvalování léčiv zatím zásadními změnami neprochází, toto se nicméně může změnit v závislosti na plánované revizi obecné farmaceutické legislativy, jejíž návrh ale dosud nebyl zveřejněn. Novinkami jsou nicméně tzv. průběžný přezkum (rolling-review) a ustanovení ETF (emergency task force), která byla nově legis-

---

### *Celá řada lidí nahlédla pod pokličku naší práce*

---

lativně ukotvena v Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 2022/123 o posílení úlože Evropské agentury pro léčivé přípravky při připravenosti na krize

a krizovém řízení v oblasti léčivých přípravků a zdravotnických prostředků jako „Pracovní skupina pro mimořádné situace“. Prvním léčivým přípravkem, u kterého byl zahájen přezkum podle článku 18 tohoto Nařízení, je sabizabulin, informace jsou uvedeny na webu SÚKL.

### Jste vystudovaná farmaceutka a jak jsme již zmínili, máte za sebou i praxi v lékárně, neláká vás někdy si stoupnout za táru?

Určitě to je období, na které moc ráda vzpomínám. Je to práce s lidmi, kterou mám obecně ráda, a navíc lékárník je pomáhající profese a největší odměnou pro mě vždy byli vracející se pacienti, kteří mi buď přišli prostě jen říct, zda jsem jim minule dobře poradila anebo si přišli pro další rady a informace. To je vždycky moc milé a všem svým kolegům to moc přeji. Klidně bych si za táru mohla znovu stoupnout, je to krásná práce.

# Voda základ života – pitný režim těhotných a kojících žen

*Těhotné a kojící ženy potřebují větší množství čisté pramenité vody. Svůj denní příjem by podle lékařů měly zvýšit o více než půl litru.*

Zatímco běžný dospělý člověk by měl podle odborníků každý den vypít zhruba 2 litry vody, v těhotenství a při kojení je nutně příjem tekutin významně navýšit. Nedořování pitného režimu může ovlivňovat správný vývoj plodu, způsobovat vyčerpání organismu a zhoršovat životní funkce matky a dítěte. Je prokázáno, že dehydratace těhotných v 3. trimestru může být příčinou nižší porodní hmotnosti, kratší délky, menšího obvodu hlavy a obvodu hrudníku novorozenců.

## Potřeba příjmu tekutin se zvyšuje

„Během těhotenství dochází v organismu k mnoha změnám zajišťujícím správný vývoj plodu. Jedná se například o vyšší míru zadržování vody v těle, zvýšení množství cirkulujícího objemu krve či její větší průtok ledvinami,” popisuje MUDr. Petra Hanulíková, Ph.D., vedoucí lékařka porodních sálů z Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. Těhotná žena by měla z nápojů a stravy přijmout 3 litry tekutin denně, přičemž příjem z nápojů by měl představovat 2,3 litry. Tekutiny přijaté ze stravy by měly

tvořit dalších 0,7 litru. Vhodnými potravinami k doplnění pitného režimu jsou ovoce, zelenina či polévky. Obecně by ženy v těhotenství měly přijímat zdravou stravu. Celková potřeba tekutin je ovlivněna mnoha faktory, mezi které patří např. okolní teplota, vlhkost vzduchu či fyzická aktivita.

Při kojení se potřeba příjmu tekutin ještě zvyšuje. Celkově by kojící žena měla přijmout 3,4 litry tekutin denně. Mimo jiné proto, že mateřské mléko je z téměř devíti desetin tvořeno vodou. V prvním půlroce po porodu by proto ženy měly jen formou nápojů denně přijímat 2,7 litru vody. A stejně jako v těhotenství by pak měly v potravě přijmout dalších 0,7 litru. „Nedostatečný příjem vody v době kojení vede k lehké dehydrataci matky se všemi nepříznivými důsledky, jež z toho vyplývají,” uvádí Hanulíková s tím, že snížený příjem tekutin sice neomezí tvorbu mléka, čímž je dítě chráněno před nedostatkem potravy, o to většímu riziku dehydratace ale čelí matka. „Všechny systémy v rámci své fyziologické funkce pružně reagují na příjem vody, následkem čehož se nedostatečný příjem vody odrazí ve všech sférách,” zdůrazňuje význam hydratace MUDr. Marcela Křížová, vedoucí lé-

kařka oddělení fyziologických novorozenců a vedoucí mléčné banky v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. Dostatečný příjem tekutin je potřebný k zajištění správné funkce kůže, mozku, kardiovaskulárního systému, trávicího traktu, vylučovacího systému a k udržování tělesné teploty. Další informace o důležitosti dodržování pitného režimu jsou k dispozici na webových stránkách „Na zdraví každý den“ ([www.nazdravikazdyden.cz](http://www.nazdravikazdyden.cz)).

## Hlídat jen množství nestačí

Nastávající i čerstvé maminky by měly podle lékařů věnovat zvýšenou pozornost také složení tekutin, které přijímají, nejen objemu. „Ne všechny nápoje jsou pro hydrataci organismu vhodné. Například kofein a alkohol naopak tělo o tekutiny připravují, čímž ho zároveň ochuzují o důležité minerály,” vysvětluje Křížová. K zajištění příjmu tekutin je proto ideální čistá pramenitá voda nebo přírodní minerální voda s nízkým obsahem minerálů. „Obsah minerálu ve slabě mineralizovaných vodách je v rozmezí od 50 do 500 miligramů na jeden litr. V silně mineralizované vodě může být rozpuštěno i více než 5000 miligramů minerálů. Hraniční pro kojeneckou vodu je na úrovni zmíněných 500 miligramů. Proto je kojenecká voda vhodná pro každodenní pití těhotných i kojících žen, stejně jako pro přípravu kojenecké stravy,” popisuje Jiří Pražan, prezident Svazu výrobců nealkoholických nápojů. Zároveň upozorňuje na to, že kromě nízké mineralizace musí voda vhodná pro těhotné a kojící ženy splňovat také přísné limity pro obsah dusičnanů či sodíku.

Cenné zdroje pramenité vody odpovídající potřebám těhotných a kojících žen lze nalézt i v tuzemsku. Už více než 30 let zásobuje Česko kojeneckou vodou významný zdroj v Teplíčkách nad Metují, který leží v národní přírodní rezervaci Adršpaško-teplické skály. Voda z řídky osídlené zalesněné oblasti s minimální průmyslovou aktivitou je tak kvalitní, že nemusí procházet žádnou další úpravou ani čištěním.



MUDr. Petra Hanulíková a MUDr. Marcela Křížová

foto: archiv ÚPMO

(kšt)

# Nová legislativa pro léčivé přípravky na vzácná onemocnění

*V Evropské unii žije okolo 36 milionů pacientů se vzácnými onemocněními. Tato onemocnění zahrnují okolo 6000 různých nemocí s prevalencí od jednotek až stovek tisíc pacientů. Okolo 80 % vzácných onemocnění je genetického původu, přibližně 70 % z nich se projevuje již v dětství.*

V roce 2000 bylo v Evropské unii přijato nařízení o léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění, které iniciovalo významný pokrok v léčbě pacientů se vzácnými nemocemi. Dosažený úspěch lze ilustrovat například na nárůstu počtu nově schválených léčiv na vzácná onemocnění. Jen mezi lety 2017 a 2020 schválila Evropská agentura pro léčivé přípravky více než 160 léčiv na vzácná onemocnění. Oproti předchozím letům se jedná o 88% nárůst.

V roce 2007 bylo také přijato nařízení o léčivech pro pediatrické použití s cílem podpořit vývoj léčivých přípravků pro děti. Nařízení přispělo k tomu, že se pediatrický výzkum stal nedílnou součástí obecného vývoje léčiv. Zavedlo také povinnost farmaceutických společností provádět výzkum a vývoj svých přípravků u dětí. V letech 2007–2016 bylo registrováno více než 260 nových léků pro děti. Podíl pediatrických klinických hodnocení se v letech 2007–2016 zvýšil o 50 %.

Nařízení o léčivých přípravcích pro vzácná onemocnění poskytlo inovativnímu farmaceutickému průmyslu také pobídky pro vývoj léčby vzácných onemocnění. V mnoha případech výsledky výzkumu a vývoje v této oblasti významně změnily životy mnoha pacientů, jejich rodin a pečovateli. I přes hmatatelný úspěch tohoto nařízení a souvisejících pobídek však nemá mnoho pacientů trpících vzácnými onemocněními v členských státech EU plný přístup k řádné léčbě svých onemocnění.

Evropská unie významně podporuje výzkum v oblasti vzácných onemocnění prostřednictvím rámcových programů zaměřených na vývoj a inovace. Díky 7. rámcovému programu pro výzkum a technologický vývoj a programu Horizon 2020 bylo poskytnuto přes 2,4 miliardy eur, které byly využity na podporu více než 440 mezinárodních vědeckých projektů v oblasti vzácných onemocnění. I v následujících letech budou dotační programy na podporu nového výzkumu a inovací pokračovat. Vý-



ilustrační foto: 123rf.com

zkum je zaměřen zejména na vývoj nových diagnostických a terapeutických postupů.

Evropská komise provedla detailní revizi silných a slabých stránek současné evropské legislativy upravující problematiku léčiv pro vzácná onemocnění. Toto zhodnocení potvrdilo, že legislativa podporuje výzkum a zlepšuje dostupnost léků pro pacienty se vzácnými onemocněními. V důsledku existujících nařízení také došlo k přesměrování privátních a veřejných investic ke dříve přehlíženým zdrojům prostřednictvím pobídek, závazků a odměn. Díky dostupné terapii formou léků pro vzácná onemocnění došlo ke zlepšení kvality života pacientů. Nicméně dalším závěrem bylo zjištění, že nebyla zajištěna dostatečná podpora rozvoje v oblastech, kde je potřeba léčiv nejvýznamnější, a došlo ke zvýšení nákladů na poskytování zdravotní péče.

Evropská komise zhodnotila regulaci léčiv pro vzácná onemocnění spolu s regulací léčiv pro pediatrické použití a došla v obou případech k podobným závěrům. Výsledky této revize budou podkladem pro

chystané legislativní změny a budou součástí Evropské farmaceutické strategie.

Nová farmaceutická legislativa by měla za účelem naplnění potřeb pacientů zahrnovat všechny úspěšné zkušenosti z uplynulých 20 let. V oblasti vzácných onemocnění a pediatrických indikací je nezbytné diskutovat plánované změny farmaceutické legislativy se všemi zúčastněnými stranami, včetně pacientů, odborné veřejnosti i poskytovatelů technologií.

„Po více než 20 letech existence evropského nařízení pro orphany bylo provedeno jeho vyhodnocení, které ukázalo, že mělo správný efekt. Začaly se objevovat efektivní a inovativní léky na vzácná onemocnění. Úskalím však je, že dnes stále více než 90 procent vzácných onemocnění nemá k dispozici žádný cílený lék, tudíž jsou zde nenaplněné potřeby. Dalším problémem je, že i když máme v současné době kolem 160 orphanů, jejich dostupnost v různých členských státech je velmi rozdílná. Je tedy potřeba pracovat více na umožnění výzkumu a vývoje těchto léků a dále snažit se systém nastavit tak, aby



nový lék, který obdrží registraci u Evropské lékové agentury, byl dostupný bezprostředně všem lidem s indikovanou diagnózou, ať žijí kdekoli v EU,” uvedla Bc. Anna Arellanesová, předsedkyně České asociace pro vzácná onemocnění.

Současně probíhající jednání zabývající se podobou nové legislativy se zaměřují na témata včasné diagnostiky a komplexní léčby vzácných onemocnění zahrnující screeningové programy, zapojení farmaceutického průmyslu za účelem zlepšení péče o pacienty trpící vzácnými onemocněními, zpřístupnění inovativních technologií pro pacienty a zhodnocení tohoto způsobu léčby. Účastníci těchto jednání jsou zástupci českých a uniijních úřadů působících v oblasti zdraví a farmacie (mj. Ministerstva zdravotnictví ČR a Evropské komise a Státního ústavu pro kontrolu léčiv), patientských organizací, lokálního i evropského inovativního farmaceutického průmyslu, zdravotničtí pracovníci a další.

Co se týká současné české legislativy, od nového roku platí novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která stano-

vila nový způsob, jakým léky pro vzácná onemocnění vstupují do úhrad. Novela zahrnuje zohlednění dopadu nových léčiv na kvalitu života pacientů a úspory v sociální oblasti. O úhradách rozhoduje poradní orgán zasedající na Ministerstvu zdravotnictví, jehož členy jsou také zástupci zdravotních pojišťoven, odborných společností a patientských organizací. V srpnu tento poradní orgán schválil úhradu léku Spinraza určeného pro pacienty se spinální svalovou atrofií.

„Tato nová ‚třetí cesta‘ je bezesporu velmi unikátní a my jsme rádi, že se nám ji podařilo minulý rok schválit. Poskytnutím vyjádření patientské organizace jako součásti správního řízení má regulátor, tedy Státní ústav pro kontrolu léčiv, možnost vidět pohled pacienta, jakým způsobem ovlivňuje jeho diagnóza každodenní život a jak mu posuzovaný přípravek život může zlepšit. Jelikož jsou léky na vzácná onemocnění zpravidla velmi nákladné, tato legislativa je upravena tak, že hlavním rozhodovacím kritériem není cena, ale nově se posuzuje například celospolečenský význam či prokazatelný přínos

na zlepšení kvality života pacienta. Pevně věříme, že se orphany budou k lidem se vzácným onemocněním dostávat rychleji, a hlavně systémově. Využívání výjimky, tzv. paragrafu šestnáct, není v mnoha případech tím vhodným nástrojem, velmi zatěžuje lékaře, ale také systém. Třetí cestou již prošel první orphan a my pevně doufáme, že do konce roku budou následovat další,” popsala nový postup Arellanesová.

Významným posunem pro pacienty se vzácným onemocněním, konkrétně pro pacienty trpící cystickou fibrózou, byla dohoda Všeobecné zdravotní pojišťovny s Pracovní skupinou pro cystickou fibrózu České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně o hrazení léčivého přípravku Kaftrio dětem už od věku 6 let. Do té doby měly nárok na úhradu léku od pojišťovny pouze děti od 12 let. Kaftrio, jehož výrobcem je společnost Vertex, je považován za lék s nejlepšími výsledky, pokud jde o účinnost léčby, zvyšuje kvalitu života a prodlužuje věk dožití pacientů, kteří cystickou fibrózou trpí.

(kšt)

## Moderní zdravotní pojišťovna s dlouholetou tradicí

*Zdravotní pojišťovna RBP má více než stoletou tradici, ve své novodobé historii se však připravuje na své první třicátiny, které oslaví příští rok. Dnes je to největší regionální zaměstnanecká zdravotní pojišťovna v Česku s klientelou především na severní Moravě, ve Slezsku a na jižní Moravě.*

První zmínky o bratrských pokladnách se datují do roku 1802. Úrazy zaměstnanců při důlních provozech byly tehdy časté a neexistovalo přitom žádné sociální zabezpečení. Původní koncept péče revírní bratrské pokladny o své klienty je patrný i dnes, i když v novém kabátě a s novým zkráceným názvem RBP, zdravotní pojišťovna.

RBP v posledních letech prošla rozsáhlou modernizací. „Po obsahové stránce jsme se zaměřili hlavně na zvyšování dostupnosti zdravotní péče nebo na projekty telemedicíny, v nichž je chronicky nemocným pacientům na dálku pravidelně měřen tlak nebo hladina cukru v krvi. Data jsou pak přeposílána nasmlouvaným lékařům,“ objasňuje **Antonín Klimša**, výkonný ředitel RBP.

Významná část komunikace se přesunula do online formy. Každý čtvrtý klient už komunikuje s pojišťovnou „digitálně“ prostřednictvím aplikace my213, za kterou byla RBP oceněna v celostátní soutěži

WebTop100. K inovativním komunikačním kanálům patří i nový web „bez bariér“, který je naprogramován speciálně tak, aby ho mohli používat lidé s tělesným či zrakovým handicapem. „Jako první zdravotní pojišťovna v ČR jsme zprovoznil i Virtuální pobočku RBP. Díky této službě mohou naši pojištěnci prostřednictvím videohovoru z pohodlí domova vyřídit s operátorem vše potřebné,“ dodává Antonín Klimša.

V rámci preventivních a bonusových programů se RBP už několik let snaží vymýšlet věci trochu jinak než konkurence. Přestala například organizovat společné ozdravné pobyty pro děti. Místo toho rodičům přispívá až 10 tisíc korun na vysokohorské, lázeňské nebo přímořské pobyty dle vlastního výběru a v termínu, který jim v průběhu roku vyhovuje.

Zatím jako jediná zdravotní pojišťovna v ČR umožňuje i slučování příspěvků jednotlivých členů rodiny a přátel ve prospěch konkrétního pojištěnce až do 10 tisíc korun, například na nákup potravin pro ce-



liaky. „Myslíme také na zkvalitňování dostupnosti lékařské péče. Například v rámci našeho projektu Magnet213 umíme zařídit vyšetření magnetickou rezonancí maximálně do 2 týdnů a připravujeme i další podobné projekty,“ upřesňuje Antonín Klimša a dodává: „Jedním z našich cílů je i digitalizace. Očekáváme, že do roku 2030 se staneme zcela bezpapírovou společností. Budeme také pokračovat v rozvoji zdravotních programů a rozšiřování sítě poskytovatelů zdravotních služeb.“

(red)

## Chomutovská porodnice s příchody mladých lékařů zavádí moderní trendy

Boxový systém na porodním sále, otisk nožičky miminka, předporodní seminář i laktiční poradna zdarma. A jako nejčerstvější novinka bufetové snídaně. To jsou hlavní zprávy, které dnes má pro budoucí rodičky personál porodnice Gynekologicko-porodnického oddělení Krajské zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z.

Chomutovská porodnice se snaží reagovat na moderní trendy v porodnictví. Souvisí to s omlazením lékařského kolektivu, který byl během posledních tří let posílen nástupem celkem 8 lékařů-absolventů. „Shodli jsme se, že nás chomutovská porodnice během stáží na medicíně oslovila, a to hlavně v přístupu a zkušenostech stávajících lékařů. Většina z nás do té doby ani gynekologii nechtěla dělat. Máme zde prostor pro moderní progresivní přístup ve skvělém týmu, a to se projevuje v naší práci a doufáme i ve spokojenosti klientek,” vysvětluje lékařka gynekologicko-porodnického oddělení MUDr. Kamila Žižková.

Budoucí maminky se mohou předem seznámit s prostředím, lékařským týmem i možnostmi při porodu a po něm, a to jak online z domova, tak i při návštěvě oddělení při bezplatných předporodních seminá-



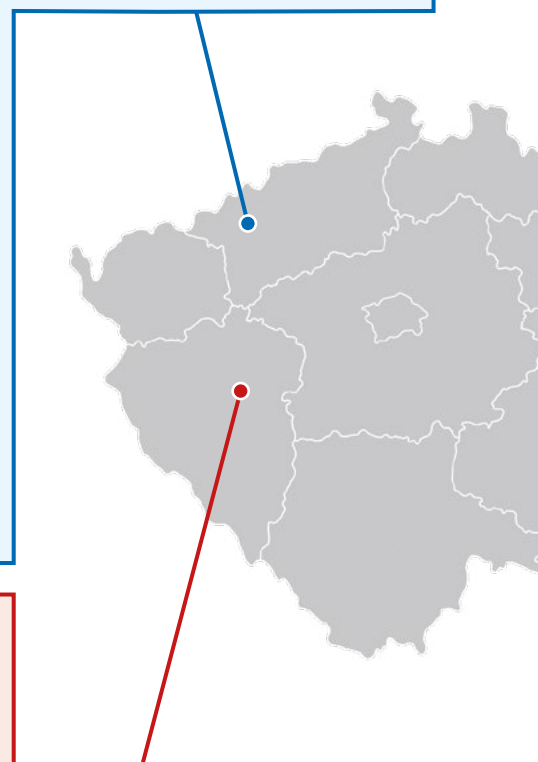
řích. Porodnice pořádá semináře v předem vypsanych termínech, při kterých je možné porodnici navštívit a seznámit se s prostory a dostat přímo na místě informace, s čím se chodí do porodnice, jak se na porod připravit, jak probíhá porodní péče. Rodiče mají možnost si s ošetřujícím personálem popovídat.

Díky nově upraveným porodním boxům má maminka i s doprovodem zajištěné soukromí, stráví zde celý porod, není již nutné nikam přecházet. K uvolnění při porodu může využívat nefarmakologické metody, např. nafukovací míč, žíněnku, masážní oleje či aromalampu. Pro nastá-

vající rodiče je k dispozici televize, v plánu je muzikoterapie. Maminka si bude moci pouštět hudbu podle vlastního výběru, již doma si bude moci nachystat „playlist“ k porodu. Doprovod může s rodičkou trávit nejen dobu porodu na porodním boxu, ale porodnice umožňuje v rámci nadstandardní péče být s maminkou na pokoji i na oddělení šestinedělí.

(htl)

Foto: Krajská zdravotní a.s.



## Fakultní nemocnici Plzeň navštívil poník Smajlík

Martin na bílém koni sice letos nepříjel, zato na oddělení Pobytové sociální péče Fakultní nemocnice Plzeň přišel poník Smajlík. Dobrovolnice ze spolku Ponyterapie, radost pro každého, z. s., i poník Smajlík přinesli do společenské místnosti mnoho nečekané radosti.

Senioři česali lesklou hřívu a na tvářích se jim objevily upřímné úsměvy. Kontaktní asistovaná terapie koněm využívá poníky jako terapeutické médium. Dobrovolnice poprvé s ponyterapií přišly do Fakultní nemocnice Plzeň na dětské oddělení hematooonkologie, nyní se žádaný druh terapie osvědčil i u starších pacientů.

(htl)

Foto: FN Plzeň



# Lékaři Fakultní nemocnice Ostrava poprvé aplikovali pacientovi buněčnou terapii

Lékaři Kliniky hematologie Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) aplikovali ženě s nádorovým onemocněním lymfatického systému poprvé v historii nemocnice buněčnou terapii. Zatím tyto preparáty, vyrobené z krve pacienta, vyrábějí jen čtyři farmaceutické firmy na světě. Mezinárodní výzkumný tým kliniky ale oznámil výrazný posun ve vývoji buněčné terapie zcela nové generace. Lymfom, tedy rakovinu lymfatického systému, diagnostikovali lékaři Klini-

ky hematologie FNO sedmdesátileté ženě, která až do vypuknutí nemoci žila velmi aktivním životem. „Pacientce jsme odebrali důležité imunitní buňky a do nich pak byly v laboratoři vpraveny informace o vlastnostech toho nádoru, o jeho strukturách. Krevní preparát, který jsme aplikovali, ničí v těle nádorové buňky imunitním mechanismem,“ vysvětluje MUDr. Milan Navrátil, staniční lékař JIP Kliniky hematologie FNO, který buněčnou terapii ženě podal. V průběhu aplikace ani další dny po ní se u ženy neprojevovaly žádné zdravotní komplikace a její stav se začal výrazně zlepšovat. „Celková účinnost léčby bude u pacientky zhodnocena specializovaným vyšetřením až dodatečně, s odstupem přibližně dvou měsíců. V současnosti je ale pacientka v dobrém klinickém stavu a bez zjevných známek aktivity základního onemocnění,“ doplnil ošetřující lékař pacientky MUDr. Juraj Ďuraš.

Přednosta Kliniky hematologie FNO prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., v té souvislosti oznámil, že mezinárodní výzkumný tým, který je součástí kliniky, výrazně pokročil ve vývoji zcela nové generace buněčné terapie. „Největší předností naší vyvíjeného typu léčiva by mělo být jeho výrazně širší použití. Nyní je zdrojem léčiva sám pacient. My pracujeme na imunoterapii, jejímž základem bude krev od zdravého dárce. Takový preparát pak bude



k dispozici ne pro jednoho, ale pro celou skupinu lidí se stejnou diagnózou.“

Fakultní nemocnice Ostrava je jedním ze tří klinických pracovišť v České republice, která se na vývoji buněčné terapie výzkumně podílejí. „Vývoj probíhá u nás, ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně a také v Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze. Věříme, že v budoucnu se bude buněčná terapie využívat nejen u onkologických pacientů, ale také při léčbě autoimunitních nebo virových onemocnění,“ přiblížil aktuální situaci vedoucí výzkumného týmu doc. RNDr. Michal Šimíček, Ph.D. Na vývoji nové terapie v Blood Cancer Research Group při Klinice hematologie FNO a Lékařské fakultě Ostravské univerzity aktuálně intenzivně pracuje sedm mladých vědců z celého světa.

(htl)

Foto: Fakultní nemocnice Ostrava

## Centrum postcovidové péče vyšetřilo na 1800 nemocných s potížemi po covid-19

Centrum postcovidové péče Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK), které od konce roku 2020 zajišťuje komplexní péči o pacienty, kteří mají dlouhodobé potíže po proděláním onemocnění covid-19, vyšetřilo za dobu svého působení na 1800 nemocných. Většina pacientů trpěla respiračními projevy a únavou, u některých byly problémy dlouhodobé. Podle statistik centra zhruba polovina pacientů prodělala těžkou formu covid-19 a byli hospitalizováni v nemocnicích, zbytek měl lehký průběh. „Průměrný věk pacientů, kteří přicházejí do našeho centra s postcovidovými potížemi, je 46 let, stejně

jsou zastoupeni ženy i muži,“ uvedl ředitel FN HK MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

Kromě respiračních projevů a únavy necelá polovina nemocných přichází také s dalšími obtížemi, od postižení centrální nervové soustavy po kožní problémy či gastroenterologické potíže. Ze statistik vyplývá, že většina pacientů centra před covidem-19 netrpěla žádným těžkým onemocněním. „V současné době při infekci variantou omikron a stále rostoucí počtu očkovaných je počet nových nemocných s postcovidovým syndromem znatelně menší. Stále se však objevují u pacientů

s postcovidem pocity dušnosti, únava a vyčerpání, nespavost a další komplikace,“ uvedl přednosta Plicní kliniky FN HK doc. MUDr. Vladimír Kobližek, Ph.D., s tím, že podle statistik vakcinovaní pacienti méně často trpěli některým z příznaků postcovidového syndromu. Centrum je určeno pro pacienty z Královéhradeckého kraje, kteří trpí některými z příznaků postcovidového syndromu i tři měsíce po proděláním onemocnění. Centrum zajišťuje primární péči pro pacienty odeslané k vyšetření praktickým lékařem či plicním specialistou.

(htl)

# Medicína



# Odborná konference Zdravotnictví 2023 – den druhý

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 druhého dne.

## Odborný blok – Nemocnice a jejich financování v roce 2023

Spojnicí ekonomického bloku bylo téma financování veřejného zdravotního pojištění a úhrad za nemocniční péči v roce 2023. Následovaly debaty na témata jednodenní péče jako jedné z novinek návrhu úhradové vyhlášky na příští rok, možnosti zvýšení efektivity v nemocniční péči a o platbách za kvalitu.

Odborným moderátorem diskusního bloku byl MUDr. Pavel Hroboň (Advance Healthcare Management Institute). Účastníky byli Ing. Helena Rögnerová, náměstkyně pro ekonomiku a zdravotní pojištění MZ ČR, MUDr. Tomáš Fiala, senátor a místopředseda Výboru pro zdravotnictví Senátu PČR, PhDr. Mgr. Jan Bodnár, náměstek ředitele VZP ČR pro zdravotní péči, Ing. Michal Čarvaš, předseda představenstva a ředitel Nemocnice Prachatic, před-

seda Asociace českých a moravských nemocnic, a MUDr. František Vlček, Ph.D., ředitel rozvoje a inovací AKESO holding.

### Automatická valorizace platby za státní pojištěnce

Ohledně dohodovacího řízení pro úhrady 2023 ministerstvo zdravotnictví navrhuje vyšší růst úhrad, než na jakém se dohodla většina (10 ze 14) ze segmentů. K do-

hodě došlo v době, kdy nikdo nepředpokládal krizové události letošního roku. MZ ČR proto zvážilo možnost (a fakticky nutnost) dodatečného růstu úhrad nad rámec dohod z dohodovacího řízení a navrhuje 8% místo původně dohodnutého 4% oproti roku 2022. Část dodatečného růstu je podmíněna plněním kvalitativních kritérií.

Poskytovatelům výrazně pomůže zavedení mechanismu automatické valorizace



Účastníci druhého dne konference přivítala Soňa Šuláková

platby za státní pojištění, který bude predikovatelný a bude automaticky valorizovat platbu za státní pojištění v následujících letech. „Jsme rádi, že po letech diskusí konečně máme valorizační mechanismus a doufáme, že bude uplatněn už v příštím roce pro rok 2024. Vzorem navrženého valorizačního mechanismu platby za státní pojištění byla v praxi odzkoušená valorizace důchodů. V roce 2024 očekáváme právě z tohoto mechanismu výrazně vyšší příjmy,“ řekla Ing. Rögnerová. Díky tomuto valorizačnímu mechanismu se v roce 2024 do plateb státu promítne letošní mimořádně vysoká inflace. V roce 2024 očekává ministerstvo zdravotnictví platbu za státního pojištění 2069 Kč měsíčně. Platba za státní pojištění v roce 2023 je stanovena na 1900 Kč měsíčně, očekávalo se jen 1878 Kč. „Vyšší růst poskytovatelé potřebují kvůli vyšší inflaci a zároveň je to realizovatelné pro rozpočet zdravotního pojištění, protože predikce příjmů zdravotního pojištění na příští rok jsou optimistické a očekává se nárůst plateb státu v roce 2024,“ uvedla Ing. Rögnerová.

### Růst cen by měl být stabilizován v roce 2024

Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2023 pracuje s příjmy 464,6 miliardy korun. Předpokládané výdaje systému jsou 471,7 miliard Kč, z toho na zdravotní péči 453,8 mld. Kč. Saldo -7,1 miliardy korun by měly pojišťovny ještě pokrýt ze zbylých rezerv, jejich zůstatky k 31. 12. 2022 činí 43 mld. Kč. Ve výhledu pro rok 2024 lze podle eko-

nomů očekávat stabilizaci růstu cen, tudíž i ekonomickou stabilizaci nákladů poskytovatelů, následně i nízký potřebný růst úhrad. Zároveň z automatické valorizace a zpožděného růstu mezd a platů vyplývá i odhad vysokých příjmů zdravotních pojištěných. V souhrnu by to umožnilo i přechod k vyrovnanému až přebytkovému financování a k doplňování rezerv vytvářených pro případ krize.

Jan Bodnár k těmto optimistickým vizím do budoucna podotkl, že systém zdravotního pojištění vykazuje od roku 2019 v roční bilanci vždy deficit, což z hlediska udržitelnosti zdravotnictví rozhodně není dobře.

### Inflace se nepromítá všude stejně

U ambulantních specialistů skončí přepočít průměrné úhrady na rodné číslo podle sazebníku výkonů. Meziročně se úplně změnila situace, nyní je inflace mimo mzdy mnohem vyšší než mzdová. „Potřebujeme zohlednit rychle rostoucí materiálové náklady. Vyhláška nově rozděluje i odbornosti specialistů do několika skupin podle struktury nákladů. Některé skupiny totiž mají náročnější náklady na technické vybavení, jiné mají významnější materiálové náklady, u dalších jsou nejvýznamnější mzdové náklady. A dále podporujeme preventivní prohlídky a také zatím nedostupnou péči – už v minulých letech byla zvýšena úhrada ambulantní dětské psychologie, teď se totéž týká i dětských praktiků,“ konstatovala náměstkyně MZ ČR.

### Za stejnou péči nemají být natolik různé úhrady

„Pro úhrady akutní péče nemocnicím bude podmínkou plné úhrady za paušální složku produkční cíl 98 % vykázané péče. Nechtěli jsme jít na nižší produkční cíl. Stále bychom měli dohánět péči, která byla covidem-19 odsunuta,“ připomněla náměstkyně. Znovu se sblíží úroveň jednotkových úhrad pro jednotlivé nemocnice. To je jeden z přínosů plateb podle DRG proti předchozím paušálním platbám, kdy nemocnice dostávaly v přepočtu za stejnou péči výrazně různé úhrady. Část vykázané péče se už dnes hradí mimo paušál a s jednotnou sazbou, sem přibýly další výkony. U další části se individuální sazby sblíží v rámci vytyčeného koridoru, mají být spravedlivější, a zároveň by to pro nemocnice s historicky vysokými úhradami neměl být neúnosný skok dolů. Průměrně tedy dostanou příští rok nemocnice o 8 % vyšší úhrady. Fakticky pro ty s dříve nižšími sazbami může jít o 10% nárůst, pro nemocnice s vysokými sazbami třeba jen 6% nárůst – sazby se významně přibližují, někdo na tom vydělá a někdo trátí. „Pan ministr rozhodl vyjmout některé další výkony z paušálu, homogenní skupiny hradit jednotnou základní sazbou a pro zbylé skupiny sazby více přibližovat. Cílem je, aby šly peníze za pacientem a aby se specifické výkony prováděly jen v nemocnicích s potřebným personálem a zkušenostmi a zbytečně se nedělaly s horší kvalitou v menších nemocnicích, které na to ani nejsou zařízení,“ nastínila Ing. Rögnerová.

### Kontroverze úhradové vyhlášky

Důsledkem dodatečného navýšení úhrad bude opět deficitní saldo. Rostoucí vliv na celkovou bilanci mají určité mandatorní výdaje. V této souvislosti byla připomenuta i nutnost vrátit se k řešení kontinuálního navýšení růstu výdajů v centrové léčbě, meziroční růst centrové péče o 16 % je nejvyšší ze všech částí úhrad a podíl centrové péče na celkových nákladech je už 12 %. Ohledně centrové péče MUDr. František Vlček, Ph.D., připomněl, že se do ní koncentruje stále více péče, on by naopak uvítal, aby se její část uvolnila do regionů.

U zdravotnické záchranné služby není dořešen nepoměr financování z veřejného zdravotního pojištění a z prostředků krajů. Nad zdravotnictvím se vznáší hrozba nepokrytí platů a energií, poskytovatelé se obávají, že stávající růst úhrad nepokryvá



Zleva: Pavel Hroboň, Jan Bodnár, Helena Rögnerová, Tomáš Fiala, Michal Čarvaš a František Vlček

růst cen energií ani výraznější navýšení platů. Pokud jde o náklady na energie, návrh předpokládá, že do dalšího růstu výdajů na ně zasáhne stát. Některá témata úhradová vyhláška ponechává stranou, včetně potenciální další vlny covid-19.

„Na začátku covidu-19 jsme očekávali velmi významné problémy se zachováním finanční stability systému zdravotnictví, ale jednoznačně byla zachována. Při pohledu z hlediska státního rozpočtu je patrný i důsledek – jeho zadlužování. V ekonomii není nic zadarmo,“ připomněl MUDr. Pavel Hroboň.

## Jednodenní péče v úhradové vyhlášce

V návrhu úhradové vyhlášky na rok 2023 je i pilotní nastavení úhrad jednodenní péče. Cílem pilotního projektu je především zvýšení efektivity poskytování zdravotních služeb – jednodenní provedení výkonu je méně časově, personálně i nákladově náročné než hospitalizace pacienta. Zároveň je jednodenní péče spojena i s vyšším komfortem pro pacienta a se sníženým rizikem nozokomiálních infekcí. Generuje i úspory pro zdravotní pojišťovny, úhrady za ni jsou nižší než u akutní lůžkové péče. V neposlední řadě jednodenní péče umožňuje navýšit počty výkonů a zkrátit dlouhé čekací doby.

Pro pilotní nastavení úhrad byly vybrány některé výkony jednodenní chirurgie. Ministerstvo zdravotnictví tím chce podpořit rozvoj jednodenní péče, její podíl je v ČR podle náměstkyně Rögnerové proti jiným zemím velmi nízký. Paradoxní je, že pokud se u nás dosud někde jednodenní péče už rozvíjela, bylo to jedině vlivem nedostatečných personálních zdrojů. V bu-

doucnosti přitom může rozvoj jednodenní péče pomoci udržitelnosti zdravotnického systému. U jednodenní péče v oboru chirurgie dosud byl nejvyšší rozdíl mezi cenami pojišťoven a úhradou akutní lůžkové péče. V rámci akutní lůžkové péče jsou analogické DRG skupiny vyjmuty z paušálu a nehrozí tak duplicita úhrad. Zatím je pilotní úhrada určená jen pro péči o pacienty bez komplikací. Úhrada se kalkuluje na základě 1,5 standardního ošetřovacího dne. Po jednodenních výkonech bude sledována míra rehospitalizace.

Jan Bodnár za VZP projevil určité obavy, zda opravdu při rozvoji jednodenní péče zároveň klesnou náklady na hospitalizace. Teoreticky ano, k pilotním úhradám byly vybrány jen ty výkony, které už dnes nespádají do nemocničních paušálů a nemocnice je dostávají hrazené zvláště, jen když je provedou. „Vítáme, že se jednodenní péče v úhradové vyhlášce objevila, tento model je transparentnější. Na druhou stranu je to ale další zátěž, pro příští rok jednorázově plánujeme v rozpočtu zhruba 130 milionů korun. Bez redukce lůžkové péče se bude jednat jen o další nárůst nákladů. Implementaci jednodenní chirurgie budeme bedlivě sledovat,“ řekl Jan Bodnár.

## Platba za kvalitu

Jan Bodnár představil vizi VZP víc akcentovat úhradu za kvalitu ve smyslu nazírání celého cyklu léčby pacienta s konkrétní diagnózou. Příkladem je plánovaná ortopedická operativa, její kvalita má samozřejmě vliv na míru reoperací, délku rehabilitace atd. „Úhrada kvality se jako téma prolíná českým zdravotnictvím dlouho. Licituje se o ni v akutní péči, teď i v následné.

Kvalita ve smyslu akreditačních standardů, certifikace a akreditace by se měla poskytovatelům ze strany pojišťoven zhodnocovat i takto,“ řekl senátor MUDr. Tomáš Fiala.

„Čím dříve je pacient diagnostikován a léčen, tím vyšší má předpoklad kvalitního života a snižují se i náklady na léčení závažných nemocí. V českém zdravotnictví mi chybí tlak na pacienta ve vztahu k prevenci včetně účasti v probíhajících screeningových programech. Víc tlačit na pacienta ohledně prevence by měly pojišťovny a my jako poskytovatelé bychom měli být víc motivováni jak k marketingu prevence, tak i přizpůsobování vlastních provozů,“ vytáhl ožehavé téma Ing. Michal Čarvaš. „Bez strukturálního zámýslu směrem k malifikaci či bonifikaci pacienta, který by měl pečovat o své zdraví, se nedostaneme daleko ani s kvalitou,“ podotkl Jan Bognár.

„Zanedbávanou rolí odborných společností je definice odborných standardů, pak lze hodnotit procesní stránku věci a hodnotit požadované výsledky, třeba míru komplikací a kvalitu života po určité operaci – a jak to měřit. A bez sběru klinických dat nejde kvalitu spravedlivě měřit i hodnotit. Pro větší kvalitu a efektivnost zdravotnictví je nutná jeho větší transparentnost. Nechci být naivní, špatná rozhodnutí jde dělat i s vyloženými kartami, ale přece jen to nejde tak snadno,“ konstatoval Pavel Hroboň. Důležité je podle něj také zhodnotit kontinuitu péče, to je v rukou pojišťoven.

Všichni účastníci debaty se shodli v názoru, že zatím se české zdravotnictví v implementaci kvality do hodnocení zdravotnických služeb nedostalo daleko a právě kvalita by se měla víc odrazit i v úhradové vyhlášce.

PhDr. Jana Jílková

## Odborný blok – Lékárenství a léková politika

*Proběhlá konference Zdravotnictví 2023 hostila také odborný blok „Lékařství a léková politika“. Hlavními tématy této sekce bylo předsednictví České republiky v Radě Evropské unie zejména s ohledem na novou legislativu. Diskusní panel se dále věnoval návrhům pro zlepšení dostupnosti léčiv, problematice Rx-online a zavedení očkování proti chřipce v lékárnách.*

Blok moderovala Mgr. Irena Storová, MHA, ředitelka Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). V úvodu představila přehled aktuálních témat a nadcházejících událostí, který byl podkladem pro následnou diskusi. Členové diskusního panelu byli zástupci z řad zdravotnických a z ob-

lastí farmaceutického odvětví – PharmDr. Zdeněk Blahuta, výkonný ředitel Asociace provozovatelů lékárenských sítí, Mgr. Filip Vrubel, výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem, Mgr. David Kolář, výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu, MUDr.

Alena Míková, ředitelka Odboru léčiv a zdravotnických prostředků VZP ČR, Jiří Stránský, obchodní ředitel Sprinx Pharma, PharmDr. Vladimír Finsterle, CEO lekárnice a mojakaren.sk a člen představenstva European Association of E-Pharmacies a PhDr. Ivo Hlaváč, Ph.D., MHA,



Zleva: Irena Storová, Ivo Hlaváč, Vladimír Finsterle, Jiří Stránský, Alena Míková, David Kolář, Zdeněk Blahuta a Filip Vrubel.

předseda Sekce zdravotnictví a sociálních služeb Hospodářské komory ČR a poradce ministra zdravotnictví. Hlavním tématem bylo předsednictví České republiky v Radě Evropské unie s ohledem na novou legislativu, která bude v rámci předsednictví projednávána. „Při této příležitosti SÚKL hostí jednání sítě ředitelů lékových agentur, které patří mezi jedno z nejvýznamnějších,“ zmínila Mgr. Storová. Hlavními prioritami českého předsednictví v oblasti zdraví, které prezentuje Ministerstvo zdravotnictví, je onkologie a Evropský plán boje proti rakovině, dostupnost léčivých přípravků, podpora očkování, posílení důvěry v ně a boj se souvisejícími dezinformacemi.

### Data jako největší téma

V oblasti legislativy je na programu předsednictví Nařízení o Evropském prostoru pro zdravotní data (European Health Data Space) a revize legislativy pro oblast lidské krve, tkání a buněk. Nařízení o Evropském prostoru pro zdravotní data představuje významný legislativní milník. První návrh byl publikován na začátku května. „Obecným cílem nařízení je zajistit, aby fyzické osoby v EU měly v praxi větší kontrolu nad svými elektronickými zdravotními daty,“ citovala Mgr. Storová a dále uvedla, že se

nejedná o jednoduchý úkol a nejobtížnější bude v této záležitosti právě zajištění právního rámce. „Při zavádění eReceptu jsme se již s touto problematikou setkali a nějakou dobu nám trvalo, než jsme vybudovali důvěru veřejnosti v tento systém,“ podotkla Mgr. Storová. V souvislosti s připravovanou legislativou nastává podle Ing. Hlaváče v České republice odklon od „evropské skepse“: „Ačkoliv Česká republika patří k zemím, které jsou vůči evropským záležitostem skeptické, od našeho posledního předsednictví v roce 2009 jsme ušli velký kus cesty a tento přístup se změnil. Nepanují již pochybnosti o tom, jaké dopady bude mít tato agenda na způsob fungování našeho zdravotnictví v následujících letech. Uvedený legislativní balíček je revoluční. Největší téma, které provází naše předsednictví, jsou data, a to je také téma, jehož význam ve zdravotnictví stále narůstá.“

### Dostupnost léčiv a řešení výpadků

Do kompetencí českého předsednictví spadá také Nařízení 123/2022 o posílení mandátu Evropské agentury pro léčivé přípravky. Jde o normu, která vznikla následkem pandemie covid-19 a jejímž záměrem

je monitorování a předcházení nedostatku léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a zajištění připravenosti na mimořádné situace. „Toto je první norma, která uvedla srozumitelné definice termínů jako je nabídka, poptávka a nedostatek, což do této doby nebylo v žádné právní normě uvedené,“ zmínila Mgr. Storová. Většina z panelistů však nepovažuje opatření, která toto nařízení zavádí, za dostatečná k zajištění dostupnosti léčivých přípravků a zabránění jejich nedostatku. „K tomuto nařízení jsem skeptický a myslím si, že v tomto případě se jedná o nepochopení toho, jak farmaceutický průmysl funguje. Nelze se domnívat, že nedostupnost a výpadky lze řešit tím, že budeme mít přehled o tom, v jaké fázi se produkt nachází. Nastavení sankcí za zpožděné reportování výpadků nebo přerušení dodávek také není efektivní řešení. V lepším případě budeme mít lepší přehled o nastalé situaci, avšak faktická nedostupnost léků na trhu nebude vyřešena. V horším případě nebudeme mít ani jedno. Myslím si, že dostupnost léčiv je systémový problém na pomezí zdravotnictví a průmyslu a není řešitelný z roku na rok,“ vyjádřil svou skepsi Mgr. Vrubel.

V dostupnosti generických léčiv jsou v porovnání s těmi inovativními znatelné rozdíly. Generika představují 75 % evrop-



ského farmaceutického trhu. Z toho jsou dvě třetiny těchto léčiv vyráběny mimo Evropu. Tlak na cenu generických léčiv vedl k optimalizaci jejich výroby a k následnému přesunutí mimo Evropu. Dodavatelský řetězec těchto léčiv je proto vysoce komplexní, což vede k tomu, že může jednoduše selhat.

Mgr. Kolář dále k řešením pro zlepšení dostupnosti léčiv uvedl: „Problematiku dostupnosti léčiv diskutujeme nejen na naší lokální úrovni, ale také na evropské úrovni. Řešení není jednoduché a nebude jenom jedno, výroba léčiv je komplexní proces. Ke zlepšení situace přispěje posílení výrobních kapacit farmaceutických společností, což je strategie, kterou firmy volí, a mohou si tak vypomáhat i vzájemně při výpadku určité substance. To je jistě jedno z opatření, které povede ke snížení množství výpadků do budoucna.“

Řešení důsledků výpadků léčiv pro pacienty se nabízí formou adekvátní generické substituce. „To je běžná součást práce lékárníků. Jednotliví provozovatelé se liší pouze mírou implementace či softwarové podpory. Je využívána nejen generická substituce, ale i záměna, a tyto úkony představují 40 % expediční práce lékárníka,“ uvedl PharmDr. Blahuta.

## Očkování v lékárnách

V poslední době patří mezi hojně diskutovaná témata očkování v lékárnách. „Z pohledu SÚKL byla vypracována analýza, co vše by bylo potřeba změnit v rámci aktuální platné legislativy, aby na této úrovni ne-

existovaly žádné překážky, které by zavedení očkování bránily. Byla by nutná novelizace zákona 372/2011 Sb., o veřejných zdravotních službách, zákona 378/2007 Sb., o léčivech, a zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Dále by byla potřeba změna vyhlášky č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, zajištění odborné způsobilosti a kvalifikace farmaceutů a v neposlední řadě také nastavení systému odměňování za tento úkon,“ uvedla ve výčtu Mgr. Storová. Dále zmínila, že z doposud proběhlých jednání ve sněmovně nabyla dojmu, že nikdo není nakloněn praktické diskusi k této problematice. „Já tento návrh podporuji, stejně jako podporuji to, aby mohly očkování vykonávat zdravotní sestry. Situace v Čechách představuje klasický statusový spor, který má podstatu celé záležitosti. Z hlediska byznysu má několik farmaceutických firem legitimní zájem uvést na tento trh násobek vakcín na chřipku, protože tuší, že je to možné, a vycházejí z reálných dat. Zcela evidentní bottleneck zde však představují praktičtí lékaři a způsob distribuce. Já budu za tuto možnost moc rád a vyzývám všechny, aby to nevzdali, a to ne proto, že mým záměrem je podporovat v této problematice lékárníky nebo zdravotní sestry, ale proto, že se domnívám, že je to cesta, jak zvýšit proočkovanost České republiky. Ta je nyní totiž tak nízká, že již tento ukazatel je v porovnání se západní Evropou tak do očí bijící, že by měl vyvolat na datech založenou diskusi,“ uvedl Ing. Hlaváč. PharmDr. Finsterle zdůraznil, že

v této problematice je potřeba si ujasnit, jakou přidanou hodnotu přinese možnost očkování v lékárnách pacientovi: „Pokud je nízká proočkovanost důsledkem toho, že existuje bariéra mezi pacientem a lékařem ve formě dlouhých objednacích lhůt, nebo snad dokonce odmítání ze strany lékaře, pak je role lékárníka evidentně hodnotná. Pokud však lékárníci zaujímají postoj, že chtějí zvýšit své kompetence za jakoukoliv cenu, pak chápu ostatní stakeholdery, že se k této záležitosti staví negativně.“ Jiří Stránský také zmínil, že otázkou zůstává, zda je po očkování reálná poptávka doopravdy tak vysoká, jak zmiňují některé mediální zdroje. Možnost očkovat v lékárnách by však uvítal.

## Budoucnost Rx-online

Diskutující dále vyjádřili svá stanoviska k tématu Rx-online, tedy k online prodeji léčivých přípravků vázaných na lékařský předpis. Podle Storové, která hodnotí kladně přijetí modulu elektronického pokazu a míru jeho využívání, je Rx-online další krok v přirozeném vývoji směřujícím k podpoře digitalizace a k celkovému zlepšení péče. Panelisté se jednoznačně shodli, že se nejedná o mrtvé téma. „V současnosti je toto téma vyřešené elektronickou rezervací receptových přípravků,“ domnívá se PharmDr. Blahuta. Své stanovisko vyjádřil také PharmDr. Finsterle: „Určitě jde o aktuální téma. Podíváme-li se na situaci v zemích EU, mají pacienti možnost svobodné volby využívat tuto službu jak s elektronickou, tak se standardní preskripcí. Mezi hodnoty demokratické země patří možnost svobodné volby, což je podstata toho, jaký distribuční kanál si pro zajištění léčiv vybereme. Zachování pravidel informovanosti, férovosti, dostupnosti cenové nabídky – to jsou principy, které by měly být pod kontrolou regulačních autorit, ale jednoznačně by tato možnost svobodné volby měla existovat a měl by fungovat duální systém koexistence lékáren a e-lékáren.“ Na závěr k tomuto tématu uvedl Ing. Hlaváč: „Z hlediska evropského práva jsou léky zboží. Až se vyřeší technické oprávněné legitimní obavy některých profesních skupin, jak přes Rx-online dodat lék k pacientovi, což je poslední záležitost, kterou zbývá dořešit, pak nic nebrání tomu, aby se tato možnost stala běžnou součástí našich životů.“

Jako další aktuální témata zmínila Mgr. Storová novelizaci cenového předpisu či nová kritéria hodnocení léčivých přípravků pro vzácná onemocnění.

Mgr. Kateřina Štulíková



Blok Lékárenství a léčivá politika moderovala Irena Storová

## Odborný blok – Dlouhodobá péče

Samostatná sekce byla věnována tématu dlouhodobé péče. V jejím úvodu odborný moderátor Ing. Jiří Horecký přítomné seznámil s obsahem reformy v oblasti dlouhodobé péče s cílem vyřešit roztržštěnost správy a financování dlouhodobé péče a nízkého podílu komunitních a domácích služeb v České republice. Podstatou opatření je legislativní reforma, jejímž cílem bude především integrovat zdravotní a sociální dlouhodobou péči a zajistit stabilní systém odpovídajícího financování kvalitních dlouhodobých služeb.

### Virtuální realita má budoucnost

O inovacích v poskytování zdravotní a sociální péče hovořil Ing. Tomáš Groh, generální ředitel HARTMANN-RICO. Jak úvodem řekl, základní snahou nás všech je, aby byl člověk dlouho zdravý, a zdůraznil prevenci. Není-li člověk zdravý a potřebuje péči, snažíme se, aby co nejdéle mohl zůstat ve svém domácím prostředí. Dále se věnoval výsledkům průzkumu, který společnost HARTMANN-RICO připravila. Data mimo jiné ukazují, že ideálem je zcela soběstačný pacient. Dalším stupněm je zapojení rodiny do péče, následuje domácí péče, a nakonec péče institucionální. „Dlouhodobá péče se netýká jen těch, kteří ji potřebují, ale i poskytovatelů, tedy zdravotníků a rodinných příslušníků, kteří se o někoho starají v domácím prostředí. Domácích pečujících je v České republice jeden milion a polovina z nich o své blízké pečují dlouhodobě. Taková péče zásadním

způsobem ovlivňuje pracovní a osobní život pečujícího,“ uvedl Tomáš Groh. Uказuje se, že s řadou problémů se potýká také vykazování výkonů v domácí péči. Výkony často nekorrespondují s potřebou, což vede k neefektivitě v domácí péči. Je také potřeba většího zapojení rodinných příslušníků do péče. Pečující by zase uvítali více informací o možnostech finanční podpory ze strany státu či pojišťoven, o problematice péče o blízkého a o možnosti praktického vzdělávání v tomto sektoru.

Jako příklad inovace Tomáš Groh uvedl holandskou společnost Buurtzorg, která funguje od roku 2007 a dnes je největším poskytovatelem domácí péče v Holandsku. Během zhruba patnácti let se rozvinula a v současnosti zaměstnává 14 tisíc lidí. „Tento obrovský úspěch je postaven na několika pilířích,“ řekl Ing. Groh. „Tím prvním je bezhierarchická organizační struktura, což klade důraz na autonomie jednotlivých zaměstnanců, především sester. Pracuje se v malých autonomních tý-

mech, které se v rámci regionu kompletně starají o zdravotní a sociální péči. Druhým pilířem je informační systém a absolutní transparentnost všeho, co se děje ve výkaznictví. A třetím pilířem je soustava koučů, kteří týmy vedou tak, aby se rozvíjely a zvyšovaly kvalitu péče. Starají se také o přenos know-how mezi jednotlivými týmy. Jde tedy o velmi inspirativní inovace v oblasti poskytování domácí péče a myslím, že tento přístup by mohl najít uplatnění i u nás,“ řekl ředitel Groh. Závěrem uvedl příklad inovace ve společnosti HARTMANN-RICO. Systém funguje na bázi umělé inteligence a snaží se pomoci sestřám v oblasti hojení ran. Rána se naskenuje, přístroj na základě databáze ukáže správný postup léčby a navrhně vhodné produkty určené k léčení ran. „Hojení ran je 50procentní téma právě v domácí péči,“ konstatoval Tomáš Groh a zdůraznil, že pro budoucnost poskytování sociálních služeb je využívání virtuální reality velmi důležité. Samozřejmě ruku v ruce se vzděláváním a tréninkem v této oblasti.



Zleva: Jiří Horecký, Monika Marková, Tomáš Groh, Martin Loučka a Barbora Vaculíková, ředitelka Penta Hospitals CZ

## Pacient by měl mít právo volby, kde chce umírat

Tématu poskytování hospicové a paliativní péče v sociálních službách se věnovala Mgr. Monika Marková, předsedkyně představenstva Fóra mobilních hospiců, z. s.

Úvodem Monika Marková upozornila, že se pojmy hospicová a paliativní péče někdy zaměňují. Hospicová péče se podle jejích slov týká člověka, který se nalézá ve stadiu, kdy už je jasné, že umírá. Podle definice je předpokládána doba jeho dožití 6 měsíců, většinou je ten časový úsek kratší, ale občas překvapivě i delší. „Slovo paliativní má širší význam,“ pokračovala. „Evropská asociace paliativní péče (EAPC) paliativní péči definuje jako aktivní, komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc neodpovídá na kurativní léčbu. Díky pokrokům medicíny, především v biologické léčbě nádorových onemocnění, dnes pacient může být v paliativní léčbě třeba několik let. Cílem této péče je podporovat kvalitu jeho života, a to až do jeho samotného závěru. S důrazem na kontrolu bolesti a dalších symptomů, ale také na řešení sociálních, psychologických a spirituálních problémů. Paliativní péče je multidisciplinární týmová práce, která zahrnuje také péči psychologů a psychoterapeutů. Všichni tito profesionálové mají odpovídající vzdělání, aby kromě jiného uměli a neobávali se s lidmi hovořit na témata, která se závěru života týkají. Důležitá je samozřejmě také péče pacientovy rodiny,“ uvedla Mgr. Marková a dodala, že obecnou paliativní péči na základní úrovni by měli zvládat všichni zdravotníci.

Dále hovořila o prostředích, kde je paliativní péče poskytována. Kvalita života pacienta se velmi často odvíjí právě od prostředí, v němž se nachází, a od péče, která je mu zde poskytována. Jednou z možností je nemocniční paliativní péče. V nemocničním prostředí se s paliativní péčí můžeme setkat ve formě konziliárních paliativních týmů, které pomáhají s péčí o pacienty na různých odděleních nemocnice. Slouží jako expertní poradenské týmy pro kolegy z jiných oddělení a často pracují s rodinou pacienta. Druhou možností jsou lůžková oddělení paliativní péče, která mají podobu klasických oddělení s hospicovými lůžky. Paliativní péče může být poskytována také v hospicích. Lůžkový hospic je vhodný pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí prožít závěr života doma. Tato zařízení nabízejí komplexní paliativní péči a snaží se přitom o co největší přiblížení domácímu prostředí. Příbuzní pacientů mají neome-

zené návštěvní hodiny. Existují také mobilní hospice, které poskytují specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta dostupnou 24 hodin denně. Multidisciplinární tým dochází za pacienty domů a ve spolupráci s rodinou umožňuje, aby nemocný mohl důstojně a bezbolestně zemřít v prostředí, kde se cítí dobře.

Monika Marková zdůraznila, že je velmi důležité rozvíjet domácí péči a paliativní přístup v terénních sociálních službách. Uvedla dobrý příklad jednoho takového zařízení se sídlem v Praze 7, které rozvíjí paliativní přístup v pečovatelských službách. „Je jedním z prvních, kde jsou v paliativním přístupu vzdělány již všechny pečovatelky. Už tedy přesně vědí, čeho si mají všimnout, jak hovořit s klientem, jak podpořit rodinu, že je důležité včas řešit symptomy bolesti a rozeznat potřeby pacienta. Na to je třeba obzvláště dbát především v domovech se zvláštním režimem, protože lidé často neřeknou, že je něco bolí, a dávají to najevo jinak. Odborné vzdělávání je také důležité pro provázení klienta a jeho rodiny, a to i po úmrtí nemocného. Specializační kurzy paliativní medicíny by měl absolvovat celý personál zařízení, nejen přímí poskytovatelé péče. Nezbytné je i nastavení procesů. Musí být jasné, kdo rozhodne, že pacient bude mít paliativní přístup. Je také třeba zavést konkrétní postupy, co kdo bude dělat, evidovat nebo kdo bude klíčový pracovník pro komunikaci s terénním poskytovatelem specializované paliativní péče,“ uvedla Monika Marková a dodala: „Je řada zařízení, která i díky speciálnímu programu zavádění paliativní péče v domovech pro seniory Nadačního fondu Abakus dnes možná poskytují lepší paliativní péči než některé lůžkové hospice.“

## Základem je vhodná komunikace

Psycholog Martin Loučka představil průběžné výsledky z prvního roku dvouletého pilotního programu nadačního fondu Abakus, zaměřeného na implementaci paliativní péče do domovů pro seniory a do domovů se zvláštním režimem. Cílem je zajistit, aby u nás postupně vznikala síť domovů pro seniory schopná celistvě pečovat o lidi na konci života v prostředí, na něž jsou zvyklí, a získané know-how dále předávat.

„Do programu se přihlásilo 70 zařízení. Nakonec jsme vybrali 14 domovů různých velikostí a nejrůznějších zřizovatelů z celé republiky. Při přípravě jsme vycházeli i ze zahraničních zkušeností například z Rakouska a ve Velké Británii. Program

má odbornou radu složenou se zástupců příslušných medicínských odborností, asociace poskytovatelů a také z vedení domovů kvůli zpětné vazbě,“ řekl úvodem Martin Loučka.

Jak uvedl dále, první část programu tvoří strukturované intenzivní vzdělávání velké části personálu v paliativní péči, s důrazem na spolupráci s praktickými lékaři. Druhá část se nazývá doprovodný program, kdy si pracovníci určité odbornosti mají možnost každý měsíc vyměňovat dobrou praxi, tedy poznatky a zkušenosti. Poslední oblastí je mentoring. Domovy mají se zaváděním změn různou úroveň zkušeností. Máme celkem sedm mentorek z řad zdravotních sester a sociálních pracovníků, které mají zkušenosti s paliativní péčí i s péčí v pobytových sociálních službách a které poskytují personálu podporu při procesu změn.

Mezi dopady programu je podle PhDr. Loučky zlepšení organizační kultury v zařízeních a celkové zvýšení úrovně prostředí sociálních služeb. Jako významná se ukazuje také role koordinátorů paliativní péče. Základem paliativní péče je především dobrá komunikace s klientem a včasné plánování péče v závěru života ve spolupráci s jeho rodinou. Důležité je tedy vést rozhovory s klientem správnou cestou, a hlavně umět je správně dokumentovat. „Ze zkušenosti víme, že lidé v závěru života si nepřejí intenzivní péči, ale zaměřují se spíše na komfort. A pokud se toto přání včas nevykomunikuje a nezdokumentuje, pacienti dostávají péči, kterou nechtějí, protože všichni samozřejmě máme obavy, abychom něco nezanedbali,“ řekl doktor Loučka závěrem.

## Situace vyžaduje systémovou změnu

Primární péči v sociálních službách se věnoval MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů ČR. Hned v úvodu zmínil, že paliativní péče by podle jeho názoru měla být výbavou každého praktického lékaře (PL), nejen toho, kdo poskytuje své služby pobytovým sociálním zařízením. Petr Šonka nejprve nastínil stav primární péče v ČR. Konstatoval, že právě tato péče je základem každého fungujícího zdravotního systému. Praktik má ze všech oborů největší schopnost ovlivnit zdravotní stav populace a také náklady zdravotního systému. Měl by také fungovat jako průvodce pacienta zdravotním systémem a být advokátem v otázkách jeho zdraví, tedy nasměrovat jej k potřebné péči a chránit před péčí zbytečnou.



Zleva: Tomáš Groh, Martin Loučka a Barbora Vaculíková

Dále MUDr. Šonka popsal, co je náplní činnosti PL. Kromě administrativy pro stát mu nejvíce času zabírá diagnostická, léčebná a preventivní péče, dále rozvoj dispenzární péče, skoro třetina diabetiků je v péči PL. A také screeningové programy na kolo- rektální karcinom, mamologické, rozjiždí se screening bronchogenního karcinomu u kuřáků, chystá se u karcinomu prostaty, fungují programy časného zachytu demence a osteoporózy. Další činností je očkování, posudková činnost a pracovně lékařské služby. Větší problém, než je nedostatek PL, spočívá především v nerovnoměrné distribuci sítě a až v 70procentní feminizaci.

Doktor Šonka přítomné seznámil s výsledky výzkumu Asociace poskytovatelů sociálních služeb z loňského listopadu. Bylo osloveno 204 poskytovatelů dlouhodobé péče s dotazy, jak mají ve svém zařízení zajištěnu péči PL a jak jsou s ní spokojeni. Pět procent poskytovatelů má svého vlastního PL, 95 procent spolupracuje s externím. Dvě třetiny dotázaných uvedly, že měly problém praktika sehnat. Nejčastější stížností ze strany poskytovatele byl požadavek extra paušální platby ve výši 10 až 25 tisíc korun měsíčně pro zajišťovatele primární péče. Za důvody, proč v sociálních službách chybějí praktici, označil vyčerpanost kapacity PL jejich standardní péčí a riziko pro jejich ekonomiku. V každém případě jde o větší objem práce, vyšší nákladovost ordinace, nárůst administrativy, problém s nemotivující výší úhrady či s možností zastoupení a s registrací pacientů pobytových zařízení.

Situaci by podle doktora Šonky mohla zlepšit novela vyhlášky o pracovně lékařských službách, která by měla uvolnit část kapacity primární péče, a vytvořit tak potenciál pro práci PL v sociálních službách. Na rozdíl od pouhého navýšení úhrady za klienta pobytového zařízení by řešením podle jeho slov bylo navázání kapitální platby a hodnoty bodu na stupeň závislosti, například aby 3. a 4. stupeň měl dramaticky vyšší platbu.

„Skutečné řešení vidím v systémové změně v hrazení péče o klienty pobytového zařízení. U ležících pacientů je třeba zvážit, nakolik jde ještě o ambulantní péči. Východiskem by podle mě bylo pacienta, jakmile se stane klientem pobytového zařízení, vyjmout z kapacity u PL. A praktikovi umožnit uzavřít speciální kontrakt se sociálním zařízením. Otevřel by se tak prostor i pro jiné specializace, například internisty, aby mohli v pobytových zařízeních vykonávat primární péči. Myslím, že teď je vhodná chvíle pro ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí a zdravotní pojišťovny o této problematice začít jednat,“ uzavřel MUDr. Petr Šonka.

### Nikdo nesmí zůstat bez pomoci

V závěru sekce Ing. Horecký informoval o nedávno přijaté Evropské strategii dlouhodobé péče. Hlavním akcentem strategie je potřeba v celé Evropě změnit a zlepšit situaci v této oblasti. Cílem je zajistit kvalitní, cenově dostupné a přístupné pečovatelské služby.

Dále zlepšit situaci pro příjemce péče i pro osoby, které o ně profesionálně či neformálně pečují. Problémem celé Evropy je přetrvávající nízká atraktivita tohoto povolání a špatné pracovní podmínky. Proto je důležité do péče investovat. Investice do vysoce kvalitní péče rovněž znamenají vyšší účast žen na trhu práce a lepší genderovou rovnost. Je dlouhodobě neudržitelné, aby péče zůstávala na bedrech domácích pečujících bez jakékoliv podpory. Okolo 52 milionů Evropanů, tedy 14,4 procent populace ve věku 18 až 74 let, poskytují neformální dlouhodobou péči o rodinné příslušníky nebo přátele na týdenní bázi. V současnosti osmdesát procent péče je na bedrech rodin a jenom dvacet je zajištěno profesionálními službami. Největší díl pečovatelských povinností stále spočívá na ženách, a to i v oblasti formální péče, kde ženy představují 90 procent všech pracovníků. Dalším problémem je nedostatek pracovníků sociálních služeb, nejhorší je situace u všeobecných sester.

Jak Jiří Horecký informoval, tyto otázky hodlá Evropská komise řešit prostřednictvím konkrétních opatření, kterými podpoří členské státy EU, aby zlepšily přístup k vysoce kvalitním a cenově dostupným pečovatelským službám. Služby jsou často nedostupné místně nebo finančně. Jedna třetina lidí v Evropě si domácí péči vůbec nemůže dovolit. Je také nutné zlepšit pracovní podmínky pečovatelských pracovníků a pokusit se zavést rovnováhu mezi jejich pracovním a soukromým životem. Sociální služba je také stále hůře odměňována než zdravotní služby.

„Velký důraz strategie klade na zavedení digitalizace sociálních služeb. Evropská komise v dokumentu také poprvé akceptovala privátní sektor z hlediska budoucnosti dlouhodobé péče. Je neudržitelné, aby oba sektory péče byly oddělovány, naopak musejí spolupracovat. V budoucnu bychom podle dokumentu měli všechna pobytová zařízení zavřít a místo nich poskytovat dlouhodobou péči jen v šesti až dvanáctilůžkových domcích a využívat terénní komunitní služby. Každý, kdo pečuje o rodinného příslušníka, má mít možnost si vybrat, jaký druh péče chce. V žádném případě by na péči neměl zůstat sám a utopit se bez pomoci a podpory,“ nastínil Ing. Horecký výhled do budoucna.

Mgr. Markéta Mikšová

Foto z kongresu: Michal Češek, Radek Kořářik



# 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



# Digitalizace zdravotnictví v Česku pokulhává, premiantem je Dánsko

*Výzkum mezi zdravotníky, ve vztahu k digitalizaci ve zdravotnictví v ČR, prokázal, že hlavními bariérami rozvoje digitalizace ve zdravotnictví jsou nekonceptní přístup ze strany státu, kybernetické bezpečnostní hrozby a nedostatek finančních zdrojů. Dílčí projekty tzv. eHealth však v Česku již fungují a těší se velké oblibě.*

Dle definice EU se digitální zdraví a péče týká nástrojů a služeb, které využívají informační a komunikační technologie ke zlepšení prevence, diagnostiky, léčby, monitorování a řízení problémů souvisejících se zdravím a ke sledování a řízení návyků životního stylu, které ovlivňují zdraví. Digitální zdraví a péče jsou inovativní a mohou zlepšit přístup k péči a její kvalitu a také zvýšit celkovou efektivitu zdravotnictví.

Digitalizace přináší nesporné benefity všem aktérům zdravotnického systému (úspory, zlepšení a zefektivnění péče, vyšší prevence, vyšší dostupnost informací, dohled nad vlastními daty apod.).

„Telemedicína je jednou ze součástí digitalizace zdravotnictví. Umožňuje sbírat data z jednotlivých přístrojů do chytrých zařízení, která poté obdrží sestra nebo lékař. Pacient tak nemusí chodit na prohlídky kvůli měření krevního tlaku nebo krevního cukru. Přesto má o tom ale lékař přehled. Pacient se také může s lékařem bezpečně spojit online a řešit s ním zdravotní problémy svoje nebo svých dětí tak, aby bylo vše lege artis.“ charakterizuje telemedicínu Jiří Pecina, zakladatel platformy MEDDI App.

## Česko je až ve druhé desítkě v digitalizaci zdravotnictví

Dne 22. 9. 2022 byla v Praze u příležitosti odborné konference – Zdravotnictví 2023 zveřejněna očekávaná studie na téma: Je ČR připravena na digitalizaci českého zdravotnictví. Studii zpracovala společnost KPMG Česká republika, s.r.o. pro Alianci pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb, z. s. (ATDZ) v období mezi únorem a zářím 2022. Cílem studie bylo: 1. zmapovat současný stav digitalizace zdravotnictví v ČR, 2. zpracovat zahraniční případové studie, 3. identifikovat hlavní bariéry rozvoje eHealth, 4. identifikovat příležitosti a hrozby pro další rozvoj digitaliza-

ce. Součástí studie bylo také porovnání úrovně digitalizace českého zdravotnictví se třemi vybranými zeměmi – Německo, Dánsko a Nizozemí.

„Česká republika je v oblasti digitalizace zdravotnictví v porovnání s ostatními, a zejména západoevropskými zeměmi stále dost pozadu. Příkladem by nám mělo být zejména Dánsko, které je evropským digitálním premiantem,“ uvádí Jiří Horecký, předseda Správní rady Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví a sociálních služeb.

„Z hlediska digitalizace na tom nejsme vůbec dobře, a to také ve srovnání se státy ve východní Evropě, kde je premiantem Estonsko, v západní Evropě je to pak Dánsko. A to jsme měli dobrou startovací linii – řekněme, že tak před 4 lety jsme byli dál než Německo. Je to nesmírná škoda, protože máme řadu špičkových

technologií, které se používají. Je škoda, že na Slovensku již téměř 15 let funguje systém, díky němuž je 70 % zdravotních výsledků přístupných všem ostatním lékařům, a u nás se na tom ještě nezačalo pracovat,“ podotýká Jiří Pecina.

Evropská komise vytvořila pro měření digitalizace státu speciální index. V žebříčku zemí EU sestaveném podle DESI (digital economy and society index) zaujímá Česko 18. místo. Jak navíc upozorňují autoři studie, za posledních pět let bylo tempo růstu tohoto indexu v Česku podprůměrné. Z výsledků studie vyplývá, že se Česká republika potýká s nedostatečnou legislativní úpravou, nekonceptním řízením ze strany státu. Dílčí projekty digitalizace vznikají spíše izolovaně v rámci soukromých iniciativ, případně ve spolupráci s městy či kraji. Národní strategie elektronizace nemá



Jiří Pecina, zakladatel platformy MEDDI App

foto: archiv Jiřího Peciny

jasně nastavenou implementační strukturu a zůstává nenaplněná. Je ohroženo efektivní čerpání plánu obnovy. Česká digitalizace tedy drhne jako celek, což ovlivňuje elektronizační procesy také ve zdravotnictví.

## Problém je legislativa, ochrana dat a kyberbezpečnost

Přítom ČR disponuje nejvyšším počtem lůžek na obyvatele (má 2krát více lůžek než Dánské království nebo Nizozemské království), a naopak disponuje nejnižším počtem zdravotníků na obyvatele. ČR oproti porovnávaným zemím vynakládá nejnižší % HDP do zdravotnictví a zároveň má 3krát méně výdajů na zdravotní péči. Pacienti v České republice jsou v průměru nejdéle v nemocnicích (oproti Dánskému království a Nizozemskému království až dvojnásobný čas). ČR má s porovnávanými zeměmi srovnatelnou délku let ve zdraví, ale nejnižší průměrnou délku dožití. Plyne z toho, že ČR by měla být motivována zlepšovat kvalitu a dostupnost péče a směřovat k její udržitelnosti.

Respondenti byli dotázáni, co by se dle nich mělo změnit, aby se digitalizace v ČR zlepšila. Respondenti nejčastěji zmiňují nastavení koncepčního a strategického řízení digitalizace a označení za prioritu, včetně podpoření stálými financemi na konkrétní akční kroky. Tomuto by dle respondentů mohla pomoci stálá agentura, která by propojovala více aktérů a byla zodpovědná za implementaci. Dále často zmiňují klinické doporučené postupy, centrální služby, standardizaci a interoperabilitu a lepší zakotvení těchto aspektů v legislativě. Dalším doporučením je nastavení takového prostředí, aby byly efektivně vyčerpány prostředky z Národního plánu obnovy a dalších dotačních titulů, pro které je potřeba vydefinování doporučených projektů. Zároveň je kladen důraz na lepší vzdělávání a komunikaci, učení se v zahraničí a nevydělování digitalizace zdravotnictví od celkové digitalizace státu. „Z dat shromážděných prostřednictvím dotazníků vyplývá, že respondenti v České republice nemají dojem, že by stát přistupoval k problematice eHealth koncepčně a mají obavy z kybernetických hrozeb. Jako příležitost ke zlepšení byla nejčastěji zmiňovaná interoperabilita a vzájemné poskytování dat, novelizace zákona o eHealth a zavedení elektronického zdravotního záznamu,“ uvedl Ing. Martin Koníř ze společnosti KPMG.

„Největší problém těchto digitálních technologií je legislativa. Ty technologie tady jsou, např. elektronické bankovníctví používáme dost možná již 20 let. My teď chceme zavést něco podobného, akorát do běžného styku mezi lékařem a pacientem. Aplikace telemedicíny je nicméně náročná, kromě legislativy také z hlediska ochrany dat a kyberbezpečnosti,“ říká Martin Kočí, radiolog ve Fakultní nemocnici v Motole a předseda spolku Mladí lékaři.

## Dánsko premiantem

Z celkového srovnání úrovně digitalizace ve zdravotnictví a míry jejího zlepšování je na vedoucí pozici Dánsko. Zdravotní aplikace v Dánsku využívá 66 % obyvatelstva. Součástí těchto aplikací je např. kompletní zdravotnická dokumentace. Hojně je v Dánsku využívána aplikace „Můj praktický lékař“, která umožňuje kontakt s lékařem na dálku a má řadu dalších funkcí.

„Tohoto stupně digitalizace se v Dánsku podařilo dosáhnout díky investicím do této oblasti v důsledku zavedení jednotného zdravotního záznamu. Od počátku byli zapojeni jak pacienti, tak poskytovatelé zdravotní péče, digitální úkony byly součástí úhrad a systém měl dobře řízenou architekturu. Směrem k veřejnosti byl přechod k digitalizaci komunikován především jako nástroj ke zlepšení kontroly pacientů nad svými daty a celkovému zlepšení zdravotní péče, uvedl Ing. Koníř.

## Díličí telemedicínské projekty v ČR již fungují

„V České republice existují telemedicínské projekty, např. v Brně, v Olomouci nebo v Praze. Ve spolupráci s Mladými lékaři a Asociací poskytovatelů sociálních služeb se snažíme přesvědčit stát, po letech nasbíraných zkušenostech, aby byla digitalizace zdravotnictví podpořena. Spousta lidí totiž onemocní už jen proto, že šli pro recept. Tohle jde dělat i na dálku, pokud má pacient i lékař ty správné informace,“ komentuje Jiří Pecina.

Prvním nemocničním zařízením, které v ČR představilo vlastní unikátní mobilní aplikaci MOU MEDDI, byl Masarykův onkologický ústav. „Toto je opravdu první projekt, který propojuje možnosti moderních platform s potřebami komunikace mezi pacienty a zdravotníky. Aplikace rozhodně nemá ambice nahrazovat osobní se-

tkání, ale v mnohých situacích ji lze velmi vhodně využít. Naším pacientům proto chceme umožnit využívání současných komunikačních technologií a zjednodušit jim spojení s našimi zdravotníky,“ vysvětluje prof. Martin Svoboda, ředitel MOU.

Aplikace MOU MEDDI umožňuje sdílet lékařské zprávy a další důležité dokumenty elektronickou formou, a to v zabezpečené podobě. Podobně jako aplikace MEDDI App splňuje veškeré legislativní požadavky pro kybernetickou bezpečnost podle platných zákonů, vyhlášek a norem. „Při vývoji aplikace jsme vše důkladně probrali s Národním úřadem pro kybernetickou a informační bezpečnost a s odborníky na kyberbezpečnost. Zcela splňuje potřebné vyhlášky a normy. Běžnou součástí naší bezpečnostní politiky je provádění pravidelných bezpečnostních auditů externími společnostmi. Dále intenzivně spolupracujeme s řadou etických hackerů, kteří se snaží najít jak případná slabá místa v aplikaci, tak v celé architektuře. Tímto cílíme na maximální možnou bezpečnost a nemožnost úniku citlivých dat,“ popisuje Jiří Pecina.

## Aplikace šitá na míru praktickým lékařům

Kromě aplikace MOU MEDDI vyvinula společnost aplikaci šitou na míru praktickým lékařům – MEDDI MD. Hlavní výhodou této aplikace je, že veškeré dokumenty, které vzniknou na základě ošetření přes aplikaci MEDDI MD, mají z legislativního pohledu všechny parametry zdravotnické dokumentace v elektronické podobě. Aplikace pracuje s kvalifikovaným certifikátem a zároveň je možné přímo v aplikaci vystavovat elektronické recepty. Společnost MEDDI hub a.s. současně intenzivně pracuje na úpravách aplikace pro potřeby sdílení dat mezi systémy ambulantních a nemocničních softwarů, aby došlo ke snadnému a rychlejšímu mezioborovému sdílení dat o vývoji zdravotního stavu pacienta. V platformě MEDDI je nově k dispozici možnost vystavovat eRecept.

Další novou funkcí pro lékaře je také možnost nahlédnout do pacientova lékového záznamu, aby nedocházelo k duplikaci předepisovaných léků různými lékaři, případně může lékař tuto službu využít k tomu, aby zkontroloval před vystavením léku případné lékové interakce. Lékař může od začátku letošního roku nahlížet i do nově fungujícího očkovací záznamu pacienta.

Michal Češek

# Role HPV infekce v oblasti hlavy a krku

*Human papilloma virus (HPV) neboli lidský papilomavirus je celosvětově nejrozšířenější pohlavní infekcí. Promořenost světové populace je vysoká a sahá až k 90 %. HPV infekci již velmi dobře známe v souvislosti se vznikem karcinomu děložního hrdla a anogenitální oblasti. V posledních letech se však do popředí dostává i zvyšující se výskyt patologických lézí v oblasti hlavy a krku na podkladě HPV infekce.*

Lidský papilomavirus je DNA virus napadající dlaždicový epitel kůže a sliznic. Způsobuje řadu chorob – od bradavic až po nádorová onemocnění. Různorodost HPV je dána počtem existujících typů, kterých je v současnosti více než 130. Vstupní branou jsou drobná poranění kůže a sliznice, kudy HPV proniká do bazální vrstvy epitelu a napadá nezralé keratinocyty. Nejcitlivější oblastí k infekci je zóna přechodu dlaždicového a cylindrického epitelu (hrdlo děložní, anus, hltan, hrtan). K přenosu HPV dochází při pohlavním styku, ale i při nekoitálních praktikách jako například orální sex.

Podle rizika maligního zvratu dělíme HPV do dvou hlavních skupin – nízkorizikové a vysokorizikové. Nízkorizikové papilomaviry (tzv. „low risk“ – LR-HPV) způsobují onemocnění charakteru bradavic, kondylomat a papilomů. Z pohledu otorinolaryngologa jsou důležité typy 6 a 11, které způsobují rekurentní respirační papilomatózu (RRP), které se v tomto článku budeme také věnovat. U těchto typů HPV je možný přenos pohlavní cestou, dotykem, ale také z matky na dítě během vaginálního porodu.

Vysoko rizikové papilomaviry (tzv. „high risk“ – HR-HPV) mají onkogenní potenciál. Patří sem větší množství typů HPV, z nichž je důležité vyzdvihnout zejména typy 16 a 18. Tyto dva typy jsou zodpovědné za většinu karcinomů jak děložního hrdla a anogenitální oblasti, tak i v dýchacích a polykacích cestách. V oblasti hlavy a krku nejčastěji postihuje oblast orofaryngu.

Ve většině případů probíhá HPV infekce asymptoticky a díky imunitním mechanismům dochází zpravidla k úplné

likvidaci viru z organismu. Při přetrvávající infekci LR-HPV může vzniknout RRP či kondylomata. Při přetrvávající infekci HR-HPV může vzniknout maligní nádorové onemocnění. Mezi rizikové faktory patří například pokles imunity, promiskuita, anamnéza kuřáctví a nadměrného požívání alkoholu.

## Recidivující respirační papilomatóza (RRP)

Recidivující respirační papilomatóza hrtanu je benigní onemocnění vyvolané nízkorizikovými HPV typy 6 a 11. Projevuje se exofyticky rostoucími dlaždicobuněčnými papilomy. Nejčastěji postihuje sliznici v dýchacích cestách, a to zejména v oblasti hrtanu. Vyskytují se hlavně v místě tzv. skvamó-kolumnární junkce, což je přechod mnohovrstevného dlaždicového epitelu v epitel respirační. Papilomy se pohledem jeví jako zrnité bradavičnaté struktury tvořící trsy. Opět i zde platí, že většina infekcí těmito typy HPV je asymptomatická. Pouze u menšího počtu pacientů dojde k projevům RRP. Papilomatóza často recidivuje a může se rozšiřovat i do dolních cest dýchacích. Neléčená papilomatóza může zapříčinit i život ohrožující stav. Rozlišujeme formu juvenilní a dospělou.

Juvenilní RRP se projevuje již v dětství s maximem výskytu mezi 2–4 roky. Jedná se o nejčastější benigní nádor hrtanu v dětském věku a postihuje přibližně stejně často chlapce i dívky. Rizikovými faktory jsou nízký věk matky a brzký začátek matčina sexuálního života, nižší socioekonomický status, přítomnost kondylomat u matky při těhotenství, vaginální porod. RRP se projevuje změnou hlasu, dlouhodobým kašlem, neprospíváním dítěte, stridorem, až dušností.

Dospělá forma RRP a její vznik je dávan do spojitosti zejména s orálním sexem. U této formy dominuje spíše chrapot, mohou se přidružit i dysfagické obtíže a pocit cizího tělesa v krku.

V pokročilých stádiích obou forem může docházet k dechové tísní a mohou eskalovat v život ohrožující stav.

Vyšetření se opírá o odběr anamnézy a laryngoskopické vyšetření. Léčba je vzhledem k častým recidivám svízelná. Metodou volby je hrtanová mikrochirurgie s cílem odstranit vzniklé papilomy a co nejvíce šetřit jak sliznici, tak okolní struktury. Jednoznačnou indikací je obstrukce dýchacích cest s dušností.

Kromě chirurgie se uplatňuje i adjuvantní terapie, která může pomoci zpomalit růst papilomů a snížit počet chirurgických výkonů. Tato terapie je indikována u pacientů, u nichž se významně zkracuje časový interval mezi operacemi a podstupují tak hned několik chirurgických výkonů ročně. Další indikací je šíření papilomatózy do dolních cest dýchacích či inoperabilní nález.

Mezi léky používané v adjuvantní terapii se řadí monoklonální protilátka bevacizumab a antivirotikum cidofovir, které je možno aplikovat intraleziálně anebo také intravenózní cestou. Další používané antivirotikum je isoprinosin podávaný perorálně. Výhodou je, že isoprinosin může předepsat lékař jakékoliv odbornosti. Klíčové je však stále preventivní očkování proti HPV typu 6 a 11.

## Orofaryngeální karcinom asociovaný s HPV

Před 20 lety byl typickým pacientem s karcinomem v oblasti hlavy a krku člověk vyššího věku v nepříliš dobrém stavu, s dlouhodobou anamnézou kuřáctví a abúzem alkoholu. V posledních letech však narůstá incidence tzv. HPV pozitivních karcinomů, jejichž vznik je asociovan s infekcí vysoko rizikovými typy lidského papilomaviru. HPV pozitivní karcinomy nejčastěji postihují oblast orofaryngu (orofaryngeální karcinom – OFK), konkrétně patrovou tonzilu a kořen jazyka. HPV pozitivní OFK se od HPV negativních OFK etiopatogeneticky liší tím, že významným faktorem je rizikové sexuální chování – promiskuita, orogenitální a anogenitální sexuální praktiky. Proto jsou podobnou měrou postiženi ženy i muži. Tyto nádory se typicky objevují u mladších pacientů v jinak dobrém





zdravotním stavu. Navíc se často jedná o nekuřáky, což neplatí v případě HPV negativních orofaryngeálních nádorů.

Nejčastějším vyvolavatelem je HPV typ 16, a to až v 80 %, méně často typ 18. Vstupní branou jsou mikrotraumata ve sliznici orofaryngu. Histologicky se jedná většinou o nekeratinizující nízce diferenciované karcinomy malé velikosti. V době diagnózy jsou často postiženy i regionální lymfatické uzliny, které bývají cysticky změněné. Právě zduření na krku bývá často prvním příznakem u HPV pozitivních OFK! Mezi další příznaky patří ztížená a bolestivá polykání, krvácení z dutiny ústní, pocit cizího tělesa v krku, zápach z úst a úbytek váhy. I přes tuto skutečnost se HPV pozitivní OFK jeví jako méně agresivní než HPV negativní OFK a mají výrazně lepší odpověď na léčbu. Z toho vyplývá i jejich příznivější celková prognóza než v případě HPV negativních orofaryngeálních karcinomů.

Terapeutické možnosti HPV pozitivních OFK se dnes řídí dle norem v závislosti na stadiu onemocnění. V případě, že se jedná o operabilní nález, léčba pacientů se opírá o léčbu chirurgickou v rozsahu dle stadia onemocnění. Poté navazuje adjuvantní onkologická léčba – radioterapie a chemoterapie, případně jejich kombinace. Onkologická terapie je intenzivní a často ji doprovází vedlejší účinky, které mají významný dopad na kvalitu života pacienta. Mezi vedlejší účinky patří výrazná suchost v ústech a ztížené polykání (často vyžadující i přechodné zavedení vyživovací sondy do žaludku), dále stomatologické obtíže a také ztráta sluchu.

V současné době je léčba HPV pozitivních karcinomů orofaryngu obdobná jako léčba HPV negativních karcinomů orofaryngu. Předmětem klinických studií je i tzv. deintenzifikace léčby, tedy její zmírnění u pacientů s HPV pozitivním karcinomem orofaryngu k minimalizaci možných následků léčby u mladších pacientů. To vše se ale v první řadě odvíjí od stagingu nádorového onemocnění.

## Jak prokázat přítomnost HPV?

K průkazu HPV ze vzorku tkáně je možné využít molekulárněgenetické metody. V současné době se upřednostňuje kombinace více metod k dosažení vhodné detekce HPV. Výhodná se zdá být kombinace nepřímé detekce (imunohistochemické stanovení p16 exprese v bioptickém vzorku a stanovení HPV-specifických protilátek) a přímé detekce DNA vysoko rizikových

HPV pomocí polymerázové řetězové reakce (PCR) nebo hybridizace *in situ* (ISH).

Průkaz přítomnosti HPV u karcinomů hlavy a krku se v posledních letech jeví jako nutná součást histopatologického vyšetření, jelikož je důležitým prognostickým faktorem.

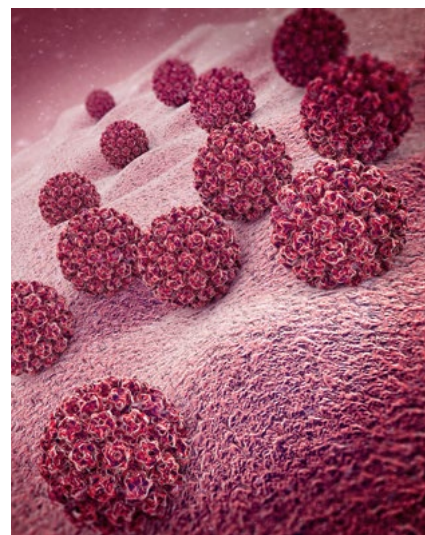
## Možnosti prevence

V současné době neexistuje kauzální terapie HPV infekce. Neúčinnější prevence je sexuální abstinence. Další velmi účinnou metodou prevence je očkování proti HPV, které bylo zprvu vyvinuto k prevenci vzniku karcinomu děložního hrdla a anogenitální oblasti, papilomatóz a kondylomat. Vakcína nicméně chrání i před typy HPV, které mohou způsobit i orofaryngeální karcinomy.

V současnosti jsou k dispozici 3 vakcíny – bivalentní Cervarix, chránící před vysokorizikovými typy 16 a 18, který však nenabízí ochranu před nízkorizikovými HPV. Dále kvadrivalentní vakcína Gardasil (dříve Silgard), která poskytuje ochranu před nízkorizikovými i vysokorizikovými typy HPV, a tím pádem je účinnou ochranou jak před kondylomaty, tak i vznikem malignit ve všech již zmíněných lokalizacích. Nonavalentní vakcína Gardasil9 chrání před typy 6, 11, 16 a 18 a nabízí také dodatečnou ochranu před HPV 31, 33, 45, 52 a 58.

Vakcína proti HPV by měla být aplikována ideálně před začátkem pohlavního života. Primární cílovou skupinou jsou mladé adolescentní dívky i chlapci nejlépe ve věku od 9 do 14 let. Schéma vakcinace se odvíjí od dovršeného věku v době podání první dávky vakcíny. Adolescenti, kteří nedovršili 15 let, se očkují zpravidla dvěma dávkami s rozestupem 5–13 měsíců od podání první dávky. Adolescenti od 15 let věku se očkují třemi dávkami následujícím způsobem – první dávka se aplikuje ve zvolený den, druhá dávka je aplikována za dva měsíce a třetí dávka za šest měsíců po první dávce. Chlapce je doporučeno očkovat z důvodu, že jako neočkovaní představují po zahájení pohlavního života možné přenašeče těchto virů. Důležitou informací je, že očkování je u dívek i chlapců hrazeno pojišťovnou od dovršení 13 do dovršení 14 let věku. Výhodou je i skutečnost, že již není nutné další přeočkování.

Nechat se očkovat vakcínou proti HPV má ale smysl i v dospělosti. Prodělaná či již získaná infekce HPV není kontraindikací k očkování a studie obecně ukazují snížení rizika recidiv projevů HPV infekce po očkování. Vakcína sice nemá terapeutický



účinek u již vzniklých nádorových lézí, nicméně může mít příznivý efekt ve smyslu zmírnění agresivity onemocnění.

Co se týče screeningových metod, na rozdíl od karcinomu děložního hrdla, preventivní screening v oblasti hlavy a krku zatím neexistuje. Edukace veřejnosti ohledně sexuálních praktik a limitace počtu sexuálních partnerů by pravděpodobně nepřinesla kýžené výsledky, ale neznamená, že není potřebná. Ochrana bariérovými způsoby antikoncepce není bohužel plně účinná vzhledem k možnostem přenosu HPV, ale může alespoň zmírnit riziko jejich přenosu. Dalším faktorem je úprava životního stylu, a to zejména zanechání kouření tabákových výrobků a nadměrného užívání alkoholu, které obecně zvyšují riziko vzniku nádorového onemocnění hlavy a krku.

Problematice HPV-asociovaného karcinomu děložního hrdla a anogenitální oblasti je řadu let věnována náležitá pozornost. Cílem článku bylo upozornit i na patologické léze v oblasti hlavy a krku vznikající na podkladě HPV infekce – rekurentní respirační papilomatózu a HPV pozitivní orofaryngeální karcinomy. Kauzální léčba HPV v současné době neexistuje a nejúčinnější prevencí je sexuální abstinence, další velmi účinnou metodou je preventivní očkování vakcínou proti HPV. Cílovou skupinou jsou mladé adolescentní dívky a chlapci, které je vhodné očkovat již před začátkem pohlavního života, kdy vakcína poskytuje nejvyšší ochranu. Vakcína proti HPV byla vyvinuta k prevenci vzniku karcinomu děložního hrdla a anogenitální oblasti, nicméně chrání před typy HPV, které mohou způsobit i orofaryngeální karcinomy, a zůstává tak nadále velmi účinnou zbraní v boji proti HPV.

MUDr. Lucie Hajná

# Nemocnice Na Homolce spustila provoz laboratorní linky DxA 5000

*Od letošního listopadu využívá DxA 5000, zcela nové, inovativní automatizační řešení firmy Beckman Coulter Česká republika, také Oddělení klinické biochemie, hematologie a imunologie pražské Nemocnice Na Homolce.*

DxA 5000 je plně automatická laboratorní linka, která zpracovává vzorky tělních tekutin v preanalytické, analytické i postanalytické fázi laboratorního procesu. Nemocnici Na Homolce nová linka pomáhá naplnit současné výzvy pomocí souboru inovací, které poskytují krátký a konzistentní TAT (turn-around time), novou úroveň komplexního zjišťování kvality vzorku před analýzou a snížení počtu manuálních kroků při zpracování vzorků. Přináší rychlejší i přesnější výsledky než dosavadní řešení a přispívá k efektivnější léčbě pacientů.

Po vlastní vstupní kontrole a centrifugaci je vzorek tříděn podle požadované analýzy, jak je předepsána v požadavku z klinických pracovišť. Následuje automatický transport do jednotlivých analyzátorů. Po analytickém zpracování je vzorek uložen do automatického archivu, nebo, pokud je to potřebné, je vytríděn do výstupního modulu, ze kterého je manuálně přenesen do následných laboratorních provozů.

## Od uchopení zkumavky k reportu pro oddělení

Už při prvním uchopení zkumavky automatickým ramenem linka provede celou řadu analýz včetně čtení kvality vzorku. Na vstupu vyloučí nekvalitní materiál nebo jeho příliš malé množství, nedochází tak k situacím, kdy nepoužitelnost vzorku vyjde najevo až v průběhu analýzy.

Umět správně stanovovat priority je zásadní při jakékoli práci, a o to víc tam, kde je jí hodně, výsledky musí být ve standardní kvalitě a v časovém limitu. Právě pro DxA 5000 je charakteristické chytré řazení analýz za sebou podle urgency požadavků. Stanovení priorit v praxi znamená, že urgentní vzorky jsou analyzovány přednostně, rutinní čekají, ovšem pokud je linka z kapacitního hlediska volná, jsou samozřejmě zpracovány také bezodkladně. Výhod daných inovovaným hardwarovým řešením linky je ale mnohem víc. Co není vidět, ale pro automatizovaný systém je naprosto stěžejní, je software, bez něj žádný hardware nedělá vůbec nic. „Tím se dostáváme do dnes velmi často skloňované oblasti



Zleva: Lukáš Palivec, obchodní ředitel Beckman Coulter Česká republika, Miroslav Průcha, primář Oddělení klinické biochemie, hematologie a imunologie Nemocnice Na Homolce, Petr Polouček, ředitel Nemocnice Na Homolce a Vojtěch Drbohlav, ředitel Beckman Coulter Česká republika  
foto: Martin Večeřa

laboratorní diagnostiky, a tou je clinical IT, tedy informační technologie související s medicínou. Právě tato linka má mimořádně inovativní sofistikované softwarové řízení, které monitoruje vzorek od samotného příjmu do laboratoře, eviduje veškeré parametry, které se vzorkem (žádankou) vstoupí do laboratoře, efektivně provádí řízení toku vzorků a výsledků (workflow) včetně už zmíněných prioritizací některých analýz. Ale umožňuje uživateli i velmi flexibilně nastavit kritéria, která jsou pro jeho laboratoř, případně nemocniční provoz charakteristická. Například: v nemocnici existují nějaká specifická pravidla dalšího postupu laboratoře podle výsledku analýzy vzorku. Při některém výsledku následuje ještě nějaké jiné vyšetření. Nebo: přijde-li vzorek z oddělení A, reportuj jeho výsledky jinak než pro vzorek z oddělení B. To jsou všechno pro uživatele velmi zásadní věci,“ vysvětluje Ing. Lukáš Palivec, Ph.D., obchodní ředitel Beckman Coulter Česká republika.

## Cesta ze slepé uličky

Kvalifikovaného personálu je na pracovním trhu stále méně. Choulostivou otázkou

celého českého zdravotnictví je nedostatek laborantů. „Naším řešením přinášíme i cestu ven z této slepé uličky. Jsme schopni odbavovat neustále vzrůstající nároky na množství a kvalitu zpracovaných analýz při snižování nároků na manuální práci lidí. Lidský faktor znamená variabilitu, ta nás na lidech baví, nicméně laboratorní proces a laboratorní analýza by měla být co do kvality opřena o standardizaci. Ta předpokládá i co nejmenší variabilitu, takže i redukci manuálních kroků. A ještě něco: v laboratoři se samozřejmě pracovníci setkávají s potenciálně infekčním materiálem, ale naše zařízení tento kontakt významně redukuje – přináší efekt one touch, v našem případě tedy jediný dotek lidské ruky na zkumavku,“ říká Lukáš Palivec.

„Linku DxA 5000 jsme vysoutěžili s cílem konsolidace laboratorního segmentu v Nemocnici Na Homolce. Umožní nám i určitou personální úsporu a doufáme, že se významným způsobem zvýší efektivita celého procesu vyšetřování laboratorních vzorků. Podstatnou podmínkou je kvalita linky, abychom některé výkony nemuseli opakovat, a také aby linka byla velmi dobře využitelná

pro personál, pracuje s ní 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Uživatelská hodnota pro personál laboratoře a následně i pro pacienta je pro nás zcela zásadní. Ne každá biochemická metoda a ne každý analyzátor totiž vždy dodá přesné výsledky, i když technika se neustále zdokonaluje a zlepšuje a konkurence na trhu je vysoká, a tak všechny analyzátory na trhu v České republice jsou vesměs velice kvalitní, nicméně každá firma má svoje know how a v něčem je lepší a v něčem třeba horší. Jak slyším od personálu, po prvních dnech a týdnech provozu jsou s touto linkou všichni spokojeni,“ konstatuje MUDr. Petr Polouček, MBA, ředitel Nemocnice Na Homolce. Řešení takového rozsahu, jako je DxA 5000, je v České republice v řádu jednotek, a to nejenom v rámci Beckman Coulter, ale od všech významných dodavatelů.

### Šetří nám práci a minimalizuje chyby

„Naším pracovištěm denně projde 300 až 500 vyšetření, v součtu intramurálních i extramurálních pacientů. Tato linka pokrývá všechny požadavky na klinickou biochemii a podstatnou část na imunoanalýzy. Zahájením provozu DxA 5000 jsme udělali

podstatný krok k rychlému a spolehlivému servisu pro naše klinické kolegy. Pokud jde o naše pracovníky, samozřejmě existuje nepodkořitelné množství laborantů, které nejdě ještě dál omezit. My jsme díky této nové lince už na počátku ušetřili čtyři pracovní síly na úseku preanalytiky. Faktem je i to, že automatizace do značné míry eliminuje chyby způsobené lidským faktorem. Ve vědecké literatuře na to jsou přesné statistiky a jasná čísla: 60 % chyb v laboratořích pochází z preanalytiky, 30 % z postanalytiky a pouze 10 % připadá přímo na přístroje, které dělají samotnou analýzu. Takže čím méně se toho dotkne lidská ruka, tím lépe. Automatická linka ušetří práci člověka, a navíc minimalizuje riziko přenosu infekce. Na lidech ale vždy zůstane kontrola,“ říká doc. MUDr. Miroslav Průcha, Ph.D., primář Oddělení klinické biochemie, hematologie a imunologie Nemocnice Na Homolce. Ke spolupráci s Beckman Coulter dodává: „Součinnost s dodavatelem byla na jedničku s hvězdičkou. V laboratorní medicíně působím desítky let, a tak mohu porovnávat: tenthle dodavatel to pojal opravdu správným způsobem. Spolupráce byla perfektní, bezvadná byla i součinnost s naším laboratorním personálem, neměl jedinou výtku

nebo připomínku. Je evidentní, že cílem Beckmanu je do ‚rodiny‘ zavítat i obsluhu linky tak, aby se ti lidé s tím přístrojem sžili, aby to nebyl jejich nepřítel, ale něco, co jim usnadňuje práci.“

### Řešení i pro menší laboratoře

Automatické laboratorní linky Beckman Coulter tedy řeší problém nedostatku kvalifikované lidské síly, snižují potenciální kontakt laborantů s infekčním materiálem, snižují variabilitu laboratorních výsledků způsobenou lidským faktorem, zvyšují standardizaci čili kvalitu, rychleji vydávají výsledky u vzorků, kde se to očekává. A v neposlední řadě jde toto všechno provádět i za aktuální ekonomické situace v českém zdravotnictví. Ne všude k tomu ale potřebují tu největší linku.

„Řešení v rozsahu DxA 5000 je určeno pro laboratoře krajského typu a laboratoře typu velikosti fakultních nemocnic, ale máme v nabídce ještě i mladšího menšího brášku, to je DxA 5000 Fit, trochu užší, menší varianta – a ta je naprosto vhodná i pro laboratoře střední velikosti, například v nemocnicích okresního typu,“ dodává Lukáš Palivec.

Jana Jílková

▼ Inzerce

**Děti pro  
vás chtějí  
to nejlepší.  
My také.**

Nabízíme slevu  
až 30 % při  
komplexním  
zajištění vážných rizik.

FLEXI, životní pojištění od Kooperativy  
[www.koop.cz/flexi](http://www.koop.cz/flexi)

  
**flexi**  
životní pojištění

  
**Kooperativa**  
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život, jaký je

# Jen šest procent Čechů řeší psychické problémy s odborníky

Až 83 procent Čechů, kteří trpí duševními poruchami, se nijak neléčí. Psychické problémy raději řeší sami nebo s přáteli. Pomoc odborníka vyhledá jen 6 procent z nich. Pro léčbu dětí jejich rodiče volí spíše „přirozené metody“. Může za to společenská stigma, nízká vzdělanost obyvatel i málo odborníků.

Podle dat OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) vypadá Česko jako země, jejíž obyvatelé trápí psychické problémy podstatně méně než zbytek Evropy. Duševními poruchami by u nás mělo trpět jen 15 % populace, což je čtvrtý nejnižší výsledek v Evropě. Realita je ale odlišná. Jak totiž upozorňuje Ministerstvo zdravotnictví ve svém Akčním plánu duševního zdraví pro 2020–2030, v Česku je stále na evropské poměry mimořádně vysoká stigmatizace psychických nemocí, a to i mezi samotnými lékaři. Kvůli častému odsuzování se lidé bojí veřejně přiznat, že jejich duševní zdraví není v pořádku. Celá situace může ve výsledku zdánlivě působit tak, že jsou Češi psychicky zdravější než zbytek Evropy, nicméně to nemusí odpovídat skutečnosti.

Nasvědčují tomu i data Eurostatu o sebevraždách. „Česko v počtu sebevražd patří spíše k evropskému průměru. Na sto tisíc obyvatel u nás připadá 11,2 sebevražd, průměr evropských zemí činí 11,4. V rám-

ci České republiky jsou ale velké rozdíly mezi regiony, například v regionu Severovýchod průměrně ze sta tisíc obyvatel spáchá sebevraždu 13,7 lidí, zatímco na Střední Moravě „jen“ 7,3,“ uvádí analytik Milan Mařík z projektu Česko v datech.

## Pro Čechy je psychické zdraví důležité, odborníkům ale nevěří

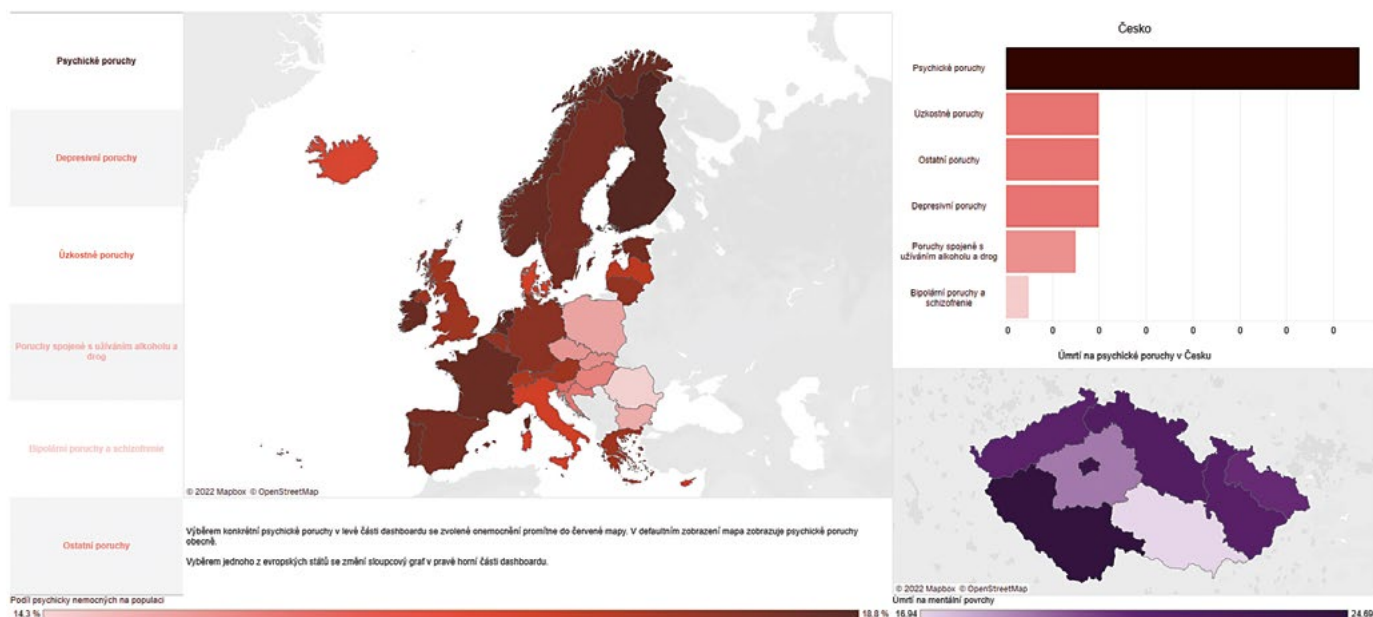
Češi dle vlastních slov vnímají duševní zdraví jako klíčové. Mají o něm ale mylné představy. Problém spočívá v tom, že se psychické problémy snaží často vyřešit bez odborné podpory. Pouhých 6 % Čechů zvolí jako první volbu při řešení problémů profesionální pomoc. Na vlastní pěst se s nimi snaží vypořádat 60 % lidí a další třetina se obrací na své přátele.

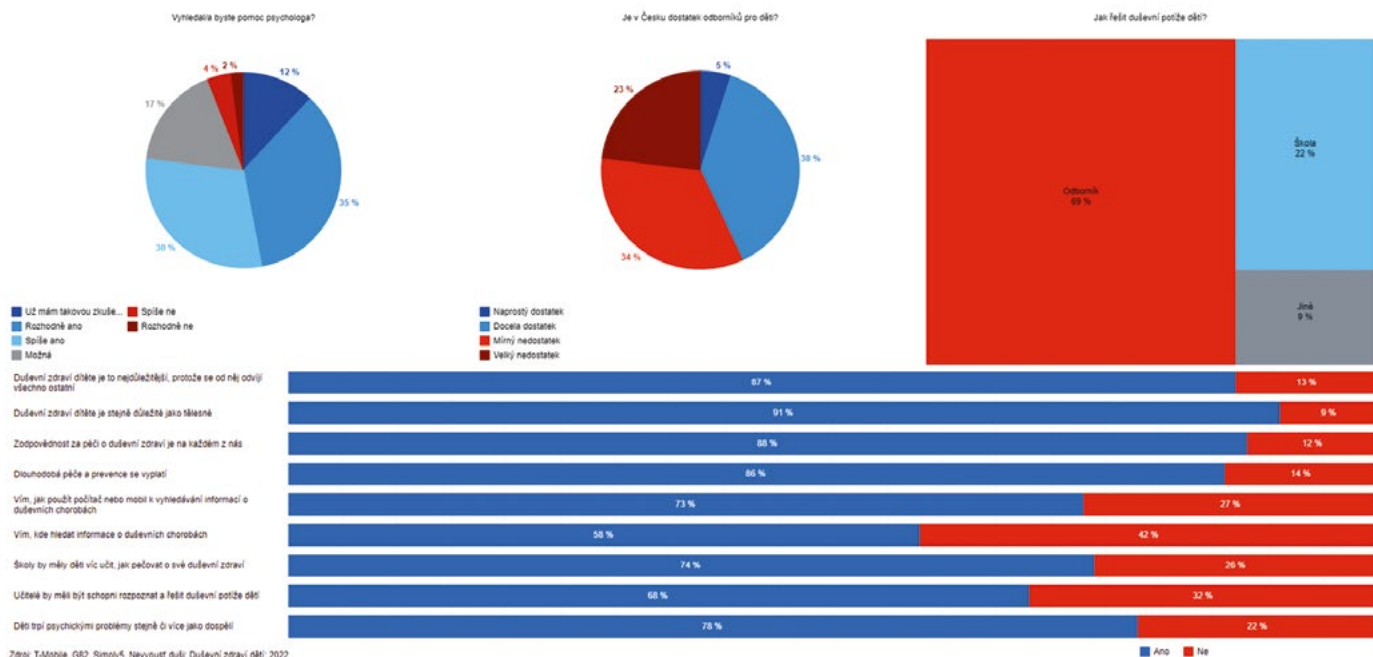
To znamená, že více než čtyři pětiny Čechů trpící duševními poruchami nejsou vůbec léčeny. „V Česku je významná mezera mezi potřebou léčby a její skutečnou konzumací. Podle analýzy dat z populační

studie Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) není léčeno až 83 % jedinců, kteří splňují kritéria duševní poruchy. Tato mezera v léčbě se sice díky osvětě a destigmatizaci duševních nemocí zmenšuje, potřeba odborné péče ale mnohdy naráží na omezené kapacity psychiatrů a psychologů,“ vysvětluje Pavel Mohr, náměstek pro léčebnou péči v NUDZ.

## Jen polovina Čechů věří psychoterapeutům

Místo profesionální pomoci hledají Češi řešení spíše v „přirozených metodách“. Pokud jde o duševní zdraví dětí, jen 52 % lidí totiž věří v to, že psychoterapie může přispět ke zvládnutí psychických poruch. Naopak nejvíce Čechů spatřuje léčivý efekt v kontaktu s kamarády (65 %) a pobytu v přírodě (64 %). Tyto „přirozené metody“ sice pozitivní vliv na psychické zdraví mají, jedná se ale spíše o prevenci. Pokud už problém nastane, bývají nedostatečné a plnohodnotnou léčbu nahradit nemohou.





Duševní zdraví v Česku

Zdroj: T-mobile, G82, Nevypust duši, Duševní zdraví dětí

Příčin, proč se lidé neobrací na odbornou pomoc, může být několik. „Psychické problémy v dnešní době stále podléhají společenskému stigma. Mnozí se tak bojí vyhledat pomoc, protože mají pocit, že by se museli k duševním problémům veřejně přiznat. Může to být ale i tím, že rodiče často nerozeznávají počáteční příznaky psychických obtíží dětí, nebo nižším povědomím společnosti o širším spektru odborných služeb,“ vysvětluje Marie Salomonová, ředitelka a spoluzakladatelka Nevypust duši.

Na dětské odborníky se čeká i půl roku

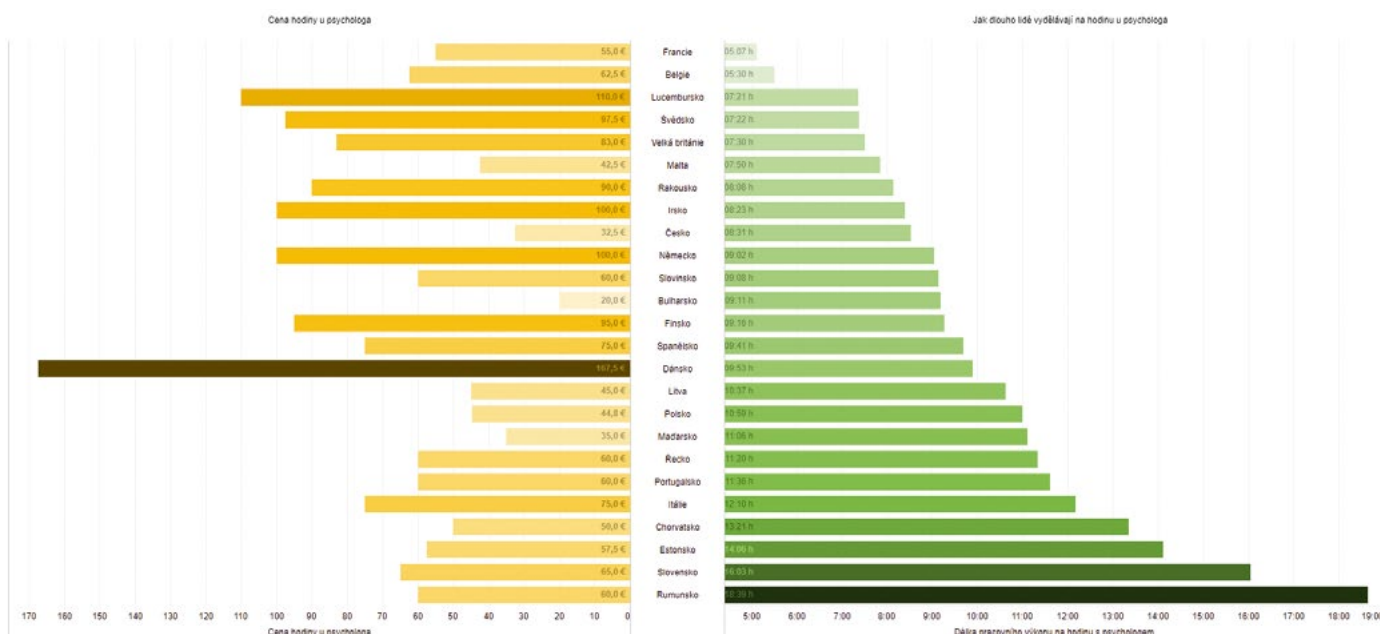
Dalším silně zažitým mýtem je představa, že je v Česku dostatek psychiatrů a dalších odborníků pro řešení psychických problémů dětí. Myslí si to 43 % Čechů.

Skutečnost je ale taková, že například čekací doba na dětského psychiatra či psychologa se pohybuje mezi 4 a 6 měsíci. V obecné rovině v Česku připadá na 10 000 obyvatel 9 psychologů. Podstatně dostupnější jsou v Německu,

kde je jich ve stejném měřítku dokonce 27.

Nedostupnost péče nespočívá jen v malém počtu odborníků, ale také v ceně. V rámci sledovaných evropských zemí u nás hodina u psychologa přijde na druhou nejnižší částku. Psychoterapie je ale i tak stále pro mnohé nedostupná, jelikož na jednu hodinu u psychologa musí člověk v průměru vydělávat 8 a půl hodiny, což nás v evropském srovnání řadí na devátou příčku z 25 zkoumaných států.

(htl)



Nákladnost psychologické péče

Zdroj: Civio

# Firemní kultura ve zdravotnictví

*Důležitým aspektem pro vypracování, zavedení a udržování silné a zdravé firemní kultury je upevnění soužití a synergie mezi všemi zaměstnanci. Zvyšuje se tím produktivita práce, inovační myšlení spojené s jejich potenciálem a motivace, díky které týmy dosáhnou kýžených výsledků s trvalým efektem. Vedení týmu není pouze o tom mít na starost podřízené. Jde především o definování cílů, organizování, plánování, delegování, zjednodušeně řečeno je třeba mít přehled nad spoustou proměnných. Úspěšný vedoucí se stává dirigentem. Být dirigentem neznamena být nejlepším houslistou či ovládat hru na každý nástroj, nýbrž soustředit se na svou vlastní důležitou roli. A tou je udávání taktu a starost o nejlepší souhru a perfektní zvuk.*

Dirigent si musí zachovat přehled, musí mít na očích jak své pacienty, tedy publikum, tak znát své hvězdy, hudebníky, které smí vést a motivovat k lepším tónům.

Důležité je také, jakým stylem jsou zaměstnanci vedeni a s jakým přístupem s nimi komunikují a pracují vedoucí pracovníci.

## Nedostatek pozornosti znamená problém

Dlouhodobě nepříznivé sociální klima způsobuje interpersonální konflikty, v některých případech i intrapersonální. Pokud jsou konflikty závažnější a časté, opět to negativně působí na sociální klima a vniká tzv. „začarovaný kruh“. Nepříznivé klima a interpersonální konflikty mají společného činitele, a to neřešené dlouhodobé rozpory mezi jednotlivými pracovníky, ale i skupinami. Pojem konflikt pojmenovává situaci, při které se střetávají jednotlivci či skupiny a všichni chtějí dosáhnout svého cíle, ale toho může dosáhnout pouze jedna strana. Konflikt může také znamenat usilování jedné strany o dosažení svého cíle, zatímco druhá strana toto snažení znevažuje.

Pokud chceme opravdu pochopit sociální svět, porozumět sobě a ostatním, překonat mnohé z překážek, které nám brání žít bohatý plnohodnotný život, potřebujeme pochopit vliv subliminálního světa, jenž je ukryt v každém z nás – tedy pod povrchem naší vědomé mysli.

V nemocnicích působím jako External Executive Director of HR. Vytvářím inspirativní prostředí, kde se zaměstnanci nebudou bát sdílet své myšlenky, náměty, podněty a nápady a kde jim jejich práce bude dávat smysl, což se během našich dlouhodobých tréninkových plánů úspěšně daří. Společně s týmy tvoří-

me správné a efektivní cesty, udržujeme synergiu mezi týmy, odděleními, nastavujeme efektivní procesy – vždy po dohodě s vedením, které do tohoto plánu bývá zapojeno. Je třeba zmínit, že jakožto externista pracuji systematicky s týmem, přičemž se zaobírám každým jedincem tak, aby se společnými silami docílilo kýženého výsledku. Odhaluji například talenty daného týmu a pomáhám natrénovat praktické používání těchto vrozených schopností v každodenním režimu.

Učím jedince, jak podpořit růstové myšlení, dále se za mě přítomnosti naučí techniky efektivní komunikace, posilují sílu disruptivního myšlení či se naučí, jak snadno se dá předejít stížnostem a současně navrhnout optimální řešení. Dost často si totiž uchováваме v myslí negativní emoce, které nám poté ovlivňují náladu. Z každé negativní informace je třeba se naučit vybrat pozitivní fakta. Je to velmi náročné, nicméně dá se to naučit a nastavit jak u jedinců, tak celých týmů.

Všichni by si měli uvědomit, že mezilidské vztahy a pracovní atmosféra se přenáší nejen mezi zaměstnanci samotnými. Působí na pacienty – to především – a hlavně na kolegy, tedy váš tým. A proto je nutné dbát na vzájemnou interakci. Jedině vedení, které bude naslouchat a dávat najevo, že se o svůj tým zajímá, a se zpětnou vazbou to myslí vážně, uspěje.

## Každý má talent

„Každý z nás je nositelem specifických talentů a schopností. Některé vlastnosti máme již vrozené, další získáváme. Samotné nadání však zdaleka nestačí, pokud do jeho rozvoje neinvestujeme dostatek času a energie.“

Ve své praxi využívám metodu learning by doing, tedy učení se prostřednictvím praktické implementace, díky

jejímuž použití jedince poznávám více. K odhalení talentů existují různé specializované testy, kterých také využívám, nicméně osobně kladu důraz na interakci s jedincem, při níž jej poznám, navnímám jeho potřeby, uvažování, pocity, energii a chování. Tedy jeho vzorce. Existuje velmi důležitý vzoreček, který popisuje, kdy se z talentů stávají silné stránky. Jsou to vaše znalosti – tedy talenty a dovednosti – vaše investice, do kterých je třeba investovat dostatek času a energie.

Nedávno jsem vedla velký tréninkový plán pro jednu nemocnici, kde jsem se všemi zaměstnanci v rámci našich meetingů hovořila a poznávala je. Jedna slečna se mi zmínila, že práce na recepci ji baví, nicméně je vystresovaná z pracovního dne i ze vztahů na pracovišti. Popisovala mi, co zažívá, jak se cítí a co jí užírá. Vytvořily jsme si důvěrný vztah, tak jako s každým dalším jedincem. A věci se začaly měnit. Tím, že jsem vedla celý trénink na všech odděleních, včetně managementu, věděla jsem, že se uvolnilo místo na pozici kodérky na oddělení. Ověřila jsem si znalosti a dovednosti recepční a byla jsem přesvědčena, že jako zdravotní sestra s praxí se na toto místo hodí. Zmínila jsem se paní ředitelce o situaci, kterou jsem objevila, a místo bylo slečně nabídnuto. Zpočátku si nebyla jistá, zda nabídku přijme. Potřebovala totiž nejprve porozumět sama sobě. Získala čas na ztotožnění se s novou pozicí, které se ujala bravurně, pracovala velmi důsledně, poznala sama sebe. Šla do neznáma a nemohla důvěřovat něčemu, co sama neznala. Její sebedůvěra se posílila a ona se stala šťastnou a spokojenou. Objevila své silné stránky, talenty a svou autentičnost.

**Ing. Simona Myslikovjanová, Ph.D.,  
MBA, MBE  
CEO SiMyCo s.r.o.**

# Po první injekci pacient Istivě upadl do mdlob

*Lékaři pokládají injekční stříkačku za jeden z atributů své profese, ale skutečně standardním lékařským nástrojem se stala až v 19. století. Už dříve v medicíně existovaly nástroje založené na principu pístu ve válci, ale používaly se při dnes nepředstavitelných metodách.*

Myšlenka obejít trávicí trakt a zavést lék přímo do krevního řečiště vznikla už se základními znalostmi anatomie. Už lékaři ve starém Řecku, po vzoru bájného Asklépia, nařezávali kůži pacienta a do ran vtírali léky. Tehdy, tedy v antice, už existovaly i primitivní prototypy injekčních stříkaček. Manipulace s nimi musela být zdraví nebezpečná a ocitnout se v rukou nadšence pro staronovou metodu nevěstilo dobrou prognózu ani ve středověku. Ve 13. století totiž lékaři beztak značně invazivní metodu „zdokonalili“ – přístrojem připomínajícím klystýr pacientovi pod kůži vpravovali léčivý roztok. V novověku, konkrétně v roce 1648, vynalezl francouzský filozof, matematik a fyzik Blaise Pascal lis a jehlu, jejichž design se podobá injekční stříkačce, ale lékařskou obec s ní tenkrát příliš nenadchl.

## Husí brko na močovém měchýři

Roku 1656 proběhly první pokusy s intravenózní injekcí. Troufl si na ně oxfordský astronom, matematik a architekt Christopher Wren se skupinou vědců okolo fyzika Roberta Boyleho. Reagovali tak na objevy Williama Harveye o krevním oběhu. Wren použil injekci k intravenóznímu podání morfia a dalších látek, a to nejprve v experimentech na psech. Wrenova stříkačka bylo primitivní zařízení sestavené z husího brko připojeného k malé nádobce, obvykle používané ke klystýrům. Časem pak Wren nezůstal jen u psů, došlo i na provinilého sluhu cizího velvyslance. Pokus byl ale neúspěšný: „... oběť buď skutečně, nebo Istivě upadla do mdlob a pokus musel být ukončen“. Už Wrenovi současníci si kladli otázku, kdo by neupadl Istivě nebo skutečně do mdlob při pohledu na experimentátora s husím brkem nasazeným na močovém měchýři. Mnohem víc současné injekce připomínal přístroj, který v 2. polovině 17. století vyvinul Reinier de Graaf, holandský lékař a jeden ze zakladatelů experimentální fyziologie. Jeho stříkačka měla kovový válec s pístem a přímo upevněnou jehlu na konci.

V roce 1807 The Edinburgh Medical and Surgical Dictionary definuje injekční stříkačku



jako: „dobře známý nástroj, sloužící k nalévání nebo nasátí objemu tekutiny a poté k vypuzení pod tlakem; stříkačka se používá k přenesení a vstříknutí do dutin a cév“. Tento „dobře známý nástroj“ se tehdy ještě stále používal především pro anatomická studia. Terapeuticky se podávání léčiv injekcí zatím příliš neuplatňovalo – svou daň si vybíraly i nesterilní roztoky a nástroje, a navíc existovalo jen málo léčiv vhodných pro injekční použití.

## Od lokální anestezie až po léčbu syfilis

Navzdory skutečnosti, že nitrožilní injekce byly, přinejmenším experimentálně, prováděny od poloviny 17. století, byla injekční stříkačka pro intradermální aplikaci vynalezena mnohem později, než byla objevena a zavedena například vakcinace, se kterou ji dnes máme často asociovanou.

Snaha lékařů vpravit účinné látky do těla prostřednictvím kůže se hojně objevuje na počátku 19. století, tedy v době, kdy v Evropě zuřily napoleonské války. Metody to byly značně drastické: používalo se při nich blistrování (zpuchýřování) kůže, její pálení a potírání, sejmutí svrchní části kůže v dané oblasti a přiložení placky s účinnou látkou. Lékař G. V. LaFargue myšlenku podávat lék narušenou kůží

rozvinul, při léčbě neuralgie vnašel účinnou látku do pacientova těla. Kůži propichoval vakcinační lancetou smočenou v roztoku morfinu.

## Včelí žihadlo jako tvůrčí inspirace

Předchůdcem dnešní stříkačky s dutou jehlou byla kanyla spojená s trokarem. Ostrý bodec neboli trokar nabodl kůži a po jeho vytažení byla vlita do kanyly injekční látka. Tento mechanismus použil irský lékař Francis Rynd v roce 1845 k lokální anestezii v okolí nervů při léčbě neuralgie. Také pomocí trokaru a kanyly injikoval v roce 1853 veterinář Charles-Gabriel Pravaz ovcím chlorid železitý ke srážení krve. Na rozdíl od svých předchůdců ale ke kanyle připojil stříbrnou stříkačku s koženým pístem a otáčením šroubu relativně přesně odměřoval uvolňování látky.

Za původce podkožních injekcí je považován skotský lékař Alexander Wood, který v roce 1853 upravil a použil injekční stříkačku k subkutánní aplikaci morfinu. Inspiraci mu prý byl model pichnutí včelou. Woodova první skleněná stříkačka s pístem měla na povrchu kalibraci, rysky umožňovaly odměřit objem léku. Součástí aplikačního setu byla i dutá jehla. Smyslem podání zůstávala lokální anestezie. Až v roce 1865 aplikoval Charles Hunter morfin s cílem systémového působení. S objevem

salvarsanu pro léčbu syfilisu se pak nitrožilní injekce a infuze staly běžnou součástí léčby. Stříkačku kalibrovanou pro podání přesného množství látky začali lékaři hojně používat, zahájila dlouhou řadu vynálezů různých kalibrovaných injekčních stříkaček ze skla, kovu a plastu.

### Napřed vám nařizneme žílu...

Stříkačky s pístem, ale bez jehly, tím méně duté jehly, používali odedávna i ranhojiči, například k výplachu močových cest a čištění hlubokých ran a ke klystýrům. Už od starověku byla známa i metoda výplachu a odstraňování cizích těles z ucha pomocí ušní stříkačky s pístem.

Jehla, dutá, jemná a ostrá zároveň, která by hladce pronikla kůží až do žíly, byla pro výrobce hodně tvrdý oříšek. Až do roku 1881 musel lékař před nitrožilním podáním léku pacientovi napřed stáhnout, vypreparovat a nařiznout žílu. Velmi bolestivý a stresující zákrok se přestal provádět, až když technologie umožnila první podání solného roztoku stříkačkou a jehlou bez odhalení žíly. Přibližně od roku 1906 se pak injekční a infuzní technika stala běžnou součástí léčby. Materiál i vzhled stříkaček se měnil a měnily, respektive zdokonalovaly se, i techniky aplikace.

### Od pryže ke sklu

Starou injekční stříkačku si automaticky představujeme skleněnou, ale právě ona je jedním z výdobytků průmyslové revoluce na konci 19. století. Podoba prvních standardně použitelných stříkaček od jednotlivých vynálezců byla poněkud odlišná, ale vývoj brzy dospěl k jedinému řešení. Jako základ byl vzat neprůhledný pryžový válec, uvnitř kterého byl dobře usazený píst z kůže a azbestu s vyčnívajícím kovovým čepem. Na druhém konci válce byla upevněna dutá jehla.

V této podobě existoval vynález dlouhou dobu a k dalším velkým změnám v technologii intersticiálního podávání léků došlo v roce 1894, kdy francouzský sklář Fournier vyrobil injekční stříkačky se skleněnými válci. Tuto myšlenku okamžitě zobchodovala francouzská společnost Luer, která v letech 1894–1897 uvedla do praxe jednoduché opakovaně použitelné skleněné stříkačky, celkem jednoduché zařízení o velikosti od 2 ml do 100 ml. Stříkačka měla odměrný válec a dutý píst zakončený kuželem. Toto provedení bylo vyrobeno z tepleně a chemicky odolného skla, dobře snášelo dezinfekci varem i ve vzduchovém sterilizátoru při teplotě 200 °C.

### Čištění „pátrací jehlou“

Zanedlouho pak vznikla opakovaně použitelná injekční stříkačka typu „Record“ se skleněným válcem utěsněným v kovových kroužcích, kovovým pístem a kovovou jehlou. Injekční stříkačky bývaly baleny do silného hnědého papíru a byly k nim připevněny opakovaně použitelné jehly. Ty se ovšem delším používáním a opakovaným tepelným zpracováním otupily, takže aplikace „injekce“ mohla být pro pacienta velmi bolestivá záležitost.

Péče o injekční stříkačky byla únavná rutina a nešlo jen o sterilizaci. Opakovaně použitelné stříkačky se také musely čistit speciálním drátem, mandrinou. Zvláštní výraz má původ ve francouzském slovu „mandrin“ a znamená „trn“, ale i „pátrací jehlu“. Právě mandriny sloužily k zajištění průchodnosti kanyl a injekčních jehel.

Vynalézavost ohledně opakovaně použitelných stříkaček měla i komickou podobu. V Sovětském svazu býval problém sehnat cokoliv z dovozu, včetně obyčejných stříkačích pistolek pro děti. A tak jim tam rodiče místo pistolek sháněli opakovaně použitelné injekční stříkačky. Mít tuhle nejlepší zbraň s dlouhým

dostřelem bylo prý otázkou klučičí cti a chloubou při hrách na dvorcích.

### Stříkačky a boom plastu

V roce 1950 získal americký vynálezce Arthur Smith patent na jednorázové injekční stříkačky. Složené byly ze skleněného válce, plastového pístu a tenké dlouhé jehly z nerezové oceli. Jeho vynález si získal obrovskou popularitu: lékaři již nemuseli injekční stříkačky vyvařovat a dezinfikovat. Smith dokázal jejich výrobu rychle zlevnit, a tak byla novinka velmi rychle široce dostupná.

Na konci 50. let začal na Západě „plastový boom“: plast byl cenově nejlevnější a rychle nahradil kovy a sklo, kde to jen šlo.

V roce 1956 novozélandský lékárník a veterinář Colin Murdoch zjednodušil technologii injekčních stříkaček, patentoval jednorázové celoplastové injekční stříkačky. Odstranil tak jejich dosavadní další důležitou nevýhodu – křehkost skleněného válce. Přišel i s výrobou injekční stříkačky připravené k použití a naplněné roztokem pro aplikaci. Přišel i s myšlenkou, že by se v lékařské praxi dala použít jednorázová injekční stříkačka, a tím se minimalizovalo riziko přenosu infekce z jednoho pacienta na druhého.

Od roku 1961 byly v průmyslovém měřítku produkovány cenově dostupné jednorázové injekční stříkačky vyrobené z nerozbitného žáruvzdorného plastu, který se stal revolucí ve zdravotnickém průmyslu. Od té doby byly injekční stříkačky mnohokrát zdokonaleny a vylepšeny, ale princip jednorázovosti jim z řady pádných důvodů zůstal.

V medicíně patří injekční stříkačka mezi nepoužívanější nástroje. Je i obávaným strašákem pacientů. Co je ale dnešní mírné štípnutí jehly proti skutečně bolestivým procedurám při vpravování léků do těla, které museli snášet naši předci...  
Jana Jílková

▼ Inzerce



Unikátní seminář

## Virtuální realita – péče o klienta

Kurz navazuje na předešlý kurz VIRTUÁLNÍ REALITA – DEMENCE, tentokrát však přechází z domácího prostředí do pobytové sociální služby a zaměřuje se na takzvané 3P. Účastníci tohoto kurzu se stanou přímými aktéry poskytování péče v oblasti podávání jídla, zajištění hygieny a aktivizace seniora nebo osoby se zdravotním postižením.

Kurz je vhodný pro všechny formy a druhy sociálních služeb pro výše uvedené cílové skupiny, stejně tak i pro neformální pečovatele.

Kontakt:

Institut vzdělávání APSS ČR  
Vančurova 2904 | 390 01 Tábor  
tel.: +420 724 940 126

Objednávky:

institut@apssc.cz | www.institutvzdelavani.cz







Inzerce



## Nadace rodiny Vlčkových hledá **MEDICAL DIRECTORA**

Hledáme zkušeného lékaře, který stejně jako my vidí svět, kde budou mít rodiny s vážně nemocnými dětmi špičkovou péči i možnost zažít chvíle radosti. Pokud hledáte smysluplnou práci a dětská paliativní péče je Vám blízká, poďte nám pomoci podporovat její rozvoj a vybudovat s námi Středisko dětské paliativní péče a lůžkový hospic na pražské usedlosti Cibulka.

Více o pozici se dozvíte na [www.nrv.org](http://www.nrv.org)



**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 m<sup>2</sup> po rekonstrukci, s vlastní zahradou 800 m<sup>2</sup>
- 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](http://www.hamzova-lecebna.cz/kariera),  
tel. 736 736 030 (náměstek ZP MUDr. Klupalová),  
734 750 540 (personální oddělení).

Inzerce

## Personální inzerce do časopisu



Zdravotnictví a medicína

přijímáme na e-mailu:  
[kupcova@eezy.cz](mailto:kupcova@eezy.cz)  
nebo telefonicky:  
+420 725 708 647



## MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 11/2022

[www.zamcasopis.cz](http://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](mailto:zam1@eezy.cz)  
Mgr. Kateřina Štulíková, e-mail: [zam3@eezy.cz](mailto:zam3@eezy.cz)  
Mgr. Markéta Mikšová, e-mail: [zam@eezy.cz](mailto:zam@eezy.cz)  
Bc. Michal Češek, e-mail: [zam2@eezy.cz](mailto:zam2@eezy.cz)  
PhDr. Jana Jílková, e-mail: [diteaja@eezy.cz](mailto:diteaja@eezy.cz)  
Mgr. Lukáš Malý, e-mail: [editor@eezy.cz](mailto:editor@eezy.cz)  
Mgr. Barbora Vodičková, e-mail: [editor@eezy.cz](mailto:editor@eezy.cz)

### Projektový a kreativní manažer, technické zpracování

Radek Koňářík, e-mail: [konarik@eezy.cz](mailto:konarik@eezy.cz)

### Vydává EEZY Publishing, s.r.o.

Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4,  
IČ: 28086660



### Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,  
**EEZY Publishing, s.r.o.**  
Vyšehrad Garden, Na Pankráci 322/26, 148 00 Praha 4

### Inzerce

[kupcova@eezy.cz](mailto:kupcova@eezy.cz)

Foto na obálce  
[123rf.com](http://123rf.com)

### DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
SEND Předplatné, spol. s r.o.,  
Ve Žlábku 1800/77, hala A3, 193 00 Praha 9,  
tel.: 225 985 225, mobil: 777 333 370  
e-mail: [send@send.cz](mailto:send@send.cz), [www.send.cz](http://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](mailto:export@mediaservis.cz)

### Objednávky SR:

Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.  
Oddělení inej formy predaja  
P.O. BOX 183, 830 00 Bratislava 3  
tel.: +421 2 4989 3568,  
e-mail: [objednavky@ipredplatne.sk](mailto: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 25. 11. 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

# beany®

POHODLNĚ  
ZDRAVĚ  
BEZPEČNĚ

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

## ULTRALEHKÁ OBUV

**Bonno Beany®** se měkce a pohodlně přizpůsobí vaší noze. Obuv je testována a schválena jako **lehká pracovní obuv**. Splňuje parametry ČSN EN ISO 20347 a SRA na protiskluznost. Materiál obuvi je odolný vůči bakteriím a zápachu. Uvnitř boty se neusazuje vlhkost, a voda tak obuv nepoškozuje. Účinně tlumí nárazy a vibrace při došlapu. Nezanedbává na podlaze šmouhy. Ventilační otvory zaručují dobré provzdušňování a komfort. Obuv je snadno omyvatelná vodou, či dezinfekcí.

**certifikovaná pracovní obuv  
s možností přímé DEZINFEKCE**





Bonno Beany® z ultralehkého materiálu s tvarovou pamětí. Obuv, kterou na chodidlech takřka nevnímáte.

# beany®

## pastel

### Živá noha v živé botě.

Bonno Beany® - oblíbená obuv z materiálu s tvarovou pamětí. Nohy se nepřizpůsobují botám, ale naopak obuv se „živě“ a měkce přizpůsobuje vaší noze. Pásek v pastelových barvách dává nyní botám Beany® i živější vzhled.

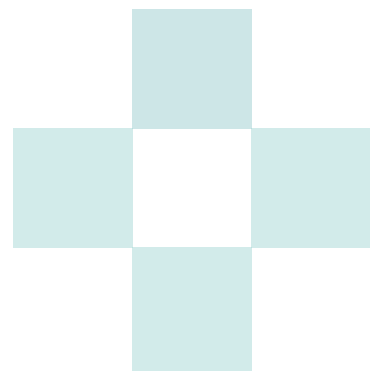


Barevná řada Beany® Pastel se vyrábí s páskem v tyrkysově zeleném nebo purpurově růžovém odstínu.

BONNO®

BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.  
Husova 523, 370 05 České Budějovice

M: +420 777 569 295  
E: oopp@bonno.cz





**VERTEX**  
THE SCIENCE *of* POSSIBILITY

---

**Vertex přináší nové možnosti léčby,  
které pomáhají lidem s vážnými  
onemocněními vést lepší život.**

Investujeme do vědy a výzkumu  
s cílem řešit samu podstatu vážných  
onemocnění. Nemožné není pro naše  
vědce překážkou, ale příležitostí.

---

**[global.vrtx.com](https://global.vrtx.com)**

©2022 Vertex Pharmaceuticals Incorporated, CZ-20-2200002

Vertex a trojúhelníkové logo Vertex jsou registrované ochranné známky společnosti Vertex Pharmaceuticals Incorporated.