

Preventivní péče v České republice – co by měl praktik vědět

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

V málokteré zemi na světě mají praktičtí lékaři takovou roli v prevenci jako v České republice. Aktivně zasahují do všech oblastí prevence. Spolu se svými sestrami v ordinacích mají ze všech zdravotníků nejlepší příležitost k působení na pacienty v oblasti primární prevence. Hrají zcela klíčovou roli v prevenci sekundární a ve screeningových programech, které jsou její součástí. Spolu s lékaři ostatních specializací působí v terciární prevenci. A zcela specifické poslání mají v prevenci kvartérní.

Čeští praktičtí lékaři by měli vynikat ve znalostech z oblasti prevence a zprostředkovávat informace svým pacientům. Měli by umět vysvětlit screeningové programy, jejich přínos a možná rizika.

Lékařem doporučená preventivní opatření a aktivity na podporu zdraví by měly vycházet z vědeckých důkazů nebo silného odborného konsenzu. Podklady pro sekundární a terciární prevenci jsou zakotveny v Doporučených diagnostických a terapeutických postupech SVL ČLS JEP pro všeobecné praktické lékaře (DP, www.svl.cz).

Klíčová slova: praktický lékař, prevence primární, sekundární, terciární a kvartérní, screening.

Preventive care in the Czech Republic – what the general practitioner should know

In few countries in the world do general practitioners have such a role in prevention as in the Czech Republic. They actively intervene in all areas of prevention. Together with their nurses in surgeries, they have the best opportunity for all health professionals to influence patients in the field of primary prevention. They play a crucial role in secondary prevention and in the screening programs that are part of it. Together with doctors of other specializations, it works in tertiary prevention. And they have a very specific mission in quaternary prevention.

Czech general practitioners should excel in knowledge in the field of prevention and mediate information to their patients. They should be able to explain screening programs, their benefits, and possible risks.

Preventive measures and health-promotion activities recommended by physicians should be based on scientific evidence or strong professional consensus. The basis for secondary and tertiary prevention is embedded in the Practical guidelines of the Czech Society of General practitioners.

Key words: general practitioner, primary, secondary, tertiary, and quaternary prevention, screening.

Úvod

Prevence je souhrn opatření k zabránění nebo oddálení vzniku nemocí a jejich komplikací. Prevence zahrnuje aktivity a intervence na úrovni jednotlivce, rodiny, komunity i celé společnosti. Prevence poskytovaná ve zdravotnictví je integrální součástí péče o zdraví a poskytování lékařské péče v různých oborech.

Praktické lékařství hraje v prevenci zásadní roli. Vyplyvá to z postavení praktického lékaře v systému péče o zdraví, z charakteru jeho odborné práce i vztahu k pacientům a komunitě, ve které pracuje. Všeobecný praktický lékař má nejlepší předpoklady a příležitosti být klíčovým zprostředkovatelem populačních strategií prevence a podpory zdraví. Je k tomu předurčen svými vědomostmi, znalostí pacienta a jeho ro-

diny, znalostí anamnézy a prostředí, ve kterém žije a pracuje a schopností posoudit hodnoty a preference pacienta (1). I v oblasti prevence zapojuje lékař humánní a etické aspekty a základním motivem jeho péče je dobro pro pacienta.

Primární prevence

Primární prevence je zaměřena na podporu zdraví a předcházení nemocí, případně



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha
bohumil.seifert@lf1.cuni.cz

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2023;20(3):141-146

Článek přijat redakcí: 31. 3. 2023

Článek přijat k publikaci: 20. 4. 2023

oddálení jejich vzniku (snížení jejich incidence), a to působením směřujícím k odstranění nebo snížení vlivu známých rizikových faktorů nebo zvýšení vlivu faktorů protektivních. Týká se celé populace a na ni jsou také zaměřeny populační intervence ve prospěch zdravého způsobu života, jako jsou například protikuřácké programy, omezování reklamy a daň na alkohol, propagace zdravých potravin a pohybové aktivity, programy na zvýšení bezpečnosti na komunikacích, při práci, atd. Výstupy těchto opatření se nepochybně podílejí na trendech v očekávané délce života a délce života ve zdraví ve společnosti.

Všeobecný praktický lékař (VPL) ve svém působení v primární prevenci vychází ze znalosti rizikových faktorů nejčastějších onemocnění a efektivity intervencí, které je mohou ovlivnit. I v této oblasti se musí lékař kontinuálně vzdělávat a třídit informace, aby jeho intervence byly individuálně přijatelné ve prospěch pacienta i společnosti. Primární prevence je zaměřena především proti tzv. civilizačním chorobám s největším podílem na morbiditě a mortalitě; kardio-metabolickým onemocněním, mezi které řadíme onemocnění srdce a cév, diabetes mellitus a chronická onemocnění ledvin, a proti nádorovým onemocněním. Zároveň se rozšiřuje portfolio infekčních onemocnění, proti kterým lze preventivně očkovat. Do agendy primární prevence praktického lékaře patří i protiúrazová prevence, poradenství k oddalování degenerativních změn pohybového aparátu a prevence poruch duševního zdraví.

Primární prevence poskytovaná VPL je bohatým souborem činností a zahrnuje:

- výchovu k zachování a podpoře zdraví,
- očkování proti přenosným chorobám,
- poradenství, např. při volbě povolání, při cestách do zahraničí, sportovních aktivitách,
- systematickou preventivní činnost, realizovanou komplexními preventivními prohlídkami,
- příležitostné intervence na podporu zdraví a proti zjištěným rizikovým faktorům.

K poradenství a intervencím má VPL příležitost při systematické preventivní činnosti i při každé konzultaci, kdy hodnotí individuální

riziko závažného onemocnění pacienta, vztahované k problému, který prezentuje.

VPL má k dispozici podklady pro dietní poradenství a ovlivňování životního stylu pacientů, které jsou obecně přijímány jako zásady snižující riziko civilizačních onemocnění. Tyto zahrnují:

- zanechání nebo omezení kouření,
- zvýšení podílu vlákniny ve stravě,
- omezení spotřeby červeného masa,
- omezení konzumace alkoholu,
- udržování ideální tělesné hmotnosti,
- pravidelná pohybová aktivita,
- omezení stresových situací,
- bezpečné sexuální chování,
- ochrana před nadměrným sluněním,
- ochrana před expozicí karcinogenům v zaměstnání.

Pro podrobnější informace na podporu zdravého životního stylu a výživy lze pacienty odkázat na ověřené informace na Národním zdravotnickém informačním portálu, NZIP (2), nebo portálu Státního zdravotního ústavu, SZÚ (3). Doporučení optimální pohybové aktivity nabízí stránky Světové zdravotnické organizace, WHO (4).

VPL klade důraz na opatření v primární prevenci podle informací, které získá o rizikových faktorech z anamnézy rodinné, osobní, pracovní, kuřácké, alergologické, u žen též gynekologické a u obou pohlaví sexuologické. Další informace mohou přinést vyšetření somatická, biochemická, zobrazovací metody a další, která mohou mít charakter orientační (tj. screeningová), nebo jsou již cílená, k potvrzení či vyloučení pracovní hypotézy. Pak ovšem již přesahují rámec primární prevence.

Zvláštní pozornost by měl věnovat praktický lékař léčbě závislosti na tabáku. Kromě techniky „krátkých intervencí“ jsou další postupy popsány v materiálu Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře – Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře v jeho aktualizaci z roku 2022 (5). S ohledem na programy sekundární prevence zaměřené na následky kouření (CHOPN, karcinom plic) se jeví jako přínosné ukládat si informaci o kouření do záznamů pacienta strukturovaně a periodicky intervenovat, případně zachytit dosažení nálože 20 balíčkoroků.

Metodiku krátkých intervencí v primární péči zaměřených proti rizikovým faktorům neprenosných onemocnění lze nalézt na webu WHO (6).

Evropa je plná nových trendů v oblasti intervencí ke zdravému způsobu života, které jsou relevantní právě pro poradenství v ordinaci VPL a zejména s ohledem na primární prevenci. Hovoří se o tzv. „social prescribing“ a „green prescribing“. Obecně se jedná o doporučení aktivit ve vztahu k přírodě a komunitě, které přispívají k fyzickému a duševnímu zdraví. V současné době už jsou k dispozici metaanalýzy, které dokládají jejich přínos (7, 8). Doporučení mohou mít různé podoby a příklady z různých zemí zahrnují např. více času stráveného v přírodě, 15 minut denně procházka v parku, 5 hodin měsíčně v lese, zahradničení nebo komunitní aktivity k zlepšování životního prostředí.

Primární prevence kardiovaskulárních chorob

Pro praktického lékaře je klíčové stanovení absolutního kardiovaskulárního rizika, podle kterého u bezpříznakových osob řídí rozhodnutí o zahájení preventivních intervencí a jejich intenzitě. U bezpříznakových osob s výrazně zvýšenými hodnotami jednotlivých rizikových faktorů (celkový cholesterol ≥ 8 mmol/l, LDL-cholesterol ≥ 6 mmol/l, krevní tlak $\geq 180/110$ mmHg) nebo diabetes mellitus 2. typu či diabetes mellitus 1. typu s mikroalbuminurií je absolutní kardiovaskulární riziko automaticky vysoké a hned by měla být zahájena příslušná opatření. Jedinci s vysokým kardiovaskulárním rizikem by měli být co nejdříve diagnostikováni, vedeni k zásadním změnám životního stylu a měla by jim být poskytnuta příslušná farmakoterapie. Doporučený postup SVL ČLS JEP Prevence kardiovaskulárních onemocnění ve své aktualizaci z roku 2022 popisuje způsob stanovení kardiovaskulárního rizika a následná opatření (9). Vychází z podrobnějšího doporučení Evropské kardiologické společnosti z roku 2021 (10).

Osobám s nízkým kardiovaskulárním rizikem ($< 5\%$) poskytneme rady, jak tento příznivý stav udržet. U osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem ($\geq 5\%$) a u těch, kteří vysokého rizika dosáhnou ve věku do 60 let života, ihned zahájíme preventivní opatření. Tabulky jsou

INZERCE

vhodným nástrojem k demonstraci významu změny životního stylu, např. zanechání kouření nebo špatných stravovacích návyků.

Doporučení v oblasti primární prevence nádorových onemocnění jsou prakticky shodná se zásadami kardiometabolické prevence, některá jsou specifická pro určitou lokalizaci nebo typ nádoru, jako např. slunění u nádoru kůže. VPL může v poradenství vycházet z Evropského kodexu proti rakovině (11) a z informací poskytovaných Světovou nadací pro výzkum rakoviny (12) a Mezinárodní agenturou pro výzkum rakoviny, IARC (13).

Příkladem primární protinádorové prevence nádoru děložního hrdla je očkování proti lidskému papilomaviru (HPV). Očkování je hrazené z veřejného zdravotního pojištění u děvčat i chlapců mezi 13. a 14. rokem. Vzhledem k tomu, že nádorové onemocnění souvisí s poruchami genomu, je možnost primární eliminace nádorů zatím v nedohlednu. Zvažují se programy genetického testování vybraných dědičných chorob (např. nádorů karcinomu prsu a prostaty). Lze očekávat, že v budoucnu se genetické testování stane významnou agendou v primární péči.

Zvláštní kapitolu by zasloužila agenda očkování v ordinaci VPL, která má nejen odborné, ale také právní, organizační i ekonomické aspekty. Očkování patří mezi nejúčinnější a nákladově nejefektivnější preventivní opatření. Je popsáno Doporučeném postupu SVL ČLS JEP Očkování v ordinaci praktického lékaře, profylaxe malárie a cestovních průjmů z roku 2009 a v aktualizaci na stránkách www.svl.cz. Přibývá očkování pojišťovnami hrazených i u VPL z veřejných prostředků (tetanus, chřipka, pneumokok, klíšťová encefalitida).

Do kapitoly primární prevence patří i preventivní opatření před cestou do zahraničí, která doporučí VPL. Cestování má mnoho aspektů, které souvisí se zdravotním stavem cestovatele a spolucestovatelů, destinací cesty, charakteristikami a specifickými riziky oblasti a předpokládaným chováním a trávením času na cestě nebo v místě pobytu. I v této oblasti musí VPL sledovat novinky a udržovat své kompetence.

Sekundární prevence

Sekundární prevence zahrnuje včasný záchyt a ovlivňování již vzniklého onemocnění.

Stejně jako prevence primární, je především zaměřena na kardiometabolická (KMO) a onkologická onemocnění, která jsou nejčastější příčinou morbiditu a mortality.

Cílem sekundární prevence KMO je jejich včasné odhalení a zahájení příslušných intervencí. Nemocní s již diagnostikovaným aterosklerotickým nebo metabolickým onemocněním jsou prioritní skupinou pro sekundární preventivní intervence. Cílem a zároveň ukazatelem efektivní prevence u pacienta s manifestním aterosklerotickým onemocněním je:

- zanechání kouření, zdravá výživa, přiměřená pohybová aktivita, BMI < 25 kg/m²,
- hodnoty TK < 140/90 mmHg a < 130/80 u diabetiků,
- cílové hodnoty LDL-cholesterolu podle výše věku a aktuálního doporučení,
- normoglykemie u diabetiků,
- správně užívaná další preventivní farmakoterapie (základ antiagregancia, hypolipidemia, antihypertenziva).

Nemocní po prodělaném infarktu myokardu, při chronickém srdečním selhání a při asymptomatické systolické dysfunkci levé srdeční komory v důsledku ICHS by měli užívat betablokátory a inhibitory ACE. Nemocní se zvýšeným rizikem tromboembolické příhody jsou indikováni k antikoagulační léčbě.

Léčebné přístupy zahrnují také invazivní intervence, jako jsou implantace náhrad a kardiostimulátorů. V poslední době zahrnují také zásahy do genomu a tvorby některých mediátorů jako je endoteliální růstový faktor (pro zvýšení revaskularizace myokardu).

Role VPL v sekundární prevenci onkologických onemocnění spočívá především ve včasném záchytu nádorů a prekanceróz u symptomatických pacientů, v identifikaci asymptomatických pacientů s vysokým rizikem pro sledování u specialistů a v účasti ve screeningových programech.

VPL by měl vychovávat pacienty v tom smyslu, aby věnovali pozornost varovným známkám, jako jsou nehojící se nebo krvácející eflorescence na kůži, rezistence neznámého původu, neustupující chrapot nebo kašel, změny v pasáži moči a stolice, krev ve stolici nebo v moči, trvalá bolest, nevysvětlitelný úbytek hmotnosti. VPL by měl být schopen pacientům vysvětlit význam cílených pre-

ventivních činností jako jsou vyšetření kůže, cytologie děložního hrdla, vyšetření prsů, vyšetření konečníku, vyšetření stolice na okultní krvácení, popřípadě kolonoskopie, vyšetření plic, prostaty, vyšetření moči a dalších laboratorních markerů a v rámci své preventivní činnosti také vyšetření, která jsou v jeho kompetenci, provádět.

VPL by měl u každého pacienta zvažovat s ohledem na jeho anamnézu, případně prezentované symptomy, výsledky fyzikálního vyšetření a pomocných vyšetření, individuální onkologické riziko. Riziko výskytu nádorů v populaci se mění s věkem. Kromě toho lze u některých konkrétních nádorů identifikovat hereditární a familiární vazby a další okolnosti, které mění asymptomatickou populaci na vysoce rizikovou a na populaci s průměrným (nízkým) rizikem. Vysoce rizikové osoby jsou nebo by měly být zařazeny do dispenzárních programů vedených specialisty. Role VPL zde spočívá:

- v podílu na vyhledávání těchto osob,
- ve sdílení péče o tyto osoby s příslušným specialistou,
- v kontrole plnění dispenzárních programů (pacienta, specialisty).

Příkladem jsou ženy se zvýšeným rizikem nádoru prsu, pacienti s kožními prekancerózami, příbuzní 1. stupně pacientů s nádory tlustého střeva atd.

Pro osoby s průměrným rizikem jsou určeny pravidelné preventivní prohlídky, jejichž součástí je onkologická prevence a screeningové programy. Kromě anamnézy se onkologická prevence skládá z fyzikálního vyšetření, zejména vyšetření kůže, vyšetření prsou, varlat a konečníku. Následovat by měla obecná i cílená preventivní intervence a poučení pacienta o vlastní nádorové sebekontrolě. Součástí je laboratorní vyšetření a kontrola účasti osob na screeningových programech.

Pro závažná a relativně častá nádorová onemocnění, ovlivnitelná ve svém vývoji při záchytu v časném stadiu, které se vyskytují v definované populaci a pro jejichž záchyt existuje levná a nezatěžující depistážní metoda s přiměřenou senzitivitou a specificitou, se zavádějí screeningové programy. V České republice se daří rozvíjet stávající, a také uvádět nové screeningové programy.

Od padesáti let věku v jednoráčním intervalu a od 55 let ve dvouročním intervalu je součástí prevence screeningu karcinomu tlustého střeva a konečníku. Role praktického lékaře (event. ambulantního gynekologa) zahrnuje získání věkově příslušné osoby pro screening, poskytnutí informace o významu screeningu, o principu testu na okultní krvácení a v informaci o možnosti screeningové kolonoskopie jako alternativy k testu na okultní krvácení. Vlastní test přítomnosti hemoglobinu v doma odebrané stolici se provádí od 1. ledna 2020 výhradně kvantitativním imunochemickým testem, a to buď v ordinaci VPL v POCT režimu na vhodném přístroji nebo v laboratoři. V obou případech musí metoda splňovat požadavky:

- kvantitativní odběr vzorku stolice,
- možnost kvantitativního stanovení hemoglobinu v hodnotách od 15 µg/g stolice,
- zapojení do systému externí kontroly kvality.

Horní věková hranice pro TOKS je v současné době dána biologickým stářím pacienta a jeho schopností absolvovat diagnostický program v případě pozitivitu testu. Praktický lékař interpretuje výsledek testu a v případě jeho pozitivitu zajišťuje kolonoskopii v akreditovaném Centru pro screeningovou kolonoskopii. Zajišťuje přípravu střeva před výkonem. Normální kolonoskopie znamená na 10 let vyřazení ze screeningu. O dalším případném kolonoskopickém sledování rozhoduje endoskopista na základě histologického vyšetření.

U žen je prováděn v tříletém intervalu screening karcinomu děložního hrdla a od 45 let každé dva roky mamografický screening karcinomu prsu. VPL se zajímá o účast na těchto programech v rámci preventivních prohlídek a na mamografii ženy také odesílá.

Od 1. ledna 2022 byl spuštěn program časného zachytu karcinomu plic ve věkové skupině 55–74 let. VPL identifikují kuřáky se zátěží 20 balíčků ročně a výše, provádějí u nich protikuřáckou intervenci pokud stále kouří, a pokud souhlasí s účastí v projektu, posílají je na ambulantní pneumologii, event. přímo na pracoviště, která jsou akreditována k provádění náložozátěžového CT plic.

V přípravě je program časného zachytu rakoviny prostaty prostřednictvím testu PSA, který by mohl být spuštěn v roce 2024.

V případě screeningu kolorekta a plic mají VPL k dispozici příslušné kódy a úhradové mechanismy. Je dobré na tomto místě připomenout, že v žádné jiné zemi na světě nehrají praktičtí lékaři takovou roli ve screeningových programech jako v České republice.

Nejlepší příležitosti pro opatření v primární i sekundární prevenci skýtají preventivní prohlídky. Druhy preventivních prohlídek, kdo je provádí, jejich obsah a časové rozmezí udává Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, která byla aktualizovaná Vyhláškou č. 317/2016 Sb. Preventivní prohlídky u VPL jsou prováděny v rozmezí dvou let, zpravidla po uplynutí 23 měsíců pro provedení poslední preventivní prohlídky (14). Moderní ambulantní software lékaře upozorní na termín příští preventivní prohlídky pacienta a může být uzpůsoben tak, aby příslušnou osobu zadaným způsobem (e-mail, SMS) vyzval. Účast na preventivních prohlídkách v poslední době sice narůstá, ale stále se daří pokrýt jen něco přes 30 % populace, což je hranice, za kterou zdravotní pojišťovny přiznávají bonifikaci.

Početivý rozbor zjištěných skutečností s pacientem, vyhodnocení rizik, poskytnutí informací, popřípadě individuální edukace, identifikace rizikových faktorů a návrh na jejich ovlivnění jsou nejvíce atraktivní součástí preventivní prohlídky pro pacienta a mohou do budoucna zabezpečit dlouhodobou spolupráci. Na zjištění z preventivních prohlídek navazují potřebná opatření, která obvykle vycházejí z příslušných doporučených postupů. Prevenci je třeba efektivně, pokud možno strukturovaně dokumentovat a v určitých intervalech také vyhodnocovat. Poradenství je vhodné podpořit psanými nebo elektronickými laickými informacemi, případně vhodnými odkazy na internetové informační zdroje.

Motivaci praktických lékařů provádět popsaná opatření v rámci primární a sekundární prevence kardiometabolických a nádorových onemocnění podporují bonifikační programy pojišťoven.

Terciární prevence

Terciární prevence zahrnuje opatření po již proběhlé atace choroby (infarkt, cévní

mozková příhoda, komplikace diabetu, nádorové onemocnění) a překrývá se v mnohém se zásadami uvedenými u sekundární prevence a dispenzarizace. Cílem terciární prevence je předejít zhoršování onemocnění a jeho komplikacím. Patří sem doporučení zdravého životního stylu a pohybové aktivity k udržení kondice, sledování a léčba pacientů s chronickým onemocněním, včasná intervence u hrozících komplikací, včasný záchyt recidivy nádoru nebo nádoru duplicitního.

Jedná se o agendu, jejíž význam v populaci i v ordinaci praktického lékaře stále roste. Specializovaná pracoviště nejsou schopna pokrýt narůstající počty chronicky nemocných pacientů, VPL a jeho tým tak hraje klíčovou roli v zajištění nebo sdílení péče o tyto pacienty a může významně ovlivnit kvalitu a prognózu jejich života.

Kvartérní prevence

Kvartérní prevencí rozumíme předvídání a předcházení důsledků progredujícího a nevyléčitelného onemocnění, které zkracuje život nebo snižuje jeho kvalitu. Týká se především zajištění dostupnosti algeziologické léčby, provádění derivačních výkonů endoskopickým stentováním, radioterapie metastáz nebo ortopedických intervencí pro zachování mobility. Zahrnuje i výživová opatření, psychologickou a sociální podporu při omezení soběstačnosti.

V současné době je tento termín používán častěji pro označení strategie v primární péči, která zahrnuje identifikaci rizik nadměrné medikalizace pacienta, jeho ochranu proti zbytečným invazivním vyšetřením a naopak doporučení k postupům eticky přijatelným. Naléhavost této strategie zdůrazňuje Evropská větev Světové organizace všeobecných praktických/rodinných lékařů WONCA (15). Moderní medicína zásadně přispívá lidem, ale je také zdrojem vedlejších účinků. Neplatí, že čím více medicíny, tím lépe. Nadměrná diagnostika (overdiagnosis) a nadměrná léčba (overtreatment) jsou na vzestupu; rozvíjí se s představou, že odhalení nemoci v časném stadiu vždy příznivě ovlivní běh nemoci (16). Může ale také spotřebovávat zdroje, prodlužovat čekací doby potřebnějších pacientů, zvýrazňovat nerovnosti v přístupu k péči, zvyšovat riziko iatrogenních poruch a poškodit

pacienty i zdravé občany. Praktičtí lékaři mají významnou příležitost ovlivňovat ve smyslu

kvartérní prevence poskytování péče a působit na občany ve smyslu racionálních postupů.

To se často neobejde bez potřebného komunikačního úsilí.

LITERATURA

1. Seifert B, Pfeiferová M, Větrovský T, Beneš V. Prevence a podpora zdraví; v Seifert B, Býma S. Všeobecné praktické lékařství, 3. vydání. Praha: Galén; 2019. p. 189-206.
2. NZIP: Prevence a zdravý životní styl. <https://www.nzip.cz/modul/prevence-zdravy-zivotni-styl>. Výživa zdravé populace. <https://www.nzip.cz/kategorie/3-vyziva-zdrave-populace>
3. Zásady správné výživy. <https://www.nzip.cz/clanek/173-zasady-spravne-vyzivy>. Základy výživy jednoduše pro každého. <https://www.nzip.cz/clanek/4-zaklady-vyzivy-jednoduse-pro-kazdeho>.
4. SZÚ: Košťálová A, Mužíková L: Výživa na vlastní pěst. Available from: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/brozury/vyziva_na_vlastni_pest.pdf.
5. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. ISBN 978-92-4-001512-8 (electronic version). ISBN 978-92-4-001513-5 (print edition).
6. Šťastný B, Králíková E., Býma S, Seifert B. Léčba závislosti na tabáku v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Novevizace 2022. SVL. ISBN 978-80-88280-36-1.
7. WHO: Integrated brief interventions for noncommu-
- nicable disease risk factors in primary care: the manual. BRIEF project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058551>.
8. Coventry PA, Brown JV, Pervin J, et al. Nature-based outdoor activities for mental and physical health: Systematic review and meta-analysis, SSM – Population Health Volume 16, December 2021. 100934. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100934>.
9. Robinson JM, Breed MF, Green Prescriptions and Their Co-Benefits: Integrative Strategies for Public and Environmental Health. doi:10.3390/challe10010009. Challenges. 2019;10:9. doi:10.3390/challe10010009.
10. Táborický M, Vrablík M. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. SVL ČLS JEP 2022. ISBN 978-80-88280-34-7.
11. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42:3227-3337. Available from: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2021-ESC-Guidelines-on-cardiovascular-disease-prevention-in-clinical-practice>.
12. IARC, WHO: Evropský kodex proti rakovině – 12 způsobů. Jak omezit riziko rakoviny. Available from: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/cs>.
13. WCRF (World Cancer Research Fund International): Diet, activity and cancer. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer>.
14. WCRF/IARC. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: Global Perspective - The Third Expert Report. World Cancer Research Fund International; 2018. Available from: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>.
15. Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, aktualizovaná vyhláškou č. 317/2016 Sb.
16. WONCA Europe: Position Paper on overdiagnosis and action to be taken. Available from: <https://www.woncaeurope.org>.
17. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al. BMJ. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. Evid Based Med. 2018;23:1-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29367314>.