

Rozhovor s profesorkou Jitkou Abrahámovou

str. 8

www.zamcasopis.cz

**Sankce za porušení GDPR
ve zdravotnictví –
aktuální vývoj**

str. 12

**Kdo je náchylnější
k závislostem?
Ženy nebo muži?**

str. 20

**Bez sester se lékař
neobejde**

str. 29

Zveme vás na odbornou konferenci Digitalizace českého zdravotnictví 2024



pořádanou pod záštitou předsedy vlády ČR Petra Fialy,
Ministerstva práce a sociálních věcí, České kardiologické společnosti
a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

**Konference se koná 6.–7. 6. 2024, v hotelu Grandior Praha,
Na Poříčí 42, Praha-Florenc.**

Programové bloky konference:

Aktuální stav standardizace dokumentů a jejich výměny a sdílení v rámci E-HEALTH v ČR

[Legislativní podpora elektronizace a digitalizace](#)

Připravenost na plnění požadavků EHDS, jejich dopad na národní interoperabilitu a rozvoj E-HEALTH,
sekundární data ve zdravotnictví (jak bude vypadat E-HEALTH v ČR?)

[Rozvoj telemedicíny a telemetrie pro moderní a efektivní léčbu](#)

Aktivity dotací pro elektronizaci a interoperabilitu a praktické informace k jejich využití

Generální partner



Programový partner



Odborný partner



Organizátor



Registrace a program na adrese eventy.eezy.cz/konference

MĚSÍČNÍK ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA



Zdravotnictví a medicína

číslo 4/2024

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

Ing. Jana Brabcová, Ph.D.
MUDr. Lucie Hajná
PhDr. Jana Jílková
PhDr. Petr Kotouš
Mgr. Lukáš Malý
Mgr. Markéta Mikšová
Mgr. Barbora Vodičková

**Projektový a kreativní manažer,
technické zpracování**

Radek Koňarik, e-mail: konarik@eezy.cz

Vydává

EEZY Events & Education, s.r.o.
Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4, IČ: 07057521

Adresa redakce

Zdravotnictví a medicína
EEZY Publishing, s.r.o.
Na Pankráci 322/26, 140 00 Praha 4,
info@zamcasopis.cz

Inzerce

kupcova@eezy.cz

Foto na obálce

123rf.com

Distribuce titulu

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

Objednávky do zahraničí

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

Objednávky SR

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

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

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

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

Tisk

Grafotechna Plus, s.r.o.
Číslo dáno do tisku 12. 4. 2024

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem
vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© EEZY Events & Education, s.r.o., 2024
Evidenční číslo MK ČR: E 20524,
ISSN 2336-2987

ZDRAVOTNICTVÍ



- „Transplantační medicína představuje vrchol možností moderní medicíny“ 2
- Stovky tisíc lidí v Česku netuší, že mají prediabetes 4
- Tisíce pacientů přišly k praktikům zjistit, zda jim řídnu kosti 6
- Rozhovor s profesorkou Jitkou Abrahámovou 8
- Sankce za porušení GDPR ve zdravotnictví – aktuální vývoj 12
- Ambulantní specialisté bijí na poplach, čekací lhůty jsou i třičtvrtě roku 14
- 7 tipů, jak zabezpečit ordinaci před kyberzločinem 15
- Zprávy z regionů 16

MEDICÍNA



- Rakoviny slinivky břišní přibývá, pomůže cílené vyhledávání 19
- Kdo je náchylnější k závislostem? Ženy nebo muži? 20
- Čekací doba na termín u dětského psychiatra je až šest měsíců 22
- Většinu lidí trápí problémy se spánkem, snaží se to řešit hlavně úpravou svých návyků 23
- Umělá inteligence mění medicínu 25
- Studie ukázala možný přínos AI v diagnostice ARIA 26
- Včasnou mobilizací pacienta lze předejít vzniku imobilizačního syndromu 27
- Pokračuje diskuse o budoucnosti sester v Česku 28
- Bez sester se lékař neobejde 29
- Sestra roku 2024 33
- Dialýza v Berouně mění majitele. Dočká se investice za více než 8 milionů korun 34
- Tajemství krve 35

„Transplantační medicína představuje vrchol možností moderní medicíny“

To říká MUDr. Michaela Orlitová, lékařka Univerzitní nemocnice v belgickém Leuvenu. V současnosti v rámci předatestační přípravy vykonává stáž na III. chirurgické klinice 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, kde je členkou transplantačního týmu.

Jste absolventka 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Co vás přivedlo ke studiu medicíny?

Původně jsem přemýšlela i o právnické fakultě. Definitivně jsem se ale rozhodla, až když jsme v hodinách biologie začali probírat lidské tělo. To mě zaujalo ze všeho nejvíc. Tehdy jsem si uvědomila, že mě mnohem víc láká studovat, jak funguje lidské tělo, než jak funguje právní systém.

Proč jste si vybrala právě Belgii?

V pátém ročníku se mi naskytla možnost odjet v rámci programu Erasmus do Leuvenu v Belgii, kde jsem absolvovala jeden semestr. Způsob výuky a její kvalita mě velice zaujaly. Řekla jsem si, že bych tam v šestém ročníku – opět v rámci Erasmus – chtěla jet ještě jednou a absolvovat tam praktické stáže v nemocnici. I proto jsem se velmi intenzivně začala učit holandštinu. Vždycky mě lákalo odjet studovat a pracovat do zahraničí. Při volbě země svoji roli sehrál i fakt, že můj partner je Nizozemec. Ze všech možných stáží, které se tehdy nabízely v rámci programu Erasmus, mě nejvíce lákala právě Univerzitní nemocnice v Leuvenu v Belgii. Svého rozhodnutí jsem nikdy nelitovala. Zatím jsem tam strávila pět let, dva roky v klinické medicíně a tři v laboratoři.

Čím jste se v nemocnici v Leuvenu zabývala?

Nejdříve jsem nějakou dobu stážovala na různých chirurgických odděleních, abych získala specializační místo v oboru všeobecná chirurgie. V Belgii je to trochu jinak než u nás. V každém oboru může ročně dostat specializaci jen určitý počet lidí. O chirurgii je velký zájem, je tedy mnohem více zájemců, než je specializačních míst k dispozici. Trvalo mi sedm měsíců, než jsem místo dostala. Po jeho získání jsem začala pracovat na kardiouchirurgii. V Belgii na rozdíl od Česka kardiouchirurgie není samostatným specializačním oborem, ale patří pod specializační obor všeobecná chirurgie. Měla jsem veliké štěstí a byla jsem zřejmě ve správný čas



MUDr. Michaela Orlitová

na správném místě, jak se říká, protože jsem dostala nabídku začít Ph.D. studium, a moci se tak věnovat naplno vědě. Nabídku jsem přijala a tři roky jsem pracovala na zvířecím modelu v laboratoři Kardiovaskulárních věd Katolické univerzity v Leuvenu ve vědecké skupině profesora Neyrincka. Práce v laboratoři mě naučila zcela jinému způsobu myšlení. Vloni jsem se opět věnovala klinické medicíně v jedné menší periferní nemocnici v Belgii. Belgický systém zdravotnictví vyžaduje, aby všichni lékaři pracovali po určitou dobu v univerzitní nemocnici, ale i v nemocnici na periferii. Dalším pravidlem je, že v rámci předatestační přípravy nemůžete pracovat déle než dva roky ve stejné nemocnici.

Bylo těžké se přizpůsobit tamním podmínkám?

Asi nejtěžší pro mě jako začínajícího lékaře bylo komunikovat v holandštině, tedy učit se kromě medicíny ještě cizí jazyk. Jazyková bariéra se postupem času naštěstí zmenšovala, ale zdokonalování holandštiny je pro mě stále velká výzva. Nejen s jazykem mi značně pomohli moji kolegové. Musím říct, že jsem se z jejich strany setkala s velkou mírou pochopení a trpělivosti.

Co vás na práci v Belgii nejvíce překvapilo?

Asi to, že jsem jako absolvent dostala ohromnou příležitost věnovat se vědě. S vědou jsem přišla do styku poprvé až v Leuvenu a samotnou mě velmi překva-

pilo, jak moc mě chytla. Dostala jsem za úkol vyvinout prasečí model pro studium vztahu mezi funkcí srdce a plic během transplantace plic. Čas strávený v laboratoři otočil moji kariéru úplně jiným směrem.

Co nejhodnotnějšího jste si z praxe v Belgii zatím odnesla?

Zažívám pocit satisfakce, protože jsem se naučila nový jazyk a nastartovala kariéru v zahraničí i přes výzvy, kterým člověk čelí, když se odstěhuje od rodiny a blízkých přátel. Myslím si, že mě to ale posílilo. Do svého profesního života si odnáším především lásku k vědě a k oboru transplantace plic. Svoji první transplantaci plic jsem viděla již během Erasmu. Od té doby jsem jich viděla nespočet a mnohých jsem se i účastnila. Na transplantaci mě fascinuje jak komplexita a krása tohoto operačního výkonu, tak také její dopad na individuálního pacienta i na celou společnost. Transplantační medicína je poměrně mladý obor, ale zároveň představuje vrchol možností moderní medicíny.

Vidíte nějaký zásadní rozdíl mezi medicínou v Belgii a u nás?

Mám možnost porovnat medicínu ve dvou velkých univerzitních centrech (UZ Leuven v Belgii a FN Motol, kde pracuji nyní). Co se týče kvality poskytované péče, medicína v Belgii i v Česku je obdobná, a jsem přesvědčená, že odpovídá těm nejlepším standardům. Rozdíly zde ale jistě jsou, z mého pohledu především ve zdravotnickém systému jako takovém. V českém zdravotnickém systému je lékař zatížen velkým množstvím administrativy. K tomu ale nepotřebujete mít vystudovanou medicínu. V Belgii je na obdobnou práci najato mnohem větší množství nezdravotnického personálu nebo ji vykonávají specializované sestry. Rozdíl obou systémů vidím také v tom, že práce lékaře v Belgii je podstatně dražší než práce nelékařského personálu.

Další věc, kterou vnímám, se týká organizace péče o pacienty. V Belgii pacient dochází do univerzitní nemocnice zejména pro velice specializovanou péči. Základní chirurgická péče, jakou je například vyndávání stehů, vyříznutí znaménka nebo péče o chronické rány, je zajišťována mimo nemocnici praktickými lékaři nebo sítí skvěle fungujících sester ranhojiček, které chodí za pacienty domů.

Rozdíl je i ve vzdělávacím procesu všeobecného chirurga. V Belgii patří pod

specializační obor „všeobecná chirurgie“ chirurgie břišní, hrudní, cévní, kardio, onkologická a traumatologie, což je na rozdíl od českého systému mnohem širší záběr. Nejedná se jen o to, že jdete na pár týdnů jako všeobecný chirurg na stáž například na cévní chirurgii, ale musíte rok pracovat tam, poté třeba půl roku na traumatologii atd. Jako chirurg v předatestační přípravě tedy nepracujete pod jednou specifickou chirurgickou klinikou, ale v rámci jedné nemocnice rotujete po všech chirurgických odděleních. Až v posledních letech před atestací se přihlíží k tomu, kterou chirurgii chcete dělat.

Na druhou stranu nejsou do předatestační přípravy zařazeny stáže na nechirurgických odděleních, jako je tomu u nás. Z vlastní zkušenosti vím, že český chirurg má větší přehled o nechirurgickém managementu pacienta, což může být výhodou.

Každý belgický lékař se za prací musí stěhovat, protože zdravotnický systém vyžaduje, aby měl zkušenost jak z univerzitní, tak z periferní nemocnice. Díky tomu nemocnice na periferiích netrpí nedostatkem lékařů, což je výhoda. Časté stěhování ale zatěžuje osobní i rodinný život lékaře. Další výhodou je, že belgický chirurg může dva roky předatestační přípravy absolvovat v zahraničí. Této možnosti jsem se právě rozhodla využít. Letos vykonávám stáž ve Fakultní nemocnici v Motole, příští rok budu pracovat v Nizozemsku a pak se vrátím do Belgie. K atestaci se dostanu nejspíš v roce 2027. Časově rozmezí se mi posunulo kvůli třem letům, které jsem strávila v laboratoři.

Jak jste se do programu transplantace plic dostala?

Fakultní nemocnici v Motole jsem si vybrala kvůli programu transplantace plic. Kontaktovala jsem přednostu kliniky profesora Roberta Lischkeho s prosbou, zda bych mohla absolvovat roční stáž na jeho klinice a mohla se stát součástí transplantačního týmu. Z jeho kladné odpovědi jsem měla obrovskou radost.

Proč jste si vybrala právě transplantace?

Celý proces transplantace plic mě fascinuje. Jde o neuvěřitelně organizačně náročnou akci, na které se podílí velké množství lidí. Vše začíná u dárce. Je to zpravidla relativně zdravý člověk, který neočekávaně zemře. Pro pozůstalou rodinu bývá v této emočně náročné situaci jakousi útěchou, že se jejich milovaný podílí na záchraně života někoho jiného.

Dárcovských orgánů je méně než příjemců na čekací listině, a proto musí příjemci splňovat přísná kritéria (věk, fyzické i mentální předpoklady, sociální zázemí atd.). Darovaný orgán je pro ně jedinou možností pro výrazné zlepšení kvality života. Vnímám to jako privilegium být součástí týmu, který právě toto umožňuje. I když se podobně jako v jiných oborech medicíny nejedná vždy o příběh se šťastným koncem, mně osobně transplantační medicína přesto přináší neuvěřitelný pocit satisfakce. Nejoblíbenějším momentem celé operace je pro mě okamžik, kdy u příjemce dojde k reperfuzi a ventilaci plic, tedy když nově transplantovaný orgán začne pracovat.

Co od stáže očekáváte?

Chtěla bych se co nejvíce naučit o transplantacích plic, ale také o managementu pacienta po transplantaci během hospitalizace, který je na zdejších pracovištích z velké části v režii chirurga. Očekávám, že po absolvování stáže ze mě bude lepší lékař a chirurg, než když jsem na III. chirurgickou kliniku přišla. Pan profesor Lischke i celá klinika mě přijali přátelsky, a i díky dobrému kolektivu jsem tady velmi spokojená.

Je pan profesor ke stážistům přísný?

Profesor Lischke má odpovědnost za chod kliniky. Od stážistů stejně jako od jiných lékařů kliniky očekává kvalitní péči o pacienty.

Které poznatky a zkušenosti z praxe v Belgii můžete v Motole nejvíce zúročit?

Asi nejvíc svoji zkušenost s transplantací plic. Transplantační program v Leuvenu není identický s tím motolským, mnohé strategie a postupy v rámci programů se liší. Tak jako moje české kolegy zajímá, jak se transplantuje v Leuvenu, tak se i moji kolegové z Leuvenu ptají, jak program funguje v Praze. Možnost porovnávat transplantační programy je pro mě opravdu cenná.

Jaké plány máte do budoucna?

Příští rok budu pracovat na kardiochirurgickém oddělení nemocnice St. Antonius v nizozemském Nieuwegeinu. Pak se vrátím do Leuvenu, kde mě bude čekat atestace. V budoucnu bych úplně nejraději kombinovala klinickou medicínu s preklinickým výzkumem v oboru transplantace plic.

Markéta Mikšová
Foto: Daniel Kalisch

Stovky tisíc lidí v Česku netuší, že mají prediabetes

Prudce rostoucí výskyt obezity a s ní spojené cukrovky 2. typu představuje naléhavý zdravotní i socioekonomický problém. Zatímco před necelým půlstoletím trpělo nadváhou nebo obezitou 20 procent lidí a diabetem 4 procenta, dnes má vyšší hmotnost více než 60 procent lidí a s cukrovkou se léčí každý desátý obyvatel Česka. S cílem představit klíčová témata související s prevencí tohoto chronického onemocnění a včasnou intervencí již ve fázi, kdy je možné je zvrátit, se v půlce března pod záštitou místopředsedy Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny PharmDr. Petra Fifky konal kulatý stůl s odborníky.

Tempo nárůstu diabetu 2. typu je alarmující. Hlavní příčinou je životní styl, v němž je rozhodující snadný přístup k jídlu a chuť, nikoli hlad vedoucí k přejídání, a to bez dostatečné kompenzace pohybem. V Česku je nyní více než milion diabetiků 2. typu a každý rok přibývá až 60 tisíc nových pacientů, přičemž se jedná pouze o ty, u nichž bylo toto onemocnění diagnostikováno. „Máme další desítky tisíc těch, kteří o své diagnóze nevědí, a statisíce lidí s prediabetem, což je stav, kdy je hladina glukózy v krvi vyšší než obvykle, ale ještě nedosahuje takové úrovně, aby mohla být klasifikována jako diabetes. A právě na tuto fázi je třeba se v rámci prevence zaměřit,“ říká organizátor kulatého stolu, poslanec PharmDr. Petr Fifka, místopředseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny.

Prediabetes je tedy důležitým varováním a nabízí příležitost k opatřením, která mohou zabránit rozvoji diabetu. „Pokud se pacient s určitou hodnotou glykemie nezačne léčit, je téměř jisté, že jeho stav

přejde v diabetes. Ale už 10–15procentní snížení hmotnosti může vrátit glykemii do normálu,“ vysvětluje prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., z České obezitologické společnosti ČLS JEP. Prediabetem přitom trpí až čtvrtina české populace a téměř polovina lidí ve věku 55 až 64 let. Problémem však je, že prediabetes nemá žádné klinické příznaky a lidé, kteří nechodí na pravidelné preventivní prohlídky, o své zvýšené glykemii nemají tušení.

Zásadním problémem cukrovky je, že vede k dalším komplikacím – je nejčastější příčinou slepoty, selhání ledvin, neuropatie a významně zvyšuje riziko infarktu myokardu, mrtvice nebo srdečního selhání. „Epidemii obezity a potažmo diabetu bych přirovnal k problému, jakým je nárůst emisí skleníkových plynů. Oba problémy jsou extenzivně studovány, hodně se o nich hovoří, ale řešení obou je možné pouze na celospolečenské úrovni, k čemuž je nezbytné přijmout zásadní a velmi bolestivá opatření. V obou případech, obávám se, však již pokročily do fáze, kdy je

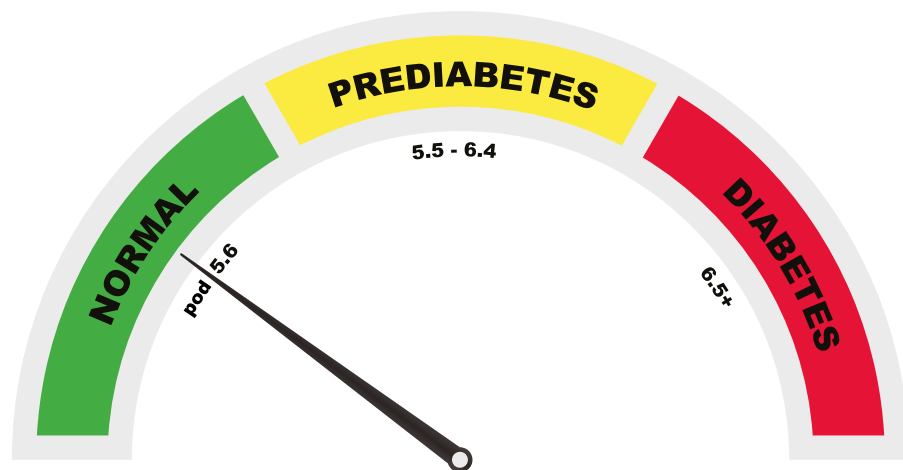


Ilustrační foto: 123rf.com

společnost nedokáže kočírovat, natožpak ukočírovat. Určitě ne po dobrém,“ varuje prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava v rámci diskuse, která se na toto téma konala v budově Poslanecké sněmovny.

Důsledky diabetu však nedoléhají pouze na samotné pacienty, ale mají také rozsáhlé sociální a ekonomické dopady. „Do budoucna bude stále komplikovanější financovat moderní péči z veřejného zdravotního pojištění, zejména v situaci masového rozšíření některých civilizačních onemocnění. Měli bychom si uvědomit, že zdraví je svým způsobem náš nejcennější majetek, a podle toho se k němu chovat a pečovat o něj, stejně jako se staráme například o své auto. A součástí naší péče by měla být i prevence nemocí, kterým se vyhnout lze a které si zbytečně způsobujeme sami – jako je tomu v případě cukrovky 2. typu,“ upozorňuje PharmDr. Petr Fifka.

Účastníci kulatého stolu se tak jednohlasně shodli na tom, že v tomto ohledu je nutné multidisciplinární řešení a mezi-resortní spolupráce ministerstev.





PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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

VZP i v roce 2024 nabízí svým smluvním partnerům Motivační program VZP PLUS

Aktualizovaný Motivační program VZP PLUS zaměřený na zvýšení dostupnosti zdravotní péče, zlepšení její kvality a organizace a na prevenci spustila VZP 1. 1. 2023 a v roce 2024 bude v tomto programu pokračovat v nezměněné podobě. Motivační program VZP PLUS je určen všeobecným praktickým lékařům (VPL), praktickým lékařům pro děti a dorost (PLDD), praktickým zubním lékařům, ambulantním gynekologům a ambulantním specialistům. Program podrobněji představujeme v této Poradně.

Motivační program VZP PLUS představuje soubor cílů a na ně navázaných bonifikací, které mají motivovat poskytovatele např. k otevření ordinací v definovaných oblastech se zhoršenou dostupností péče. Za její otevření mohou získat bonus až 800 tisíc Kč (v případě VPL a PLDD), resp. 500 tisíc Kč (v případě stomatologů), který bude násoben podílem počtu pojištěnců VZP v dané oblasti. V roce 2023 byl tímto způsobem podpořen vznik 7 nových pracovišť VPL, 7 nových pracovišť PLDD a 19 nových pracovišť STOM v preferovaných oblastech. Další bonifikace mají motivovat k registraci nových klientů do péče poskytovatele, k rozšíření ordinační doby nad 30 hodin týdně, nebo k účasti pojištěnců na preventivních prohlídkách a screeningových programech, resp. na nepovinných očkováních. Do programu se zapojila více než polovina poskytovatelů, kteří mají smlouvu s VZP ve výše uvedených skupinách poskytovatelů.

O jaké programy se jedná

- VZP Plus pro všeobecné praktické lékaře
- VZP Plus pro praktické lékaře pro děti a dorost
- VZP Plus pro praktické zubní lékaře
- VZP Plus pro ambulantní gynekology
- VZP Plus pro ambulantní specialisty

Komu je program určen

Program je pro všechny smluvní poskytovatele zdravotních služeb, kteří splňují tzv. vstupní podmínky. Ty se pro jednotlivé programy ve svých parametrech liší.

- **Rozsah a rozložení ordinační doby**
VPL, PLDD a gynekologové musí mít na pracovištích ordinační hodiny



Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D.,
ředitel oddělení ambulantních
zdravotnických zařízení

v rozsahu minimálně 30 hodin týdně rozložené do pěti dnů v týdnu (příp. gynekologové 24 hodin čtyři dny v týdnu, pokud se lékař podílí na službách u poskytovatele lůžkové péče).

- **Počet registrovaných pojištěnců**
Pro každé pracoviště je stanoven minimální počet registrovaných pojištěnců VZP, který vychází z údajů o podílu pojištěnců VZP v jednotlivých okresech. Pro VPL je minimální počet registrovaných stanoven jako násobek čísla 600 a podílu pojištěnců VZP v daném okrese, pro PLDD se jedná o násobek čísla 300 a pro gynekology čísla 500. V případě stomatologů je hodnota dána násobkem čísla 600 a podílu pojištěnců VZP v daném okrese, přičemž pod-

mínka musí být splněna alespoň na 50 % pracovišť.

- **Povinnost registrace nových klientů**

Pro každé pracoviště je stanovena tzv. kapacita. Pokud jí není dosaženo, je poskytovatel povinen do péče registrovat nové pojištěnce. Kapacita je dána jako násobek předpokládané kapacity registrovaných pojištěnců pro jedno smluvní pracoviště v dané odbornosti, která byla stanovena ve spolupráci se zástupci poskytovatelů, a podílem pojištěnců VZP v daném okrese. V případě VPL, resp. PLDD je předpokládaná kapacita stanovena na 2 000, resp. 1 800 přepočtených dle věkových indexů, pro gynekology na 2 500 a pro stomatology na 1 200 pojištěnců.

- **Preventivní prohlídky**

Průměrný podíl klientů, kteří absolvovali preventivní prohlídku v uplynulých dvou letech, musí dosáhnout u VPL 15 %, u PLDD a u gynekologů 30 %.

- **Komunikace s VZP**

Poskytovatelé musí komunikovat a předávat faktury VZP elektronicky prostřednictvím VZP POINT, resp. s využitím B2B služeb.

Nabídka účasti v programu VZP PLUS bude zaslána všem poskytovatelům z výše uvedených segmentů, kteří aktuálně splňují všechny podmínky.

Nárok na bonifikace pak vznikne poskytovateli v případě, že tuto nabídku akceptuje a podepíše včas tzv. bonifikační dodatek VZP PLUS.

Podrobnější informace najdete na webu VZP: plus.vzp.cz

Tisíce pacientů přišly k praktikům zjistit, zda jim řídnu kosti

Zachytit v ordinacích praktických lékařů pacienty s rizikem řídnutí kostí dřív než mají první zlomeniny – to je cíl Populačního programu časného zachytu osteoporózy, který v Česku odstartoval loni v dubnu. Doposud se ho zúčastnily tisíce pacientů. Ordinací, kde mohou lidé podstoupit specializované vyšetření kostí, navíc stále přibývá. Osteoporózou, která způsobuje zlomeniny i při drobných úrazech, v tuzemsku trpí až 750 000 lidí.

„Osteoporóza je jednou z nejčastějších metabolických chorob a týká se hlavně starších lidí. Způsobuje zlomeniny i při minimálním podnětu. Je ale bezpříznaková, a tak pacienti předem nic nevaruje. Proto je velmi důležitá včasná diagnostika,“ popisuje MUDr. Petr Šonka, předseda Sdružení praktických lékařů. Osteoporóza se někdy označuje jako „tichý zloděj kostí“, projevuje se totiž řídnutím kostí a následnými zlomeninami. V Česku utrpí osteoporotickou frakturu každá druhá žena a každý pátý muž ve věku nad 50 let. „Osoby s rizikem osteoporózy je třeba zachytit co nejdříve, důsledky jejich zlomenin totiž mohou být vážné a zvyšovat riziko úmrtí. Do jednoho roku po zlomenině krčku stehenní kosti u nás umírá 31 procent nemocných. Na vyšetření ale rizikovní pacienti musí často dlouho čekat, ordinace odborných lékařů jsou totiž přeplněné,“ dodává MUDr. Šonka.

Nárok na vyšetření denzitometrem

Problém s nedostatečnou kapacitou specialistů na kostní metabolismus – osteologů – řeší právě Populační program časného

zachytu osteoporózy. Vyšetření kostí mohou díky němu již téměř rok provádět také proškolení praktičtí lékaři a gynekologové. Pacienti v rizikové skupině nejprve v rámci dvouletých preventivních prohlídek absolvují pohovor a vyplní diagnostický dotazník. „Týká se to žen rok po menopauze až do 59 let a mužů ve věku 65–69 let. Lékaři u nich vyhodnotí riziko osteoporózy, a pokud je vysoké, pacienti následně podstoupí denzitometrii – podrobné vyšetření kostí,“ upřesňuje MUDr. Šonka a dodává, že ženy nad 60 let a muži nad 70 let mají na vyšetření pomocí denzitometru nárok už při všech preventivních prohlídkách.

Pokud praktický lékař v ordinaci denzitometr nemá, měl by při preventivních prohlídkách vystavit žádanku na měření hustoty kostní tkáně všem pacientům, kteří mají na tento typ vyšetření nárok. „Žádanku může vystavit také gynekolog. Všem pacientům doporučuji, aby se svého lékaře na provedení tohoto vyšetření zeptali při pravidelných prohlídkách a zkontrolovali s ním, kde denzitometrii podstoupit,“ dodává MUDr. Šonka.

Před startem programu časného zachytu bylo v Česku dostupných asi 100 denzito-

metrů, což je přibližně polovina ve srovnání se standardem zemí Evropské unie. Jedním z cílů populačního programu tak je do roku 2026 síť denzitometrů zdvojnásobit. „Vzhledem k tomu, jak rychle jich přibývá, se to podle mě podaří už v letošním roce,“ říká MUDr. Šonka, který denzitometr využívá také. Ideální stav podle něj nastane, až bude na 50 000 obyvatel dostupný alespoň jeden takový přístroj. Denzitometry v současné době chybí hlavně v regionech; ve větších městech, například v Praze a v Brně, jich už je dostatek.

Vyšetřit kosti mohou i praktičtí lékaři

Od 1. ledna letošního roku mohou praktičtí lékaři nemocné s osteoporózou ve svých ordinacích i léčit. „Vysoce rizikové pacienty a komplikované případy léčí i nadále specialisté osteologové. O ty ostatní se už ale můžeme postarat my. Pacientům nasadíme vhodnou léčbu a stanovíme termín kontrolní denzitometrie, který je důležitý jak z hlediska kontroly efektu terapie, tak jako psychologické povzbuzení pacienta,“ doplňuje MUDr. Ivo Procházka, člen výboru Sdružení praktických lékařů.

„Důležitý je jak včasný záchyt pacientů v méně závažném stadiu osteoporózy, tak prokázání tohoto onemocnění v případě podezření,“ dodává MUDr. Procházka. Vyšetření pomocí denzitometru začal pacientům nabízet na začátku letošního roku a doposud jich provedl asi 250. „Jakmile známe výsledky, pacienty poučíme o rizicích, která jim hrozí. Vysvětlíme jim také, jak by měl vypadat jejich životní styl a stravovací návyky, a doporučíme vhodnou terapii. Tím vším se snažíme předejít nepříjemným zlomeninám, které osteoporóza způsobuje. Jejich léčba je náročná, zdlouhavá a bolestivá. V mnoha případech navíc s trvalými a život ohrožujícími následky,“ uzavírá MUDr. Procházka.



Osteoporóza – detailní 3D ilustrace

Zdroj: 123rf.com

TÉMA MĚSÍCE: Kdy vzít děti k očnímu lékaři?

Kdy začít s prohlídkami dětského zraku u očního lékaře je otázka, kterou si jistě klade celá řada rodičů. Vývoj vidění u dětí je složitý proces. Vady, které jsou v dětské věku neodhaleny nebo zanedbány, jsou často nevratné. Na otázky k vývoji zraku u dětí, dětských očních vad a očních vyšetření odpovídá MUDr. Michaela Ratajová.

Kdy by mělo proběhnout u dítěte první vyšetření?

První screening zraku se provádí ještě v porodnici a jeho pomocí lze u novorozenců odhalit například vrozený šedý zákal. Následně provádí vyšetření zraku pediatr v rámci pravidelných kontrol, aby se ujistil, že vývoj probíhá tak, jak má.

Jak probíhá vyšetření zraku u pediatra?

Preventivní vyšetření zraku u pediatra probíhá na tříleté a pětileté prohlídce. Cílem tohoto vyšetření je zjistit, zda dítě nešilhá, zda vidí dobře a zda netrpí jakoukoli skrytou vadou. Pokud dítě nespoupracuje či lékař zachytí jakoukoli odchylku, mělo by dítě následně podstoupit vyšetření u očního lékaře.

Může oční vadu odhalit i přímo rodič?

Ano, některé vady mohou odhalit i sami rodiče. U kojenců po půl roce věku by si rodiče měli všimnout, zda dítě nešilhá nebo zda nějakým zvláštním způsobem nenaklání hlavu, když se dívá. U batolat je pak dobré si všimnout, zda dítě často nepadá či nenaráží do nábytku. Pokud něco takového pozorujeme nebo máme pocit, že dítě hůře vidí, je vždy vhodné navštívit očního lékaře.

Jsou oční vady dědičné?

Genetika má značný vliv na vznik očních vad včetně rizika, že vada může být přenášena z jednoho člena rodiny na druhého. U dětí s genetickou zátěží je včasná prevence skutečně zásadní. Pokud některý z rodičů nosí brýle, či dokonce v dětství trpěl nějakou dětskou oční vadou, jako je šilhání, tupozrakost



Odborný poradce:

MUDr. Michaela Ratajová

Odborný oční lékař, Oční centrum Praha / MediPort Holešovice

Zaměřuje se na dětskou oftalmologii - působí jako dětská oční lékařka v síti ambulantních ordinací OCP, konkrétně v oční ambulanci MediPort Holešovice. V rámci Očního centra Praha se věnuje komplexní oční péči dospělých a participuje na mezinárodních klinických studiích v souvislosti s vývojem nitroočních implantátů.

zrakost či vyšší dioptrická vada, měla by být u jejich dítěte prevence přísnější. První screening zraku se v tomto případě doporučuje již v šesti měsících dítěte a poté by se mělo preventivní vyšetření absolvovat každého půl roku.

Doporučují se nějaké další preventivní kontroly zraku?

Další vyšetření by dítě mělo absolvovat v souvislosti s nástupem do školy, aby vidělo správně na tabuli a nemělo start ve škole zbytečně ztížen jakoukoli skrytou oční vadou, ať už dalekozrakostí, krátkozrakostí, nebo třeba astigmatismem. V průběhu školní docházky je dobré nechat dítěti vyšetřit zrak v případě jakýchkoli obtíží - například pokud si dítě stěžuje na potíže s viděním, jako je rozmazané vidění, potíže s ostrostí, dvojité vidění nebo ztráta vidění v určitých oblastech. Zároveň je vhodné zvážit oční vyšetření i v případech, kdy vaše dítě trápí časté bolesti hlavy nebo když má problém se soustředěním ve škole a učení. I tyto problémy může často způsobovat nějaká oční vada.

Proč je prevence u dětského zraku důležitá?

U dětí se zrak vyvíjí postupně až do šesti, sedmi let. Toto období je u dětí

kritické nejen pro rozvoj zraku, ale vyvíjí se i koordinace obou očí, komunikace a spolupráce mezi okem a mozkem, která je podmínkou pro rozvoj prostorového vidění. Pokud mozek dostává z jednoho oka horší „obraz“ než z druhého, začne horší oko tlumit a vyvíjí se tupozrakost, která je již v dospělém věku neléčitelná. Jestliže objevíme dioptrickou vadu nebo šilhání včas, můžeme je korigovat a léčit a předejít tak právě rozvoji tupozrakosti postiženého oka.

Jaké jsou nejčastější dětské oční vady?

U menších dětí se většinou vyskytuje dalekozrakost, která se řeší brýlemi. Postupným růstem oka pak dítě může z této vady vyrůst. Dále mezi častou oční vadou u malých dětí patří šilhání neboli strabismus. Při šilhání nedokážou oči pracovat synchronizovaně (nedívají se souběžně), ale jedno nebo i obě se dívají jiným směrem. Pokud není šilhání léčené, může dojít k rozvoji tupozrakosti. Ve školním věku a u adolescentů se pak již spíše objevuje krátkozrakost, kdy oko vidí špatně na dálku. Děti také mohou trpět astigmatismem. Jedná se o cylindrickou vadu, která je způsobena nepravidelným zakřivením rohovky, příp. i čočky.

Jana Jílková

Foto: Proton Therapy Center



„Myslím si, že pravda vítězí
postupně.“

Jitka Abrahámová

„Lékař by měl pacientovi nabídnout všechny modalities léčby, vysvětlit mu jejich výhody a nevýhody a ponechat mu rozhodnutí mezi nimi. Nemocnice se různí možnostmi, které mohou pacientovi nabídnout, některé pro něj vhodné mohou být dostupné jinde než u nich. Pacient má být o léčebných možnostech informován objektivně,“ říká profesorka Jitka Abrahámová.

Proč jste si jako své současné působiště vybrala právě protonové centrum?

Mě vždycky strašně zajímaly nové věci. A když se někdo vrhá do nových věcí, tak se jeho okolí vždy zajímá, proč. A jak to tak u nás s novinkami bývá, u protonu vešla ve známost spousta tvrzení, například že je to pro nás zbytečnost. Už to samo velmi povzbudilo moji pozornost. Částicové záření jsem viděla v Heidelbergu a velmi mě zaujalo. Pak jsem zjistila, že v Česku je skupina, která má snahu zařídit tu pracoviště s protonovým zářením. Přitom toto jejich snažení opakovaně naráželo na odmítavé nebo i nepřející postoje. S těmi já při prosazování nových věcí bojuji celý život a tahle jejich nepřestávající snaha ve mně vzbudila zvědavost. Hlavně mě ale částicová radioterapie zaujala jako nová možnost radiace, kterou jsme tady neměli. Svůj postoj jsem rozhodně netajila, a když protonové centrum konečně prosadili, vybudovali a otevřeli, tak se o mně dozvěděli a pozvali mě, abych se přišla podívat, co a jak dělají. Pozvání jsem přijala. Nestála jsem tam o dojmy, ale o fakta, prostě vyptávala jsem se zevrubně. Přesvědčila jsem se, že před sebou nemám šejdíře, a naopak oni zjistili, že se o protonové záření skutečně zajímám. Místo v centru přijali velmi vzdělaní a erudovaní lidé, například zdejší hlavní fyzik dlouho býval mým hlavním fyzikem. Šla jsem se za nimi podívat a zjistila jsem, že vše tu probíhá na zcela seriózním základu, postupují velmi sofistikovaně, vědecky. Když jsem se pak rozhodla odejít z Thomayerovy nemocnice, z nabídek práce jsem si vybrala protonové centrum.

Nezarázela vás při té volbě jejich reklamní kampaň zaměřená na laickou veřejnost?

Ne. Její úspěšnost vzbudila řevnivost některých velkých nemocnic, ale ani těm přece sebepropagaci nikdo nezakazuje. Někdy se ani na webových strán-

kách nemocnic pořádně nedozvím, co tam dělají výborně a na špičkové úrovni – reklamu by si rozhodně dělat měly, pokud je na základě pravdy. Nikdo jim to nezakazuje a veřejnosti by to pomohlo. Mně naopak, a to i vzhledem k protonovému centru, vadí negativní projevy lidí o věcech, o nichž vědí málo, a i proto o nich nemluví pravdivě. Pravda to nemívá jednoduché. Pravda vždy zvítězí, něčím ale až posmrtně. Vzpomeňte si na Galilea. Myslím si, že pravda vítězí postupně.

Lékař by měl pacientovi nabídnout všechny modalities léčby, vysvětlit mu jejich výhody a nevýhody a ponechat mu rozhodnutí mezi nimi.

Protonové centrum se zabývá pouze solidními nádory, nejčastěji těmi s největší incidencí, že?

Ano, v naší populaci jsou to především nádory prostaty a prsu. V protonovém centru se ale velmi úspěšně léčí i jiné solidní nádory, například lymfomy. Léčba nádorů je komplexní a uplatňují se v ní tři modalities – operace, radiace a medikamentózní léčba. V různé fázi toho kterého onemocnění má některá přednost nebo přednostní použití. U karcinomu prostaty volba léčby závisí na stadiu a míře rizikovitosti. V časných stadiích se u ní volí operace nebo záření. Efekt léčby se hodnotí délkou přežití a podílem vyléčených, tyto parametry jsou u obou metod stejné. Různí se ale mírou zátěže pacienta. Záření může být dnešní konvenční, standardní záření lineárním akcelerátorem a jeho modifikacemi, nebo protonové záření. Není chybou použít to či ono, ale je třeba vědět, že protonové záření má určité biologické a dozimetrické výhody. Lékař by měl pacientovi nabídnout všechny modalities léčby, vysvětlit mu jejich výhody a nevýhody a ponechat mu rozhodnutí mezi nimi. Nemocnice se liší možnostmi, které mohou pacientovi nabídnout, některé pro něj vhodné mohou být dostupné jinde než u nich. Pacient má být o léčebných možnostech informován objektivně, tedy ne a priori zaujatě proti některé z nich, kterou používá jiné pracoviště než naše. Přece máme mít úctu ke svým kolegům, ne je pomlouvat.

Roli hrají i nežádoucí účinky léčebných modalit. S jakými je třeba počítat u záření?

Fotonové záření, tedy to, které se vyrábí v lineárním akcelerátoru, ubývá se čtvercem vzdálenosti, ale vždy prozáří celý sloupec tkáně. Vždy má dávku vstupní, ale i výstupní, postupně klesá až do země. Když se ale používá částicové záření, konkrétně protonové, mají částice ve tkáni svůj doběh. Na jeho konci zaniknou, vyzáří se. Není tu žádná výstupní dávka. Fotonové záření si představte jako světlo baterky ve tmě – její světlo je kužel, rozšiřuje se a má menší a menší intenzitu. Kdežto protonové se v určitém bodě pohltní a přestane existovat.

I přes proběhlé dezinformační kampaň je zájem o léčbu u vás obrovský. Stíháte? Stíháme, ale už teď ozařujeme doslova od rána do večera. Pokud bude potřeba protonového záření narůstat, nemůže to jediné centrum v republice nadále zvládat. Mělo by jich být víc.

Do pacientova rozhodování o léčbě někdy vstupují i přísliby ze strany zastánců alternativní medicíny. Obracejí se na ni často i onkologičtí pacienti?

Nevím jak často, protože ne všichni pacienti vám řeknou, že byli také u léčitele. Někteří vám to povědí a pak mermomocí chtějí, abyste jim potvrdila, že udělali dobře. To sice udělat nemohu, ale ani jim to nemohu zakázat. Ne všichni léčitelé jsou naprosto a vědomě šejdíři, někteří i díky svému duševnímu nastavení skutečně mají pocit, že lidstvu pomáhají. Někteří, i když nemnozí, to dokonce dělají zadarmo. Vždy mě fascinuje, když mi pacient prozradí, kolik léčiteli zaplatil. V duchu si pak říkám, jak je zvláštní, že ti samí lidé bědují nad doplatkem za lék, ale nezaváhají dát léčiteli nemalou částku za sušené bylinky. Iracionálně a magie je přitahuje. Mají jistě pravdu v tom, že my lékaři spoustu věcí ještě nevíme. Lidé, kteří se obracejí na „alternativce“, věří, že tyto bytosti mají léčivé schopnosti odjinud než my, třeba z vesmíru, a tudíž vědí něco, co my ne. Teď už se po nás alespoň nechce, abychom s léčiteli spolupracovali, trend „spojme s nimi síly“ byl prosazovaný po sametové revoluci. To je nesmysl, nemůžete spojovat síly s někým, s kým se nedomluvíte. Oni neznají terminologii, neznají spoustu věcí. Tak jak jim máte něco sdělit? My jsme se o to opravdu snažili, říkali jsme: Dobře, ať ten pacient přijde, a přinese odborný nále-

Něco nám přinesli, ale odborný nález to nikdy nebyl. Přinesl třeba na papírku tužkou napsáno, že ho bolí břicho a má ho nadmuté, což byla celá diagnóza. My a léčitelé jsme zkrátka něco jako rovnoběžky, které se nemohou protnout. Zkrátka s nimi nemáme o čem hovořit.

Je alternativní medicína opravdu medicína?

No právě... Co to je? Medicína je jedna, ale s čím podle vás alternuje? S čím má stejné výsledky a kde má důkazy? Neexistuje alternativní medicína, ale existují alternativy medicíny, respektive alternativy léčby. Alternativou může být, třeba u nepokročilého karcinomu prostaty, zda budu operovat, nebo tím či oním zářít, to jsou alternativy. Modalita léčby mají stejné výsledky, odlišují se prostředky, kterými k nim dojdou, a mají jiné nežádoucí účinky.

Zastánci homeopatie prý ale mají studie o jejím efektu...

Nikdy jsem žádnou neviděla, nikdy je nevydali. Stejně tak ji nemají některé

velmi populární potravinové doplňky, jejichž působení je založené zejména na pocitech.

Ano, ale co placebo efekt? Emoce přece hrají i v medicíně velkou roli!

Určitě ano, ale zatím neměřitelnou, ačkoliv psychický stav nepochybně vliv má. Nevysmívám se tomu a nevysmívám se ani léčitelům. Ale neumím a nemohu to vzít za své. Když mi ale pacient řekne, že mu něco pomohlo, tak já mu to i věřím, protože placebo efekt existuje, a já jsem ho za své praxe mnohokrát viděla. Proto také pacientům neříkám, aby k léčiteli nechodili. Jen podotýkám, ano, když si myslíte, že vám to pomůže, tak tam jděte, nikdo vám to nemůže zakázat, jste svobodný člověk. Nepřerušujte ale oficiální léčbu!

V minulosti se nedoporučovalo pacientovi sdělovat diagnózy, které by mohl chápat jako fatální. Jste pro tvrdé pravdy podle americké školy?

Ne. Ovšem pacient má podle naší legislativy právo pravdu znát i vyžado-

vat, má ale i právo si takové informace zakázat. Toto své přání může kdykoliv změnit. Je ale na lékaři, jak jeho právo naplní. Sdělit mu: „Pane Nováku, máte rakovinu plic a podle statistik vám zbývá půl druhého roku,“ to je surovost. Vylučuje se to s empatií a soucitem, kterými je lékař povinen. Ne že ho má mít, je povinen ho mít! A jestli k tomu nebyl vychován a nemá k tomu psychické předpoklady, neměl na medicínu vůbec chodit.

Za projev empatie a soucitu bývá pokládána i eutanazie. Setkáváte se s tím, že si nemocní přejí už raději zemřít?

Vy jste si nikdy, za žádné situace neřekla, že byste raději nebyla? Pacienti v těžkém stavu si to říkají často. Ale nikdo z nich mi neřekl, prosím vás, ukončete to. Jednak to u nás není právně ošetřené, jednak to v žádném případě není dovolené. Prokázané provedení eutanazie má právní důsledky. O povolení eutanazie se velmi uvažuje, protože jsou země, kde to je legislativně ukotveno, ale tam to má jasně definované podmínky. Já



jsem ale lékař a jsem tady proto, abych pacienty léčila, ne abych je zabíjela. Jestliže vím, že pacienta nebudu umět vyléčit a že nedojde aspoň k únosné remisi a k žití s nádorem – pacienti totiž mohou žít s nádorem řadu let, pokud je dobře léčen a obhospodařován – pak lze specifickou léčbu ukončit. To ale samozřejmě neznamená, že o pacienta přestaneme pečovat a že ho přestaneme léčit. Pouze přestaneme podávat specifické léky, které už by mu stejně nepomohly, dokonce by mu mohly ještě víc uškodit. V takové situaci se pokračuje paliativní léčbou. Proto máme také hospicy, kde o tyto pacienty pečují po všech stránkách. V žádném případě se nejedná o eutanazii, jde o umožnění důstojné smrti.

Mělo by se téma důstojnosti člověka více zdůrazňovat?

Ano. Lidská důstojnost má být zachována vždy, i kdyby byl člověk pokálený od hlavy k patě. Pocit důstojnosti musí mít i v takovém případě. Má se za to, že část pacientů i v zemích, kde je eutanazie povolena, o ni žádá právě z obavy ze ztráty své důstojnosti a také z obavy, že přestávají pro své okolí zátěž. Okolí by nikdy nemělo v pacientovi vyvolávat pocit zátěže, protože pacient pak začne mít pocit, že se od něj žádost o eutanazii očekává. Řada lidí má o tom zkreslenou představu. Zažila jsem pacienty opravdu těžké a umírající. Zamřela jsem si je i „vyseděla“, protože jsem měla pocit, že je mou povinností u nich sedět, což vyvolávalo velké překvapení zejména středního personálu, ale to nemůže člověk dělat dlouho. Odcházení jsem vídala, ale i během něj vám lidé neříkají, abyste ho ukončila. Můžou odcházet rozrušení, ale úkolem personálu i rodiny je, aby jim umožnili odejít v klidu. A možné to je.

To vám ani těžcí pacienti nikdy neřekli, že by už chtěli nebýt?

Jistěže mi to říkali, slyšela jsem mnohokrát věty jako „nejradši bych to už ukončil, nejradši už bych tady nebyl“, ale nikdo z nich to nemyslel úplně vážně. Vzpomínám si na pacientku, která odcházela a všechno věděla, a syn se rozhodl nechat si ji doma. Ti lidé jsou úzkostní, je potřeba z nich tu úzkost trochu sejmut, ulehčit jim od ní. Úzkostí trpí věřící i nevěřící, hluboce věřící možná odcházejí jednodušeji nebo lehčeji, oni sami tvrdí, že ano.

prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.

- Promovala v roce 1966 na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze. Rok pracovala na onkologii trutnovské nemocnice, poté 25 let na onkologii ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Mateřským oborem, ve smyslu že jeho matkou byla ona, se jí od 1. ledna 1992 na 27 let stala onkologie v Thomayerově nemocnici v Krči. Onkologii zde vybudovala a dovedla na pozici špičkového pracoviště.
- Složila atestace I. a II. stupně z radioterapie a klinické onkologie, dosáhla vědeckých hodností CSc., poté DrSc., je profesorkou klinické onkologie.
- Stála ve vedení České onkologické společnosti ČLS JEP i v čele řady vědeckých grantů a jako hlavní investigátor se podílela na desítkách klinických studií.
- Významně se podílela a podílí na pre- i postgraduální výchově v oboru. Je autorkou nesčetných vědeckých i zdravotně výchovných publikací. Pořádala onkologická sympozia s celostátní působností.
- Založila Nadační fond onkologie pro 21. století, je předsedkyní celostátní Rady Národního onkologického registru.
- Získala stříbrnou medaili Senátu PČR za celoživotní zásluhy v onkologii a stříbrnou medaili hlavního města Prahy.

Jak to souvisí s tou paní?

Její syn pro mě přijel až domů. Prosil, abych se na maminku jela podívat, že on už si s ní neví rady. Zoufalý byl ve skutečnosti on z toho, že mu umírá maminka. Chápal to, ale nechtěl, aby mu zemřela, snažil se její smrt alespoň oddálat. Jela jsem tam. Pacientka byla ležící, ještě schopná komunikovat, velmi rozumně. Všecko jsme spolu probraly, bez něj. Řekla mi, že syn je na ni silně fixo-

způsobit si smrt. Úlevou, ne sebevraždou chtěla pomoci synovi i sobě. Ani ona to s úmyslnou smrtí nemyslela vážně.

Přejděme k radostnějšímu tématu. Na co se těšíte a připravujete to už tradičně?

Tak to máte na mysli náš společenský večer Sebevědomí pro každý den, bude už dvacátý sedmý. Pořadatelé jsou Nadační fond onkologie pro 21. století a Proton Therapy Center Czech. O sebevědomí v něm jde v tom smyslu, že jde o módní přehlídku, při které jsou manekýnkami pacientky po karcinomu prsu. Mohou být nadále krásné, moc jim to na molu sluší i v plavkách nebo šatech s dekoltem. Původně to bylo pokaždé tak, že na začátku bylo nějaké kratičké vystoupení známých umělců a potom to pokračovalo módní přehlídkou. Letos se poprvé nebude předvádět současná móda, ale divadelní kostýmy. Spolupracujeme přitom s Národním divadlem, otcem myšlenky je sólista Luděk Vele. Kromě pěvců, kteří budou vystoupení modelk doprovázet vybranými áriemi, vystoupí v rámci večera i další špičkoví hudebníci. Akce se koná 24. dubna na Novoměstské radnici. Všechny zájemce o náš společenský večer na něj srdečně zvú!

Vadí mi negativní projevy lidí o věcech, o nichž vědí málo, i proto o nich nemluví pravdivě.

vaný, a tak pokud to půjde, ona vydrží a bude tady. Ale že má u sebe připravené léky, a až přijde ta chvíle, ukončí to. Co na máte říct? Bylo by to její rozhodnutí, ale šlo by o sebevraždu. Po její smrti za mnou syn přišel a já se ho zeptala na okolnosti. Řekl mi, představte si, ona se předtím chtěla otrávit, ale nakonec si ty prášky vzala jenom dva. Ona byla ale velmi inteligentní a dobře věděla, kolik by jich měla vzít. Vzala si jen tolik, aby jí přinesly úlevu, nešlo o úmysl

Sankce za porušení GDPR ve zdravotnictví – aktuální vývoj

Zdravotní informace představují jedny z nejcitlivějších informací o člověku. Zahrnují rozmanitý rozsah údajů od záznamů o současném zdravotním stavu přes historii prodělaných nemocí a úrazů až po genetické informace. Práce s takovými údaji vyžaduje od nemocnic, lékařů a dalších poskytovatelů zdravotnických služeb nejen etický přístup k jejich sběru a ochraně, ale i dodržování přísné regulace. Nedostatečné zabezpečení údajů, neschopnost reagovat na žádosti subjektů o přístup k jejich údajům nebo o jejich výmaz či porušení dalších povinností mohou vést ke značným reputačním škodám a k vysokým sankcím ze strany dozorového úřadu. Pojďme si nyní stručně představit aktuální právní úpravu a podívat se na vybrané případy, kdy byla sankce skutečně uložena.

Zdravotní údaje mají přísný režim

Obecné nařízení o ochraně údajů (GDPR) je klíčovým právním předpisem stanovujícím pravidla pro ochranu všech druhů osobních údajů. GDPR řadí zdravotní údaje mezi zvláštní kategorie osobních údajů, které zasluhují vyšší stupeň ochrany, protože u nich existuje vyšší pravděpodobnost, že jejich zpracování povede k negativním dopadům pro subjekty údajů. Pro zpracování zdravotních údajů se tak uplatňuje přísnější režim. V zásadě není dovoleno tyto vůbec sbírat nebo zpracovávat, pokud to výslovně neumožňuje

zákon. V České republice zpracování zdravotních údajů připouští především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který upravuje zejména vedení zdravotnické dokumentace a podávání informací pacientům.

Uvedené lze ilustrovat na příkladu, kdy lékař chce svým pacientům iniciativně zasílat informace například o možnosti objednání se na preventivní prohlídku. Lékař tímto bude zpracovávat zdravotnické údaje v souvislosti s plněním svých povinností při vedení zdravotnické dokumentace, k čemuž ho opravňuje právě zákon o zdravotních službách. Pokud by ale lékař bez dalšího (např. výslovného informovaného souhlasu

pacienta) využíval zdravotní údaje pacienta k zasílání sdělení, která s jeho povinnostmi nesouvisí, například reklamu na poskytování další zdravotní péče či prodej zdravotnických pomůcek, byl by jeho postup protiprávní.

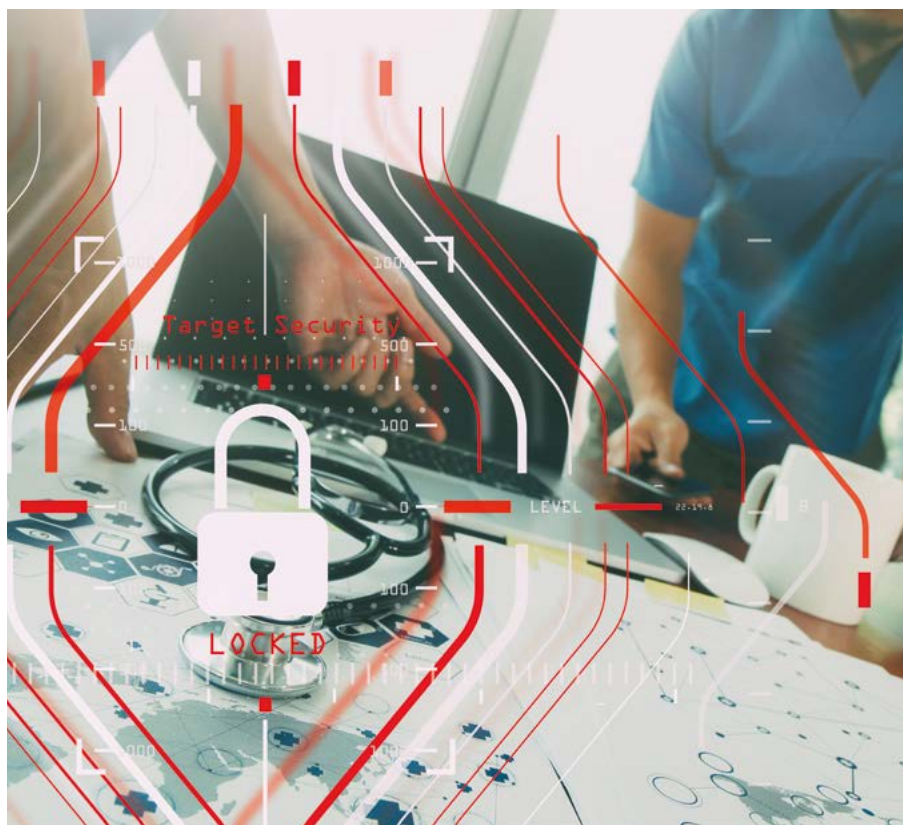
Zdrženlivost úřadu při udělování sankcí

GDPR rovněž předepisuje maximální výši pokut, které mohou dosáhnout až 20 milionů EUR nebo 4 % z ročního obrátu. K této horní hranici se pokuty udělené v České republice ani z dálky neblíží. Český Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) je jeden z nejzdrženlivějších dozorových úřadů v Evropské unii, co do výše i množství vyměřených pokut.

Podle průzkumu DLA Piper o pokutách podle GDPR z ledna 2024 byly v České republice v roce 2023 vyměřeny pokuty za zhruba 604 tisíc euro (cca 15,5 milionu korun). Pro srovnání je to více než 50krát méně, než vyměřily země jako Rakousko, Švédsko nebo Norsko (srov. <https://www.dlapiper.com/en-be/insights/publications/2024/01/dlapiper-gdpr-fines-and-data-breach-survey-january-2024>).

Nízkému trestání porušení GDPR v poslední době nasvědčuje i nízký počet vyřízených rozkladů proti rozhodnutí ÚOOÚ o spáchání přestupku. Od ledna 2022 do března 2024 jich bylo na webu ÚOOÚ zveřejněno pouze pět, zatímco mezi lety 2018 až 2021 jich bylo zveřejněno alespoň deset každým rokem.

Zdrženlivost ÚOOÚ v ukládání pokut ale rozhodně neznamená, že je na místě podceňovat rizika porušování těchto pravidel. Vedle pokuty nebo společně s ní hrozí i další citelné tresty jako zákaz činnosti nebo zveřejnění rozhodnutí o přestupku, nemluvě o případných soukromoprávních žalobách





Mgr. et Bc. Juraj Juhás, Ph.D., vedoucí právník advokátní kanceláře Glatzová & Co., s.r.o.
Foto: archiv Juraja Juháse

poškozených pacientů. Při velké závažnosti může být zjištěné neoprávněné nakládání s osobními údaji předáno policii k prověření, zda nedošlo k trestnému činu s horní hranicí trestu odnětí svobody až osm let.

Trestání v praxi

Při podezření na spáchání přestupku, kterému zpravidla předchází kontrola ÚOOÚ, se řízení o přestupku řídí obecným zákonem č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich. Několik specifik upravuje

zvláštní zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

I nemocnici může být uložena sankce

Zákon o zpracování osobních údajů obsahuje důležitou procesní výjimku, která neumožňuje za porušení GDPR trestat orgány veřejné moci a jiné veřejné subjekty. Zdánlivě by tato výjimka mohla dopadat na všechny poskytovatele zdravotnických služeb, jejichž činnost je převážně financována z prostřed-

ků veřejného zdravotního pojištění, poskytující zdravotní péči ve veřejném zájmu, ale není tomu tak. Jak vyložil Nejvyšší správní soud rozhodnutí z 25. 2. 2022 sp. zn. 10 AS 190/2020-39, výjimka z potrestání se nevztahuje na subjekty, které nejsou financovány z veřejných rozpočtů.

Pro zajímavost, předmětné zdravotnické zařízení za nedostatečné evidování přístupu do svého zdravotnického informačního systému dostalo pokutu 40 tisíc korun.

Případ kamer ve vnitřních prostorách kliniky

Relativně častým předmětem kontroly ze strany ÚOOÚ je provozování kamerového systému. Právním titulem je nejčastěji oprávněný zájem na ochraně majetku zdravotnického zařízení. U venkovních prostor je tento titul dán zpravidla vždy. Jiná situace, jak upozornil ÚOOÚ, je ve vnitřních prostorách, kam vchází jen vyzvaní lidé. Tam je zapotřebí vždy posoudit, jestli nedochází k nepřiměřenému zasahování do soukromí na záznamech zachycených osob. Návodná je nově vydaná metodika ÚOOÚ ke kamerovým systémům z února 2024.

Závěr

I přes nízkou frekvenci a výši sankcí představuje GDPR významný nástroj pro ochranu pacientů a jejich údajů, přičemž jeho dodržování by mělo být v zorném poli každého poskytovatele zdravotních služeb.

Mgr. et Bc. Juraj Juhás, Ph.D.
vedoucí advokát Glatzová & Co.

▼ Inzerce

+ EFEKTIVNÍ NEMOCNICE

STRATEGIE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN A NEMOCNIC



ODBORNÁ KONFERENCE

26. - 27. 11. 2024

CLARION CONGRESS HOTEL PRAHA



Ambulantní specialisté bijí na poplach, čekací lhůty jsou i tři čtvrtě roku

Vyšetření na alergologii, diabetologii, kardiologii či u rehabilitačního lékaře – na všechna si pacienti počkají i déle než 3 měsíce. To vyplývá z průzkumu, který Sdružení ambulantních specialistů (SAS) realizovalo letos v březnu mezi svými lékaři. V případech některých oborů si pacienti počkají dokonce i více než tři čtvrtě roku – typicky se jedná o urologické nebo plicní ambulance. Situace je podle SAS zoufalá.

Za šest let u nás bude chybět minimálně 25 % ambulantních specialistů. Až 43 % specialistů je dnes v důchodovém věku. „Mezi obory s největším podílem lékařů nad 60 let patří bezesporu chirurgie. Chirurgů v důchodovém věku je nadpoloviční většina z celkového počtu 1 059, internistů 675 z celkem 1 357. Podobně je na tom i pneumologie a ftiizeologie,“ přibližuje MUDr. Zorjan Jojko, předseda Sdružení ambulantních specialistů. Stejně špatně je na tom ale i celá řada dalších oborů – alergologie a klinická imunologie, kardiologie, psychiatrie, rehabilitační lékařství, ORL, dermatologie, ortopedie, neurologie, gastroenterologie, urologie, oftalmologie, endokrinologie a diabetologie. Jednou z priorit SAS je tedy dostatečně motivovat mladé lékaře, například úpravou vzdělávacího systému. Všechna vhodná vyšetření by tak v budoucnu mohla být řešena ambulantně a včas, tedy bez dlouhých čekacích dob na vyšetření. „Pro pacienty je to samozřejmě

výhodnější, navíc to vyjde levněji,“ dodává Jojko.

Nejhůře jsou na tom na Královéhradecku, Vysočině a v Ústeckém kraji

Z aktuálních dat z konce března 2024 vyplývá, že nejdelší čekací lhůty na klinické vyšetření pro nové pacienty jsou na alergologii v Královéhradeckém kraji a dále na kardiologii na Vysočině, v Královéhradeckém, Ústeckém, Libereckém a Moravskoslezském kraji. Stop stav hlásí i logopedie především v Jihočeském, Pardubickém a Moravskoslezském kraji. Čekací doba tam činí až 16 týdnů. „Alarmující stav je ale také v oboru oftalmologie, kde je plná kapacita, a péče je nedostupná ve více krajích. Naopak ORL je jeden z oborů, který ve všech krajích funguje takřka bez objednání. Je to ale dáno tím, že se z velké části starají o akutní případy, tj. pacienti nečekají týdny od objednání, ale musí počítat s tím, že stráví i několik

Deset oborů, kde je situace nejkritičtější:

1. Dětská psychiatrie
2. Psychiatrie
3. Oční
4. Dermatologie
5. Diabetologie
6. Alergologie
7. Kardiologie
8. Logopedie
9. Endokrinologie
10. Vnitřní lékařství

hodin v čekárně, než na ně přijde řada,“ říká MUDr. Zorjan Jojko.

Dodrží politici všechny sliby?

Ambulantní specialisté se dočkali a na konci března proběhlo jednání s premiérem a ministrem zdravotnictví. „Premiér měl zájem naší problematiku řešit. Spolu s ministrem zdravotnictví slíbil podporu v zařazení informací o práci ambulantních specialistů do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání, aby se mladí lékaři nebáli jít do ambulancí. My to samozřejmě plně podporujeme. Ministr zdravotnictví upřesnil výklad priorit v úhradách péče ambulantních specialistů pro rok 2025. Celý segment by měl dostat navýšení odpovídající jiným segmentům, regiony a obory s nedostatkem specialistů by měly být nad to úhradově preferovány. Zásadní informace se vztahuje k novelizaci zákoníku práce, která omezí úvazek každého lékaře na maximálně 1,2 úvazku. Následně bude provedena revize všech nadúvazků lékařů. Novela by měla vejít v platnost, doufejme, již od druhé poloviny roku 2024,“ uzavírá MUDr. Zorjan Jojko.

(red)



Cadenza[®]

*Profesionalita
a prestiž*

Dopřejte si
i v práci

kvalitu, pohodlí
a styl



Novinka

Tričko TARA

Dámské delší tričko z flámkového úpletu. Volný střih ve stylu oversize. S krátkými nebo 3/4 kimono rukávy.

Materiál: 100% bavlna, 160 g/m²

V nových barvách: 

www.cadenza.cz

Nemocnice v Pardubicích má nový pavilon

V Pardubické nemocnici slavnostně otevřeli nový pavilon urgentního příjmu a chirurgických oborů. V budově sídlí chirurgie, ortopedie, traumatologie, cévní oddělení a neurochirurgie, intenzivní péče, urgentní příjem, kontrolní ambulance, centrální sterilizace a jedenáct operačních sálů, včetně robotického.

„Osmipodlažní budova s heliportem na střeše se právem stane srdcem Pardubické nemocnice a novou dominantou krajského města. Jedná se o zaříze-

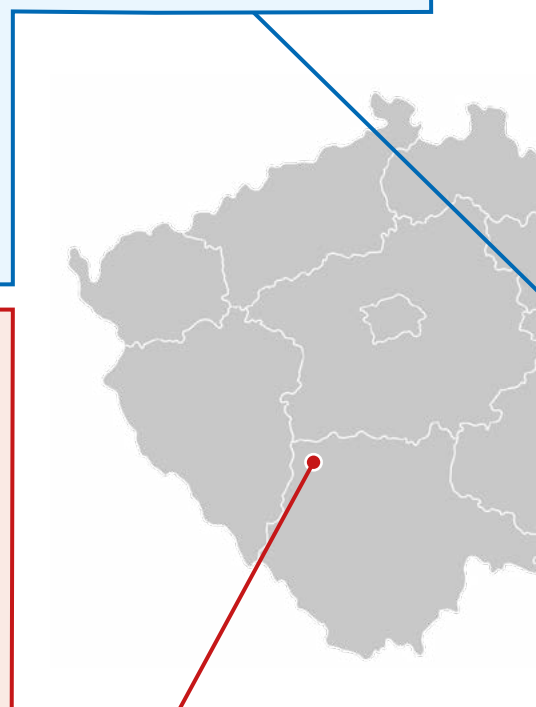


ní, které posouvá krajské zdravotnictví skutečně do 21. století, což zcela jistě ocení nejen pacienti, ale také personál našich nemocnic,“ uvedl hejtman Pardubického kraje Martin Netolický. „Otevření pavilonu chirurgických oborů je završením našich snah, které začaly před lety restrukturalizací našich nemocnic, kdy se z pěti samostatných zařízení staly finančně stabilní Nemocnice Pardubického kraje,“ dodal hejtman Netolický. Jak řekl dále, vybudování pavilonu je jednoznačně nejvýznamnější, časově nejnáročnější a finančně neobjemnější investicí v historii Pardubického kraje i celého regionálního zdravotnictví. Stavba stála 1,8 miliardy korun a dalších 500 milionů korun tvoří investice do vnitřního a přístrojového vybavení. Výrazným pomocníkem při realizaci stavby byly evropské fondy.

„Nový pavilon přináší řadu novinek, což pro pacienty i personál znamená výrazné zvýšení komfortu. Je to však také první krok k centralizaci péče do jednoho místa. K novému pavilonu se v blízké budoucnosti připojí další dvě budovy, a tak v Pardubické nemocnici vznikne tolik potřebné stavební propojení chirurgické a interní péče,“ uzavřel generální ředitel Nemocnice Pardubického kraje MUDr. Tomáš Gottvald, MHA.

(eta)

Foto: Pardubická nemocnice



Strakonická porodnice rozšiřuje předporodní kurzy do Blatné

Strakonická porodnice každoročně vylepšuje služby pro rodičky nejen zaváděním novinek v medicínské péči, ale i vylepšením prostředí porodních sálů i služeb na oddělení šestinedělí.

Nyní se nemocnice rozhodla vylepšit komfort i pro rodičky z Blatenska. Zkušená porodní asistentka povede předporodní kurzy i poporodní poradenství kromě Strakonic také přímo v Blatné v Komunitním centru v Nádražní ulici. Na předporodním kurzu se nastávající maminky dozvědí, kdy vyrazit do porodnice, co vzít s sebou, jak se na porod připravit fyzicky i psychicky, a také co je to handling. „Snažíme se těhotným ženám vyjít vstříc, proto termín lekci vždy dohodneme se skupinou maminek, aby všem vyhovoval, nebo i individuálně. Ženy mohou kurz absolvovat s partnerem či bez něj,“ říká vedoucí kurzů Bc. Hana Hanzlíková.

Podle Hany Hanzlíkové jsou ženy po absolvování kurzu klidnější, znají prostředí, kam jdou родit. Součástí kurzu jsou také lekce zaměřené na kojení, rady, jak a kdy novorozence koupat, jak

na masáž dítěte hlazením, proč jsou důležité rituály a také osvědčené tipy a pomůcky na zklidnění dítěte.

V roce 2023 klesla porodnost v Česku oproti roku 2022 o více než 10 procent. „V naší porodnici jsme tento trend nezaznamenali. Loni se u nás narodilo téměř 600 dětí, což je jen o pět méně než v roce 2022. Jezdí k nám родit i maminky z okolních regionů. Jejich přízně

si ceníme,“ konstatuje ředitel Nemocnice Strakonice MUDr. Bc. Tomáš Fiala, MBA.

(eta)

Foto: Nemocnice Strakonice



Ve Fakultní nemocnici Brno mají speciální pokojík pro děti s nemocí motýlích křídel

V Dětské nemocnici Fakultní nemocnice Brno je nový speciální pokoj pro děti s nemocí motýlích křídel (epidermolysis bullosa congenita – EB). Nemocným dětem zajistí během nezbytné hospitalizace potřebné zázemí a dostatek pohodlí. Jeho rekonstrukci zajistila a financovala pacientská organizace DEBRA ČR, která letos slaví 20 let od svého založení. „Při rekonstrukci jsme mysleli především na zdravotní hledis-

ko, tedy možnost důkladné dezinfekce všech povrchů, sprchový kout, který je u převazů dětí potřebný, i na měkké materiály a oblé hrany,“ vysvětluje ředitel společnosti DEBRA ČR Pavel Melichárek. Jak uvedl dále, nutností byla i klimatizace, protože v horku se stav může pacientů s touto diagnózou výrazně zhoršuje. V pokoji je i malá lednička kvůli uchování speciální výživy, kterou děti s nemocí motýlích křídel často potřebují. Rekonstrukce si vyžádala i drobné stavební úpravy a nábytek na míru. Náklady se vyšplhaly téměř na půl milionu korun.

Ve Fakultní nemocnici Brno se nachází jediné vysoce specializované centrum pro pacienty s nemocí motýlích křídel v Česku, takzvané EB centrum. Vzniklo v roce 2001 na Dětském kožním oddělení Pediatrické kliniky Fakultní



nemocnice Brno a působí v něm mezioborový tým odborníků poskytující pacientům komplexní klinickou péči, kterou toto vzácné genetické onemocnění vyžaduje. V jeho čele stojí koordinátorka a primářka Dětského kožního oddělení Pediatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno MUDr. Hana Bučková, Ph.D.

(eta)

Foto: FN Brno

Studenty v jihlavské nemocnici provázejí mentoři



Budoucí zdravotníci, kteří chodí do jihlavské nemocnice na praxe, mají nově přidělené mentory, kteří se o ně starají. Jde o zdravotníky z řad zaměstnanců, kteří věnují studentům čas a pomáhají jim zorientovat se v praxi.

Cílem předávání zkušeností je nasměrovat do jihlavské nemocnice zdravotníky, kterých je obecně nedostatek. Do mentoringu se zapojila většina oddělení nemocnice, včetně jednotek intenzivní péče a operačních sálů. Student se svým mentorem tráví celou běžnou pracovní směnu a učí se, jak teoretické znalosti ze školy prakticky využít při péči o pacienta.

„V praxi to vypadá tak, že student je takovým stínem našeho zdravotníka,“ říká náměstkyně nelékařských profesí Nemocnice Jihlava Mgr. Hana Hladíková. Do nemocnice docházejí většinou studenti Vy-

soké školy polytechnické Jihlava, kteří jsou v šestém semestru a valnou část teoretické výuky již mají za sebou. „Mentorský program umožní studentům získat cenné znalosti a dovednosti přímo od těch, kteří mají bohaté zkušenosti z praxe. Naši mentoři poskytují studentům nejen odborné rady a praktickou výuku, ale také jim pomohou lépe porozumět dynamice práce v nemocnici a rozvíjet i jejich profesní identitu,“ vysvětluje náměstkyně Hladíková a dodává,

že během covidu se ukázalo, jak důležité je studentům ukázat i intenzivní péči, kam mohou zavítat právě díky mentorům.

Studentům se v nemocnici věnuje celkem 39 mentorů, většinou z řad všeobecných sester. Celkem zde pracuje 787 všeobecných sester a porodních asistentek. Aktuálně se nabízí 26 pracovních pozic všeobecné sestry.

(eta)

Foto: Nemocnice Jihlava

Medicína

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA NARKOLEPSIE A IDIOPATICKÉ HYPERSOMNIE

ÚVOD

Narkolepsie 1. typu (NT1), narkolepsie 2. typu (NT2) a idiopatická hypersomnie (IH) jsou nemoci charakterizované nadměrnou spavostí, která je nezávislá na kvalitě a kvantitě nočního spánku. NT1 a NT2 mají velmi podobný charakter nadměrné denní spavosti – typické jsou krátké často imperativní a občerstvující denní spánky.

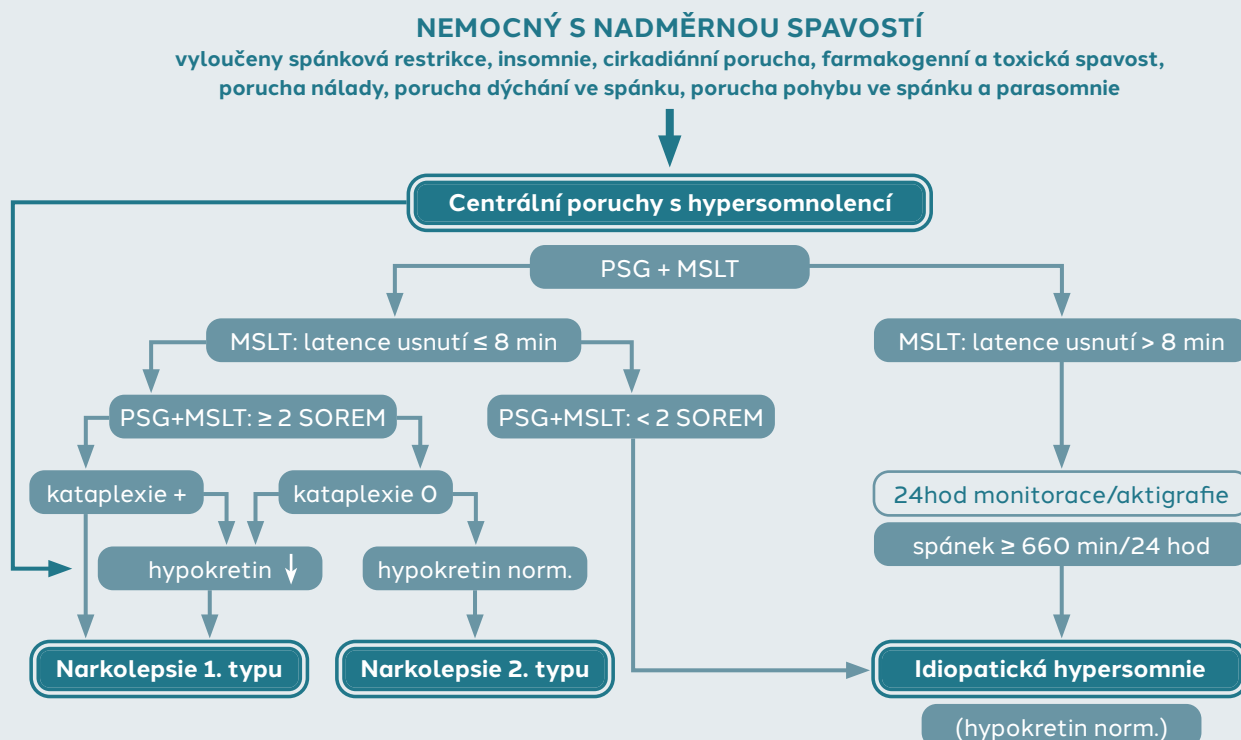
Významným a typickým příznakem **NT1** je navíc kataplexie (náhlá ztráta svalového napětí vedoucí k pádu, ale nedochází přitom ke ztrátě vědomí), mezi typické klinické projevy dále patří velmi špatný noční spánek, s časným objevením se REM spánku (SOREM – sleep onset REM), hypnagogické halucinace (HH) a spánková paralýza (SP), ale některé příznaky mimo spavosti nemusí být přítomné nebo významné. Příznaky NT1 souvisí s výpadkem hypokretinové transmise v mozku a nízká nebo nulová hladina hypokretinu v mozkomíšním moku je základním biomarkerem NT1.

NT2 přes podobný vzorec spavosti s NT1 nemá kataplexie, hodnota hypokretinu v mozkomíšním moku je normální nebo jen lehce snížená, noční spánek nemusí být zhoršený, HH a SP se vyskytují jen u menší části nemocných a její etiologie není známá.

Idiopatická hypersomnie se projevuje také spavostí, která je však méně naléhavá než u NT1 a NT2 a denní spánek u IH nevede k pocitu osvěžení. Nemocní s IH mají tendenci spát dlouho, jak v noci, tak ve dne. Ukončování spánku u IH bývá problematické a zdlouhavé a tento stav nekompletní bdělosti se nazývá spánkovou opilostí nebo spánkovou inertností. Etiologie IH také není známá a hladina hypokretinu v mozkomíšním moku je normální.

Protože denní spavost NT1 a NT2 má stejný charakter, považovaly se dříve tyto dvě jednotky za jednu s více či méně vyvinutými symptomy. Proto také léčba spavosti byla většinou zkoušena u NT1 a NT2 současně. Tomu odpovídá indikace v registracích léčivých přípravků, kde u starších přípravků je narkolepsie bez rozlišení na NT1 a NT2. Všechny tři diagnózy významně snižují kvalitu života a patří mezi vzácná onemocnění.^{1-3/} Navíc nemocným život komplikuje obtížné přijetí symptomů nemoci okolím a také neznalost nebo bagatelizace narkolepsie a IH zdravotníky, což se mimo jiné projevuje enormní latencí mezi vznikem symptomů a stanovením správné diagnózy (v Evropě přibližně 10 let). Diagnostickou rozvahu centrální hypersomnie naznačuje **obrázek 1**.

Obr. 1 Schéma diagnostické rozvahy centrální hypersomnie podle diagnostických kritérií ICSD-3^{22/}



MSLT – Test mnohočetné latence usnutí (Multiple Sleep Latency Test); PSG – noční polysomnografie; SOREM – objevení se REM spánku v prvních 15 minutách po usnutí (sleep onset REM)

Léčba NT1, NT2 i IH je symptomatická a dělí se na léčení spavosti (všechny tři nemoci) a projevů dysregulace REM spánku (jen NT1 – kataplexie, HH a spánková obrna) a léčbu nekvalitního nočního spánku (zejména NT1). Léčbu NT1 a NT2 shrnuje evropský doporučený postup z roku 2021, který ve stejné verzi vyšel ve dvou evropských časopisech.^{4,5/}

LÉČBA SPAVOSTI U NARKOLEPSIE

Režimová opatření – plánované spánky v denní době – spavost do určité míry a na krátkou dobu snižují. Kofein a další volně dostupná stimulantia pomáhají minimálně. Farmakologická léčba zahrnuje methylfenidát, modafinil, a oxybát sodný, oxybát se sníženým obsahem sodíku, pitolisant a solriamfetol a v některých zemích mimo Evropskou unii amfetaminy, které jsou v ČR desítky let nedostupné.

Methylfenidát blokuje dopaminový transportér a reuptake dopaminu, a tak zvyšuje extracelulární dopamin.^{6,7/} Methylfenidát je k dispozici ve dvou lékových formách: neretardované (Ritalin) a retardované (Concerta). Retardovaná léková forma však není registrovaná pro léčení narkolepsie a tento text se na ni nevztahuje. Neretardovaný methylfenidát má přijatelný bezpečnostní profil, rychlý nástup a relativně krátké trvání účinku (3–4 hodiny). Podává se 10–60 mg, rozdělených do dvou až tří dílčích dávek, v denní době tak, aby nezhoršoval noční spánek, tedy nejpozději do 18. hodiny večerní. Někteří pacienti oceňují také jeho energizující účinek, což však jiným může vadit. Je kontraindikován u glaukomu, hypertrofii prostaty, feochromocytomu, při hypertyreóze, perzistujícím cerebrovaskulárním či kardiovaskulárním onemocnění, těžké depresi, psychotických stavech a nedostatečně kompenzované hypertenzi. Methylfenidát se nesmí podávat při současné léčbě inhibitory monoaminoxidázy nebo méně než 14 dní po jejich vysazení z důvodu rizika hypertenzní krize. Podávání dětem od šesti let věku je možné.

Modafinil (originální přípravek Vigil, Provigil) je aktuálně nejrozšířenější centrální stimulans a působí blokováním přenašeče zpětného vychytávání dopaminu; současně též aktivuje glutamatergní a inhibuje gabaergní okruhy.^{7/} Jeho biologický poločas je asi 13–15 hodin. Pozvolný nástup účinku je jedním z důvodů jeho nižšího potenciálu ke vzniku závislosti. Ačkoli je riziko rozvoje závislosti poměrně nízké, zejména při dlouhodobé léčbě je nelze zcela vyloučit. Podává se v celkové denní dávce 200–400 mg, většinou ve dvou dávkách – ráno a v poledne. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří bolest hlavy, anxiety, anorexie. Různé psychiatrické potíže, tachykardie či palpitace se vyskytují často. Modafinil je registrován jen pro léčení narkolepsie v dospělém věku. Původně registrace zahrnovala i indikaci spavost při směnném provozu a reziduální spavost při léčené obstrukční spánkové apnoe, ale tyto dvě indikace byly záhy v EU zrušeny. V ČR je modafinil „centrovým“ lékem.

Solriamfetol je recentně registrovaný stimulans (v EU v roce 2020 po názvem Sunosi). Selektivně inhibuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu.^{7/} Podává se v dávce 75–150 mg ráno. Přípravek je registrován v EU nejen pro spavost u narkolepsie, ale i pro spavost u obstrukční spánkové apnoe. Je registrován pro léčbu dospělých. V ČR není k dispozici. Solriamfetol se nemá podávat u nekontrolované hypertenze, po infarktu myokardu, u nestabilní anginy pectoris, závažných srdečních arytmií a spolu s inhibitory monoaminoxidázy.

Pitolisant (Wakix) je antagonist (inverzní agonista) H₃ autoreceptorů. Aktivuje mozkové histaminergní neurony k uvolňování histaminu.^{7/} Podává se v dávce 4,5–36 mg ráno. Pitolisant má budivý a také mírný antikataleptický účinek.^{8/} Srdeční poruchy se u pitolisantu vyskytují méně často, pacientům se zvýšeným rizikem srdečních poruch jej lze podávat s obezřetností.

Psychiatrické poruchy jako je anxiety, dráždivost, deprese či poruchy spánku se vyskytují často. Přípravek je registrován pro NT1 i NT2, dospělé i děti od 6 let. Evropská léková agentura (EMA) zařadila Wakix do skupiny přípravků pro vzácná onemocnění (Orphan Drugs). V ČR je k dispozici jako „centrový“ lék.

Oxybát (gammahydroxybutyrát) má několik forem s identickými účinky: oxybát sodný (originální přípravek Xyrem), oxybát sodný se zpomaleným uvolňováním (přípravek Lumryz, registrovaný v USA v roce 2023; v ČR nedosažitelný), oxybát s nízkým obsahem sodíku (oxybát sodný, vápenatý, hořečnatý a draselný, přípravek Xywav, registrovaný v USA v roce 2021; v ČR nedosažitelný). Oxybát sodný má ze všech oxybátů a ze všech léků proti NT1 a NT2 nekomplexnější dokumentaci, včetně použití v dětském věku^{9/} a s jeho používáním jsou dvacetileté zkušenosti. Oxybát působí proti všem základním symptomům NT1 a NT2. Jeho budivý efekt se však dostavuje až po týdnech a jen po podávání vysokých dávek. Nemocní stimulující efekt registrují omezeně, protože nastupuje za dlouhou dobu a postupně. Předpokládá se, že oxybáty působí na noradrenalinových a dopaminových neuronech a jejich efekt je zprostředkovaný GABAB receptorem a možná také specifickými receptory pro tuto molekulu.^{7,10,11/} Vzhledem k bezprostřednímu tlumivému účinku oxybátu je třeba opatrnosti; oxybát se nesmí kombinovat s alkoholem a dalšími tlumivými látkami a není vhodný u nekompenzované spánkové apnoe pro možné zhoršení dýchání ve spánku. Oxybáty mohou vyvolat zmatenost a také zvyšují riziko deprese a psychózy. Oxybáty prohlubují bezprostředně spánek a s tím jsou spojené některé jejich nežádoucí účinky (pomočení, pády). Při léčbě oxybátem může dojít k parasomnii s poruchou probouzení z NREM spánku, zejména k somnambulismu. Oxybát může být zneužíván a může na něj vzniknout závislost. U pacientů léčených opioidy je použití kontraindikované.

Oxybát sodný je roztok a podává se ve dvou dávkách – těsně před ulehnutím a za 2,5–5 hodin po první dávce. Dávkování se postupně titruje a jen část nemocných je léčena maximální dávkou. Oxybát sodný je v Evropě registrovaný pro léčbu NT1 od 7 let věku. EMA dříve řadila Xyrem do skupiny Orphan Drugs, ale na žádost držitele rozhodnutí Xyrem z této skupiny vyškrtla. Přípravek spadá pod zákon o návykových látkách a v ČR je k dispozici jako „centrový“ lék. Oxybát s nízkým obsahem sodíku se uvádí do praxe, protože nemá dvě nepříznivé vlastnosti oxybátu sodného – nepříjemně silnou slanou chuť a vysoký obsah sodíku,^{12,13/} jakkoliv zatím nejsou informace o nepříznivém působení vysokého obsahu sodíku v oxybátu sodném.^{14/} Oxybát se zpomaleným uvolňováním má mít výhodu v jedné aplikaci před začátkem nočního spánku a ve stabilnější hladině během spánku.^{15,16/}

Stimulantia (nikoliv oxybát sodný a pitolisant) někteří nemocní berou jen ve dnech, kdy potřebují být bdělí, nebo *ad hoc*. Mnoha nemocným s narkolepsií ani vysoké dávky léků nezajistí dokonalou bdělost. Alternativními léky proti spavosti bez formálních důkazů účinnosti a bezpečnosti jsou atomoxetin a selegilin.^{7/} Zajímavá je historie antiobezitika mazindolu (Teronac, v ČR Degonan), který byl od 70. let 20. století podáván také proti spavosti a částečně i kataplexii. Pro potenciální riziko plicní hypertenze později z evropské medicíny téměř zmizel; na trhu zůstal jen ve Francii.^{17/} Mazindol v současné době prochází standardním hodnocením efektivity a bezpečnosti a je pravděpodobné, že se do palety léků proti spavosti vrátí. Mazindol je sympatomimetický amin a předpokládá se, že blokuje zpětné vychytávání noradrenalinu.

Velmi perspektivní pro léčení narkolepsie se jeví agonisté hypokretinového receptoru. První klinické hodnocení přípravku

s označením TAK994 přineslo skvělý účinek proti spavosti i kateplexi, ale pro hepatotoxicitu bylo testování zastaveno.^{18/} Nicméně výzkum podobných molekul nebo molekul s podobným mechanismem účinku pokračuje.

LÉČBA KATAPLEXIE, HYPNAGOGICKÝCH HALUCINACÍ A SPÁNKOVÉ OBRNÝ – VÝBĚR LÉČIV S OHLEDEM NA OBLAST ÚČINKU

Nejvíce jsou předepisována antidepresiva bez tlumivého účinku; jediný registrovaný v ČR v této indikaci je klomipramin (až 75 mg denně) a v režimu off-label se dále používají: venlafaxin (až 300 mg denně), fluoxetin (až 30–60 mg denně), citalopram (20–40 mg denně), escitalopram (10–20 mg denně), tianeptin (až 37,5 mg denně) a případně další. Antidepresiva jsou nejdéle používaná antikataplektika, jsou výhodná jednoduše dávkování, obecnou znalostí v odborné veřejnosti a také cenou. Nejsilnějším antikataplektikem je klomipramin, který působí většinou již v malé dávce 25 mg/den. Významnou nevýhodou klomipraminu je však mimo obecně známých nežádoucích účinků rebound kateplexie, pokud dojde k ukončení podávání, který trvá několik týdnů. Po náhlém ukončení podávání klomipraminu nemocnému s NT1 může dojít až ke status cataplecticus.

Oxybát sodný má významný antikataplektický účinek a podobně efektivní jsou i ostatní oxybáty, které však nejsou v Evropě registrované.^{10-13/}

Pitolisant má mírný antikataplektický účinek.^{8/}

Antidepresiva a oxybáty působí také proti HH a spánkové obrně, ale tento účinek není dokonale dokumentovaný klinickými studiemi.

LÉČBA PORUCHY NOČNÍHO SPÁNKU NT1

Jedinými léky s jasně prokázaným účinkem na špatný noční spánek u NT1 jsou oxybáty.^{7, 10-13, 15, 16, 19/}

STRATEGIE LÉČENÍ NARKOLEPSIE 1. A 2. TYPU

Strategii léčení obou typů narkolepsie dle současného evropského doporučení^{4,5/} graficky vyjadřuje **tabulka 1** (NT2 se týká jen prvního sloupce – nadměrná denní spavost je jediný symptom NT2).

Při výběru léčby je třeba vzít v úvahu věk, gestační potenciál, komorbiditu, předpokládanou míru spolupráce nemocného, technickou dostupnost léčby (např. dojíždění pro „centrové“ léky) a preferenci nemocného po jeho dokonalém informování. Z komorbidit je nejčastěji třeba brát v úvahu duševní choroby (opatrnost při předpisu modafinilu, methylfenidátu a oxybátu sodného), obezita (opatrnost při předpisu antidepresiv), anorexie (opatrnost při předpisu methylfenidátu a modafinilu), obstrukční spánková apnoe (opatrnost při předpisu oxybátu sodného).

LÉČBA IDIOPATICKÉ HYPERSOMNIE

Idiopatická hypersomnie stála donedávna mimo zájem vývoje nových léků. Pravděpodobných důvodů je několik: IH je vzácné onemocnění, vzácnější než NT1, IH byla jako samostatná nosologická jednotka uznána teprve ve druhé polovině 20. století, diagnostická kritéria IH se měnila a IH nemá žádný solidní biomarker. Donedávna se pro léčení spavosti u IH používaly pouze léky vyvinuté pro léčení narkolepsie, a to i ve stejných dávkách a dávkovacích schématech.^{1,20/} Dle klinické zkušenosti jejich účinek a bezpečnost jsou v případě použití u IH srovnatelné s použitím u narkolepsie.^{1,3/} V českém prostředí se předepisují nejvíce modafinil (po schválení revizním lékařem) a methylfenidát.

Zcela recentně byla úspěšně ukončena randomizovaná klinická studie s oxybátem s nízkým obsahem sodíku^{21/} a tato látka bude patrně jediným registrovaným léčivým přípravkem indikovaným k léčbě IH v Evropě.

ZÁVĚR

Narkolepsie obou typů (NT1 a NT2) a IH jsou nezávislé velmi hendikepující nemoci, které nemocného významně omezují. Adekvátní léčba nemocným s narkolepsií obou typů a IH

Tab. 1 Strategie farmakologické léčby narkolepsie v dospělosti, upraveno podle současného evropského doporučení^{4,5/}

	EDS (jediný/hlavní symptom)	EDS a kateplexie	EDS, kateplexie a špatný noční spánek
1. volba	Monoterapie - MOD - PIT - SOL	Monoterapie - SO - PIT (mírná kateplexie)	Monoterapie - SO
		Kombinovaná terapie - VEN/CLO a WPA 1. volby - SO a WPA 1. volby	Kombinovaná terapie - SO a/nebo VEN/CLO a WPA 1. volby - WPA, VEN/CLO a občas hypnotikum
2. volba	Změnit na kombinovanou terapii - PIT a MOD nebo SOL - SO a WPA	Změnit na kombinovanou terapii - změnit SO na VEN/CLO (a naopak)	
	nebo změnit na monoterapii - SO - MPH	nebo - SO, VEN/CLO a WPA 1. volby	
		nebo - změnit VEN/CLO na jiné antidepresivum	

EDS – excessive daytime sleepiness/nadměrná denní spavost; CLO – klomipramin; MOD – modafinil; MPH – methylfenidát; PIT – pitolisant; SO – oxybát sodný; SOL – solriamfetol; VEN – venlafaxin; WPA – wake promoting agents – léky zajišťující bdělost (MOD, SOL, PIT, MPH)

jednoznačně zlepšuje kvalitu života. Vzhledem k nízkému výskytu a „centrovému“ charakteru většiny moderních léčebných postupů narkolepsie obou typů a IH je vhodná centralizace diagnostiky a léčebné péče o tyto nemocné. Můžeme očekávat, že se léčba NT1 bude dále více zaměřovat na již známou hypokretinovou deficienci, a že dojde na poznání příčin NT2 a IH, a tím se otevře možnost kauzálního léčení i těchto chorob.

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme prof. MUDr. Karlu Šonkovi, DrSc. za přípravu tématu pro toto vydání.



LITERATURA

1. Billiard M, Sonka K. Idiopathic hypersomnia. *Sleep Med* 2016; 29: 23–33.
2. Bassetti CLA, et al. Narcolepsy - clinical spectrum, aetiopathophysiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Neurol* 2019; 15 (9): 519–39.
3. Nevšimalová S, Šonka K. Poruchy spánku a bdění. Třetí vydání. Praha: Galén; 2020. 318 p.
4. Bassetti CLA, et al. European guideline and expert statements on the management of narcolepsy in adults and children. *Eur J Neurol* 2021; 28 (9): 2815–2830.
5. Bassetti CLA, et al. European guideline and expert statements on the management of narcolepsy in adults and children. *J Sleep Res* 2021; 30 (6): e13387.
6. Challman TD, Lipsky JJ. Methylphenidate: its pharmacology and uses. *Mayo Clin Proc* 2000; 75 (7): 711–721.
7. Thorpy MJ, Bogan RK. Update on the pharmacologic management of narcolepsy: mechanisms of action and clinical implications. *Sleep Med* 2020; 68: 97–109.
8. Szakacs Z, et al. Safety and efficacy of pitolisant on cataplexy in patients with narcolepsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2017; 16 (3): 200–207.
9. Plazzi G, et al. Treatment of paediatric narcolepsy with sodium oxybate: a double-blind, placebo-controlled, randomised-withdrawal multicentre study and open-label investigation. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2 (7): 483–494.
10. Xu XM, et al. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for narcolepsy in adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* 2019; 64: 62–70.
11. Boscolo-Berto R, et al. Narcolepsy and effectiveness of gamma-hydroxybutyrate (GHB): a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med* 2012; 16 (5): 431–43.
12. Bogan RK, et al. Efficacy and safety of calcium, magnesium, potassium, and sodium oxybates (lower-sodium oxybate [LXB]; JZP-258) in a placebo-controlled, double-blind, randomized withdrawal study in adults with narcolepsy with cataplexy. *Sleep* 2021; 44 (3): zsa206.
13. Dauvilliers Y, Bogan RK, Sonka K, et al. Calcium, Magnesium, Potassium, and Sodium Oxybates Oral Solution: A Lower-Sodium Alternative for Cataplexy or Excessive Daytime Sleepiness Associated with Narcolepsy. *Nat Sci Sleep* 2022; 14: 531–546.
14. Avidan AY, Kushida CA. The sodium in sodium oxybate: is there cause for concern? *Sleep Med* 2020; 75: 497–501.
15. Roth T, et al. Effect of FT218, a Once-Nightly Sodium Oxybate Formulation, on Disrupted Nighttime Sleep in Patients with Narcolepsy: Results from the Randomized Phase III REST-ON Trial. *CNS Drugs* 2022; 36 (4): 377–387.
16. Kushida CA, et al. Once-nightly sodium oxybate (FT218) demonstrated improvement of symptoms in a phase 3 randomized clinical trial in patients with narcolepsy. *Sleep* 2022; 45 (6): zsab200.
17. Nittur N, et al. Mazindol in narcolepsy and idiopathic and symptomatic hypersomnia refractory to stimulants: a long-term chart review. *Sleep Med* 2013; 14 (1): 30–36.
18. Dauvilliers Y, et al. Oral Orexin Receptor 2 Agonist in Narcolepsy Type 1. *N Engl J Med* 2023; 389 (4): 309–321.
19. Dauvilliers Y, et al. Efficacy of once-nightly sodium oxybate (FT218) in narcolepsy type 1 and type 2: post hoc analysis from the Phase 3 REST-ON Trial. *Sleep* 2023; 46 (11): zsad152.
20. Billiard M, Sonka K. Idiopathic Hypersomnia: Historical Account, Critical Review of Current Tests and Criteria, Diagnostic Evaluation in the Absence of Biological Markers and Robust Electrophysiological Diagnostic Criteria. *Nat Sci Sleep* 2022; 14: 311–322.
21. Dauvilliers Y, Arnulf I, Foldvary-Schaefer N, Morse AM, Sonka K, et al. Safety and efficacy of lower-sodium oxybate in adults with idiopathic hypersomnia: a phase 3, placebo-controlled, double-blind, randomised withdrawal study. *Lancet Neurol* 2022; 21 (1): 53–65.
22. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.

Farmakoterapeutické informace, nezávislý lékový bulletin pro lékaře a farmaceuty, vychází jako měsíčník (letní dvouměsíčník). Je členem Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB) od roku 1996. Jeho záměrem je předkládat kvalitní, aktuální a nezávislé odborné informace. Témata jsou připravena vybraným odborníkem, rukopisy procházejí redakčním zpracováním, odbornou oponenturou členů Redakční rady a nezávislým recenzním řízením. Poděkování patří všem zúčastněným.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Na domovské stránce www.sukl.cz jsou v sekci Publikační činnost dostupné v elektronické podobě. V tištěné podobě jsou dále pravidelnou přílohou Časopisu českých lékařů.

Odborná redakce: Mgr. Dagmar Dolinská, PharmDr. Kateřina Viktorová, MUDr. Tomáš Boráň

Redakční rada: prof. MUDr. Filip Málek, Ph.D., Kardiologie Nemocnice na Homolce; doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK; doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D., Ústav farmakologie 3. LF UK; prof. MUDr. Jaroslav Živný, DrSc., člen výboru Spolku českých lékařů v Praze

Kontakt na redakci: e-mail: redakcefi@sukl.cz; **Korespondenční adresa:** Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Rakoviny slinivky břišní přibývá, pomůže cílené vyhledávání

Když začne „zlobit“, už bývá pozdě. Řeč je o rakovině slinivky břišní neboli pankreatu. Jde o jeden z nejzákeřnějších nádorů vůbec, a proto se jej lékaři snaží zachytit v co nejranějším stadiu. Již loni v Česku odstartoval program včasného vyhledávání této nemoci, založený na vyšetřování osob s vysokým rizikem vzniku rakoviny.

Rakovina slinivky břišní je mezi nádorovými onemocněními třetí nejčastější příčinou úmrtí, ročně ji lékaři diagnostikují v Česku 2 400 osobám a téměř 2 200 pacientů na ni umírá. Počet případů navíc podle expertů setrvale roste a do roku 2050 předpokládají jejich zdvojnásobení. Rakovina slinivky břišní zpočátku nepůsobí žádné potíže, a lékaři ji tak v naprosté většině odhalí až v pokročilém stadiu. To se již projevuje hubnutím, nechutenstvím, bolestmi břicha a zad nebo žloutnutím kůže. „V této fázi již prognóza léčby pacienta není příznivá, průměrné přežití se pohybuje kolem osmi měsíců. Proto je naprosto klíčové nádory pankreatu odhalit v rané fázi, kdy je ještě možné jejich chirurgické odstranění a další onkologická léčba, čímž se šance na pětileté přežití zvedá na 12 procent,“ říká prof. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D., přednosta II. interní kliniky – gastroenterologické a geriatrické Fakultní nemocnice Olomouc. I proto se s kolegy v minulých letech zasazoval o spuštění programu vyhledávání časných forem rakoviny slinivky břišní, který na konci loňského roku skutečně odstartoval. „Zaměřujeme se na pacienty, u kterých lze nemoc předvídat a riziko výskytu je u nich vysoké. Těch je asi 10 procent a jsou to především lidé, u nichž se rakovina vyskytuje v rodině nebo jsou nositeli rizikové genetické mutace. V tuto chvíli již máme do programu vybraných více než 100 pacientů. Doufáme, že vyšetříme řádově stovky pacientů ročně,“ vysvětluje prof. Urban. Na jaře se podle něj plánuje také spuštění registru těchto pacientů, díky němuž bude možné lépe vyhodnocovat data a sledovat úspěšnost programu.

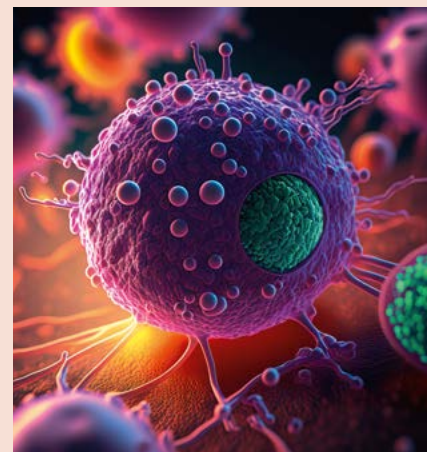
Včasné odhalení zvýší šanci na delší život

V současné době jediná skutečně efektivní léčba rakoviny slinivky břišní spočívá v chirurgickém odstranění nádoru.

„Odstranitelné nádory se však diagnostikují pouze v 10–15 procentech případů. Primárně tyto pacienty operujeme, pouze pokud jsou v celkově dobrém stavu, tedy bez výrazného úbytku na váze, a pokud se hladina nádorových markerů nepohybuje ve vysokých hodnotách, což varuje před možnými mikrometastázami, které nelze odhalit na zobrazovacích metodách. Nádory slinivky s metastázami jsou léčeny systémovou chemoterapií. Bohužel takových pacientů je velká většina, okolo 50–60 procent. U zbývajících zhruba 25 procent případů jsou nádory lokálně pokročilé, ale bez metastáz. Často jsou ve významném kontaktu s okolními důležitými cévními strukturami nebo do nich prorůstají. Část pacientů může podstoupit resekci slinivky jen za cenu náhrady cév nebo až po eventuálním zmenšení lokálně pokročilých nádorů onkologickou systémovou léčbou,“ říká prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc., předseda České chirurgické společnosti ČLS JEP. Zbýlých přibližně 60 procent nádorů slinivky je podle něj v době diagnózy již natolik pokročilých, že není možné je operovat a lékaři nasazují chemoterapii. Operace se podle prof. Kaly také stále častěji provádí tzv. miniinvazivními technikami a za pomoci chirurgického robota. To umožňuje provést co nejmenší zásah a usnadňuje rekonvalescenci pacienta.

Zvýšení kapacit specializované péče pro digestivní endoskopii

U výběru rizikových případů pak spolupracují na úzkou spolupráci s onkology, genetiky a chirurgy, ale také s praktickými lékaři, kteří pacienty odesílají na vyšetření do tzv. center vysoce specializované péče pro digestivní endoskopii. Těch je nyní v Česku již devatenáct, do budoucna by se však měl jejich počet zvýšit nad třicet. „Centra jsou umístěna v předních



českých gastroenterologických pracovištích, která jsou schopna zajistit komplexní péči o nemocného s tímto závažným onemocněním bez zbytečných časových ztrát,“ říká doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D., předseda České gastroenterologické společnosti a přednosta II. interní gastroenterologické kliniky Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové. „Po zařazení do programu procházejí rizikové osoby kromě krevních testů také vyšetřením magnetickou rezonancí a speciálním ultrazvukovým vyšetřením pomocí endoskopu. Kritéria výběru pacientů, konkrétní vyšetření a jejich načasování přesně specifikuje nový doporučený postup České gastroenterologické společnosti, vypracovaný ve spolupráci s onkology a chirurgy. Skončila doba pasivního přihlížení, problém je potřeba intenzivně řešit, i když si všichni uvědomujeme, jak to je obtížné,“ dodává doc. Tachecí. To podle něj podtrhuje i množství kongresů, které se tématu věnují, a intenzivní spolupráce odborníků zmíněných oborů. Celý program včasného vyhledávání pak probíhá v rámci vědecké studie, která by měla ověřit, zda se tímto způsobem významně zvýší počet léčitelných nádorů v raném stadiu.

(red)

Kdo je náchylnější k závislostem? Ženy nebo muži?

Jsou ženy náchylnější k závislostem než muži, a pokud ano, proč? Často se poukazuje na fakt, že u některých látek, jako je alkohol, předpisové léky nebo dokonce kokain, propuká u žen závislost o dost rychleji než u mužů. V momentě, kdy začnou odvykat, už leckdy užívají vyšší dávky než muži.

Na to, že ženy a dívky mohou být k některým závislostem náchylnější, upozornil už před lety výzkum Národního centra pro závislost a návykové látky při newyorské Kolumbijské univerzitě. Jeho autor Joseph A. Califano přišel s tvrzením, že dívky se mohou stát rychleji závislými, i když užívají návykové látky v menších dávkách. Zatímco muži k nim přistupují spíše jako ke hře, ženy mají větší tendenci využívat je k řešení psychických problémů. Platí to třeba i o alkoholu, který bývá někdy s nadsázkou označován za metlu žen v Česku. Největší problémy s alkoholem mají ženy ve věku mezi 40. a 50. rokem, což může mít souvislost se změnou sociální role v souvislosti se syndromem „prázdného hnízda“ nebo statusem ženy v domácnosti.

„Klasickým paradoxem je, že kultury mají tendenci akceptovat opilost a pití na veřejnosti spíše u mužů než u žen, což může v důsledku posilovat názor společnosti na mužskou nadřazenost. Některé aspekty užívání návykových látek jsou silně sociokulturní,“ vysvětluje Ladislav Děkány, adiktolog a odborný garant Národní linky pro odvykání 800 350 000.

Podrobnější obrázek nabízí přímo i statistika volajících na linku pro odvykání. Ačkoliv z hlediska počtu kontaktů vedou u alkoholu a patologického hráčství muži, ohledně léků linku kontaktují častěji ženy. V předchozích letech byla i období, kdy volalo více žen kvůli odvykání kouření a drogám. Ženy zároveň linku kontaktují častěji v pokročilejší fázi užívání, a to zejména u alkoholu. Počet

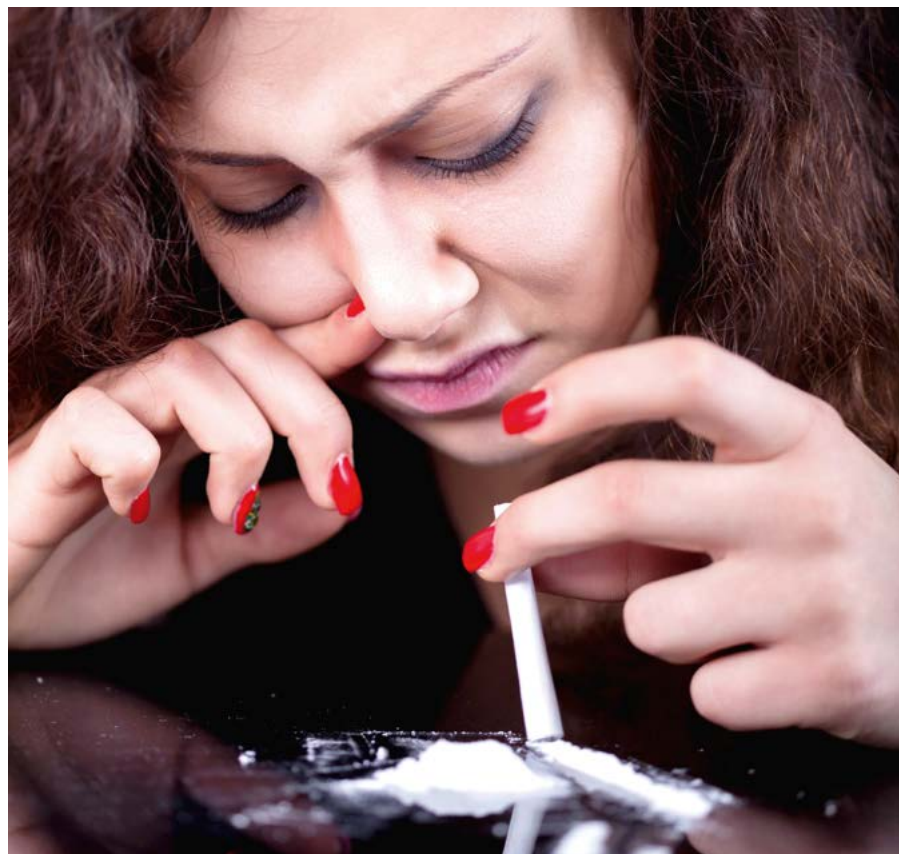
volajících žen se v případech alkoholu navíc od roku 2020 setrvale zvyšuje.

Světový konflikt a boom problematické samoléčby

Z řady aktuálních odborných výzkumů vyplývá, že rozdíly v užívání návykových látek mezi muži a ženami nejsou způsobeny pouze sociokulturními rozdíly, ve společenské rovině hrají hlavní roli faktory jako genderové role nebo normy daného společenství. Významné jsou ovšem i biologické odlišnosti mezi pohlavími – extrémně důležité je fungování základní nervové soustavy, která vyhodnocuje a odlišuje od sebe pozitivní a negativní podněty. Ta je hlavním důvodem, proč se závislostní vzorce u mužů i žen nepřekrývají.

Dobrym příkladem je tzv. teleskopický efekt, kterým se ve své studii z roku 2023 zabývala výzkumná skupina kolem E. B. Towersové. Ta přišla na to, že ženy průměrně vyhledávají odbornou adiktologickou pomoc podstatně dříve než muži, řádově lze hovořit i o celých letech. „Z toho lze vyvozovat, že závislost se u žen rozvíjí hlouběji a rychleji. To je dáno i rozdílnou citlivostí na negativní účinky různých návykových látek,“ podotýká garant Národní linky pro odvykání 800 350 000. Konkrétně uvádí, že tento jev lze pozorovat u širokého spektra látek, včetně alkoholu, konopí, opioidů a psychostimulantů. Stejný trend ale panuje i u nelátkových závislostí, z nichž je jednou z nejdůležitějších hazardní hraní.

Podle Děkányho bývá u žen také častějším řešením duševních obtíží tzv. samoléčba, což považuje za relativně znepokojivý trend. „Ochota k samoléčbě je na jednu stranu dobrým znamením, protože člověk tak dává najevo, že chce své problémy řešit, na druhou stranu je s tím spojena řada rizik. U žen většinou bývá hlavní motivací k užívání návykových látek snaha o prolomení sociální izolace, odbourání stresu, zmírnění depresí nebo



Ilustrační foto: 123rf.com



Ilustrační foto: 123rf.com

o lepší zvládnání negativních emocí. To vše umocňuje fakt, že pozitivní prožitek z užívání návykové látky je intenzivnější než u mužů. Samoléčba ale ve většině případů vede maximálně ke chvilkovému zvládnutí problému. Bez odborného vedení se po čase závislostní vzorce vrací s ještě větší razancí a dochází k rozvoji závislosti," říká.

V této souvislosti se hovoří zejména o problému s léky na předpis, které se častěji vydávají ženám. Užívání těchto medikamentů mnohdy hrozí přerůst v závislost. Tento trend je přitom pozorovatelný i historicky. Již po druhé světové válce se ženy, které byly během válečného konfliktu zaneprázdněny, vracely do rolí domácích hospodyněk, což přinášelo stres a napětí. Odpovědí lékařů bylo předepisování sedativ, což ve výsledku vedlo k situaci, kdy v 60. letech více než dvě třetiny všech předpisů na léky ze skupiny benzodiazepinů byly předepisovány právě ženám.

Kokain ve větších dávkách

Obecně ale platí, že léky na předpis jsou spíše výjimkou z pravidla. U jiných látkových závislostí výzkumy jasně ukazují, že muži se častěji než ženy zapojují do rizikového chování, které zahrnuje i experimentování s návykovými látkami. Muži jsou zkrátka jejich častějšími konzumenty, což opět souvisí především se společensko-kulturními odlišnostmi. Rozdíly v jednotlivých kategoriích přesto existují a není radno je podceňovat.

„Pro muže jsou celkově rizikovější látky jako alkohol nebo konopí. Stejný vzorec ale nelze vysledovat třeba u stále populárněj-

šího kokainu, kde je riziko stejné pro obě pohlaví. Ženy ale v průměru začínají kokain užívat dříve, a v momentě, kdy řeší problémy se závislostí, užívají daleko větší dávky. Často také hovoří o intenzivnější touze po látce, což je rizikový faktor případné recidivy. U alkoholu zase ženy vykazují méně závažné abstinenční příznaky. Muži jsou ale statisticky schopni abstinovat déle," upozorňuje na některé zarážející rozdíly Ladislav Děkány, přičemž vychází hlavně ze závěrů studie z roku 2012 srovnávající rozdíly mezi pohlavími v neurálních mechanismech zprostředkujících závislost, kterou provedl výzkumný tým Jill Beckerové.

V závěru dodává, že nelze podceňovat vliv nejbližšího okolí. Obě pohlaví vykazují rozdílné emocionální a psychologické potřeby, reagují odlišně na tlak svých vrstevníků i jiná společenská očekávání. Významným faktorem je také rodinná historie či odlišné vnímání sebepečetí a zdravotních rizik. „Dohromady jde o jakousi mozaiku působících významných rozdílů, které mohou být na první pohled nepochopitelné. Pokud zohledníte ještě genetickou výbavu a výkyvy pohlavních hormonů, zjistíte, že náchylnost k rozvoji závislosti zkrátka není u mužů a žen stejná," uzavírá.

(red)

▼ Inzerce



Sestra roku

Znáte zdravotní sestru, která má srdce na správném místě?

Neváhejte ji nominovat do soutěže Sestra roku 2024 na webu www.soutez-sestraroku.cz/registrace nebo použijte QR kód.



Pořadatel

E E KONFERENCE
Z Y KNIHY
ČASOPISY

Generální partner



Pomáhá. Pečuje. Chrání.

Mediální partner

ZAM Zdravotnictví
a medicína

Čekací doba na termín u dětského psychiatra je až šest měsíců

Dětská psychiatrická péče už několik let naráží na své limity. Přibývá dětí, jež trápí úzkosti a deprese, mnohdy provázené poruchou příjmu potravy nebo sebepoškozováním. Chybí však odborníci, kteří by se jim mohli věnovat. Dostat se do péče psychiatrického lékaře trvá průměrně pět až šest měsíců. Zoufalí rodiče proto často kontaktují více psychiatrických ambulancí, obrací se na pohotovosti nebo hledají pomoc u praktiků.

Podle nedávného výzkumu Národního monitoringu duševního zdraví dětí vykazuje až 40 % žáků devátých tříd známky střední až těžké deprese a 30 % má problém s úzkostmi. „Kromě toho se mnohem častěji setkáváme s tzv. dysmorfofobií neboli poruchou hodnocení vlastního těla či genderovou dysforií, tedy nesouladem s vlastním biologickým pohlavím,“ vysvětluje MUDr. Michal Považan, primář dětského oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Rostou úzkosti a deprese

Odborníci se shodují na tom, že psychické pohodě dětí příliš nepomohla striktní covidová nařízení, která je izolovala od vrstevníků a zálib a upoutala k televizním či počítačovým obrazovkám. Není to však jediná příčina. Stav úzkosti a deprese jsou často důsledkem dlouhodobého stresu a tlaku na výkon. Rodičům proto lékaři radí na děti tolik netlačit, ať už ve škole, či v dětských kroužcích. Zároveň by jim však měli rodiče nastavit jasné hranice. „Už dlouho víme, že pro psychiku školních dětí není ideální vstávat v šest hodin ráno a vyžadovat od nich už v osm hodin plnou pozornost. Naopak co pomáhá, je mít dostatek pohybu, možnost odpočinout si u aktivity, která není zaměřena na výkon, a nebýt zavřený jen doma nebo ve škole,“ radí primář Považan.

Chybějící koncepce psychiatrické péče

„V psychiatrické péči dlouhodobě chybí koncepce. To, že máme systém, který dobře fungoval v 90. letech, neznamená, že je funkční dnes. Výrazně nám přibývá dospělých a dětských pacientů, zejména adolescentů. Vytváří to prostor pro ne-



Ilustrační foto: 123rf.com

standardní řešení, jako je obcházení systému za pomoci známých nebo návštěva pohotovosti se stavem, který ani zdaleka není akutní,“ říká primář Považan. S péčí o stabilizované pacienty proto pomáhají lékaři primární péče. „V naší ordinaci se staráme o několik dětských pacientů, adolescentů, kteří se potýkají se stavy úzkosti nebo s depresí. Často s rodiči řešíme také akutní stavy úzkosti, kdy je na tom dítě psychicky natolik špatně, že není schopno dojít do školy, vykonávat běžné aktivity, dochází u něj k sebepoškozování. Před 15 lety jsme nic takového nezažívali,“ popisuje MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost.

Kromě praktických lékařů pomáhají řešit některé psychické stavy dětí také rodinní terapeuti nebo psychologové. Je však řada případů, kdy je péče psychiatra nezastupitelná. „Pokud se nám pacient delší dobu nezlepšuje, přibývá u něj akutních záchvatů, nebo má dokonce sebevražedné sklony, radíme se s psychiatrem a předáváme pacienta do jeho péče. Stává se, že nasazujeme medikaci před prvním psychiatrickým vyšetřením, a to včetně antidepresiv. Bohužel rodiče na konzultaci čekají i několik měsíců. Preplněná jsou často také lůžková psychiatrická oddělení,“ shrnuje MUDr. Hülleová.

(red)

Většinu lidí trápí problémy se spánkem, snaží se to řešit hlavně úpravou svých návyků

Bez spánku se nikdo neobejde. Šetření výzkumné agentury STEM/MARK mezi obyvateli Česka ve věku 18–64 let ukázalo, že zhruba 7 z 10 lidí má nebo v minulosti mělo problémy se spánkem. Téměř polovina z nich ale přitom tyto potíže nijak neřeší či neřešila.

Většina z těch, kteří se rozhodli svůj spánek zlepšit, to nejčastěji řeší úpravami svých návyků. „Pouze pětina dotázaných se rozhodla problémy se spánkem řešit s lékařem/psychologem či medikací na předpis,“ komentuje výsledky průzkumu Zuzana Rabochová ze STEM/MARK.

Ze zmíněných návyků jde nejčastěji o úpravu podmínek pro spaní (zatemnění místnosti a snížení teploty vzduchu), nastolení lepšího spánkového a stravovacího režimu a zvýšení fyzické činnosti během dne. Z volně dostupných léků lidé nejčastěji volí meduňku a bylinné čaje určené pro lepší spánek. Více než 2/5 z těch, kteří se rozhodli své problémy se spánkem řešit psychohygienou, pak praktikují meditaci, 1/4 provádí dechová cvičení a celkově se zaměřují na



Zdroj: STEM/MARK; všichni respondenti, n=507 [údaje v %]

Graf 1 Trpíte/trpěl jste nějakými problémy se spánkem?



Ilustrační foto: 123rf.com

zklidnění těla a mysli a 1/5 cvičí jógu. Zbytek lidí například uvedl, že se snaží být více pozitivní a žít tzv. tady a teď. Většine dotázaných uvedené návyky pomohly zlepšit jejich spánek. Nejlepší ohlasy mají zmiňované úpravy podmínek pro spaní (zlepšení hlásí 87 % zúčastněných). Naopak nejmenší úspěch z hlediska zlepšení kvality spánku měla návštěva praktického lékaře. „U více než poloviny lidí, kteří se praktika z tohoto důvodu rozhodli navštívit, se spánek nezlepšil,“ komentuje Zuzana Rabochová.

Doba spánku se u dotázaných nejčastěji odvíjí podle toho, zda je všední den či víkend. Nicméně zhruba pětina lidí ulehá a vstává každý den ve stejný čas. To jsou častěji starší lidé ve věku 60–64 let. Téměř čtvrtina ale nemá pravidelný spánkový režim, tedy chodí spát a vstává různě, podle toho, jak se jim chce / podle situace. Jeden člověk z deseti pracuje na směny, tudíž se mu režim spánku neustále mění. Ukázalo se, že nejčastěji mají dlouhodobé problémy se spánkem právě ti, kteří nemají pravidelný spánkový režim, tedy chodí spát a vstávají různě (2/5 lidí). Nejlépe jsou na tom v tomto ohledu naopak lidé



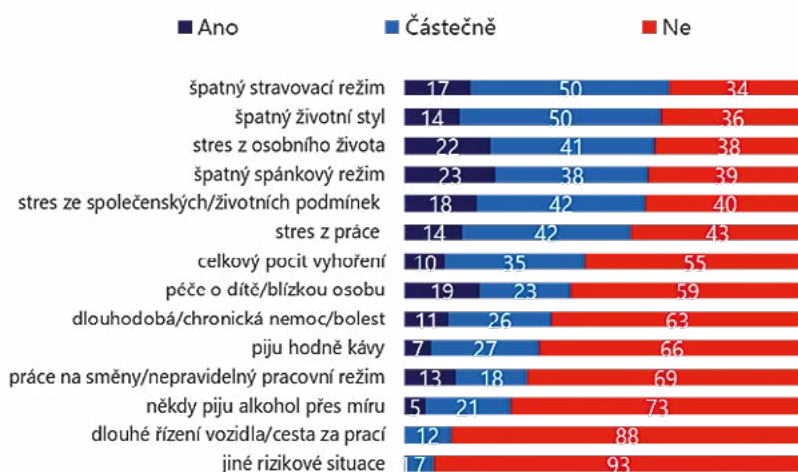
Zdroj: STEM/MARK; Ti, co mají/měli problémy se spánkem, n=362 [údaje v %]

Graf 2 Řešíte/řešil jste nějak tyto problémy se spánkem?



Zdroj: STEM/MARK; všichni respondenti, n=507 [údaje v %]

Graf 3 Jaký je váš spánkový režim



Zdroj: STEM/MARK; Ti, co mají/měli problémy se spánkem, n=362 [údaje v %]

Graf 4 Týkají se vás osobně některé z těchto situací?

s pravidelným režimem spánku ve všední dny a různou dobou ulehání a vstávání o víkendu.

Necele čtvrtině lidí jejich délka spánku vyhovuje a mají pocit, že spali dostatečně dlouho. Ostatní by rádi spali déle, ale různé povinnosti jako práce, péče o děti apod., jim to neumožňují (43 %). Někteří pak cítí, že by vyloženě potřebovali spát déle, ale nedaří se jim to (budí se brzo, nemohou usnout apod.), nebo se jim zkrátka ještě spát nechce.

V porovnání s dalšími problémy, se kterými se lidé potýkají, se špatný spánkový režim umístil na čtvrté pozici. Nejčastěji lidé řeší špatné stravovací návyky (např. jedí moc, nepravidelně, nekvalitně). I ty ale právě kvůli nekvalitnímu spánku mění, což se ukazuje jako pozitivní. „Čtyřem pětina dotázaných změny v jejich stravovacím režimu pomohly zlepšit kvalitu spánku,“ komentuje Zuzana Rabochová.

Kromě spánku lidi trápí i další problémy, jako je například špatný životní styl, stres z osobního a pracovního života, ale i ze společenských a životních podmínek, což může mít negativní dopad na jejich spánek. Častěji mají dlouhodobé problémy se spánkem lidé řešící složité životní situace. „Na kvalitu spánku má vliv mnoho aspektů. Lidé se snaží svůj spánek zlepšit různými způsoby, především změnou životních návyků. Přesto je ale poměrně dost lidí, kteří problémy se spánkem mají, a nijak je neřeší,“ shrnuje Zuzana Rabochová.

(red)



Ilustrační foto: 123rf.com

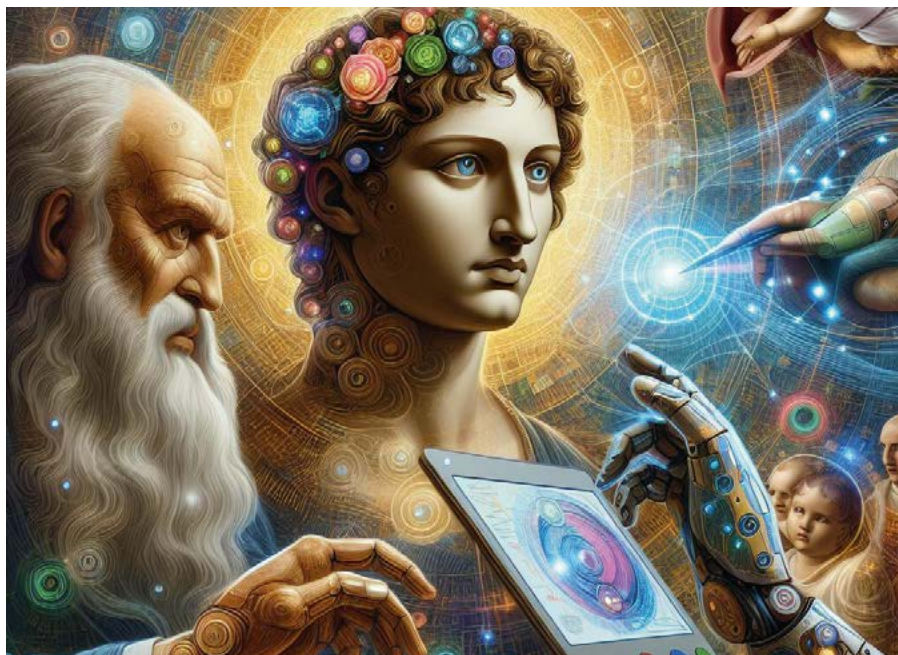
Umělá inteligence mění medicínu

AI (artificial intelligence) neboli umělá inteligence v posledních letech významně pokročila, ale její zapojování do zdravotnictví a zdravotní péče není nijak překotné. Stále jsme v tomto ohledu na počátku. Větší začlenění umělé inteligence do klinických postupů, organizace péče, hospodaření a dalších oblastí čelí mnoha překážkám různého druhu, ale do budoucna přesto zůstává jisté. AI má obrovský potenciál a dříve či později pravděpodobně promění všechna patra zdravotnictví a medicíny.

Současný pokrok v oblasti umělé inteligence a zvyšující se povědomí o možnostech dostupných nástrojů zvyšuje počet lidí, kteří umělou inteligenci každodenně využívají, ve všech oblastech včetně zdravotníků. Asi nejznámější model AI – ChatGPT (Chat Generative Pre-trained Transformer) byl ve verzi 3.5 spuštěn na konci listopadu roku 2022. Od té doby se stal aplikací s nejrychlejším nárůstem uživatelů v historii internetu. Od loňského roku je navíc k dispozici placená, ještě výkonnější verze 4. Ukazuje se, že tento jazykový model dokáže nejen psát interaktivní romány, programovat počítačové hry nebo disputovat o smyslu života, ale také „kupodivu“ třeba skládat zkoušky na lékařských fakultách. Jiné modely zase dokáží rozpoznávat nebo dle instrukcí tvořit obrazy.

V medicíně jsou nejdále ve využívání AI obory jako radiologie, patologie, dermatologie nebo kardiologie, které ji využívají pro analýzu výstupů zobrazovacích metod. V souvislosti se zdravotní péčí se hovoří zejména o potenciálu využití umělé inteligence pro klinické rozhodování – triáž, stanovení prognózy, diagnózy, léčebného postupu, nebo i zvýšení bezpečnosti pacientů a předcházení následkům neočekávaných komplikací. Velké jazykové modely již nyní mohou asistovat v komunikaci s pacienty, protože dokážou „přeložit“ odborné informace do srozumitelné podoby. Některé nemocnice například v USA používají umělou inteligenci pro organizaci péče, plánování operací a optimalizaci vytiženosti operačních sálů.

Naději vzbuzuje také příslib, že AI pomůže řešit nedostatek lékařů a dalších zdravotníků, a to nejen díky svému zapojení do klinických postupů, ale i využitím v administrativě, včetně využití v oblasti úhrad, vykazování a komunikace mezi plátcí a poskytovateli. Nejen v České republice lékaři věnují administrativě mnohdy většinu času, což vede k výrazné nespokojenosti. První pokusy zhotovovat a zpracovávat zdravotnické záznamy pomocí umělé inteligence se již objevují.



Oblastí, kde se umělá inteligence ukazuje být užitečným, efektivním nástrojem přibývá. Obecně experti na tyto technologie tvrdí, že potenciál umělé inteligence lze využít ve zdravotnictví všude, kde je třeba pracovat s velkým množstvím dat. To ovšem platí i o medicíně jako takové. Tempo medicínského poznání se neustále zrychluje a podle jednoho z odhadů se nyní zdvojnásobuje za každých 75 dnů. Z toho, co lze teoreticky vůbec vědět v oblasti biomedicíny, se tak medicí a medičky naučí během studií pochopitelně jen zlomek a část z toho zastará dříve, než se atestují. Šance, že nástroje AI zvýší kvalitu i dostupnost péče, jsou velké. Podle některých odborníků na IT si zatím většina lidí nedokáže představit změny, které nás čekají, a to nejen v medicíně.

Ve vzdělávání je třeba s AI počítat

Lékařské fakulty čelí jednak výzvě naučit studenty používat AI pro jejich budoucí praxi a jednak ji začlenit do výuky, klasifikace i publikování. Kromě využití umělé inteligence jako didaktického nástroje na

jedné straně budou patrně nutné změny kurikul, které budou muset reflektovat rostoucí význam AI v klinice, neboť po nástupu do praxe již může být umělá inteligence pevnou součástí klinických postupů.

Dr. Avraham Cooper z interní kliniky Ohio State University Hospital a dr. Adam Rodman z bostonské Beth Israel Deaconess Medical Center a Harvard Medical School v článku pro časopis The New England Journal of Medicine zmiňují důvodné obavy spojené s budoucí úlohou umělé inteligence ve výuce budoucích lékařů a medicíně vůbec. Jak se změní současný model vzdělávání, který již tisíc let stojí na usilovném studiu, když budou studenti využívat AI od prvního dne na lékařské fakultě? Pokud jakoukoli klinickou otázku dokáže umělá inteligence spolehlivě zodpovědět, jak se změní celoživotní, postgraduální vzdělávání lékařů? Jak se změní lékařská praxe, když většinu znalostí a rozhodování bude možné konzultovat s umělou inteligencí? Podle autorů článku na tyto otázky nelze odpovědět, ale je už nyní nutné si je pokládat.

mal

Foto: Microsoft Designer

Studie ukázala možný přínos AI v diagnostice ARIA

Mezi oblastí medicíny, kde se umělá inteligence využívá nejvíce a kde se od ní nejvíce očekává, patří radiodiagnostika. Nástroje AI se totiž ukazují jako velice efektivní v analýze výstupů zobrazovacích metod. Využití umělé inteligence se nabízí pro diagnostiku v dermatologii, interpretaci elektrokardiogramů, výpočetní tomografie nebo magnetické rezonance, kde by mohla pomoci k přesným diagnózám a nastavení léčby. K tématu vychází rostoucí množství studií, jednou z nejaktuálnějších je studie publikovaná v JAMA, která hodnotí výsledky nového softwaru určeného k detekci a kvantifikaci abnormalit v zobrazování souvisejících s amyloidy (Amyloid Related Imaging Abnormalities, ARIA) na snímcích mozku zhotovených magnetickou rezonancí.

Abnormality v zobrazování související s amyloidy se u pacientů s Alzheimerovou chorobou mohou objevit v důsledku biologické léčby monoklonální protilátkou vázající se na amyloid beta, který v mozcích pacientů tvoří plaky. Mezi tato léčiva patří aducanumab, bapineuzumab, donanemab nebo lecanemab. Ve většině případů jsou ARIA asymptomatické, ale někdy se symptomy mohou projevit, vzácně se objevují epileptické záchvaty, nebo dokonce status epilepticus. Přesné vyhodnocení ARIA proto může přispět k včasné úpravě léčby včetně vysazení léku.

ARIA se dělí na dva typy – edém (ARIA-E) nebo krvácení do mozku v podobě mikrohemoragie či superficiální siderózy (ARIA-H). Jejich výskyt se posuzuje porovnáním abnormalit zaznamenaných na magnetické rezonanci před nasazením léčby monoklonální protilátkou a po něm. Detekce ARIA a jejich vyhodnocení není jednoduchou záležitostí. Starší výzkumy vesměs ukazují, že radiologové, kteří nemají s ARIA velké zkušenosti, je nedokážou ve většině případů zaznamenat nebo správně vyhodnotit. Autoři studie v časopise JAMA nyní navrhli pomocný software, který dokáže ARIA rozpoznat, kvantifikovat a určit jejich závažnost díky technologii hlubokého učení (deep learning), a následně zhodnotil přínos softwaru.

Studie proběhla s 199 pacienty a 16 radiology, kteří měli za sebou v průměru 9,5 roku praxe, ovšem ze studie byli vyloučeni radiologové, kteří měli výrazné zkušenosti konkrétně s problematikou ARIA. Průměrná diagnostická úspěšnost byla měřena pomocí křivky ROC (Receiver Operating Characteristic), respektive plochy pod touto křivkou – AUC (Area Under Curve). Ze studie vyplynulo, že když radiologové využívali software, bez ohledu na významnost abnormalit dosahovali obecně lepších výsledků v detekci



Ilustrační foto: 123rf.com

ARIA. Průměrná hodnota AUC diagnostiky pomocí softwaru byla u ARIA-E 0,87 (95% CI, 0,84–0,91) a u ARIA-H 0,83 (95% CI, 0,78–0,87). Statistická hodnota „velikosti efektu“ vypovídající o rozdílu mezi diagnostikou s využitím softwaru a bez jeho využití byla u ARIA-E 0,05 (95% CI, 0,02–0,08) a u ARIA-H 0,04 (95% CI, 0,02–0,07). Lepších výsledků dosahovali radiologové s využitím softwaru i v případě, že se bere v úvahu detekce jen mírných ARIA, a to s velikostí efektu 0,07 (95% CI, 0,02–0,12) u ARIA-E a 0,04 u ARIA-H (95% CI, 0,01–0,08). Podobně dopadlo také srovnání přesnosti lokalizace s velikostí efektu 0,05 (95% CI, 0,02–0,07) u ARIA-E a 0,05 (95% CI, 0,03–0,07) u ARIA-H (95% CI, 0,01–0,08).

Radiologové obecně dosahovali lepších výsledků s využitím softwaru, pokud jde o diagnostickou senzitivitu. Zatímco s pomocí softwaru byla senzitivita 87 %, bez jeho využití jen 71 %. Největší rozdíl v senzitivě pak autoři zjistili u mírných ARIA-E, kde bez pomoci softwaru dosahovali radiologové 47 % senzitivity, s jeho pomocí pak 70 %. Naopak sice s použitím softwaru klesla specifita, ale vždy zůstala nad 80 %.

Autoři studie se dále zaměřili na to, do jaké míry dosahovali radiologové shody v určení závažnosti ARIA. V Kendallově testu, který se k vyhodnocování shody používá

(a kde 0 znamená žádnou shodu a 1 úplnou shodu), dosahovali radiologové s použitím softwaru u ARIA-E hodnoty 0,81, zatímco bez jeho použití 0,72, v případě ARIA-H pak byla tato hodnota s pomocí softwaru 0,8 a bez jeho pomoci jen 0,66. Ve většině případů tedy radiologové dosahovali větší shody, pokud využívali software.

Studie tak celkově ukázala, že nově vyvinutý software, který je patrně prvním nástrojem typu umělé inteligence určeným k vyhodnocování ARIA, skutečně pomáhal radiologům zlepšit jejich diagnostické výsledky. Radiologové dosahovali významně vyšší diagnostické senzitivity a jen mírně nižší specifity. V souvislosti s touto problematikou považují autoři výzkumu potenciální přínos nového softwaru za významný, neboť předchozí studie ukázaly, že právě radiologové, kteří nemají velké zkušenosti s těmito abnormalitami, poměrně často ARIA špatně vyhodnocují. Správná diagnostika těchto abnormalit na mozku je přitom klíčová pro včasnou změnu léčby u pacientů s Alzheimerovou chorobou, kteří jsou léčeni tímto typem monoklonálních látek. Jak ovšem autoři zdůrazňují, jde o příklad využití AI, kdy nemá a nemůže nahradit práci radiologů, ale může se stát užitečným nástrojem.

mal
Zdroj: JAMA

Včasnou mobilizací pacienta lze předejít vzniku imobilizačního syndromu

Imobilním se stává člověk, který se z nějakého důvodu nemůže pohybovat. Hlavními příčinami imobility bývají silná bolest, poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému, celková slabost, infekce nebo psychosociální problémy.

U osob neschopných samostatného pohybu, tedy většinou u pacientů upoutaných na lůžko, dochází ke zkrácení vaziva a mohou velmi rychle vznikat kontraktury. Prevencí vzniku kontraktur je pravidelné procvičování kloubů k udržení fyziologického rozsahu pohybu a polohování. Mobilizace pacienta je proto nezbytná a měla by být zahájena co nejdříve. Jejím cílem je nejen zabránit atrofii svalstva, ale i degenerativním změnám na hyalinních chrupavkách, vazivu a kloubních pouzdech, osteoporóze a zamezit vzniku heterotopických osifikací. Mezi nejčastější mobilizační techniky patří hluboká tkáňová masáž, aktivní a pasivní rozsah pohybu, mobilizační cvičení, kontrolovaný pohyb a myostimulace. Tento proces zahrnuje aktivní a pasivní pohyby, které jsou zaměřeny na obnovení funkce svalů a kloubů pacienta. Správné provedení mobilizace a minimalizace rizik jsou pro úspěšné léčení pacienta klíčové.

Imobilita postihuje mnoho tělesných systémů

Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy. Již během 36 hodin upoutání na lůžko se mohou začít projevovat změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému. Kardiovaskulární systém na imobilitu reaguje zvyšováním srdeční frekvence, sníženým žilním návratem krve k srdci, sníženým systolickým objemem a vznikem arytmií. Ortostatická hypotenze je provázena pocitem slabosti, poklesem krevního tlaku, zatměním před očima až ztrátou vědomí. V oblasti pod úrovní srdce při dlouhodobých polohách se může tvořit hydrostatický otok. Zpomalením krevního oběhu se zvyšuje riziko flebotrombózy a plicní embolie. V důsledku hypoventilace, plicní atelektázy dané polohou a stagnace hlenu v dýchacích cestách, který je živnou půdou pro bakterie, může dojít k rozvoji pneumonie. Atrofie svalů je významná převážně u osob s nízkou svalovou silou již před imobilizací.

Vlivem imobilizace je snížen také bazální metabolismus. Klesá motilita trávicího traktu a vylučování trávicích šťáv a převažují katabolické procesy (odbourávání bílkovin). Důsledkem nedostatečné výživy a nedostatku tekutin dochází k malnutrici a dehydrataci. Následkem změny stravovacích návyků, zpomalené střevní pasáže či studu při vyprazdňování na lůžku dochází k obtížím při defekaci. Častou komplikací je zácpa nebo paradoxní vyprazdňování.

Ovlivněn je i vylučovací systém. Problematické vylučování moče při imobilizaci způsobuje stázu moče v močových cestách, tvorbu močových kamenů a následně dysurii, močovou inkontinenci a retenci moči nebo paradoxní retenci moči. Moč zadržovaná v močových cestách je také živnou půdou pro výskyt bakterií.

Imobilizace postihuje i nervový systém. Snížení vnímání těla jako celku se projevuje ospalostí nebo naopak neklidem, podrážděností a zmateností, dochází k emocionálním a intelektovým změnám.

Pokožka dlouhodobě imobilního pacienta bývá vystavena riziku vzniku

dekubitů. Predilekčními místy jsou oblasti s tenkou podkožní tukovou vrstvou, kde tlak těla a opačný tlak podložky působí na kostní výčnělky. Riziková místa u ležících pacientů jsou paty, oblast křížové kosti a kyčelního kloubu, hýždě, lopatky, zadní část hlavy a boční strany kolen. U pacientů sedících a u lidí na vozíčku je nutné všimnout si oblastí lopatek a obratlů, kosti křížové a sedací, oblasti stehen, pat a chodidel.

Jak správně provádět mobilizaci

Mobilizaci by měl provádět zkušený a kvalifikovaný terapeut. Klíčovým faktorem je vždy poslouchat pacienta. Je vhodné začít s pasivní mobilizací, zejména pokud je pacient příliš bolestivý. Důležité je dodržovat správnou techniku. Nesprávné provedení může vést k riziku zranění, nebo dokonce ke zhoršení stavu pacienta. Terapeut by také měl mít na paměti, že při mobilizaci některých kloubů je velmi důležité minimalizovat pohyb v jiných kloubech, aby se snížilo riziko zranění. Mobilizací se také zvyšuje prokrvení a zlepšuje lymfatický tok, což



pomáhá snížit zánět a podporuje rychlejší hojení. Mobilizace zlepšuje i koordinaci pohybu a rovnováhu pacienta, pomáhá tišit bolest a zlepšuje kvalitu spánku. Při překonání akutní fáze nemoci má sestra nemocného co nejdříve aktivizovat. Dlouhodobé setrvání v jedné poloze by mohlo vést k deformitám pohybového systému. Včasnou mobilizací, správným a časným polohováním, vertikalizací a antigravitační aktivitou můžeme předejít vzniku imobilizačního syndromu.

Imobilizační syndrom

Jde o soubor negativních důsledků inaktivity na lidský organismus při dlouhodobém nebo trvalém upoutání na lůžko. Je jím ohrožen každý pacient, u něhož došlo k podstatnému snížení pohybové aktivity, přičemž nástup jednotlivých projevů může být velmi rychlý. První známky imobilizačního syndromu se mohou u lidí ve vyšším věku projevit i po několika ho-

dinách pobytu na lůžku. Postihuje především seniory s omezenou adaptační kapacitou, s poruchou regulačních mechanismů či seniory s významnou multimorbidity. Mezi příčiny imobilizačního syndromu patří poruchy nervového, kosterního a svalového systému. Dále také infekční procesy, s nimiž bývá spojena silná bolest, která je důvodem ke snížení aktivity. Mohou jimi být i psychosociální problémy, nadměrná sedace nebo celková slabost.

Ošetrovatelská péče o pacienta s imobilizačním syndromem

Zásadní je minimalizace rizikových faktorů vzniku imobilizačního syndromu. U imobilizovaných nemocných provádíme pasivní a aktivní rehabilitační a také dechová cvičení. Dbáme na dostatečný přísun energeticky vydatné stravy bohaté na bílkoviny a vlákninu pro zlepšení vylučování stolice. Nesmíme zapomínat

na dostatek tekutin, sledujeme diurézu a vhodným polohováním podporujeme odtok moči z močových cest. Hygienická péče, péče o pokožku a využití polohovacích pomůcek dle vybavenosti oddělení je podstatou prevence vzniku proleženin. Dostatečnou komunikací pacientovi zajistíme stimulační podněty, podporujeme kontakt s rodinou a snažíme se vytvářet podnětné prostředí, které příznivě ovlivňuje jeho psychickou pohodu. Dlouhodobě imobilizovaní nemocní mají tendenci k depresivním změnám nálad až k apatii, často ventilují pocity osamělosti. Někdy se objevují snížená motivace se učit a řešit problémy, zhoršení vnímání času a prostoru, pocity bezmoci a také poruchy spánku. Komplexní ošetrovatelská péče je součástí multidisciplinárního týmu a je základem pro zlepšení nebo minimálně udržení pacientova zdravotního stavu.

Markéta Mikšová
Zdroj: www.iszs.cz
<https://is.muni.cz>

Pokračuje diskuse o budoucnosti sester v Česku

Letos v lednu uspořádaly poslankyně Poslanecké sněmovny PČR Ivana Mádlová a Věra Adámková konferenci s názvem: „Bez sester to nejde – hlavní příčiny a hledání řešení“. Konference s více než 150 účastníky z řad odborníků a zástupců nemocnic měla velký ohlas.

Členka Výboru pro zdravotnictví a Sestra roku 2004 Ivana Mádlová pak avizovala pokračování rozhovorů o budoucnosti této klíčové zdravotnické profese v užších expertních skupinách.

První takové setkání proběhlo 18. března za účasti hlavních sester nemocnic z celé republiky, ředitelů a představitelů středních zdravotnických škol a zástupců ministerstev zdravotnictví a školství, mládeže a tělovýchovy. Diskuse u kulatého stolu se týkala vzdělávání budoucích zdravotníků na středních, vyšších odborných i vysokých školách. Jednalo se především o kapacitě těchto škol s apelem na její další posilování tak, aby systém zdravotní péče měl v budoucnu dostatečné personální rezervy.

Role praktických sester

Ivana Mádlová, ale i další účastníci setkání, se přimlouvali za to, aby ministerstvo zdravotnictví spolu se zástupci ministerstva školství připravili cílené posíle-

ní těchto kapacit stejně jako se to před několika lety stalo u studentů medicíny. Dalším zásadním tématem byla role praktických sester a jejich kompetence v systému zdravotní péče. Byly diskutovány způsoby, v jakých oblastech základní péče je prohloubení jejich vzdělávání žádoucí. Předmětem diskuse byla také větší flexibilita vzdělávacího systému, který například studentům, kteří neuspějí u maturity v oboru praktická sestra, umožní, aby v systému zůstali jako vyučení ošetrovatelé. Ivana Mádlová k tomu uvedla: „Pro nás je přeče žádoucí, aby studenti, kteří neuspěli u maturity, ale získali konkrétní znalosti a dovednosti ve zdravotnickém oboru, s námi v tom systému zůstali jako ošetrovatelé. V nemocnicích mají svou nezastupitelnou roli.“

Benefitem jsou flexibilní pracovní úvazky

Účastníci se také shodli na potřebě mezigeneračního dialogu mezi sestrami.

V systému jsou dnes sestry v důchodovém věku a zároveň čerstvé absolventky, které mají odlišné představy o pracovním životě i výkonu povolání. Mezi sestrami byla shoda na tom, že hlavním benefitem pro nastupující generaci zdravotníků jsou flexibilní pracovní úvazky. Podle poslankyně Mádlové i podle dalších účastníků by také studenti vykonávající praxe měli mít nárok na odměnu v souladu s definicí produktivní činnosti.

„Jsem moc ráda za konstruktivní atmosféru, která na jednání s dvaceti zástupci vzdělavatelů i poskytovatelů zdravotní péče panovala. Je to velmi cenná zpětná vazba. Budu pokračovat v jednáních s kolegy ve sněmovně a se zástupci ministerstev i v návštěvách nemocnic po celé republice, kde jednám přímo s kolegyněmi z praxe. V nejbližší době proběhne další jednání k postavení sester jako mentorek a vyučujících,“ uvedla Ivana Mádlová závěrem.

(eta)

Bez sester se lékař neobejde

Jsou kompetence sester dostatečné? Měly by se posílit kompetence praktických sester? Jsou sestry plnohodnotnými partnery lékařů? Reagovala novela č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, dostatečně na potřeby současného ošetřovatelství? Na názor jsme se ptali odborníků ve zdravotnictví.

**Bc. Růžena Macháčková,
všeobecná sestra, držitelka Čestného
ocenění za celoživotní dílo v ošetřo-
vatelství v soutěži Sestra roku 2023**

**Vyhovuje novela potřebám současného
ošetřovatelství?**

Novelizace změnila některé činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících bez odborného dohledu. Hovoříme-li o sestřích, týká se to většinou sester dětských a sester se specializovanou způsobilostí. V řadě případů se jedná o činnosti, které běžně vykonávaly bez legislativní podpory.

Bohužel nedošlo k úpravě kompetencí praktických sester (PS). Tento problém je stále naléhavější, protože PS dnes už tvoří nezanedbatelnou součást ošetřovatelských týmů. Jedná se hlavně o malé a střední nemocnice, které fungují, prosperují a snaží se vyrovnat s nerovnými podmínkami úhrad od zdravotních pojišťoven. V dnešním nedostatku sester je pro zdravotnické zařízení každá sestra dobrá. Jak získat sestry specialistky, DiS. či Bc., když se o ně nemocnice doslova perou? Běžná praxe (fakultní nemocnice nevyjímaje) je taková, že PS zařazené v provozu v tichosti překračují své odborné kompetence. Nejpalčivějším problémem je kanylace žil, péče o periferní žilní katetry, příprava a podávání infuzí a léků, sledování bolesti pacienta, reakce na ni dle ordinace lékaře v jeho nepřítomnosti a další. V některých zařízeních jejich činnosti na konci směny potvrdí všeobecná nebo specializovaná sestra. Na dětských odděleních je situace ještě tíživější. Ta specializovaná se dokonce přijetí PS brání. Vždyť PS nesmí ani doprovázet premedikovaného pacienta na operační sál. Pokud PS z těchto činností vyřadíme, zavedený systém skupinové péče nelze v praxi aplikovat. Je tedy třeba hledat cestu změny v systému ošetřovatelské péče. Při dnešním nedostatku sester obecně se nový systém bude těžko vymyslet, a ještě hůře zavádět. Je často nemožné zajistit směnný provoz v léčebnách dlouhodobě nemocných či na

odděleních dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče v malém zdravotnickém zařízení, když z provozu dlouhodobě vypadne všeobecná sestra a PS nemá legislativní podporu ji zastoupit. Zavře se tedy oddělení? Podepíše se manažer pod výjimku? Podobné situace se odehrávají ve většině zdravotnických zařízení a nejsou výjimkou.

Mají sestry přebírat kompetence lékařů?

Do určité míry. Řadu jich už převzaly a dále přebírají i bez legislativního ukotvení. Jedná se o vzájemnou dohodu a hlavně důvěru. Bez sester to nejde. Lékař bez asistence sestry neudělá nic. Schopná a vzdělaná sestra dokáže bez lékaře zabezpečit pacienta ve chvíli, kdy je to třeba během jeho nepřítomnosti. Příklad: zkušená specializovaná sestra na ARO většinou reaguje na změnu fyziologických funkcí pacienta nastavením parametrů na injektomatu, ještě než přijde lékař, a nutnou změnu naordinuje a zapíše do dokumentace. V té chvíli kompetence přebírá a lékař si je toho vědom. Jedná se o prospěch pacienta. Je to legislativně špatně, ale přesto se to děje. Taková je praxe. Je tu ale stále řada kompetencí, které by specializovaná sestra mohla přebírat. Ale pozor, kdo bude přebírat ty její, v situaci, kdy už je jich na ni až dost? PS nám v tomto případě vypadáva ze hry.

**Které činnosti sestry vykonávají bez legisla-
tivního ukotvení?**

Ordinace po telefonu (často lékař nestvrzuje v dokumentaci podpisem), křížení a podávání transfuze (na oddělení není vždy lékař přítomen), často také vyndání drénu. Lékař se sestry neptá na způsobilost a kompetence. On vnímá skutečnost, zda je sestra „dobrá“. Při plánovaném náběru krve mnohdy sestra vyhodnotí stav pacienta a indikaci rozšíří o další náběr, aby jej po příchodu lékaře nemusela znovu píchat. Často přebírá kompetence lékaře, které se balí na žádanky na specializovanou vyšetření. V ambulantní a primární péči je to preskripce léků, hlavně

chronických. Je třeba zmínit i komunikaci s pacienty ohledně jejich stavu, a to například i telefonicky. Často jsou to právě staniční a zkušené sestry na pracovištích obhajujících akreditaci, které pod tlakem vedení průběžně kontrolují správnost vedení dokumentace včetně ordinací lékařů. Běžně se také musí starat o přístrojovou techniku (BTK).

Které kompetence jim chybí, aby byly plnohodnotnými partnery?

Není sestra jako sestra. Vzdělaná a dobrá sestra je právem hrdá na svou práci a stává se tak plnohodnotným partnerem lékaře. Mladý lékař, který v sobě má zdravou pokoru, cítí, že se od ní může mnohému naučit. Na druhé straně se pacient neobejde bez sester s nižší kvalifikací. Každá sestra má v týmu své místo. Není to jen otázka kompetencí. Zásadní je zde vedení oddělení, tedy vrchní sestra, primář. Je o nastavení celkové nálady na pracovišti. Ze své zkušenosti se přikláním k názoru, že čím menší zdravotnické zařízení, tím lepší nálada. Z toho důvodu v menších zdravotnických zařízeních zpravidla panuje menší fluktuace i za cenu skromnějšího finančního ohodnocení.

Závěrem bych ráda řekla, že z pohledu praxe v provozu nelze souhlasit s názory některých zástupců zdravotnických škol či fakultních nemocnic, že si někteří manažeři nedokážou se zařazením PS poradit a že se jedná o jejich selhání. Problém je mnohem hlubší. Řešení se při dobré vůli rozhodně najde – pro vybrané možnost licencí, certifikace, PSS. Jak se v posledních letech mění struktura ošetřovatelských týmů a prohlubuje se palčivý nedostatek sester, problematika kompetencí PS se stává velmi aktuální. Rozhodně si zaslouží samostatné debaty (kulatý stůl), a to hlavně se zástupci malých a středních nemocnic, protože právě tam začíná být nedostatek sester nejpalčivější. Svě názory čerpám z více než padesátileté praxe ve zdravotnických zařízeních. Pracovala jsem mnoho let v provozu, na všech stupních managementu napříč nemocnicemi

(střední, malá, fakultní) a dodnes v nemocnici pracují. Sesterskou problematiku sleduji ze všech úhlů pohledu. Bez sester to prostě nejde!

Úpravám musí předcházet diskuse s odbornými společnostmi lékařů

PhDr. Martina Šochmanová, MBA, náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a kvalitu IKEM a prezidentka České asociace sester

Není třeba posílit kompetence praktických sester?

Praktická sestra má dostatečné množství kompetencí v základní ošetrovatelské péči. Pokud by byla dále navýšena jakákoliv kompetence, stává se sestrou všeobecnou. Dojde tedy k razantnímu zásahu do vzdělávacích programů. Naprosto chápou potřeby terénu, které po této úpravě volají, ale musíme k tomuto kroku přistoupit velmi zodpovědně, aby nedošlo ke snížení kvality a dehonestaci vzdělání sester.

Jsou dnes kompetence praktických sester stejné ve fakultních a v malých a středních nemocnicích?

Pochopitelně. Kompetence jsou dány legislativně a legislativa je pro všechny stejná.

Které kompetence by sestry měly získat, aby byly plnohodnotnými partnery lékařů?

Nebudu konkrétní, protože by to byla velmi dlouhá odpověď. V každé odbornosti jsou činnosti, které může sestra od lékaře převzít, musí tomu však předcházet diskuse s odbornými společnostmi lékařů a musíme dojít ke vzájemné shodě.

Existují v současnosti činnosti, které sestry vykonávají, aniž by pro to existovala legislativní opora?

Ano, těchto činností je celá řada a všichni, kteří jsou v praxi, vědí, že často se nejedná o navýšení kompetencí, ale o legalizaci činností, které již sestry provádějí.

Čím může Česká asociace sester přispět k posílení kompetencí sester?

Česká asociace sester vyvolala jednání na úrovni odborných lékařských společností, aktivně na této problematice spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR), konkrétně s paní ředitelkou odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR Mgr. Alicí Strnadovou, MBA.

Cílem posílení kompetencí sester je vždy poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče

Mgr. Alice Strnadová, MBA, ředitelka odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR, hlavní sestra ČR

Je stávající legislativní úprava kompetencí sester vyhovující?

Tak jako se dnes rychle proměňuje celý svět, vyvíjí se technologické novinky a zavádějí se nové léčebné postupy, mění se i ošetrovatelství. Z tohoto pohledu se domnívám, že jakékoliv legislativní úpravy nebudou nikdy stoprocentní, protože pochopitelně vždy reagují s určitým zpožděním. Také ale musíme myslet na to, že ke každé kompetenci náleží patřičné vzdělání a finanční ohodnocení a nelze jen „zvyšovat“ kompetence jejich prostým přidáním do vyhlášky.

Chystají se v tomto smyslu aktuálně nějaké změny?

Ano, aktuálně připravujeme technickou novelu vyhlášky o činnostech v závislosti na novém specializačním vzdělání „sestra pro hojení ran“. Do vyhlášky je třeba



Ilustrační foto: 123rf.com

ukotvit činnosti, ke kterým budou sestry po absolvování této specializace kompetentní.

Je smyslem posílení kompetencí sester možnost přebírat některé činnosti lékařů?

Takto bych to neřekla. Sestry jistě mohou, a i budou přebírat od lékařů některé činnosti, v minulosti to byla například aplikace intravenózních injekcí, v současnosti sestry s určitou specializací mohou cévkovat muže, podílejí se na ultrazvukových vyšetřeních a mohla bych pokračovat. Cílem posílení kompetencí sester je vždy poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče.

Které kompetence by například sestry měly získat?

Už jsem to trochu nastínila. Nové budou například kompetence v oblasti hojení ran. Také mohu prozradit, že se na ministerstvu zdravotnictví setkáváme se zástupci všech odborných společností nelékařů a ptáme se jich, jakou mají představu o směřování svého oboru. Již nyní máme z těchto jednání podněty, které dále diskutujeme.

Jsou současné kompetence praktických sester dostačující?

S dotazy na kompetence praktických sester se setkávám často. Z různých diskusí na toto téma vyplývá, že praktická sestra je stále vnímána jako sestra, která pracuje pod dohledem. Tak tomu ale není. Praktická sestra ve vymezeném rozsahu, tedy v určitých kompetencích, pracuje bez odborného dohledu a měla by být součástí ošetřovatelského týmu. V rámci plnění akčních plánů ke koncepci ošetřovatelství se zaměřujeme mimo jiné právě na složení ošetřovatelských týmů a na to, které činnosti všeobecných sester se mohou již nyní nebo v budoucnosti delegovat na jiné pracovníky.

Posunutí kvalifikačního vzdělávání na terciární úroveň umožňuje rozšiřování kompetencí sester

PhDr. Ivana Mádlová, Ph.D., MBA,
poslankyně Poslanecké sněmovny
Parlamentu České republiky

Reagovala podle vás novela č. 158/2022 Sb. na vývoj ošetřovatelství dostatečně?

Ve vyhlášce jsou velké rezervy u všeobecných i dětských sester, a to u všech stupňů vzdělání jak specializačního, tak magisterského či doktorského. Při všech problé-

mech, které v současnosti zdravotnictví má, by zdravotní pojišťovny a stát měly daleko více využívat sestru jako významnou odbornou a ekonomickou pracovní sílu v systému zdravotnictví. Profese má pro pacienty, ale i celý zdravotnický systém obrovský potenciál, který není využit.

Při současných personálních problémech zdravotnictví, které se musí neodkladně řešit, přichází na řadu otázka, zda by nemělo ministerstvo zdravotnictví pověřit sestry jako profesní stav některými kompetencemi. Stanovení rozsahu profesionální praxe sester je jednou z nich. Sestry dobře vědí, co pacienti z hlediska kvality a bezpečnosti péče potřebují. Na stanovení rozsahu praxe i technických kompetencí (výkonech) by tak jako ve vyspělých zemích měly společně pracovat lékařská komora, lékařské odborné společnosti, vzdělavatelé, zdravotní pojišťovny a ministerstvo. Konečnou odpovědnost ale mají sestry, k čemuž je třeba autoritativní orgán, který bude všechny sestry zastupovat a bude fungovat jako partner pro všechny aktéry zdravotních služeb. Touto autoritou by měla být komora sester nebo jiná silná profesní organizace.

Je stávající úprava kompetencí sester vyhovující?

Jsem přesvědčena, že je třeba popsat a stanovit kompetence všeobecné sestry úplně jinak, a to tzv. „rozsahem profesionální praxe“. Popis činností ve stávající vyhlášce vzbuzuje dojem, že sestra je převážně jen vykonavatelem ordinovaných technických výkonů, tak jak tomu bylo v minulosti podle uplatňovaného sovětského modelu středních zdravotnických škol. „Rozsah profesionální praxe“ by měl definovat role sestry, činnosti a výkony, které získala nejen pregraduálním studiem, ale i postgraduálně. Se zástupci praxe a vzdělavatelů musí probíhat pravidelná evaluace vzdělávacích programů, aby příprava na povolání a následné zvyšování kvalifikace zohledňovaly aktuální odborné poznatky a odpovídaly zdravotnímu stavu a potřebám populace, například v prevenci a zlepšení dostupnosti primární péče.

Vymezení činností sester vyhláškou, jak je tomu dnes, považuji za rigidní, neodpovídající aktuálním potřebám. Je to předpis, kterému musí předcházet zdoluhavý legislativní proces, což neumožňuje pružnou aktualizaci. Je třeba hledat jinou, dynamickou formu.

Proč je rozsah ošetřovatelské praxe důležitý?

Stručně řečeno, „rozsah profesionální praxe“ je zlatý standard pro profesionální povinnosti a odpovědnosti sestry při poskytování zdravotní péče. Musí být dynamický a reagovat rychle na měnící se situaci.

Je to podklad pro zaměstnavatele a lékaře, aby věděli, co lze očekávat a požadovat od jednotlivých úrovní sester (všeobecné sestry, sestry magistry, specialistky a dnes i doktorky).

Je to podklad pro zdravotní pojišťovnu, která je odpovědná za tvorbu sítě zdravotních služeb. Se stanovením „rozsahem praxe“ může lépe plánovat zajištění kvalitní a bezpečné péče pro své klienty.

Je to podklad pro vzdělavatele, kteří podle něj připravují studenty na výkon povolání sestry a realizují studijní programy na zvyšování kvalifikace.

Je to podklad pro stát, který jím garantuje kvalitu vzdělávání a kvalitu zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních.

Pro všechny vyjmenované důvody se na stanovení „rozsahu profesionální praxe“ musí podílet všichni výše vyjmenovaní. Takový standard bohužel zatím chybí.

Je smyslem posílení kompetencí sester, aby mohly přebírat od lékařů některé činnosti?

Cílem by nemělo být kompetence lékařů přebírat, ale podělit se o kompetence k vybraným výkonům a v situaci obtížného zajištění péče mít možnost zastoupit v některých chybějících činnostech lékaře.

Zvyšování kompetencí sester ale musí zohledňovat stupeň jejich kvalifikace a praxi. Nelze však postupovat paušálně jen podle úrovně absolvovaného vzdělání, přidělení kompetencí musí být personalizované na základě ověření v praxi a nutně bude klást nároky na zaměstnavatele, který by měl být konečným faktorem v rozhodování. Za vysoce rizikové považují současné snahy předávat praktickým sestřám, dříve zdravotnickým asistentům, kompetence k potenciálně rizikovým výkonům, ke kterým nemají potřebné vzdělání. Takovému počínání ve vyspělých zemích tvrdě brání profesní organizace. V Česku bohužel do sesterského vzdělávání a praxe velmi často zasahují osoby s jiným vzděláním a rozhodují i v rozporu se stanovisky vlastních odborníků. Nelze si představit, že by se něco podobného dělo třeba u lékařů nebo stomatologů.

Jsou činnosti, které už stejně dnes vykonávají, ale zatím bez legislativního ukotvení?

Tyto situace se nepochybně vyskytují, jsou ale prováděny jen se souhlasem lékaře po

ověření, že má sestra pro příslušnou činnost odpovídající znalosti a dovednosti a je ochotna převzít odpovědnost. Tento postup ukazuje, že výčet činností stanovený vyhláškou neodpovídá potřebám praxe, a je proto nezbytná změna.

Které kompetence by sestry měly získat, aby byly plnohodnotnými partnery lékařů?

Sestra a lékař poskytují zdravotní péči společně. Každá profese má svoji roli, vzájemně se doplňují a jsou plnohodnotnými partnery. Posunutí kvalifikačního vzdělávání na terciární úroveň umožňuje rozšiřování kompetencí sester. Vymezení „rozsahu profesionální praxe“ musí být dynamické, rychle reagující na potřeby, které se liší po oborech, a nelze proto jednoduše uvést jejich výčet.

Mají podle vás sestry ve fakultních nemocnicích stejné kompetence jako sestry v menších nemocnicích?

Kompetence přiděluje zaměstnavatel na základě vyhlášky, vzdělání a praxe sestry s ohledem na rozsah poskytované péče a schopnosti sestry. Struktura poskytování péče se liší v malých a fakultních nemocnicích, a proto mají na specializovaných a superspecializovaných pracovištích fakultních nemocnic sestry jiné kompetence.

Jediným cílem je zajistit kontinuitu péče

**PhDr. Renáta Zoubková, Ph.D.,
vrchní sestra KARIM Fakultní nemocnice
Olomouc**

Z mého pohledu – pohybuji se totiž v oblasti intenzivní péče – novela na specialistiky v intenzivní péči myslela dostatečně. Nedokážu posoudit další obory. Podle mě by však posílení kompetencí sester v oblasti primární péče mohlo významně snížit zátěž péče sekundární, tedy nemocniční. Ať už to jsou agentury domácí péče, či jiné organizace, které by ve spolupráci s praktickými lékaři mohly zajistit péči v domácím prostředí a nemusela by se plnit nemocniční zařízení. Příkladem může být například nedávná pandemie onemocnění covid-19.

Co se týká přebírání kompetencí sester, za mě je podstatné, aby sestry měly legislativně ošetřeny činnosti, které rutinně v praxi vykonávají a pro něž jsou adekvátně vzdělané. V takovém případě je to určitě správné. Podle

mého názoru by se to mohlo týkat oblasti hojení ran, inzulinoterapie (ošetřeno případným protokolem či formulací v mezích ordinace lékaře), odstranění epidurálního katétru nebo indikace některých laboratorních vyšetření, které by mohly významně pomoci v zahájení případné léčby, jako je třeba odběr hemokultury. Vždy by to mělo být s jediným cílem, a to zajistit kontinuitu péče. Nejsem v žádném případě pro to, aby sestry přebíraly činnosti, které jsou součástí role lékaře. Naše vzdělání nám všem umožňuje vzájemně spolupracovat se všemi členy léčebného týmu, rozumět tomu, co je potřeba v dané chvíli pro pacienta udělat, a být na ty kroky připravena. Takto se ke vzdělávání sester stavím já.

Kompetence sestry a lékaře se vzájemně propojují

**Mgr. Markéta Palková, MBA,
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
Masarykovy nemocnice Rakovník, s. r. o.**

Myslím, že v době novelizace vyhlášky reagovala na vývoj ošetřovatelské péče dostatečně. Nicméně šest let od poslední novelizace je dlouhá doba a bude nutné se znovu problematikou zabývat. Nadále zůstávají činnosti, které provádějí sestry v lůžkových zařízeních, a ty nejsou novelizací vyhlášky příliš řešeny. Samostatnou kapitolou jsou praktické sestry. Na toto téma se nyní v odborných kruzích začínají hýbat ledy. Jakým směrem se nakonec pohnou, bude předmětem odborných debat. Za sebe jsme ráda, že jsou k těmto jednáním přizváni i zástupci menších, tedy ne jenom přímo řízených nemocnic.

Co se týče přebírání některých činností od lékařů, soudím, že sestry nemají příliš prostor přebírat další kompetence. Jde především o to, aby ty již převzaté byly „legalizovány“. Osobně si myslím, že většina sester je již nyní plnohodnotným partnerem lékařů, alespoň v nemocnicích, kterými jsem prošla (nemocnice okresního typu, nepřímo řízené, soukromé). Lékař má své kompetence a sestra zase svoje; partnery z nich činí to, že se vzájemně propojují, ne že za sebe přebírají práci. Tímto způsobem systém ani fungovat nemůže. Jsou činnosti na pomezí, jako je například preskripce chronických léků u praktiků nebo ambulantních specialistů, které už nyní předepisuje sestra. Tak tomu velmi často bylo i v minulosti.

Zrychlilo to a zefektivnilo proces preskripce léků ještě dříve, než tento „problém“ legislativně vyřešil e-recept.

Jestli mají sestry ve fakultních nemocnicích stejné kompetence jako sestry v menších nemocnicích, nemohu posoudit. Podle rozhovorů se sestrami na vedoucích pozicích ale mají sestry v menších nemocnicích často vyšší kompetence, resp. provádějí činnosti nad svoje kompetence (např. sdělování informací, extrakce drénu, vyhodnocování výsledků, žádanky o konzilia a podobně).

Už dnes jsou sestry plnohodnotnými partnery lékařů

**Mgr. Karolína Vaicová, DiS.,
vrchní sestra Interní kliniky 3. lékařské
fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní
Thomayerovy nemocnice, Praha**

Domnívám se, že zmíněná novela na vývoj ošetřovatelské péče reagovala dostatečně. Vzhledem k rychlému rozvoji medicíny, potažmo ošetřovatelské, je ale potřeba tyto trendy průběžně sledovat a přizpůsobovat se podmínkám a činnostem, které všichni v našem oboru vykonáváme, zejména těm, které se nově zavádějí. Podle mě je stávající úprava kompetencí sester vyhovující.

Co se týká legislativní úpravy posílení kompetencí sester, souhlasím s tím, že činnosti, které sestry vykonávají, by měly mít právní rámec a měly by být ukotveny legislativně. V tuto chvíli se však domnívám, že není potřeba, aby sestry od lékařů nějaké další kompetence přebíraly. Myslím si, že všechny potřebné zatím máme, jen je možná otázka, jak je které pracoviště v rámci svých zvyklostí uplatňuje nebo neuplatňuje.

Myslím, že není potřeba navyšovat kompetence sester proto, abychom byly plnohodnotnými partnery lékařů, protože těmi už dávno jsme. I díky rozvoji specializačních studií a certifikovaných kurzů, které dle mého názoru ve většině případů s rozvojem medicíny drží krok, se kompetence sester již navýšily. Je samozřejmě otázkou, jaké jsou zvyklosti pracovišť a jak jsou tyto kompetence uváděny do praxe a jak jsou využívány. Jako určitou rezervu bych v současné době viděla vzdělávání sester na poli paliativní a hospicové péče, kde by nabídka kvalifikačního studia mohla být širší.

(eta)

Ilustrační foto: 123rf.com

Sestra roku 2024

Společnost *EEZY Events & Education* vyhlašuje již 23. ročník prestižní oborové soutěže *Sestra roku*. Soutěž je určena všeobecným a praktickým sestřám, porodním asistentkám, sestřám domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům (NLZP), kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním.

Soutěž Sestra roku je tradiční událost, která je koncipována jako poděkování sestřám a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům za jejich mimořádnou a zodpovědnou práci. Záštitu nad oceněním i letos převzala Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Magistrát hlavního města Prahy. Odborným garantem soutěže je Česká asociace sester. Generálním partnerem akce je již po devatenácté společnost HARTMANN-RICO.

Titul je udělován ve dvou kategoriích. Do kategorie **Sestra v přímé ošetrovatelské péči** lze nominovat NLZP, vykonávající ošetrovatelskou praxi ve všech typech zdravotnických zařízení nemocniční a ambulantní sféry a všech formách domácí a sociální péče. Druhou kategorií je **Sestra v sociálních službách**. Zde je možné nominovat NLZP, kteří zajišťují péči prostřednictvím sociálních služeb. Redakce časopisu **Zdravotnictví a medicína** uděluje mimořádnou cenu, kterou je **Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství**. Držitelé této ceny vybírá redakce ze všech došlých přihlášek s cílem ocenit celoživotní práci, jež představuje významný kvalitativní přínos rozvoji oboru ošetrovatelství. Vítěze titulu **Sestra mého srdce** vybírá široká veřejnost z finalistů obou kategorií a sestry oceněné za celoživotní dílo v ošetrovatelství hlasováním na webových stránkách www.soutez-sestraroku.cz. Každý hlasující může udělit hlas jen jednomu finalistovi, v případě pochybností se počítá pouze první hlas. Vítězem hlasování se stane finalista, který v celkovém součtu získá nejvyšší počet hlasů.

Průběh soutěže

Navrhovatel nominuje soutěžícího zasláním přihlášky společně s písemným odůvodněním nominace a profesním životopisem navrhovaného. Formulář přihlášky je k dispozici na webových stránkách www.soutez-sestraroku.cz. Písemně



Z finálového večera soutěže Sestra roku 2023

Foto: Vojtěch Hanák

odůvodnění nominace je samostatnou a nedílnou součástí přihlášky a jeho rozsah by neměl přesahovat jednu normostranu (tj. cca 1800 znaků). V záhlaví dopisu musí být uvedeno celé jméno soutěžícího včetně ročníku narození. Navrhovatel může kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním nominace zaslat také e-mailem na: registrace@soutez-sestraroku.cz. Pro „Sestru roku 2024“ jsou akceptovány registrace doručené nejpozději 30. června 2024.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota pro každou kategorii tři finalisty. Druhé kolo soutěže proběhne v rámci slavnostního galavečera 22. října 2024 v Praze. V tomto závěrečném kole druhá odborná nezávislá porota, složená z významných osobností lékařství, ošetrovatelství, politického a společenského života, zástupců partnerů soutěže a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku, vybere vítěze obou kategorií.

Podmínky účasti v soutěži

Soutěžící nominovaný na ocenění Sestra roku musí splňovat hlavní kritérium soutěže, kterým je nadstandardní přístup

při zvládání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Pro možnost získání ocenění v jedné ze dvou kategorií soutěže je vyžadována osobní účast finalisty na finálovém galavečeru, při kterém probíhá druhé a závěrečné kolo soutěže. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění. Finalista soutěže umožní organizátorovi soutěže natočení videoportrétu, při kterém je potřebná jeho spolupráce. Videoportrét finalisty je krátký videozáznam představující profesní život soutěžícího. Soutěžící nominovaný do soutěže Sestra roku musí být bezúhonný a musí souhlasit, že jeho jméno i příběh budou publikovány v tisku a v rámci propagační kampaně soutěže pořádané organizátorem soutěže.

Více informací o pravidlech soutěže najdete na www.soutez-sestraroku.cz. Můžete využít také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra.

Slavnostní vyhlášení výsledků soutěže Sestra roku 2024 proběhne 22. října 2024 v kinosále Lucerna, Vodičkova 36 v Praze.

(eta)

Dialýza v Berouně mění majitele. Dočká se investice za více než 8 milionů korun

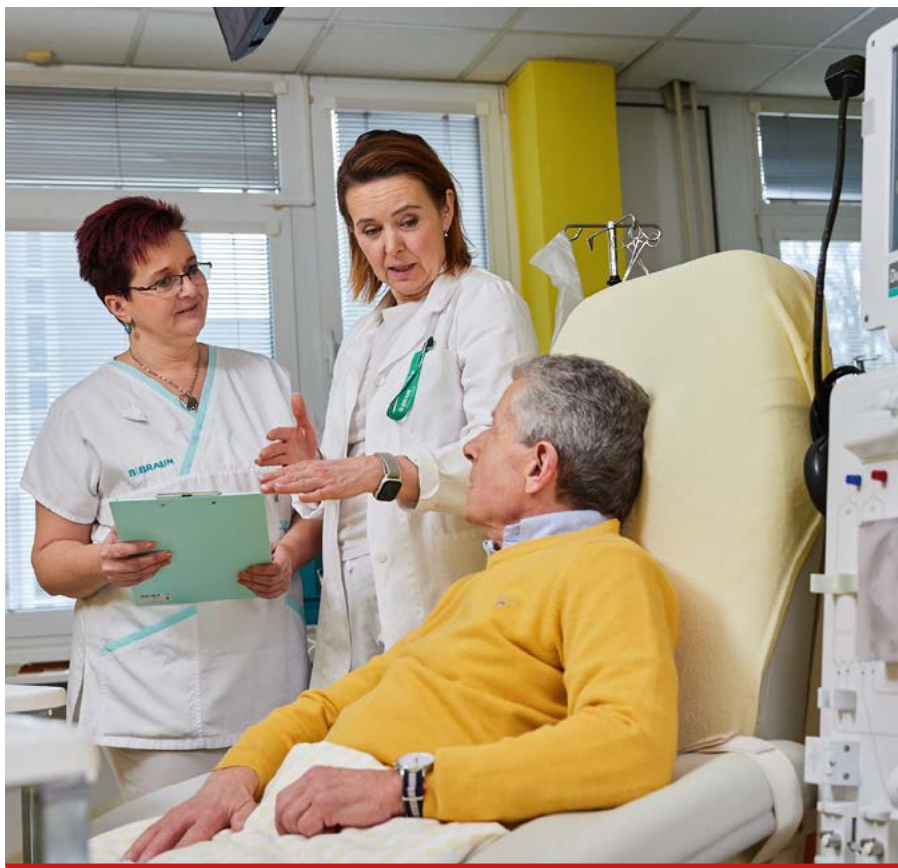
Jedna z největších dialýz ve Středočeském kraji Dialýza a.s. v Berouně má nového majitele. Začíná ji provozovat Skupina B. Braun, která vlastní širokou síť dialyzačních středisek v Česku a na Slovensku. „Během letoška budeme modernizovat středisko 14 novými dialyzačními přístroji poslední generace v hodnotě přesahující 8 milionů korun,“ říká MUDr. Martin Kuncek, člen vedení Skupiny B. Braun CZ/SK a ředitel sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum CZ/SK.

Pacientů by mělo být v budoucnu více

Dialýza a.s. s kapacitou 13 dialyzačních lůžek je umístěna v přízemí samostatného pavilonu polikliniky Medicetrum v Berouně. Původní majitel ji provozoval od roku 2009. V současné chvíli je zde pravidelně dialyzováno kolem 75 pacientů v třísměnném provozu od pondělí do soboty. „Vzhledem k tomu, že je nyní kapacita střediska prakticky naplněna, budeme usilovat o rozšíření počtu dialyzačních míst i o získání dalších prostor pro pacienty s onemocněním ledvin,“ komentuje budoucí kroky Martin Kuncek. Spádová oblast zahrnuje celou oblast Berounska a Hořovicka. „Kromě dialyzační péče u nás na středisku provádíme také veškeré akutní dialýzy pro nemocnice Beroun a Hořovice,“ popisuje MUDr. Hana Novotná, vedoucí lékařka berounského dialyzačního střediska. O pacienty se na dialyzačním středisku starají 3 stálí a 8 externích lékařů, 15 zdravotních sester a 6 sanitářek. Stávající zdravotnický personál přebírá nový majitel takřka v plném složení.

Změna majitele přináší kontinuitu kvalitní péče s dalšími benefity

Dialyzační středisko je umístěno v moderním medicínském i dispozičním standardu, ke kterému samozřejmě patří mimo kvalitního zdravotnického vybavení také možnost sledování televize pro každého pacienta při dialýze, wifi a parkování. „Příchod nového silného majitele přinese pacientům medicínské i organizační benefity. Mimo kompletní výměny přístrojového vybavení budou zavedeny mezinárodní medicínské standardy, které B. Braun používá. Výhodou příchodu silné nadnárodní společnosti je také sdílení medicínské know-how nejen se zdravotníky na dialýzách v čes-



Primárka dialyzačního střediska v Berouně Hana Novotná se sestrou a pacientem na dialyzačním středisku
Foto: archiv B. Braun

ké a slovenské síti, ale také napříč zeměmi i kontinenty, kde B. Braun působí,“ doplňuje primárka Novotná.

Rozvoj transplantační aktivity i domácích dialýz

Přebírání dialyzačního střediska je v plném proudu, ale bude trvat několik měsíců a dokončeno bude na konci května. Součástí akvizice je také nefrologická ambulance umístěná přímo na dialyzačním středisku, která se stará přibližně o 300 pacientů. Nový majitel Skupina B. Braun CZ/SK chce navázat na stávající vysokou profesionalitu a medicínskou kvalitu zdravotníků, která s sebou

mimo dialýzy a nefrologické ambulance nese také transplantační aktivitu. V uplynulém roce připravila berounská dialýza na úspěšnou transplantaci 4 pacienty a v současné době má umístěno na tzv. waiting listu 6 lidí. „Mimo péče o naše stávající pacienty, jak na dialýze, tak v nefrologické ambulanci, budeme pokračovat a prohlubovat spolupráci s hořovickou i berounskou nemocnicí. Důležitá je také pokračující kooperace s dalšími lékařskými ambulancemi a laboratořmi v budově polikliniky. Naší ambicí bude také navázat na tradičně silné zastoupení domácích hemodialýz v tomto regionu,“ uzavírá Martin Kuncek.

(red)

Tajemství krve

Český lékař Jan Janský byl jedním z vědců, kteří se podíleli na odhalení tajemství krve. I díky objevu jejich čtyř skupin krev dnes zachraňuje lidské životy. Sám Janský ale toužil najít něco jiného. Souvislost, o kterou mu šlo, se mu ale najít nepodařilo.

Jan Janský se narodil 3. dubna 1873 na Smíchově, tehdy to ještě nebyla součást Prahy, jen její předměstí kdesi za Újezdskou branou. Janův otec měl na Smíchově obchod s mýdlem, který později rozšířil na výrobní podnik, a tak se původně chudá rodina z Podkrkonoší dopracovala i k obstojnému jmění. Po Janově maturitě na smíchovském akademickém gymnáziu si Janští mohli dovolit držet nadaného syna na náročném a dlouhém studiu medicíny, pro které se rozhodl. Medicínu studoval na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, promoval na ní v roce 1898. Mladý Janský původně počítal, že se stane chirurgem,



ale jeho dráha se měla ubírat jinudy. Při zkoušce z psychiatrie, která probíhala přímo na psychiatrickém lůžkovém oddělení, ho ze zadu napadl paranoidní pacient. Janský ho dokázal mírnými slovy a laskavým zacházením zklidnit. Zkoušejícím byl profesor Karel Kuffner (1858–1940), přednosta Zemského ústavu pro choromyslné v Praze a zakladatel české vědecké psychiatrie. Profesor Kuffner pravděpodobně i na základě této příhody Janskému nabídl práci asistenta.

Janského prvenství při objevu krevních skupin

Janský tedy zakotvil na psychiatrii, kde se kromě klinické praxe věnoval výuce a vědecké práci. Výzkumy, které na poli neuropatie provedl, mají dodnes platnost, přesto je jeho jméno spojováno především s krevními skupinami a v moderní době také s dárcovstvím krve. Středem zájmu Janského bylo prověřit, zda se psychická labilita člověka odráží ve srážlivosti krve. Hledání souvislosti si zvolil i za téma své habilitační práce. Potvrdit souvislost mezi krví a duševními nemocemi se mu nepodařilo. Zato jako první v českém prostředí využil poznatky o krevních skupinách a krevní srážlivosti. Jeho pojmenování krevních

skupin, tedy 0, A, B a AB platí dodnes. Tím vším nesporně a významně přispěl k rozvoji hematologie. V roce 1907 otiskl Sborník klinický Janského ucelenou Haematologickou studii u psychotiků. Poté téma krve opustil a zaměřil se především na výzkum mozkomíšního moku. Podle historika medicíny doc. Mgr. Karla Černého, Ph.D., přednosty Ústavu dějin lékařství a cizích jazyků 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Janský není prvním, kdo objevil krevní skupiny a s nimi související srážlivost krve. Tento primát patřil už v roce 1901 rakouskému lékaři a biologovi Karlu Landsteinerovi, který později za své objevy dostal Nobelovu cenu. Nezávisle na něm a ještě před Janským na toto téma publikovali Landsteinerovi studenti Alfred von Decastello a Adriano Sturli (1902), kteří objevili další skupinu, dále pak Wolfgang Weichardt (1905), a teprve v roce 1907 náš Janský. Janský navíc předchází práce znal, protože je ve své habilitační práci Haematologické studie u psychotiků citoval v pasáži, kde hovoří o takzvané isoaglutinaci, a to včetně průlomové práce Landsteinerovy. Je možné, že předchází interpretace vznikla tak, že Janský cituje Landsteineru v textu, ale chybí mu v seznamu literatury na závěr. Jsou tam ale Decastello a Sturli, zřejmě

▼ Inzerce



STUDIUM MBA MANAŽER V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Vzdělávání akreditováno Ministerstvem práce a sociálních věcí a European Ageing Network.

FORMA

- kombinované studium MBA zahrnuje 240 hodin prezenční nebo on-line výuky ve všední dny

LOKALITA VÝUKY

- Praha

DÉLKA

- 2,5 rok

PŘIHLÁŠKY

- **uzávěrka 15. 6. 2024**
- zašlete na e-mail kurzy@apsscr.cz (jméno, datum a místo narození, titul, e-mail, telefon)
- přiložte aktuální CV, kopii dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání



Více informací najdete na

<https://www.institutvzdelavani.cz/>.

se jedná o přehlédnutí. Jak uvádí docent Černý, Janského prvenství při objevu krevních skupin je v návrhu klasifikace skupin označených římskými čísly I–IV podle vzájemných reakcí. Protože paralelně vytvořil velmi podobně vypadající systém také v roce 1910 americký lékař William L. Moss a oba systémy se šířily světem, mohlo jejich záměnou dojít k závažným komplikacím při podání krevní transfuze nekompatibilní s krevní skupinou pacienta.

Proto v roce 1921 vydalo několik amerických lékařských asociací doporučení, aby se nadále používal Janského systém, jenž byl vytvořen dříve. Toto doporučení však nebylo vždy respektováno.

Podle docenta Černého Jan Janský sice nebyl celosvětově první, ale byl prvním, kdo tento originální výzkum provedl v Čechách. Přehlížena by neměla být ani skutečnost, že se i ve svém oboru, tedy v psychiatrii, věnoval originálním, novým myšlenkám.

Zkoumal krev duševně nemocných pacientů, ale nechal toho

V roce 1953 byl o Janském natočen životopisný film *Tajemství krve*, režisérem filmu byl Martin Frič. S námětem přišel Jan Werich za Vladimírem Neffem, spisovatelem a v té době i scénáristou. Werich tehdy na Barrandově vedl vynikající tvůrčí skupinu, která pak natočila

spoustu velmi dobrých filmů. A právě on Neffovi vyprávěl zajímavý příběh: Z turné po USA se vrátil nějaký lékař. Při přednáškách tam narazil – kdykoliv se zmínil o tom, že krevní skupiny objevil Karl Landsteiner, který později objevil i Rh faktor a dostal Nobelovu cenu, americké auditorium se podivilo. Vždyť přece celá Amerika ví, že krevní skupiny objevil jakýsi evropský lékař jménem Dženski. Na mysli měli samozřejmě Janského. Jan Werich k příběhu podotkl, že má v sobě háček, a to ten, že Janský byl psychiatr a objevil krevní skupiny celkem náhodou, když zkoumal krev duševně nemocných pacientů, ale pak toho nechal.

S tím „háčkem“ v Janského životním příběhu měl Jan Werich pravdu. Vladimír Neff se dal do pátrání a podařilo se mu zjistit, co se asi stalo. Přišel na to, že psychiatr Janský se problematikou z oblasti hematologie zabýval jen více méně okrajově, a hlavně jen přechodně. Na jeho objevitelské prvenství by se bylo jistě zapomnělo, kdyby o krevních skupinách nenapsal do odborného tisku. Neff příslušný článek dohledal a zjistil, že článek vyšel česky, ale se souhrnem v němčině a angličtině. Zpráva o Janském a jeho objevu se tak dostala do Spojených států a odtud pak zpět k nám. Vladimír Neff se snažil přijít i na to, kdo před ním se pokoušel ztvárnit poměrně dramatickou látku, jakou objev a jeho okolnosti jistě jsou: „Ukázalo se, že už několik lidí se pokou-

šelo látku zpracovat. Jenže všichni se chytili zdánlivě zajímavé a dramatické okolnosti. Janský byl totiž veselý, trochu lehkomyšlný člověk a měl rád všechno, co k životu patří a co se neslučuje s velebným obrazem badatele a vědce. Zcela zřetelně to byla klamná cesta, která ke skutečnému dramatu nevedla, protože Janského lehkomyšlnost neměla s osudem objevu nic společného, a to, že Janský zemřel mladý, ve věku 48 let, nezařinil alkohol a veselý život, nýbrž angina pectoris, choroba v roce 1921 prakticky nevléčitelná.“

„Poslyšte, co když... To je příliš fantastické... Co když srážlivost krve je opravdu v nějakém vztahu s duševním stavem člověka. Co když šílenství opravdu vězí, jak se říká, v krvi, v žádných fibrilách, v krvi. Budu tě hledat v krvi,“ říká ve slavném filmu herec Vladimír Ráž v roli Jana Janského. Replika vyjadřuje cíl Janského bádání, skutečně zamýšlel najít přímo v „těle“ rozdíl, proč někdo je psychotik a někdo je „normální“. Spolu s profesorem Kuffnerem byl totiž přesvědčen, že psychická onemocnění nejsou pouze duševní, ale mají původ i v organismu pacienta. On sám na konci tohoto směru bádání konstatoval, že souvislost mezi sledovanými výsledky vyšetření krve a různými typy duševních (ale v potaz vzal i například epilepsii, takže i neurologických) onemocnění ne našel.

Jana Jílková
Foto: 2× Wikipedia





DIALOG 2024

21.–23. 4. 2024, OREA Resort Santon****, Brno

Generální garant odborného programu

Organizátor



Témata konference:

Svět bez hranic

Vzdělávání mladých odborníků

Automatizace a standardizace procesu

Léky, drogy, závislost

Medicína v konzervativním prostředí a v terénu

Změna jako motivace

Odborná zástita



Aliance pro telemedicínu
a digitalizaci zdravotnictví
a sociálních služeb

Konference je ohodnocena 12 kredity dle ustanovení § 5 odst. 1 SP 16. Evidenční číslo akce: 115933.
Vzdělávací akce je pořádaná dle Stavovského předpisu číslo 16 České lékařské komory.
Registrace je zpoplatněna – www.eezy.cz/vzdelavani

Podrobný program najdete na www.eezy.cz



Přesnost
máme
v merku



uvádíme na trh nové balení 90 tablet

Zkrácená informace o přípravku

Euthyrox 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150 a 200 mikrogramů, tablety:

Složení: Jedna tableta obsahuje 50, 75, 88, 100, 112, 125, 137, 150 nebo 200 µg levothyroxinu natrium. **Indikace:** Euthyrox 50–200 mikrogramů: Léčba benigní eutyroidní strumy. Profylaxe recidivy po strumektomii v závislosti na pooperačním hormonálním stavu. Substituční léčba hypotyreózy. Supresní léčba karcinomu štítné žlázy. Euthyrox 50–100 mikrogramů: Konkomitantní suplementace během tyreostatické léčby hypertyreózy. Euthyrox 100/150/200 mikrogramů: Supresní test v diagnostice štítné žlázy. **Kontraindikace:** Přípravek je kontraindikovaný u pacientů s hypersensitivitou na léčivou látku nebo jinou složku přípravku. Neléčená adrenální a hypofyzární insuficience a neléčená tyreotoxikóza. Léčba přípravkem Euthyrox nesmí být zahájena u akutního infarktu myokardu, akutní myokarditidy a akutní pankarditidy. Kombinovaná léčba levothyroxinem a tyreostatikem pro hypertyreózu není indikována během těhotenství. **Upozornění:** Před zahájením léčby hormony štítné žlázy nebo před provedením supresního testu v diagnostice štítné žlázy by měla být vyloučena následující onemocnění nebo by měla být zahájena jejich léčba: ischemická choroba srdeční, angina pectoris, arterioskleróza, hypertenze, hypofyzární insuficience, adrenální insuficience. Před zahájením léčby hormony štítné žlázy by také měla být vyloučena nebo léčena tyreoidální autonomie. U psychotických poruch se doporučuje použít nízkou počáteční dávku levothyroxinu. **Nežádoucí účinky:** Při překročení individuálního limitu tolerance levothyroxinu sodného nebo po předávkování je možné, že se vyskytnou následující klinické příznaky typické pro hypertyreózu, zvláště pokud se dávka na začátku léčby zvýší příliš rychle: srdeční arytmie (např. fibrilace síní a extrasystoly), tachykardie, palpitace, anginózní stavy, cefalgie, svalová slabost a křeče, návaly horka, horečka, zvracení, poruchy menstruační, pseudotumor cerebri, třes, neklid, nespavost, nadměrné pocení, úbytek tělesné hmotnosti, průjem. **Interakce:** Cholestyramin, kolestipol inhibuje vstřebávání levothyroxinu. Levothyroxin může snižovat účinek antidiabetik. Účinek antikoagulační léčby může být zesílen. Inhibitory proteáz, phenytoin, dikumarol, léky obsahující hliník, estrogény, sertralín, sevelamer, inhibitory tyrosinkinázy, látky s obsahem sój, glukokortikoidy, amiodaron, beta-sympatolytika, kontrastní látky s jódem, salicyláty, klofibrát a vysoké dávky furosemidu ovlivňují účinek Euthyroxu. **Dávkování:** Pro dosažení individuálních potřeb léčby každého pacienta jsou k dispozici tablety obsahující levothyroxin sodný v rozsahu od 50 do 200 mikrogramů. Pacienti proto obvykle musí užívat pouze jednu tabletu denně. Individuální denní dávka by měla být stanovena na základě laboratorních a klinických vyšetření. Jednorázová denní dávka se užívá ráno nalačno, půl hodiny před snídaní, zapíjí se tekutinou. **Těhotenství a kojení:** Léčba levothyroxinem by měla být podávána shodně zvláště během těhotenství a kojení. Požadavky na dávkování se během těhotenství mohou dokonce zvýšit. **Balení:** 50, 60, 90 či 100 tablet, v blistru a papírové krabičce. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel registračního rozhodnutí:** Merck spol. s r.o., Praha, Česká republika. **Registrační čísla:** 56/804/92-A/C, 56/230/98-C, 56/460/11-C, 56/035/80-S/C, 56/461/11-C, 56/231/98-C, 56/462/11-C, 56/804/92-B/C, 56/463/11-C. **Podmínky uchování:** Uchovávat při teplotě do 25 °C. Uchovávejte vnitřní obal ve vnějším obalu, abyste svůj lék chránili před světlem. **Datum poslední revize textu:** 25. 7. 2023. Výdej na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku. Úplnou informaci o přípravku poskytneme na adrese společnosti Merck spol. s r.o.

Reference: 1. SPC Euthyrox

MERCK

MERCK spol. s r.o.
Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4 | telefon: +420 272 084 211 | www.merck.cz | www.medimerck.cz
CZ-EUT-00111