

MEMORANDUM

Strategie snižování rizik „harm reduction“ jako součást primární prevence

Toto memorandum vzešlo z druhého mezioborového diskuzního fóra odborníků konaného 1. prosince 2025 u příležitosti 4. ročníku Kongresu diagnostiky a intervence dýchacích cest (DIDC).

Aktuální text navazuje na první memorandum přijaté mezioborovým diskuzním fórem odborníků konaným v rámci loňského 16. pražského onkologického kolokvia PragueONCO (*Klin Onkol* 2025; 38(1): 72–74), a na jeho vybrané závěry:

- Snižování škod (harm reduction) je preventivní strategií, která se zaměřuje na minimalizaci rizikových faktorů přispívajících ke vzniku rakoviny, protože úplné odstranění rizika není vždy možné.
- Cílem přístupu harm reduction je snížit celkové škody způsobené nezdravým životním stylem, faktory prostředí a expozicemi, o nichž je známo, že zvyšují pravděpodobnost vzniku rakoviny.
- Jde o snižování rizik praktickými, inovativními a dostupnými způsoby, pro které existují vědecké důkazy, že zlepšují celkové zdravotní výsledky.
- Onkologické riziko jedince se v průběhu života kumuluje a jednotlivé rizikové faktory se vzájemně potencují. Koncept harm reduction by se neměl vztahovat pouze k jedné oblasti, ale měl by být uplatňován všude, kde může přinést benefit.
- Koncept harm reduction se nevztahuje jen k oblasti onkologické prevence, ale i prevence kardiovaskulárních, metabolických a řady dalších onemocnění.

Východiska aktuální diskuze

Teze z úvodní přednášky pozvaného zahraničního hosta, prof. Johna E. Deanfielda, MD, FRCP, FESC, kardiologa z University College London:

- V současnosti jsme svědky zásadní proměny pojetí zdravotní péče s odklonem od definice zdraví a jeho managementu pouze z hlediska přítomnosti, nebo absence nemoci.

- Nový koncept je založen na vědeckém poznání vzniku, rozvoje a přirozeného průběhu onemocnění, na dostupnosti nových terapeutických metod s trvalým účinkem a inovativních technologií umožňujících individuální přístup – je ovšem třeba začít včas!
- Idea „zdravého stárnutí“ vyžaduje přístup zaměřený na redukci expozice hlavním rizikovým faktorům a snižování škod v důsledku rizikového chování – tyto principy jsou základem snižování škod spojených mj. s užíváním tabáku či obezitou.
- Prevence nemůže být vnímána pouze jako výdaj ze zdravotního rozpočtu, ale jako příležitost k vytváření bohatství!
- Veřejnost je třeba motivovat, aby převzala odpovědnost za své zdraví, a odlehčila tak systému péče o nemocné, a to tím, že každému jedinci budou poskytnuty nástroje, podpora a informace potřebné pro jeho rozhodování.

Harm reduction jako odpověď na limity primární prevence

Účastníci mezioborového fóra diskutovali o tom, že tradiční metody prevence založené na změně chování a životního stylu u významné části populace selhávají. Navzdory desítkám let edukace a osvětových kampaní se nedaří zásadně snížit prevalenci obezity, kouření, užívání alkoholu ani dalších forem rizikového chování a rizikový profil populace se v řadě oblastí spíše zhoršuje.

Obezita je společným jmenovatelem vzniku onkologických, kardiovaskulárních, metabolických a dalších onemocnění. Při neexistenci systémově uplatňovaných incentivů (bonusů) je motivace ke změně životního stylu nízká, režimová opatření jsou obtížně kontrolova-

telná a vymahatelná. Pacienti, třebaže motivovaní, často selhávají ve snahách o dlouhodobou změnu svého životního stylu a pohybových aktivit.

- Strategie harm reduction v oblasti regulace hmotnosti obsahuje vedle konzumace stravy bohaté na ovoce, zeleninu, celozrnné výrobky a libové bílkoviny a dostatku tělesné aktivity také využití inovativních přístupů založených na důkazech (užívání agonistů GLP-1, jejichž účinky se navíc pravděpodobně neomezuji jen na snižování tělesné hmotnosti).

Kouření je příčinou onemocnění dýchací soustavy, kardiovaskulárních onemocnění a zhoubných novotvarů – vedle rakoviny plic, hrtanu a ústní dutiny je spojeno se vznikem minimálně desítky dalších zhoubných nádorů. Jednoznačně nejúčinnější prevencí je nikdy s kouřením nezačínat nebo jej zcela zanechat (v kterémkoli věku). Na nikotinu vzniká silná závislost, ale škodlivost samotného nikotinu je relativně nízká a sám o sobě není karcinogenní. Původcem nemocí spojených s užíváním tabáku jsou především zplodiny hoření obsažené v jeho kouři.

- Strategie harm reduction je u stávajících kuřáků, kteří nedokážou, nemohou nebo nechtějí kouření zanechat, racionálním přístupem. Vedle behaviorální intervence, farmakoterapie a substituční nikotinové terapie zahrnuje i užití inovativních bezdýmných forem užívání tabáku/nikotinu (e-cigarety, zahřívání tabák, nikotinové sáčky), pro které jsou k dispozici spolehlivé vědecké důkazy o řádově nižším obsahu škodlivých látek ve srovnání s cigaretami a u některých z nich i o účinnosti při odvykání kouření.

Harm reduction a bariéry uplatňování v praxi

Na národní i mezinárodní politické úrovni dosud chybí systematická podpora strategie harm reduction jako integrální součásti primární prevence. Namísto toho převažují snahy o zavádění restriktivních a prohibičních opatření, která se však historicky neukázala jako účinný nástroj k dlouhodobé eliminaci zdravotních rizik spojených s rizikovým chováním. Opačný přístup, konkrétně v oblast kouření, ilustrují epidemiologická data ze Švédska, které je dlouhodobě otevřeno bezdýmným alternativám užívání tabáku, zejména orálního tabáku (snus) a v poslední době nikotinovým sáčkům. Tato země vykazuje nejnížší incidenci karcinomu plic u mužů v Evropě a zároveň nejnížší prevalenci klasického kouření v celé Evropské unii (méně než 5 %).

Významnou bariérou zůstává také nedostatečná informovanost odborné veřejnosti o principech a možnostech uplatňování strategie harm reduction v klinické praxi. V současnosti neexistuje jednotný odborný konsenzus napříč lékařskými odbornými společnostmi ani jednoznačné ukotvení strategie harm reduction jako součásti zdravotní prevence v národních doporučených postupech. Tato skutečnost se následně promítá do nejednotné, často váhavé a místy rozporné komunikace možností harm reduction směrem k pacientům a následně ke zkreslenému vnímání rizik a benefitů alternativních výrobků ve veřejnosti.

Další významnou překážku představuje nízká úroveň kvalitní a věcně správné komunikace vědeckých poznatků o harm reduction ve veřejném prostoru. Zejména na sociálních sítích se rychle šíří zjednodušené, zkreslené či

přímo nepravdivé informace, které oslabují důvěru veřejnosti ve vědecké argumenty a ztěžují racionální debatu o možnostech moderní prevence.

Vedle informačních a institucionálních bariér existují i překážky praktické, například nerovná dostupnost některých účinných preventivních nástrojů, zejména moderní farmakoterapie obezity, jejíž využití je v současnosti limitováno vysokými finančními náklady a omezeným zapojením zdravotních pojišťoven.

Závěry diskuze

Po závěrečném kole odpovědí všech účastníků diskuze panovala jejich nejvyšší míra shody v tom, že:

- Bez účinné prevence, která povede k nižší nemocnosti, nebude systém zdravotní péče v blízké budoucnosti finančně udržitelný.
- Efektivní prevence vyžaduje multidisciplinární spolupráci lékařů, psychologů, sester, nutričních terapeutů, sociálních pracovníků i patientských a komunitních organizací s vyšším zapojením behaviorálních věd a také neurověd. Nezbytným předpokladem je i existence systémových motivačních nástrojů a vytvoření podmínek pro komunikaci s pacientem.
- Integrální součástí prevence musí být i uplatňování strategie snižování škod rizikového chování, pokud není úplná eliminace rizikového chování možná. Vědecké důkazy jsou k dispozici, problémem je jejich nedostatečný přenos směrem k politické reprezentaci, implementace do odborných doporučení a jejich srozumitelná a jednoznačná komunikace k veřejnosti.
- Účinná prevence by měla být personalizovaná podle věku a individuálních rizik. V této oblasti se nabízí vysoký po-

tenciál využití informačních technologií a umělé inteligence.

Diskuze nebyla ukončena. Jednání mezioborového diskuzního panelu ke konceptu harm reduction jako součásti primární prevence budou i nadále pokračovat s přizváním odborníků z dalších oblastí, ve kterých je uplatňování této strategie obzvláště vhodné.

Předsedající panelu:

prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., Onkologická klinika 1. LF UK, ÚVN a VFN v Praze; doc. MUDr. Jiří Votruba, Ph.D., I. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí 1. LF UK a VFN v Praze

Účastníci panelu (v abecedním pořadí):

prof. MUDr. Věra Adámková, CSc. (Centrum preventivní kardiologie, IKEM Praha); MUDr. Pavel Bém (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze); brig. gen. v z. MUDr. Zoltán Bubeník (Ordinace VPL, Pardubice-Sezemice); MUDr. Jozef Čupka, MPH (Ordinace VPL, Praha); prof. John E. Deanfield (University College London, Velká Británie); MUDr. Petra Garnolová (Ambulance klinické onkologie a paliativní medicíny, Praha); prof. Fred R. Hirsch (Tisch Cancer Institute, Mount Sinai, New York, USA); Tomáš Kruber (Nadace Moje volba); Mgr. Lilly Ahou Koffi, MBA (Český institut všeobecného zdraví, z.s.); Ing. Martina MecEROVÁ (Nadační fond Pink Bubble); MUDr. Karel Moravec (Psychiatrie Moravec, Karlovy Vary); doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D. (Klinika Podané ruce); MUDr. Lenka Pavlíčková (Kardiologická klinika 1. LF UK a FNMH, Praha); Martina Šmuková (Nadační fond Pink Bubble); MUDr. Jiří Votruba jr. (1. LF UK, Praha); Ing. Kristýna Zelenková (Nadační fond Zet)