



ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



1/2015

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

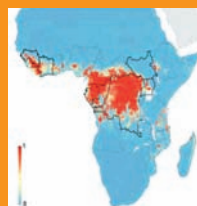
Toto číslo vyšlo 26. 1. 2015



PŘEHLEDY 2014

Nejdůležitější domácí
i zahraniční události
a významná ocenění

STRANY 4-5, 12-13, 16-17



Z MEDICÍNY

Konsekvence epidemie
Eboly v západní Africe

STRANA 42



SESTRA

O čem sní sestry
Výhrady sester
vůči jejich profesi

STRANA 24



Prof. Aleksi Šedo:
Pacientům se zhoubnými
nádory mozku
se nedostává komplexní
terapie, kterou jejich
diagnóza zasluhuje.

(více viz str. 6)

Hospodaření resortu zdravotnictví za rok 2014

Ministerstvo zveřejnilo předběžné výsledky hospodaření systému zdravotnictví, jehož stabilizaci předcházela řada vládních zásahů – zvýšení plateb za státní pojištěnce i tarifních platů, předsunutá platba VZP a oddlužení nejslabších nemocnic. Z MZ je doplnila štedrá úhradová vyhláška a obří úspory SÚKL.

„Všechny ministerstvem přímo řízené organizace končí podle dostupných výsledků v mírně kladných číslech. Je to velmi dobrý start pro příští rok. Pro zachování objektivitu chci dodat, že dvě přímo řízené nemocnice – Fakultní nemocnice u sv. Anny a Nemocni-

ce Na Bulovce – byly kvůli významným finančním problémům saturovány vládními prostředky. Vedení nemocnic dostalo za úkol předložit strategie dalšího rozvoje na příštích pět až deset let. MZ chce zaměřením těchto nemocnic koordinovat,“ uvedl ministr zdravot-

nictví Svatopluk Němeček na tiskové konferenci a oznámil také, že Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) je na konci roku v kladných číslech a že je rád, že se stabilizační zásahy neděly na úkor poskytované zdravotní péče ani pacientů. (pokračování na straně 2)

Úhradová vyhláška 2015 přidala 10 miliard

Vyhláška pro příští rok navýší úhrady o 1,8 mld. Kč za hospitalizace (1,2 mld. akutní a 0,6 následná péče), 1,5 mld. Kč za klinická vyšetření (ambulance) a o 0,7 mld. Kč za výdej léků na recept. Kompenzuje zrušené poplatky a zaručuje zdravotníkům zvýšení platů.

„Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2015 je odrazem plnění programového prohlášení vlády. Reflektuje zrušení regulačních poplatků i zvýšení tarifních mezd zaměstnanců ve zdravotnictví o 5 procent. V minulosti se opakovaně právě zdravotnictví stávalo terčem populistických a nereálných slibů. Neděláme populistická gesta, řídíme se snahou o stabilní růst oboru a plníme sliby dané našimi voličům,“ uvedl ke znění úhradové vy-

hlášky ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a připomněl, že vláda se zavázala kompenzovat poskytovatelům zdravotních služeb zrušené regulační poplatky, a to do výše skutečně vybraných poplatků v roce 2013.

„Celkové zdroje na zdravotní služby v roce 2015 představují 239 miliard (celkové příjmy systému dosahují 245,9 mld.). V roce 2015 bude ministerstvo rozdělovat něco kolem 10 miliard ko-

run navíc. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2015, která počítá s nárůstem mezd (o 3,8 %) a zaměstnanosti (o 0,3 %) a dále bere v úvahu zvýšení platby za státní pojištěnce, snížení přídelů do provozních a rezervních fondů zdravotních pojišťoven a další možné příjmy,“ doplnil ministra slova náměstek pro zdravotní pojištění Tom Phillip.

(pokračování na straně 2)

Foto: Leoš Chodura

Z DOMOVA

Hospodaření resortu zdravotnictví za rok 2014

(pokračování ze str. 1)

Hejtman kraje Vysocina, poslanec a předseda správní rady VZP Jiří Běhounek připomněl, že k 30. 11. 2013 dosahovala ztráta nemocnic spadajících pod kompetenci krajů 1,3 miliardy korun. Podle něj již úhradová vyhláška na rok 2014 situaci ve zdravotnictví stabilizovala. „V současné době je výsledek hospodaření asi 750 milionů plus. I tak ale za sebou nemocnice táhnou významné dluhy. Přesto věřím, že nastala doba, kdy nebudeme jako na to bogánu a budeme úhradové vyhlášky stavět tak, aby byla zachována předvídatelnost. Kraje investovaly do nemocnic nezanedbatelné finanční prostředky a věřím, že v této situaci nebude tlak na krajské rozpočty tak velký,“ zhodnotil stav krajských nemocnic Jiří Běhounek.

Stabilní pojišťovna

Ředitel VZP Zdeněk Kabátek vypočetil, že dle předběžného výsledku má pojišťovna zhruba 250milionový kladný výsledek, kterého bylo podle něj dosaženo nejen díky růstu ekonomiky, ale také řadou manažerských opatření vedoucích ke snížení nákladů

VZP. „Rok 2014 byl i z našeho pohledu prorůstový. Poté, co jsme vypořádali veškeré závazky vůči státu, tj. předsunutou platbu sloužící ke stabilizaci ekonomiky VZP, tak i část návratné finanční půjčky, se nacházíme v situaci, kdy jsme schopni hradit veškeré své závazky včas – nedochází ke zpoždování úhrad našim smluvními partnerům. Přestože úhradová vyhláška je pro rok 2015 opět prorůstová a našim smluvními partnerům poskytne růst úhrad, budeme schopni tuto situaci udržet stabilní,“ řekl ředitel Kabátek a dodal, že VZP vrátila 3,6 miliardy státu a s předsunutou platbou pro tento rok nepočítá.

Úspory léků

Do ranku úspor přispěl také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), který dle svého ředitele Zdeňka Blahuty využíval zejména hloubkové a zkrácené, tedy periodické revize léčivých přípravků. „Za rok 2014 hloubkové revize, sloužící k přehodnocení postavení konkrétních léků v rámci referenčních skupin, uspořily systému 493 milionů korun. Prostřednictvím podstatně efektivnějších zkrácených revizí, probíhajících při

vstupu nového generika, popř. na žádost pojištěnec, dosáhl ústav ještě vyšších úspor. Z revizí zahájených v roce 2014 jsme dosáhli úspory ve výši 1,7 miliardy korun,“ spočetl ředitel Blahuta. Ústav také loni pozastavil či zrušil některé veřejné zakázky a z původních 750 milionů snížil plánované výdaje o 267 milionů korun, navíc úspory dle Zdeňka Blahuty nebyly na úkor dozorových činností ústavu.

Ministr zdravotnictví dodal, že úspory SUKL jsou chvályhodné i s ohledem na loňský výrazný propad koruny. „Drtivá většina přípravků je dovážena ze zahraničí, takže za normálních okolností by se z veřejného zdravotního pojištění platilo výrazně více než v předchozím roce. Dvoumiliardová úspora je tudíž o to obdivuhodnější,“ uvedl ministr Němeček.

Populismus zdravotnictví nesvědčí

Politika současného vedení ministerstva ale nepůsobí tak optimisticky na všechny jeho hráče. „Zdravotnický systém byl, je a doufám, že i nadále bude, stabilizován. Nepomáhají mu ovšem některé neuvážené kroky,



Ilustrace foto: Shutterstock

zejména ty z kategorie politického populismu. Na mysli mám především rušení regulačních poplatků za hospitalizaci. Rozuměl jsem snížení poplatku ze sta na šedesát korun, pochopil bych vytvoření nějakých dalších úlev pro sociálně slabé. Pro ekonomicky aktivní jedince s pravidelným příjmem ale poplatek šedesát korun za den pobytu nevidím skutečně jako nějakou neměrnou částku, jde o minimum běžných každodenních výdajů. Proto považuji rušení poplatků za zbytečné a prázdné gesto, které zdravotnictví spíše uškodí

– a pojišťovnám zejména,“ uvedl ve svém komentáři k vývoji zdravotnictví poslanec TOP 09 Leoš Heger a dodal, že zdravotnictví přestalo ve stabilizovaném stavu hubené roky hospodářské krize, kdy se potýkalo zejména s výpadkem příjmů na straně výběru zdravotního pojištění. „Naštěstí se naplnily optimistické prognózy dalšího ekonomického vývoje a tento trend se obrátil. Resort si navíc za doby ministra Holcáta polepšil o další miliardy při zvýšení odvodů za státní pojištění (o 4,7 miliardy korun) a zlepšilo se také hospodaření VZP. Systém tak měl reálnou šanci na vlastní ozdravení, vykompenzování dřívějších výpadků a racionální vybalancování příjmů a výdajů i bez výraznějších zásahů státu. Také VZP směřovala k lepším hospodářským výsledkům (v letech 2009 a 2010 hospodařila s desetimiliardovými propady). Vláda ovšem systému, a to zejména pojišťovnám, situaci neulehčuje – za chybný krok považují právě rušení zdravotnických poplatků. Jen u VZP znamená zrušení regulačních poplatků za hospitalizaci ztrátu jedné miliardy korun,“ doplnil Leoš Heger.

Petra Klusáková

Úhradová vyhláška 2015 přidala 10 miliard

(pokračování ze str. 1)

Změny k vyšším úhradám

Jak náměstek Phillip uvedl, základní změnou nové vyhlášky bylo zjednodušení úhradového vzorce: „U akutní lůžkové péče je úhrada roku 2015 vypočtena jako součet úhrady roku 2014 a výše regulačních poplatků za rok 2013 násobený tříprocentním nárůstem oproti roku 2014 a dále násoben koeficientem přechodu pojištěnců. U ambulantní péče je výpočet úhrady pro rok 2015 násobkem úhrady za rok 2014, tříprocentním navýšením a dále násoben koeficientem přechodu pojištěnců s připočtením regulačních poplatků do maximální výše roku 2013. Ambulantní péče je hrazena pouze nesníženou hodnotou bodu.“

Následná lůžková péče je hrazena paušální sazbou za jeden den hospitalizace ve výši 109 % sazby z roku 2014. V rámci mimonemocničních segmentů se u am-

bulantních specialistů se zvyšuje hodnota bodu na 1,03 Kč. U praktických lékařů se kapitace zvýší na 52 Kč, ostatní mimonemocniční segmenty budou mít obdobné úhrady jako v roce 2014. Léčebny dlouhodobě nemocných dostanou dle vyhlášky o 9 % více než v loňském roce, vyhláška podle Phillipových slov zohlední i vykazování elektronických receptů.

Zbude na rezervní fond?

Ministerstvo připomnělo výchozí stav, s nímž cílová podoba vyhlášky musela počítat. Zaměstnanec zdravotní pojišťovny (ZZP) evidovaly ke konci roku 2014 zůstatky na základním fondu v celkové výši 4 miliardy Kč. Zároveň měly všechny ZZP naplněny rezervní fondy. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) evidovala ke konci roku téměř nulový zůstatek na základním fondu. V roce 2014 nenaplnila rezervní fond.

Jak uvedl její tiskový mluvčí Oldřich Tichý, při tvorbě zdravotního pojištění plánu VZP ne-

počítala s tak razantním navýšením, jaké úhradová vyhláška nakonec definuje. Pojišťovna podle něj ale udělá vše pro to, aby nedošlo k destabilizaci ekonomické situace. „Lze očekávat, že nebude možné naplnit rezervní fond pojišťovny tak, jak bylo avizováno ve zdravotně pojistném plánu,“ uvedl Oldřich Tichý. Pohled na hospodaření VZP v příštím roce je podle něj v tuto chvíli o něco méně optimistický, než byl ještě koncem prosince, tedy těsně před tím, než MZ úhradovou vyhlášku představilo.

Ambulantní a nemocniční segment

Redakce ZaM má k dispozici výsledky detailní analýzy dopadů vyhlášky na bilanci pojišťovny. Vyplývá z nich, že VZP dá za péči o 1,6 miliardy více, než původně plánovala. Vyhláška je prorůstová zejména pro segment lůžkové péče. „Sama pojišťovna plánovala vydat za péči 146 miliard a 9 milionů korun, což byl opro-

ti loňsku nárůst o 3,193 miliardy. Analýza dopadů nových ministerstevských předpisů ale ukazuje, že nakonec bude muset zaplatit ještě o dalších 1,626 miliardy více. Celkem by si tak zdravotnická zařízení měla jen na platbách od VZP meziročně polepšit o 4,819 miliardy,“ okomentoval změnu oproti zdravotně pojistnému plánu Oldřich Tichý.

Jak mluví dále uvedl, na ambulantní péči počítal zdravotně pojistný plán VZP pro rok 2015 s celkovou sumou 36,43 miliardy korun. Už to byl oproti předchozímu roku nárůst o 1,05 miliardy. Analýza dopadů úhradové vyhlášky ovšem ukazuje, že nakonec bude muset VZP do tohoto segmentu poslat ještě o dalších 105 milionů korun víc (o 20 milionů víc půjde na domácí zdravotní péči a o 85 milionů víc na ošetrovatelské a rehabilitační služby v zařízeních sociálních služeb). VZP tak za ambulantní segment v roce 2015 vydá o 1,14 miliardy více než loni. Podle mluvčího Ti-

chého ale příjmy těchto zdravotnických zařízení vzrostou méně, neboť část navýšení výdajů pojišťovny kompenzuje zrušené regulační poplatky.

Ještě větší dopad do hospodaření zaznamená VZP v segmentu nemocnic. Zdravotně pojistný plán 2015 pro ně vyčlenil 72,197 miliardy korun, což byl oproti roku 2014 nárůst o bezmála 2 miliardy (1,984 miliardy). Úhradová vyhláška ale přidá do nemocnic ještě dalších 1,154 miliardy (640 milionů ambulance, 420 milionů akutní lůžka, 94 milionů následná lůžka). Celkem tak VZP zaplatí v roce 2015 nemocnicím o 3,138 miliardy korun více než v roce 2014. V lůžkových zdravotnických zařízeních pojišťovna poplatky kompenzovala již v loňském roce, takže podle Oldřicha Tichého nárůst výdajů pojišťovny v lůžkových zařízeních představuje skutečný nárůst jejich příjmů (čtete také komentář Leoše Hegera k úhradové vyhlášce na str. 10).

Petra Klusáková

MZ zahájilo **centralizované nákupy zdravotnického materiálu**

Ministerstvo zdravotnictví zahajuje první fázi centralizovaných nákupů spotřebního zdravotnického materiálu pro svá zdravotnická zařízení. Poptávanými komoditami budou injekční stříkačky, injekční jehly, filtry pro umělou ventilaci a hrudní drenážní systémy. Nejvíce chce ale úřad uspořit na lécích.

„Cestou jak šetřit peníze ve zdravotnictví jsou jednoznačně centralizované nákupy. Rozhodl jsem tedy, že takto šetřit budeme nejen při nákupu energií pro celý resort zdravotnictví, což se jako metoda úspor velice osvědčilo, ale i v dalších oblastech. Ministerstvo vypsal veřejnou zakázku na centralizovaný nákup vybraných zdravotnických prostředků pro všechny nemocnice v gesce ministerstva zdravotnictví,“ uvedl k záměru ministr Svato- pluk Němeček.

Výše zmíněné komodity jsou takzvaně vysokoobrátkové, neboli takové, jichž každá nemocnice potřebuje velké množství a využívá je prakticky neustále. Tyto kategorie spotřebního zdravotnického materiálu byly vytipovány pracovní skupinou MZ. Jejímí účastníky – kromě pracovníků MZ – byli také zástupci fakultních nemocnic a Asociace nemocnic ČR. Hlavním kritériem pro výběr položek pro pilotní fázi centrálního nakupování byla potřeba a možnost po-

užití nakupovaného materiálu v rámci jednotlivých organizací. Od ledna chce MZ takovým způsobem důsledně šetřit i na dalších nákupech. „Jde o centralizovaný nákup speciálního zdravotnického materiálu, tedy stříkaček, jehel, filtrů, hrudního sání. Agregovaným centralizovaným nákupem tohoto materiálu pro přímo řízené organizace lze předpokládat vysoutěžení výhodnější nabídky než při samostatných nákupech přímo řízenými organizacemi,“ uvedla mluvčí ministerstva Štěpánka Čechová. Jak již v prosinci ministerstvo uvedlo, největší úspory předpokládá u dosud ne-realizovaného centralizovaného nákupu léků (více o centrálních nákupech léků v rozhovoru s ekonomickým náměstkem Davidem Kotrisem a v komentáři tajemníka Avel Michala Krejsty na straně 10).

Centrální nákupy nejsou všelékem

Jednání vlády o hospodaření přímo řízených nemocnic uvítal bý-

valý ministr zdravotnictví, poslanec a místopředseda TOP 09 Leoš Heger. K úsporám v oblasti léků se ale staví rezervovaně. „Z vlastní zkušenosti nejen ministra zdravotnictví, ale i ředitele fakultní nemocnice musím říct, že jsem k výsledkům práce expertních týmů, které by se měly zabývat zejména výdaji na nákupy léků, zařízení i dalších položek do zdravotnického systému, mírně řečeno skeptický. Třeba už proto, že experti chtějí hledat cestu ke snížení ceny léků, a to za situace, kdy jsou ceny našich léků tak nízké, že není jasné, zda nedochází k jejich reexportům do sousedních zemí,“ uvedl Leoš Heger. Cesta centrálních nákupů zdravotnických komodit, o nichž se čas od času hovoří s velkou nadějí, není všelékem, jak se podle něj nakonec v minulosti několikrát potvrdilo. „Realisticky je třeba přiznat, že rozdíly v ceně léku nakoupeného obří fakultní nemocnicí a vesnickou lékárnou budou vždy. Souhlasím ov-



Ilustrační foto: Shutterstock

šem s tím, že tyto nůžky by se měly spíše zavírat,“ dodal poslanec Heger. Úlohu expertních týmů vidí především v oblasti cenotvorby zdravotnických prostředků. „I přes prosazení nového zákona o zdravotnických prostředcích z něj ministerstvo zdravotnictví odstranilo vše, co

se týkalo transparentní cenotvorby, a je proto pro tuto oblast potřeba vytvořit nový legislativní předpis, který by nastolil jasný řád. To je obrovský dluh, který spolu s cenotvorbou zdravotnických výkonů v našem systému ještě máme,“ podotkl Leoš Heger. (klu)

Nejen úspora, ale i transparentní hospodaření

O centralizovaném nakupování se pro redakci Zdravotnictví a medicína vyjádřil náměstek pro ekonomiku David Kotris, do jehož gesce hromadné nákupy pro přímo řízené organizace na ministerstvu zdravotnictví spadají.

Opravdu očekáváte tak velkou úsporu, jak si ministerstvo slibuje?

Ano, očekáváme významnou úsporu. Na centrálním nákupu rychloobrátkových komodit, respektive komodit, které využívají denně všechny nemocnice ve značném počtu, kam patří injekční jehly, injekční stříkačky, filtry pro umělou ventilaci a hrudní drenážní systémy, se shodli všichni aktéři a v této oblasti budou změny, jež centrální nákupy přináší, nejsnazší. Je to pilotní projekt. Další a rozsáhle-

jší úspory očekáváme u ostatních zdravotnických prostředků a léků, které budeme soutěžit v průběhu tohoto roku.

Dalším významným přínosem, který očekáváme v rámci centralizace nákupů, je kromě úspory finančních prostředků i zásadní zvýšení transparentnosti při nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění u ministerstvem řízených organizací.

Lze nyní alespoň rádo odhadnout možné úspory?

To nechci předjímat.

Kdo je v pracovní skupině, která centrální nákupy připravuje?

Jde o interní skupinu ministerstva zdravotnictví složenou z pracovníků MZ a zkušených odborníků z přímo řízených organizací.

Kdy lze očekávat první nákup léků?

Momentálně čekáme na data z našich přímo řízených organizací, ale do poloviny února bychom chtěli definitivně rozhodnout, kterých léků se centrální nákupy budou týkat.

O jakém množství léků se bavíme?

Jde o desítky, prioritou je však celkový objem finančních výdajů na tyto léky a příležitost pro úspory.

Bude hrát při zadávání zakázky centralizovaného nákupu léků roli pozitivní list VZP?

VZP má v tuto chvíli pozitivní list pouze pro vybrané ATC skupiny léčiv (je na něm jen 18 účinných látek) a pouze pro ambulantní preskripci. Jistě budeme analyzovat jeho využitelnost, ale klíčovou roli hrát nebude, cíle cen-

trálního nákupu zdravotnických prostředků a léčivých přípravků jsou podstatně širší.

Co se týče sazebníku VZP pro zdravotnické prostředky, s jeho využitím jako jednoho z podkladů pro centrální nákup rozhodně počítáme. Nicméně pracovní skupina je stále v průběhu práce a její finální výstupy nechci předjímat.

Jakou roli hraje v přípravě centrálního nákupu léků ministerstvo financí? Jedná s ním MZ?

Komunikace probíhá, máme podobnou představu v řadě ohledů, včetně možnosti využití nástroje komoditní burzy.

Připravila Petra Klusáková

Z DOMOVA

Přehled stěžejních událostí ve zdravotnické politice v roce 2014

Zdravotnické vody roku 2014 rozčísila vesla kabinetu Bohuslava Sobotky. Zrušení poplatků, zvýšení platby za státní pojištěnce, půjčka pro VZP, smáznutí dluhů dvou zadlužených, ministerstvem přímo řízených organizací a štedrá úhradová vyhláška, která na závěr letošního roku zaručila i zvýšení platů.

Leden

◆ Nový ministr zdravotnictví a zrušení poplatků

29. ledna 2014, kdy byl jmenován do funkce, usedá do ministerského křesla sociální demokrat Svatopluk Němeček. Od premiéra Bohuslava Sobotky dostal za úkol připravit zdravotnictví na zrušení většiny poplatků (od ledna 2015 tak zůstává jen 90 korun za pohotovost) a stabilizovat zdravotnické finance.

◆ Adresné zvaní na onkologický screening

VZP spustila program, v jehož rámci postupně pozvala na preventivní prohlídku (rakovina prsu, děložního hrdla a tlustého střeva a konečníku) celkem 1,2 milionu (tedy 20 %) svých klientů.

◆ Občanský zákoník vyvolal chaos v přístupu k pitvám

Zákoník znejistil právní interpretaci pitevního provozu. S platností této nové legislativy totiž vyvstala povinnost žádat zemřelého o souhlas s pitvou. Pitev v ČR poté drasticky ubylo.

Únor

◆ Ministr Němeček má nové náměstky

Na funkci náměstka pro legislativu a právo rezignoval Mgr. Martin Plíšek (TOP 09), nahradila jej pražská zastupitelka za ČSSD JUDr. Lenka Teska Armoštová, Ph.D. Z postu náměstka pro zdravotní péči byl odvolán MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D. (ODS) a na jeho místo byl na návrh hnutí ANO dosazen primář radiodiagnostického oddělení Nemocnice Na Homolce prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc. Náměstkem pro zdravotní pojištění se po odvolání Ing. Heleny Rögnerové stal dosavadní náměstek ředitele pražské Thomayerovy nemocnice MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA (KDU-ČSL). Na ministerstvu zůstává náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D.

◆ Personální změny v SÚKL

Ministr zdravotnictví Němeček odvolal z funkce ředitele Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Pavla Březovského. Skončili i jeho

dosavadní náměstci. Dočasným řízením ústavu pověřil tehdejšího vedoucího lékárníka Městské nemocnice Ostrava Zdeňka Blahutu, který byl do funkce ředitele jmenován od června 2014. Úřad byl podroben forenznímu auditu, který prokázal nevýhodně uzavřené smlouvy, neodůvodněné navýšení počtu úvazků či změny předmětu zakázky.

Březen

◆ ČR implementovala směrnici EU o přeshraniční péči

Čeští pacienti mohou podstoupit plánované operace ve státech EU, aniž by o tom museli informovat svou zdravotní pojišťovnu. Ta je zákonem pověřena proplatit poskytnutou péči do výše stanovené českým systémem. Součástí novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je také transpoziční novela, která do českého právního řádu zanesla evropskou směrnici o přeshraniční péči (Informace o nárocích pojištěnců a právech pacientů, vyplývajících ze směrnice EP a Rady 2011/24/EU ze dne 9. 3. 2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči).

◆ Porodní asistentky podepsaly s ministerstvem memorandum

Zástupci profesních sdružení porodních asistentek podepsali na společném pracovním jednání s hlavní sestrou ČR Alenou Šmídovou memorandum o spolupráci s ministerstvem zdravotnictví a dohodli se na prosazování společných cílů v oblasti změny koncepce povolání porodní asistentky. Jednání na půdě MZ se zúčastnily zástupkyně České konfederace porodních asistentek (ČKPA), Unie porodních asistentek (UNIPA), České společnosti porodních asistentek (ČSPA) a gynekologicko-porodnické sekce České asociace sester (GPS ČAS).

◆ Poslankyně poptává po MZ koncepci paliativní péče

Poslankyně Gabriela Pecková (TOP 09) interpelovala ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka ve věci paliativní péče. MZ uvedlo, že na koncepci nepracuje, ale díky současnému právnímu prostředí očekává v oblasti domácí paliativy rozvoj.

Duben

◆ Dohoda o zveřejňování smluv pojištěnoven s poskytovateli zdravotních služeb

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) se s ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Zdeňkem Kabátkem dohodl, že zdravotní pojišťovny budou zveřejňovat smlouvy (a to i s dodatky) s poskytovateli zdravotních služeb. Jako úložiště zveřejněných smluv byl zvolen Portál veřejné správy.

◆ Vláda se dohodla na navýšení plateb za státní pojištěnce

Kabinet Bohuslava Sobotky (ČSSD) se shodl na navýšení plateb za státní pojištěnce. Zvýšení platby přinese do zdravotnictví peníze potřebné mimo jiné na kompenzaci zrušených poplatků za pobyt v nemocnici, jde přibližně o 2,1 miliardy korun. Platba za jednoho z přibližně 6 milionů státních pojištěnců byla stanovena ze 787 na 845 korun. Poslanci návrh zákona schválili v květnu.

◆ MZ změnilo systém předávání pacientů mezi nemocnicí a záchrankou v Praze

Řešení problémové situace příjmu pacientů do pražských nemocnic z péče záchranné služby posunul teprve extrémní případ, kdy sanitka vozila pacientku s otravou po Praze 82 minut. Ministerstvo zdravotnictví vydalo svým nemocnicím příkaz, aby pacienta od záchranky přijalo vždy do zařízení, kam má sanitka s akutním pacientem nejbližší. Zavedením tohoto pravidla do praxe pověřil ministr Němeček náměstka pro zdravotní péči Josefa Vymazala.

Květen

◆ Vznikl plán na průhlednější a efektivnější zdravotnictví

Vláda schválila obsáhlý seznam systémových opatření, jež mají zprůhlednit a zefektivnit české zdravotnictví. Opatření navržená ministrem Němečkem mají vést nejen k úsporám, ale i ke kvalitnější péči – ušetřené peníze tedy mají zůstat ve zdravotnictví. Změny zasáhnou oblasti zdravotního pojištění, služeb a ekonomiky a řízení organizací v přímé působnosti ministerstva zdravotnictví.

◆ Evropa zvedla prst – MZ musí prověřit dotované programy

Evropská komise (EK) pozastavila certifikační proces Integrovaného operačního programu (IOP) – Služby v oblasti veřejného zdraví. Důvodem jsou chyby, ke kterým došlo v projektech z let 2009–2010. Ministerstvo zdravotnictví začalo prověřovat související systém kontrolních mechanismů, což je také podmínkou EK pro obnovení certifikačního procesu. „Pozastavení certifikačního procesu znamená, že Evropská komise pozastavuje do doby přijetí jí udělených nápravných opatření proplácení finančních prostředků členskému státu, nemá však žádný vliv na pozastavení jakýchkoli implementačních činností, jako je vydávání právních aktů či pozastavení plateb příjemcům, kteří realizují své projekty,“ uvedlo MZ.

◆ eRecepty zůstávají nepovinné

Ministerstvo zdravotnictví připravilo novou verzi zákona o léčivech, která ruší povinnou plošnou elektronickou preskripci od 1. 1. 2015. Novela i po tomto datu zachovává stávající – tedy dobrovolnou – elektronickou preskripci. MZ chce nyní více diskutovat a odstranit možná rizika eReceptů.

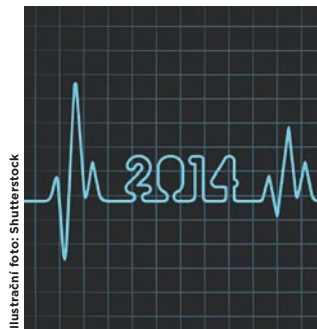
Červen

◆ Meziřesortní dohoda s ministerstvem průmyslu a obchodu

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a náměstek ministra průmyslu a obchodu (MPO) Jiří Havlíček podepsali 10. června 2014 dohodu o úzké spolupráci. Cílem je větší podpora exportu českých výrobců zdravotnických výrobků a zdravotních služeb na zahraničních trzích, zejména v arabských zemích a Číně.

Společným zájmem ministerstev je pomoc patientské turistice ze zahraničí, zejména v lázeňství, a podpora českého vývozu v oblasti zdravotnictví. Konkrétní výsledky by měla přinést oficiální účast českých zdravotnických firem na veletrzích Arab Care v Dubaji nebo Health Care in Ho Či Minově Městě.

◆ ČLK navrhuje změny ve specializačním vzdělávání lékařů



Ilustrační foto: Shutterstock

Česká lékařská komora (ČLK) představila své teze pro nápravu specializačního vzdělávání lékařů, jehož špatný stav je podle ní jedním z hlavních důvodů, proč mladí lékaři často opouštějí ČR bezprostředně po ukončení studia na zdejších lékařských fakultách. Mladí lékaři vnímají současný systém specializačního vzdělávání jako komplikovaný až nepřátelský. Ten je pak v kombinaci s nepřilíš motivujícím finančním ohodnocením hlavním důvodem, proč se absolventi lékařských fakult poohlízejí po práci a možnostech profesního růstu mimo ČR.

◆ Padla obvinění za zmanipulování zakázky Nemocnice Na Homolce

Protikorupční policie obvinila čtyři osoby (bývalého generálního ředitele nemocnice Vladimíra Dbalého, který NNH řídil mezi roky 2006 a 2012, jeho bývalého náměstka a primáře chirurgického oddělení NNH Michala Toběrného, ředitele dceřiné společnosti nemocnice Holte Medical Petra Kutíla a Emílii Bialešovou, jejíž firma vede nemocniční zakázky na digitalizaci chorobopisů Nemocnice Na Homolce. Případ kauzy, která byla již dvakrát odložena, obnovila po příchodu na pražské zastupitelství vrchní státní zástupkyně Lenka Bradáčová.

Červenec

◆ Soud dal zapravdu VZP ve sporu s PTC

Rozhodčí soud při Hospodářské komoře a Agrární komoře ČR ve sporu mezi Proton Therapy Center Czech (PTC) a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) dal zapravdu argumentům VZP. Rozhodčí konstatovali, že nemají pravomoc k rozhodování ve věci, protože smlouva o smlouvě budoucí, jejíž plnění se PTC dožadovala, je neplatná. A to stejně tak jako rozhodčí doložka ve smlouvě obsažená. Zástupci PTC se domáhali plnění smlouvy o smlouvě budoucí, která VZP ukládala povinnost posílat tomuto zdravotnickému zařízení po dobu 15 let 1650 klientů ročně a platit za ně ročně jednu miliardu korun.

◆ SÚKL přesune 1,7 mld. Kč do státního rozpočtu

Vláda schválila návrh, aby prostředky od Státního ústavu pro kontrolu léčiv byly využity jako náhrada výpadku příjmů poté, co od ledna 2015 přestali pacienti platit zokoronové regulační poplatky. Návrh přednesl ministr Němeček. Prostředky SÚKL uvolní ze svého rezervního fondu. K 31. 5. 2014 činil stav rezervního fondu SÚKL 2 010 561 140 Kč. Novela zákona o léčivech by měla umožnit opakované čerpání z rezervního fondu SÚKL, kdykoli to v budoucnu bude potřeba.

◆ Vznikla Evropská iniciativa transparentní spolupráce lékařů a firem

Otevřenost společného úsilí farmaceutických společností a lékařů o kvalitu i další výzkum podpoří Kodex Disclosure, který přijala Evropská federace farmaceutických společností a asociací (EFPPA). Na portálu www.transparentnispoluprace.cz budou zveřejněna data o podstatě a rozsahu spolupráce mezi zdravotníky a firmami a o výši souvisejících plateb. Na webu bude zveřejněna vždy celková roční částka za veškeré platby a jiná plnění za spolupráci.

Srpen

◆ Neshoda nad možným vznikem poštovních lékáren

Česká pošta připravila projekt poštovních lékáren. Možnost internetového objednání a výdeje volně prodejných léků na pobočkách České pošty (tzv. *pick-up* model) pod křídly společnosti Euroclincum zarazil Státní ústav pro kontrolu léčiv.

◆ Dvojici nemocnic oddlužil stát

Jednorázovou podporu 500 milionů korun pro brněnskou Fakultní nemocnici u sv. Anny a 200 milionů korun pro pražskou Nemocnici Na Bulovce vymohl z vládní rozpočtové rezervy ministr Němeček z obav, že by bez státní dotace nemocnice omezily fungování a ohrozily péči o pacienty. Krizovou ekonomickou situací obou nemocnic přičetl ministr špatnému hospodaření v uplynulých letech, další finanční pomoc prý již nepřijde.

Září

◆ Diskuse o muslimském šátku při poskytování zdravotní péče

Kauza vznikla případem studentek, které ukončily studium na střední zdravotnické škole, protože jim zde bylo zakázáno nosit do

výuky hidžáb. Studentek se zastala ombudsmanka Anna Šabatová. Ministerstvo zdravotnictví k problematice uvedlo, že i když některé vyhlášky tento problém částečně řeší, zůstává na zaměstnavateli, jak k šátkům sester přistoupí, protože právní úprava náležitosti pracovního oděvu neexistuje.

◆ Ke kauze Diag Human

Vítězstvím Česka letos skončil letitý spor s Diag Human, který se domáhal náhrady škody za zmařený obchod s krevní plazmou.

Říjen

◆ Vláda uznala škodlivost legálních drog

Mandát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, doposud jasně vymezený jen na oblast nelegálních návykových látek, byl rozšířen o problematiku látek legálních a oblast nelátkových závislostí, tedy alkohol, tabák a patologické hráčství.

◆ Ombudsmanem pro zdraví je Martin Stránský

V říjnu zahájila činnost Kancelář Ombudsmana pro zdraví – nezávislého centra pro informace, poradenství a zprostředkování pomoci pacientům, ale i zdravotníkům.

Založil jej neurolog a ředitel polikliniky Na Národní Martin Jan Stránský.

Listopad

◆ Dohoda o úhradách mezi VZP a domovy seniorů

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) se dohodla s více než 70 % všech domovů pro seniory na způsobu vyúčtování zdravotní péče v letech 2012–2014. Pokračuje urovnávání vzájemných sporů, které bylo deklarováno již koncem června při podpisu společného memoranda, jež za VZP podepsal ředitel Zdeněk Kabátek, za Asociaci poskytovatelů sociálních služeb její prezident Jiří Horecký a za Asociaci krajů předseda Michal Hašek.

◆ ÚZIS i DRG nově

Pod vedením nového ředitele Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) doc. Ladislava Duška odstartoval také projekt DRG restart. ÚZIS zjednoduší lékařům výkaznictví, proběhne revize sbíraných dat a startuje sdílení informací s pojišťovnami a odbornými společnostmi. Systém DRG, tedy platby za diagnózu, začne sběrem dat, analýzou a nastavením úhrad. Za dva až tři roky by nemocnice měly dostávat za stejnou péči stejnou

úhradu. Většina nemocnic hlásí ke konci roku kladnou bilanci.

Prosinec

◆ Úhradová vyhláška

Úhrady za poskytnutou péči budou pro příští rok opět vyšší. Pojišťovny (VZP po 5 letech končí s mírným přebytkem) dostanou o 10 miliard více, celkem na péči dají 239 miliard. Vyhláška pokrývá i růst tarifních platů zdravotníků o 5 % ve všech typech nemocnic. Vyhláška reflektuje náhrady za zrušené poplatky – ambulance dostanou plných 30 korun, nemocnice, LDN či lůžné 100 korun, lékárny místo 30 jen 12 korun, protože dle ministra většina lékáren poplatek nevybírala.

◆ Zahájení centrálních nákupů

Ministerstvo zdravotnictví odstartovalo projekt centralizovaných nákupů zdravotnického materiálu do svých nemocnic. Ministerstvo zveřejnilo předběžné oznámení o vypsání veřejné zakázky na centralizovaný nákup vybraných zdravotnických prostředků pro všechny nemocnice, jež řídí. Pod resort spadají dvě desítky fakultních nemocnic a dalších specializovaných ústavů.

Petra Klusáková

Inzerce M151000016

PRO.MED.CS
Praha a.s.



ČESKÁ
FARMACEUTICKÁ
SPOLEČNOST

STABILNÍ A PERSPEKTIVNÍ PARTNER



Z DOMOVA

Transparentní novela zpřísní dohled nad pojišťovnamy

Vláda ČR schválila tzv. transparentní novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.). Návrh, který čeká schvalování poslaneckou sněmovnou a senátem, ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost zveřejňovat smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování a hrazení péče.

Uzavřené smlouvy včetně dodatků musí podle návrhu nové legislativy pojišťovny zveřejnit nejpozději do 60 dnů ode dne uzavření. Jak uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová, za nezveřejnění smluv bude nově pojišťovnám hrozit sankce až 10 milionů korun. Smlouvy začaly některé pojišťovny zveřejňovat už v loňském roce na základě dohody s ministerstvem zdravotnictví, nově bude tato povinnost uzákoněna pro všechny.

Smysl zveřejňování smluv

„Dosud jsme zveřejňovali pouze ty smlouvy, kde nám zdravotnická zařízení dala souhlas. Pokud bude přijata novela zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění, jaké projednala vláda, budeme zákon respektovat a zveřejníme všechny smlouvy, nemáme s tím problém,“ uvedl pro redakci ZaM ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) a prezident Svazu zaměstnaneckých pojišťoven Jaromír Gajdáček.

Jak uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, díky daleko větší veřejné kontrole si bude každý občan moci na internetu dohledat smlouvy uzavřené s pojišťovnou. Otázkou zůstává, zda jim

bude rozumět. „Každý občan jim rozumět nebude. Pro nezkreslené porozumění těmto smlouvám a jejich dodatkům je třeba, aby osoba, která je bude analyzovat, znala všechny souvislosti, jež s uzavíráním těchto dohod souvisí. Jinak může hrozit opravdu zásadní zkraslení těchto údajů. To je také důvodem, proč například ambulantní specialisté se zveřejňováním smluv nesouhlasí, neboť se obávají přílišného zjednodušení, kdy jejich příjmy budou laici považovat za zisk, přičemž z těchto příjmů musí lékař hradit plat sestry, provoz ambulance či nákup nových zařízení,“ uvedl na pravou míru snahu o průhlednost smluv ředitel Gajdáček, který zároveň zdůraznil, že opatření nové legislativy jsou pouze podružná: „Zdravotní pojišťovny by přivítaly především rozšíření pravomocí, zrovnoprávnění zdravotních pojišťoven, zpřísnění kontrol vykazované zdravotní péče, elektronizaci zdravotnictví a zajištění dalších finančních zdrojů například umožněním komerčního připojištění.“

Končí platby za nábor

Pojišťovny už dále nebudou moci nabírat pojištěnce prostřed-

nictvím třetích osob ani při náboru poskytovat zvýhodnění pro nové pojištěnce před stávajícími. „Nábor pojištěnců pomocí třetích osob končí. Považuji je za nevhodné, ušetřené peníze budou použity na zdravotní péči pro pacienty,“ zdůvodnil Svatopluk Němeček. Pojišťovně, která tento zákaz poruší, může být udělena pokuta až 5 milionů korun. „Co se týče zákazu nábora nových klientů pomocí třetích osob, již loni jsme externí náboráře přestali najímat a zcela se ztotožnili s tehdejšími doporučeními ministra Němečka. Systém externích náborářů se zcela vymkl představě seriózního nábora nových členů, a proto budeme v souladu se zákonem hledat jiné cesty,“ řekl Jaromír Gajdáček.

K dalším změnám, které by měly uspořít při nakládání s finančními prostředky z veřejného zdravotního pojištění, patří snížení přídelu do rezervního fondu pojišťoven z 1,5 na 0,75 %. „Pro zdravotní pojišťovny nebude snížení rezervního fondu znamenat nic zásadního. Byl vytvořen pro krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených zdravotnických služeb v případech výskytu epidemií a přírodních katastrof a tuto funkci si

částečně zachová i se sníženou sazbou přídelu,“ vysvětlil prezident Gajdáček.

Podnikatelé ven

V rámci zpřísnění překážek pro budoucí vedení pojišťoven návrh zákona stanovuje, že ředitelem ani členem orgánu pojišťovny nesmí být například vedoucí zaměstnanec nebo člen orgánů jiné zdravotní pojišťovny. Řídit pojišťovnu nesmí ani osoby, které podnikají nebo jsou členy vedení společností distribuujících či vyrábějících léčivé přípravky a zdravotnické prostředky. Totéž platí pro osoby figurující ve společnosti, která pojišťovně dodává zboží a služby. Novela zamezuje i řízení pojišťovny osobou, která je ve vedení zdravotnického zařízení, s nímž pojišťovna uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. „Podstatou návrhu ‚transparentní novely‘ v otázce překážek pro výkon funkce v orgánech pojišťoven je výslovné zakotvení povinnosti podat čestné prohlášení o tom, že taková překážka u konkrétní osoby nenastala. Zjednodušeně: bez předložení čestného prohlášení nelze funkci vykonávat. V případě, že by v prohlášení byly uve-

deny údaje nepravdivé, je takové jednání považováno za přestupek a lze za něj uložit sankci až do výše 100 tisíc korun,“ uvedla mluvčí Čechová.

Přechodné ustanovení

Podnikatelé ve zdravotnictví, kteří v orgánech pojišťoven zasedají, se loni stali terčem politických přestřelků. Patří k nim i člen správní rady VZP Petr Zimmermann (ODS) či předseda dozorčí rady VZP Rudolf Stupka (ANO), oba dle obchodního rejstříku ve zdravotnictví podnikají. K otázce, zda bude mít přijetí transparentní novely bezprostřední vliv na složení stávajících správních a dozorčích rad pojišťoven, mluvčí Čechová dodala: „Ve vztahu ke stávajícím členům orgánů (i ředitelům pojišťoven) je zásadní přechodné ustanovení ‚transparentní novely‘, které výslovně ukládá všem stávajícím členům prokázat neexistenci překážek výkonu funkce výše uvedeným způsobem (včetně sankcí za nepravdivé čestné prohlášení), nejpozději do 6 měsíců od nabytí její účinnosti. V opačném případě jejich funkce zaniká přímo ze zákona. V důsledku pravomocného rozhodnutí ministerstva zdravotnictví o spáchání výše uvedeného přestupku rovněž zaniká výkon funkce ředitele nebo člena orgánu ZP.“ Jak ale Štěpánka Čechová dodala, MZ nemá za „transparentní novely“ zakotvenou zákonem pravomoc přezkoumávat naplnění podmínek stanovených zákonem pro výkon funkce ředitele nebo člena orgánu pojišťoven. Právě „transparentní novela“ by měla tento nedostatek odstranit.

Petra Klusáková

Potřeba komplexní péče pro pacienty s nádory mozku

Komplexní onkologická centra (KOC) nevěnují pacientům s anaplastickým astrocytomelem nebo glioblastomem systematickou péči. Odborníci na zhoubná nádorová onemocnění mozku v reakci na tuto situaci iniciovali vznik nové Neurochirurgické a neuroonkologické kliniky 1. LF UK a ÚVN-VFN.

Každý rok onemocní v ČR anaplastickým astrocytomelem nebo glioblastomem zhruba 600 lidí. Ti jsou po neurochirurgické operaci odesláni do regionálně příslušných KOC. Ta jsou ale zaměřena zejména na léčbu nemocných s nádory prsu, prostaty, tlustého střeva nebo konečníku a pacientům s nádory mozku se žádá z nich systema-

ticky nevěnuje. Zhoubné mozkové nádory sice nejsou epidemiologicky příliš časté, jejich společným znakem je ale obtížná léčitelnost. Téměř vždy recidivují v původním místě, a i když lze operovat i recidivy, za relativně krátký čas se nádor vymkne kontrole. Většina pacientů umírá do 5 let od stanovení diagnózy.

Péče a nové informace k léčbě

Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK a Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN-VFN) sídlí v areálu ÚVN-VFN v Praze Střešovicích. Lékaři zde na jednom místě mohou poskytnout veškerou neurochirurgickou péči včetně radiologické a patologické

diagnostiky, řešení eventuálních komplikací a návrhu následné léčby a kontrol. Onkologickou péči v celém rozsahu však zatím poskytnout nemohou. „V budoucnu by zde měli dostat komplexní terapii pacienti s nádory mozku z celé ČR,“ řekl děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo. Podle něj bude takové centrum neuroonkologické péče

ojetině i ve srovnání s vyspělými evropskými zeměmi. Podobné centrum by mohlo v budoucnu vzniknout i na Moravě.

„Ideálním stavem je soustředit veškerou péči o pacienta na jednom místě – nemocný by se léčil v jednom zařízení, kam by se vrátil i na kontroly a k dalším případným krokům, jako je řešení recidiv, podávání cytostatik či doplňující radioterapie radiochirurgickými metodami,“ uvedl přednosta Neurochirurgické a neuroonkologické kliniky 1. LF UK a ÚVN-VFN Praha prof. Vladimír Beneš, jehož pracoviště ročně operuje zhruba 400 pacientů se zhoubnými i nezahubnými nádory mozku. Koncentrace pacientů na jednom místě umožní i klinický i laboratorní výzkum a zapojení do evropských společností zabývajících se mozkovými nádory.

(tlu)

Lednové změny a spor o reklamu v lékárnách

Segment lékáren se začal od ledna vyrovnávat se dvěma zásadními změnami – definitivním zrušením regulačních poplatků ve výši 30 Kč za recept a snížením DPH z 15 na 10 % u registrovaných léků. Marketingové tahy lékáren jsou pod drobnohledem komorové organizace.

Díky změnám nově uspoří pacienti, kteří by měli platit nižší doplatky na léky, významné finanční prostředky ušetří i zdravotní pojišťovny. Mluví Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Oldřich Tichý odhaduje úsporu u DPH na léky na 1,1, až 1,3 miliardy korun.

Česká lékárnická komora (ČLnK) slovy svého prezidenta Lubomíra Chudoby podporuje jakékoli aktivity, které přispějí ke snížení nákladů na léky a spoluúčasti pacientů. Ale taková spoluúčast musí mít jasná pravidla a především – musí být dostupná všem. „Jsem rád, že byly regulační poplatky za recept zrušeny, neboť ani v nejnemším neplnily deklarovaný účel. Již od počátku jejich vzniku Česká lékárnická komora zastávala názor, že by v lékárnách neměly být zavedeny. Poplatek se stal nejdříve pro stát, potažmo krajské samosprávy, a poté i pro některé další provozovatele lékáren pouze marketingovým nástrojem,“ uvádí Lubomír Chudoba.

O 50 % méně a přitom dražší

Letošní změnu začaly některé subjekty využívat k reklamním aktivitám, které podle komory slibují nemožné. „Reklamní kampaň se vrací zpět k doplatkům a avizuje až 50% slevu na doplatky. Kampaň vynáší do popředí především výši slevy, kterou ale slibuje poskytnout pouze vybraným skupinám pacientů, podle zadavatele této kampaně těm nejpotřebnějším – dětem a seniorům,“ říká prezident Chudoba a dodává: „Právě na této akci je možné velmi názorně ukázat manipulativnost některých reklam. Pacienti se nedozvědí, že lze daný přípravek často zaměnit za ‚stejný‘ od jiného výrobce a zcela bez doplatku. Vzhledem ke konstrukci slevy se již ne zcela překvapivě setkáváme s případy, kdy je lék pro pacienta i po 50procentní slevě na doplatku dražší než v jiné lékárně bez jakékoli ‚slevy‘,“ doplňuje prezident ČLnK.

Komora pacientům doporučuje, aby se u svých lékárníků zajíma-

li kromě informací důležitých pro správné užívání a uchování léků i o to, zda není jejich přípravek možné zaměnit za jiný s totožným složením a účinkem, ovšem s nižším nebo nulovým doplatkem. „Je to cesta bezpečná nejen ze zdravotního hlediska, ale může být šetrnější i k peněžence pacienta. Tuto individuální službu mohou pacienti využít v každé lékárně,“ uzavřel Lubomír Chudoba.

Je komora selektivní?

Na kritiku komory zareagoval lékárenský řetězec Dr. Max, resp. Česká lékárná holding (ČLH), která síť provozuje a jež nařčený ČLnK o vedení nekorektní kampaně odmítá. Podle zástupců řetězce má sama komora nekorektní přístup, když útočí právě na Dr. Maxe a jiným obdobnou aktivitu mlčky toleruje.

„Kampaň vynáší do popředí především výši slevy, kterou ale slibuje poskytnout pouze vybraným skupinám pacientů...“ konsta-

tuje se v tiskové zprávě komory. „Na samém počátku naší slevové akce jsme deklarovali, že se chceme orientovat na ty nejpotřebnější – tedy na děti a seniory – s tím, že považujeme za účinnější poskytnout významnou slevu těmto dvěma skupinám pacientů než méně citelnou výhodu všem,“ poznamenává k výtce ČLnK, že Dr. Max poskytuje slevu pouze vybraným pacientům, generální ředitel ČLH Daniel Horák a dodává: „Ve svém prohlášení komora mluví o reklamních aktivitách, které slibují nemožné. Tvrdíme opak a dokládají to zveřejněná pravidla. Je také zajímavé, že dosud úplně stejné aktivity u jiných lékáren přecházela mlčením. Nemůžeme takový přístup vnímat jinak než jako selektivní. Komora tu znovu dává najevo, že nemíní zastupovat zájmy všech svých členů, ale jen některých. A v tuto chvíli nechávám zcela stranou, že marketingové metody jsou vlastní i členům nejužšího vedení ČLnK, kteří také provozují lékárny.“



Foto: Martin Pinkas / Euro

Hledání viníka

Ekonomiku lékáren podle ředitele Horáka v novém roce zhoršila nejen neúplná kompenzace regulačního poplatku (MZ nakonec přistoupilo na 12 místo 30 korun), ale i eroze cen a úhrad. „Poslední vyjádření ČLnK vnímáme i jako snahu o odvedení pozornosti od skutečných příčin problémů lékáren v ČR. Kultivaci lékárenského prostředí by prospělo víc, kdyby se ČLnK věnovala svému skutečnému poslání – jak sama uvádí, především dohledu nad tím, že členové komory vykonávají správně své povolání.“

(klu)

Odpor je marný

Smlouvy na internetu pravděpodobně budou. Stěží to může něčemu uškodit.

Zveřejňování smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními je zase o krok blíže. Po spoustě různých řečí nejprve vládou fyzicky prošla novela zákona o veřejném zdravotním pojištění z pera ministra Svatopluka Němečka, v níž je mimo jiné zakotvena i povinnost pojišťoven vyvést smlouvy na internet. Normu teď mají v rukách poslanci, kteří o jejím osudu rozhodnou. Na jazyk se vkrádá věta, již si ve starých filmech dodávali odvahu policisté zatýkající padouchy: „Veškerý odpor je marný.“ Smysluplnost samotného opatření ukáže teprve čas. Je nesmysl do něj vkládat přehnané naděje na vyjasnění všech problémů českého zdravotnictví, stejně hloupé je ovšem tvrdit, že trocha světla vpuštěná do smluvních vztahů



Martin Čaban

udělá z lékařů štvance pronásledované závistivými pacienty, kteří si příjem ordinace spletou se ziskem lékaře. S tímto argumentem, byť ne tak vypjatě formulovaným, před časem operovala i Česká stomatologická komora, která je jedním z houževnatých odpůrců vládní snahy.

Politický imperativ dneška

Ačkoli kabinet se plácá po rame nou a hovoří o průlomu, nic zásadního se pravděpodobně nestane. VZP má své smlouvy na webu už nějaký čas a zatím se nic velkého nezbořilo. Ani nepostavilo. Podaří-li se objevit nějaká nesrovnalost ve smluvní politice pojišťoven a ušetří-li se tím něco peněz, tím lépe. Budou-li muset někteří lékaři některým zvědavým a záro-

veň ekonomicky mimořádně zbedněným pacientům vysvětlit, že přístroje, pomůcky a energie se nikde nefasují a sestra musí alespoň občas něco jíst, jistě si s tím snadno poradí. Faktem zůstává, že argumenty proti zveřejňování smluv najít lze, ale stěží se svou silou vyrovnají argumentům opačným. Pojišťovnami, málo platné, protékají velké veřejné peníze, ať jim budeme říkat pojištění, jímž jsou *de iure*, nebo daň, již jsou *de facto*. A nakládání s takovými penězi by mělo podléhat účinnému mechanismu veřejné kontroly. Ministerstvo momentálně nepřišlo na žádný lepší, tak zvolilo tento, ostatně transparentnost a zveřejňování jsou politickým imperativem dneška. A zrovna v tomto případě by jeho uposlechnutí nemělo ničemu vadit.

Živo v parlamentu

Obecně lze tedy tuto snahu o transparentnost uvítat, nic-



Ilustraci foto: Shutterstock

méně nevíme, jak dopadne provedení. Podobné snahy, jako je ta současná Němečkova, už jsme viděli. Vždy narazily na nějakou překážku, která je zhatila. Pojišťovny se dnes tváří ochotně, lékaři vesměs smířeně, ale souhlas parlamentu může být stále problém. Jak před nedávnem upozornil týdeník Euro, odpůrci zveřejňování jsou i mezi Němečkovými spolustraníky a kolegy. Jmenovitě o jeho novele zapochybovali šéf správní rady VZP a poslanec ČSSD Jiří Běhounek či senátor za tutéž stranu a její bývalý stínový ministr zdravotnictví Jan Žaloudík. V parlamentu bude ještě živo.

Na druhé straně si Němeček nemůže dovolit neuspět. Transparentnost a zveřejňování smluv do něj nemilosrdně tloukl jeho spoluhráč z vládního týmu Andrej Babiš, alespoň v těch klidnějších fázích, kdy jej zrovna neoznačoval za zkorumpovaného alkoholika. Němeček odmítl podpořit „zveřejňovací“ zákon z dílny Babišova zdravotnického guru Ludvíka Hovorky s argumentem, že chystá vlastní a lepší. Kdyby s ním teď pohořel, mohl by si klidně začít psát politické parte. Pokud uspěje, bude o českém zdravotnictví k dispozici zase o něco více informací. To by nemělo být na škodu.

Z DOMOVA

Quo vadis, úrazové pojištění?

Na začátku prosince schválila vláda novelu Zákoníku práce, která je jedním z kroků k určení budoucí podoby úrazového pojištění zaměstnavatelů, potažmo zaměstnanců. Právní úprava odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání se má z přechodných ustanovení vrátit zpět do vlastního textu Zákoníku práce.

Platný, ale neúčinný zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců má být zrušen. Přijat byl sice již v roce 2006, ale jeho účinnost byla opakovaně odložena, naposledy loni na 1. 1. 2017. Důvodem bylo především nevyhovující, zastaralé řešení, přinášející řadu potenciálních problémů. Proto ho odmítli i sociální partneři v Radě hospodářské a sociální dohody.

Vyhovující a lukrativní

Pomineme-li fakt, že současný systém byl od počátku koncipován jako dočasný, můžeme konstatovat, že pro většinu z minimálně pěti zainteresovaných subjektů je na první pohled vyhovující.

Zaměstnanec má bez další výrazné zátěže jistotu alespoň částečného zajištění (příčemž je ovšem nutné podrobit analýze výši, strukturu a způsob tohoto plnění).

Pro komerční pojišťovny je úrazové pojištění velmi lukrativní činností. To ostatně vyplývá i z toho, že o provozování tohoto typu pojištění i nadále jeví eminentní zájem. Po řadu let jim totiž mimo jiné byly přiznávány

vysoké provozní náklady, které se teprve nedávno, s účinností od ledna 2015, podstatně snížily na 4 % vybraného pojistného. A ostatně ani sám stát nepřišel zkrátka – komerční pojišťovny odváděly do státního rozpočtu „přebytky“ (rozdíl mezi vybraným pojistným, vyplaceným odškodněním a vlastní režií) ve výši 2,3 miliardy Kč ročně.

Úzké krytí škod

Na straně těch méně spokojených stojí především ti, kdo jsou ze zákona povinni pojistit odpovědnost za škodu při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání – zaměstnavatelé. Ti za své peníze dostávají produkt, který jim neposkytuje komplexní pokrytí škod. Úrazové pojištění je sice chrání proti uplatněným nárokům za škodu vzniklou při pracovním úrazu nebo nemoci z povolání, ale pouze ze strany zaměstnanců. S pracovním úrazem či nemocí z povolání jsou ovšem spojeny i jiné, často mnohonásobně vyšší nároky, proti kterým zaměstnavatelé krytí nejsou. Jde především o náklady na poskytnutou zdravotní péči.

Ve skutečnosti s sebou totiž každý pracovní úraz nebo nemoc z povolání nese náklady na své léčení. Zaměstnanec je třeba léčit, obnovit jejich pracovní schopnost, zabránit chronickým problémům, trvalým následkům, invaliditě nebo úmrtí. To vše jsou možné důsledky pracovních úrazů a nemocí z povolání, ale z úrazového pojištění hrazeny nejsou.

Role zdravotního pojištění

Ekonomické dopady pak nesou buď zaměstnavatelé, nebo – ještě častěji – systém veřejného zdravotního pojištění. Na ten dopadá zřejmě největší část nákladů spojených s pracovními úrazy nebo nemocemi z povolání. Systém veřejného zdravotního pojištění ovšem není nějaký anonymní abstraktní pojem – náklady dopadají na jeho zcela konkrétní účastníky/pojištěnce. Ti svým pojistným hradí léčebné výlohy na pracovní úrazy a nemoci z povolání. To nepochybně není v pořádku, pokud vedle veřejného zdravotního pojištění existuje i speciální pojištění úrazové. Veřejné zdravotní pojištění tak *de facto* i *de iure* sánuje závažnou mezeru v platné právní úpravě.

Současná právní úprava totiž staví provozovatele systému veřejného zdravotního pojištění – zdravotní pojišťovny – do role, kdy musí prokázat zaviněné protiprávní jednání zaměstnavatele. Jen tak mohou mít nárok na náhradu nákladů za služby, které musely zaplatit v důsledku protiprávního jednání vůči pojištěnci (tzv. regres podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Jde o zjevnou diskriminaci systému veřejného zdravotního pojištění, protože i on utrpěl škodu v důsledku pracovního úrazu či nemoci z povolání. Ovšem prokázat zaviněné protiprávní jednání zaměstnavatele je často nemožné, většinou pro důkazní nouzi. Ta je způsobena i tím, že ani zaměstnavatel, ani zaměstnanec nemá žádnou motivaci zdravotním pojišťovnám jakkoli pomáhat. A tak ačkoli zaměstnanec je odškodněn vždy, náklady vynalo-

žené ze systému veřejného zdravotního pojištění se do něj vrací jen málokdy.

Reálné náklady nepokrývá

Zaměstnavatelé se tak dostávají do situace, kdy splní svou zákonnou povinnost, ale přesto v důsledku zjistí, že jim jejich pojištění vzniklé náklady nepokryje. V mnoha případech by vyčíslení a zaplacení takových nákladů mohlo pro zaměstnavatele přerůst až ve fatální problém. To samozřejmě cyklicky přispívá k tomu, že zaměstnavatelé nemají zájem „ulehčovat“ zdravotním pojišťovnám pozici při vymáhání. A byly již zaregistrovány i případy, kdy je vyvíjen tlak na zaměstnance, aby postupovali ve shodě se zaměstnavatelem. To může být pro zaměstnance samozřejmě rovněž neřešitelná situace.

Pro ilustraci: V roce 2012 bylo v Česku nově hlášeno zhruba 44 tisíc případů pracovní neschopnosti pro pracovní úraz či nemoc z povolání. Z toho cca 43 500 případů trvalo déle než 3 dny. Zaviněné protiprávní jednání však bylo možno prokázat zaměstnavatelům pouze zhruba ve 3 % případů. O této dimenzi problému úrazového pojištění se však při současných úvahách o jeho reformě vlastně vůbec nehovoří.

V diskusích o reformě úrazového pojištění jsou teď zvažovány čtyři subjekty pro provádění úrazového pojištění:

- zachování současného stavu, kdy úrazové pojištění provádějí komerční pojišťovny;
- vytvoření nového subjektu – úrazové pojišťovny;
- provádění úrazového pojištění Českou správou sociálního zabezpečení;
- převedení úrazového pojištění na existující zdravotní pojišťovny.

Koho vybrat?

Všechny čtyři varianty představují životaschopné formy provozování úrazového pojištění. Dělicí čáry mezi jednotlivými variantami je možné rýsovat v mnoha rovinách – od dělení na veřejnoprávní subjekty a soukromoprávní úpravu přes provázanost na státní rozpočet až po



Vít Jásek | Foto: archiv autora

účel poskytování úrazového pojištění. Výhody i nevýhody jednotlivých variant jsou přitom nezpochybnitelné.

U první varianty je výhodou především *know-how* jeho současných provozovatelů na straně jedné, na druhé straně však stojí možnost i jejich soukromoprávní povaha a primární účel jejich existence spočívající v tvorbě zisku. Druhá varianta je pak nepochybně nejdražší co do rozjezdových nákladů, ale přináší i výhodu nové, účelově vymezené a s konkrétním posláním a zázemím tvořené instituce.

Česká správa sociálního zabezpečení s sebou přináší stabilitu a zkušenosti s dávkovými systémy, vyvážené z druhé strany jasně rigidními vnitřními postupy řízenými přísně správním řádem a nároky na státní rozpočet.

Budou to zdravotní pojišťovny?

Kdesi na pomezí toho všeho pak stojí zdravotní pojišťovny. Ty v sobě snoubí výhodu již existujících nástrojů – například evidenci zaměstnavatelů, zavedenou mnohaletou komunikací a bohaté zkušenosti s výběrem pojistného a s jeho kontrolou, personál i použitelné informační systémy. To vše včetně zkušeností s přeshraničním prvkem takového pojistného systému a nejuplněnějších informací o zdravotním stavu svých pojištěnců. Synergie obou systémů veřejného pojištění je nesporná.

Ať už bude zvoleno jakékoli řešení, je třeba vést další debatu nad rozsahem, adresáty, provozovatelem i nositeli úrazového pojištění. Reforma nesmí přinášet zásadní administrativní a finanční nároky, prodloužení lhůt na odškodňování, musí být zajištěn systém kontroly revizními lékaři a musí přinést hospodárnější vynakládání prostředků nás všech.

Bc. Vít Jásek,

výkonný ředitel Unie zaměstnavatelských svazů ČR

Správní rada VZP chce více transparentnosti

Správní rada Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) ústy svého předsedy Jiřího Běhouneka oznámila, že pro vyšší transparentnost orgánu bude po každém svém zasedání pořádat tiskový briefing, kde její zástupci poskytnou informace o projednávané problematice.

K otázce hospodaření uvnitř pojišťovny se vyjádřil místopředseda správní rady VZP a poslanec za TOP 09 Jiří Skalický. „Trend nastavení vnitřních úspor z počátku roku 2014 vede k úsporám v provozních prostředcích, ať už jde o snížení nákladů na zakázky IT technologií, bankovních poplatků či služby mobilních operátorů a podobně. Dostáváme se k úsporám v řádech stovek milionů,“ vyčetl Jiří Skalický.

Předseda Výboru pro zdravotnictví PSP Roman Vyzula informoval novináře o kroku směrem k další-

mu zprůhlednění smluvní politiky VZP. „Správní rada nyní projednává návrh, který by měl vést k jednoznačné průhlednosti smluvní politiky. Jde o jednotný systém pro rozhodování o tom, zda, komu a za jakých podmínek budou smluvní vztahy mezi pojišťovnou a poskytovateli zdravotní péče navázány,“ uvedl Roman Vyzula a dodal, že pokud bude návrh schválen, o smluvních vztazích bude rozhodovat nová komise. Předseda Běhounek počítá s tím, že správní rada návrh přijme v prvním kvartálu roku 2015. (klu)

Společnost Nemocnice Pardubického kraje se představuje

Nemocnice Pardubického kraje, a. s., vznikla na konci roku 2014. V lednu bylo zvoleno i nové vedení, předsedou představenstva se stal Tomáš Gottvald. Kraj také pro své zařízení nově získal status Komplexního onkologického centra.

Společnost vznikla sloučením nemocnic vlastněných Pardubickým krajem, tedy nemocnic v Pardubicích, Chrudimí, Ústí nad Orlicí, Litomyšli a Svitavách.

Dlouhodobý plán kraje

Nová společnost vznikla na základě dlouhodobého plánu, tzv. Scénáře efektivní transformace akutní lůžkové nemocniční péče v Pardubickém kraji, který schválili zastupitelé. „Slibujeme si od toho jednak lepší hospodaření, dále kvalitnější péči pro pacienty a také větší možnosti uplatnění a profesního růstu pro zaměstnance,“ konstatoval náměstek hejtmána Pardubického kraje pro zdravotnictví Roman Línek. Nemocnice Pardubického kraje sdružuje 5 nemocnic s celkovým ročním obrátem více než 3,5 miliardy korun a zaměstnává na 4500 zaměstnanců. Nové vedení zdůraznilo, že hodlá v kraji zachovat 5 nemocnic akutní lůžkové péče i nadále.

Větší a silnější

Společnost se chce postarat o vyrovnané hospodaření nemocnic v letošním roce. „Budeme mít mnohem větší potenciál než pět menších subjektů. Věřím, že ho využijeme a že to bude pozitivně znát i v kvalitě poskytované péče i v ekonomických výsledcích,“ uvedl ve vyjádření generální ředitel Gottvald. Podle něho není možné spoléhat na to, že Pardubický kraj bude do nemocnic dolévat provozní peníze. Předpokládá také, že první měsíce roku mohou přinést určité provozní obtíže, a vyzývá personál nemocnic ke vstřícnosti. Zdůrazňuje ale, že jednou z hlavních priorit vedení je vytvoření pocitu jistoty u personálu i pacientů. Přesouvání zaměstnanců z jedné nemocnice do druhé nebude možné bez jejich souhlasu, protože i nadále platí staré smlouvy. Z dlouhodobého pohledu může podle Tomáše Gottvalda říze

přinést pružnější systém výchovy zdravotnických pracovníků, zejména lékařů, kteří mohou jít sbírat zkušenosti do jiné nemocnice v rámci kraje.

Onkologické centrum

Ministerstvo zdravotnictví ČR nově udělilo statut centra vysoce specializované onkologické péče pro dospělé Komplexnímu onkologickému centru Pardubického kraje, které tvoří dva spolupracující subjekty – Nemocnice Pardubického kraje, a. s., a Multiscan, s. r. o. Toto označení může pardubické onkocentrum používat do roku 2019. „Pro Pardubický kraj to je vynikající zpráva, která znamená návrat onkologické péče na nejvyšší odbornou úroveň a také předpoklad k dalšímu možnému čerpání evropských prostředků,“ uvedl hejtmán Pardubického kraje Martin Netolický.

Irena Soukupová

Nemocnice Na Bulovce zvyšuje ostrahu areálu

Vedení nemocnice tak reaguje na zvýšenou koncentraci opiců a žebrajících a spojuje jejich výskyt v areálu s působením Centra pro metadonovou substituci Drop In, které sídlí v pavilonu bývalé záchytky. Zda jde právě o tyto pacienty, nemocnice neví. Drop In odmítá, že by situaci způsobovali jeho klienti.

Drop In působí v areálu Nemocnice Na Bulovce (NNB) zhruba rok a čtvrt. Podle mluvčího NNB Martina Šalka od počátku působení Drop In provází stížnosti. „Lidem se stále nelíbí, že se zvýšila koncentrace osob, které polehávají opilé v parku před nemocnicí a obtěžují žebrařím. Zda jde o klienty centra nebo o výsledek kumulativního efektu, nikdo neví. Jisté ale je, že se zvýšilo obtěžování rodičů s dětmi, kteří chodí na nedalekou pohotovost pro děti, i pacientů a zaměstnanců nemocnice a kolemjdoucích,“ uvedl mluvčí Šalek s tím, že se situace ještě vyhorčila tím, že se drogově závislí z veřejného prostranství v tramvajové zastávce před nemocnicí přesouvají do areálu nemocnice. A nejdou přitom do nemocnice kvůli zdravotním obtížím.

NNB zareagovala novými přísnějšími instrukcemi pro ochranku, která je nyní permanentně v pohybu po celém areálu a při obtěžujícím chování vůči pacientům, návštěvníkům nebo zaměstnancům okamžitě kórná. Zvýšený dohled zavedla ochranka také kolem lékárny.

Zpřísnění vítá i Drop In

„Věříme, že tohoto zpřísnění si brzy příslušní jedinci všimnou, řeknou si o tom mezi sebou a pochopí, že v areálu nemocnice jim to tolerovat nebudeme. Musíme jednoznačně ochránit klid a bezpečí pacientů, stejně tak klid lékařů a sester na jejich práci,“ shrnula ředitelka NNB Andrea Vrbovská.

Rozhodnutí o zvýšeném dohledu ochranky na dění v areálu uvítalo také vedení Centra metadonové

substituce Drop In. „Zaměstnanci i naši pacienti s vyšší mírou dohledu v areálu souhlasí. Chodím denně kolem brány do práce a vím, že se tam scházejí bezdomovci závislí na alkoholu. Bohužel nevíme, kdo byli ti lidé, proti nimž ochranka zasáhla, ale naši pacienti to zřejmě nebyli. Kolem našeho pavilonu č. 19 se žádné takové osoby neshlukují. Nezapomeňte, že naši klienti se léčí ze závislosti na heroinu a odvykací metadonovou léčbu nastoupili dobrovolně,“ uvedl ředitel a vedoucí Drop In Jiří Presl a připomněl, že centrum organizačně nespadá pod nemocnici, ale pod Městskou polikliniku Praha (tzv. magistrátní polikliniku). I proto zřejmě vážné komunikace mezi nemocnicí a centrem, na jejíž nedostatek ze strany vedení nemocnice si ředitel Presl postěžoval.

(klu)

Krátce z regionů

• Nemocnice Semily má nové vedení. Ředitelka se vzdala funkce

Novým dočasným ředitelem semilské nemocnice byl jmenován Tomáš Sláma, který dříve působil jako ředitel nemocnice v Turnově. Ve funkci bude do května, kdy bude vypsáno výběrové řízení. Bývalá ředitelka nemocnice Alena Kuželová uvedla jako důvod svého odstoupení rozpor ve slibech a činech ze strany nového vedení města. „Opakovaně ujišťuje veřejnost o záměru zachování nemocnice a jejím dalším rozvoji. Mnozí se výstupy představitelů města a jejich koaličních partnerů však vnímám jako výroky a činy poškozující nemocnici, znejistňující zaměstnance i pacienty a ohrožující její budoucnost,“ uvedla bývalá ředitelka ve svém vyjádření. Její odchod a zejména jmenování Tomáše Slámy do nejvyšší funkce vyvolalo rozporuplné reakce. Aleně Kuželové se po dvou a půl letech podařilo vyvést hospodaření nemocnice z krize a v minulém roce činil její zisk 10 milionů korun. Za bývalou ředitelku se postavil i bývalý starosta a Semil a nynější poslanec Jan Farský (TOP 09), který jí vyjádřil podporu a poděkování na svých facebookových stránkách. Současné vedení města v čele se starostkou Věrou Blažkovou ovšem Tomáše Slámu v nové funkci plně podporuje, a to i přes výtky opozice. Opoziční strana Volba pro Semily ve svém prohlášení upozornila na údajně nepříliš úspěšné působení ředitele v turnovské nemocnici i na kauzu semilských ortopedů, jejichž odchod do turnovské nemocnice zapříčinil v Semilech velkou krizi, na níž, podle opozice, nese vinu právě Tomáš Sláma.

• Ředitelem nemocnice v Jičíně je Tomáš Jedlička

Předsedou představenstva a ředitelem Oblastní nemocnice Jičín, a. s. (ONJ), byl jmenován chirurg Tomáš Jedlička. Dosavadní ředitelka jičínské nemocnice Dana Kracíková odstoupila k poslednímu dni roku 2014 na vlastní žádost z funkce, protože byla zvolena starostkou města Železnice. „Tomáš Jedlička vedl jako ředitel dvě oblastní nemocnice, a to s velmi dobrými výsledky. Jako lékař a dlouholetý manažer je i přirozenou autoritou u odborné veřejnosti. Vést velkou společnost, jakou bezpochyby Oblastní nemocnice Jičín je, bude pro něj další životní výzva,“ uvedl předseda představenstva Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje Jiří Skřivánek. Tomáš Jedlička dříve působil v nemocnicích v Hořovicích a v Mělnice.

• Karlovarská nemocnice otevřela nový kardiostacionář

Nové oddělení mohou využít pacienti, kteří potřebují tzv. radiální katetrizaci, kdy je k zákroku nutná jen jednodenní hospitalizace. „Pacient přichází ráno do stacionáře, kde je přijat lékařem a sestrou. Na katetrizačním sále je proveden výkon v místním znečistlivění cestou vřetení tepny. Po zobrazení srdečních tepen na angioplastiku následuje léčebná angioplastika s implantací stentu. Výkon trvá 20 až 60 minut v závislosti na stupni postižení,“ uvedl v tiskové zprávě primář kardiologického oddělení Karlovarské krajské nemocnice Michal Pařour. Právě po tomto výkonu je nemocný převezven do kardiostacionáře, kde tráví přibližně 6 hodin pod kontrolou lékaře a sestry. Prostor stacionáře je zařízen v civilním duchu, aby co nejméně připomínal prostředí nemocnice.

• Kraj Vysočina ulehčí pacientům objednávání k lékařům

Kraj Vysočina pokračuje v dlouhodobé snaze zlepšovat prostřednictvím elektronického zdravotnictví komunikaci mezi jednotlivými subjekty. V rámci zkvalitnění služeb pro pacienty zdravotnických zařízení proběhla technická integrace systémů MAX a eAmbulance. Objednávkový systém MAX je určený pro zprostředkování komunikace mezi pacienty a praktickým lékařem a mezi lékaři navzájem. Podle informací na webu kraje je v současné době využíváno více než 120 lékaři. eAmbulance je pak objednávkový systém pro pacienty ambulancí krajských nemocnic

(iso)

NÁZORY

Úhradová vyhláška bohatým dává a chudým bere

Podmínky úhradové vyhlášky pro rok 2015 byly nevídaně pozitivní s ohledem na nárůst příjmu systému veřejného zdravotního pojištění o 10 mld. Kč, a to i se závazkem kompenzovat ztrátu 5 mld. Kč, která vznikla zrušením regulačních poplatků. Toto rozmařilé chování ČSSD bylo uhrazeno na vrub propadového státního rozpočtu.

Ani čisté navýšení rozpočtu zdravotnictví o 5 mld. Kč ale nebylo využito k nápravě způsobu, jakým jsou peníze rozdělovány zdravotnickým zařízením, za což je MZ kritizováno vicepremiérem Andrejem Babišem. Je to škoda, protože způsob, který byl zvolen, tj. přidání rovnoměrně všem, aby si všichni mohli zvýšit platy, je sice krátkodobě líbivý, ale dlouhodobě povede ke stagnaci nápravných kroků, které měly úhrady učinit spravedlivými.

Sjednocení plateb v nedohlednu

Celý problém úhradové vyhlášky je v tom, že podoba systé-

mu, podle něhož jsou vypláceny úhrady nemocnicím, se vrací před rok 2011. Tento krok bere naději zejména menším nemocnicím, jimž se začaly srovnávat platby s úhradami, které jdou za stejný výkon větším zařízením.

Úhrady nemocnicím jsou založené na systému platby za hospitalizační diagnózu, tzv. DRG, jehož náprava byla zahájena už v r. 2011. V té době se začaly postupně sjednocovat sazby tak, aby za stejnou diagnostickou skupinu dostaly zapláceno všechny nemocnice stejně, ať jsou malé či velké, bez ohledu na to, od které zdravotní pojišťovny peníze

jdou nebo ve kterém kraji se péče odehrává. Ministr Němeček nyní obdržel do rozpočtu MZ finance na 40 pracovníků, kteří budou DRG kultivovat. Je to správné posílení, ale celý proces bude trvat 5 let. Po tuto dobu by se měl starý, byť ne úplně dokonalý systém používat i nadále a ne začít, tak jak se nyní předkládá, platit paušálem a zafixovat dosud trvající nespravedlnosti. DRG je již alespoň zčásti zkultivované a umožňuje, aby peníze pro nemocnici šly tzv. s pacientem. Cílem tohoto mechanismu je, aby mohli nemocní podle své vůle jít do zařízení, které jim více vyhovuje dopravně, nebo tam, kde je po-

dle nich nemocnice medicínsky i lidsky lepší.

Bohaté nemocnice si polepší

Vyhláška po rok 2015 tento princip nezohledňuje. Místo toho, aby více otevřela finanční koridory, které většímu pohybu pacientů ještě stále brání, naopak platby zachovává na letošní úrovni bez ohledu na to, zda pacientů v příslušné nemocnici přibýlo či ubylo. Zařízení, která byla dlouhodobě nespravedlivě krácena a začala si postupně polepšovat, touto vyhláškou ztrácí naději na spravedlnost a jsou odkazována na nový ideální DRG

systém, který se narodí po 5 letech. Části bohatých a přeplácených nemocnic naopak peněz ještě přibude, takže se nelze divit, že se hlasitě dovolávají toho, aby byl stávající stav rychle zmrazen a čekalo se na úplné přepracování DRG.

Nový systém potřeba určitě bude, ale budeme-li na něj jen čekat a nepodporovat reálnou možnost pacienta jít již podle stávajícího DRG bez protekce tam, kam se rozhodne, můžeme být za 5 let překvapeni, že ideální stav znovu nenastal. Zejména v situaci, kdy i přes personální posílení ministerstva není v plánu souběžná náprava kalkulací v Seznamu výkonů, bez které se ani nový systém DRG neobejde.

Jedno pozitivum přesto vyhláška obsahuje, a sice bonus za předepisování léků elektronicky. Je to správný krok k postupnému odstraňování nepravosti v předepisování léků, který nám opakovaně doporučovala EU, zatímco ČR se mu dlouho a úporně brání.

Leoš Heger,
místopředseda TOP 09,
poslanec Parlamentu ČR

K plánovaným centralizovaným nákupům přímo řízených organizací

Centralizované nákupy jsou bezesporu cestou jak šetřit peníze ve zdravotnictví. Za stejných nákupních pravidel a metodiky jednotné lékové politiky lze dostat náklady na léčiva a zdravotnické prostředky pod kontrolu a řídit je efektivně a centrálně. Na rozdíl od nákupu elektřiny či plynu ale mají léky a zdravotnické prostředky podstatná specifika a přinášejí pro efektivitu centralizovaného zadávání nezanedbatelná rizika.

Složitost výběru, soutěžení a případně záměnu za stávající dražší variantu předurčuje už to, že s léky a prostředky pracují přímo samotní lékaři, kteří jsou zodpovědní za jejich volbu a využití řídí dle potřeb pacienta.

Centralizovaný nákup většinou dosáhne cíle v celkové úspoře z rozsahu zadávané poptávky. V některých nemocnicích to ale může paradoxně znamenat vyšší reálné nákupní ceny, což jejich hospodářský výsledek jen zhorší. Je to dáno tím, že dnes má většina veřejných nemocnic svoji vlastní lékovou politiku a realizuje stejné nákupy v různých cenových hladinách. Je to způsobeno dlouholetým individualizovaným a legálním přístupem k řízení optimálních pořizovacích cen primárně do spotřeby nemocnic, ale i ve vztahu k jejich struktuře, produkci, zdravotně pojistným plánům a vyšším nemoc-

ničních a ambulantních úhrad. Navíc nejsou brány v potaz nepřímé bonusy. Mimoto každá nemocnice má svoji specifickou infrastrukturu zařízení a strukturu poskytované zdravotní péče. Volba univerzálního preferovaného léku, prostředku a dodavatele se tak může měnit na základě aktuálních potřeb nemocnice, při změně infrastruktury, struktury péče i s ohledem na vývoj vysoce inovativní moderní léčby a vznik dalších vysoce specializovaných center.

(Ne)výhoda nízké ceny

Podstatným kritickým faktorem může být přílišná eroze ceny léku. Vítěz pak nebude schopen zajistit jeho dostupnost kvůli výpadku na našem trhu v důsledku zvýšené poptávky mimo naše území a významnějšího paralelního obchodu. Taktéž vnější cenové referencování a následné snížení ceny

na mnohem větších trzích členských států EU může přinést výrobcí nízkou atraktivitu účastnit se. Pak nemusí být jednoduché najít jiného konkurenčního výrobce, který by tak nízkou cenu také nabídl. Otázkou rovněž zůstává případná koordinace centralizovaných nákupů s ohledem na již existující Pozitivní listy VZP či Svazu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven nebo možnost náhrady plnění již vysoutěžených veřejných zakázek v čase platnosti jejich předpokládaných limit.

S ohledem na finanční zdraví

Významná je také způsobnost zapojených nemocnic plnit své závazky z obchodního styku, tedy schopnost hradit centralizované dodávky ve splatnosti do 30 dnů dle transponované směrnice EU. Je otázkou, zda a jakou by měl mít výrobce po-

vinnost dodržet vysoutěženou cenu a distributor podmínky pro dodání tohoto zboží, pokud nemocnice splatnost nedodrží.

V celorepublikovém průměru dnes léčiva reprezentují cca 12 % celkových nemocničních výdajů (tedy téměř srovnatelný podíl jako zdravotnické prostředky, ale 2x více než veškeré služby a 4x více než energie). Nemocnice přímo řízené MZ mají podíl léčiv vyšší, cca 17 %. Vedle všech těchto významných výdajových položek osobní náklady představují téměř 50 % celkových výdajů a jejich absolutní hodnota neustále roste i kvůli tomu, že výdaje na léky, zdravotnické prostředky a služby se neustále soustřeďují a jejich celková hodnota se dramaticky snižuje. Z dat Komory administrátorů veřejných zakázek vyplývá, že meziročně klesl celkový objem zakázek nemocnic o téměř 40 % a průměrná hodno-

ta zadávané zakázky až o 50 %. To znamená, že se soutěží mnohem více menších zakázek a výsledná hodnota absolutní finanční úspory již dosahuje svého stropu.

Optimalizace fixních osobních nákladů

Pro efektivní řízení nemocnic je dnes klíčovým faktorem úspěchu jednak hodnota a podíl fixních nákladů a jejich budoucí trend, infrastruktura a transformace zařízení a poskytované zdravotní péče a tzv. bod zvratu, kdy zisk z produkce poskytované péče pokryje variabilní náklady. Například snížení osobních nákladů o 10 % se rovná snížení všech nákupů léčiv o skoro polovinu. Proto vidím budoucnost pozitivní finanční kondice nemocnic především v optimalizaci fixních osobních nákladů a v efektivitě všech nákupů, která by se ale neměla opírat jen o cenu, ale i o kvalitu léčiva, zdravotnického prostředku nebo služby. Dále v časové a místní dostupnosti a celkovém obchodně-marketingovém a logistickém servisu výrobce a dodavatele. Navíc regulace cen a úhrad je v gesci SÚKL, který svoji roli plní svědomitě, a každá veřejná nemocnice musí nákupy realizovat v souladu se zákonem o veřejných zakázkách.

Michal Krejta,
generální ředitel/předseda představenstva
OMEGA Pharma, a. s.,
tajemník Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL)

Proč je reklama **Zlo**?

V souvislosti se změnou zákona ve smyslu zákazu slev na léky přistoupili někteří provozovatelé k jiným (i když možná zákonu nevyhovujícím) marketingovým aktivitám, jejichž propagace se do mediálního prostoru dostávají prostřednictvím reklam v televizním i rozhlasovém vysílání.

Na rovinu je třeba uvést, že podobný marketing zkouší nebo provádí i celá řada „drobných“ provozovatelů lékáren. Jen jimi neplní éter jako dva velké lékárenské řetězce.

Smutné dědictví

Kvůli přeplněnému éteru se do křížku dostávají komora a zadavatel televizní reklamy. Jeden osočuje druhého a místo konstruktivních úvah jde o eskapistický manévra a obviňování z hledání vnitřního nepřítel. Následně pak v diskusích na sociálních sítích nebo na stránkách komory hrají stejnou roli také lékárníci. Polemiky o tom, které „praktiky“ škodí stavu a profesi lékárníka, plní virtuální i fyzické stránky. Prvotní důvod a impuls se vytrácí, v souborých začíná jít o osobní rovinu, o nastavení míry tolerance k jednotlivým neetickým praktikám. A najednou je ten prapůvod diskuse, teď už spíš hádky, v osobní rovině. Akteři srovnávají kvalitu vzdělání, kvalitu výkonu profesie... možná i barvu diplomů. Jenže to není o neetickém jednání ani o jeho toleranci, je to o základních principech, k jejichž pochopení nám brání smutné dědictví předlistopadových let. Ti z vás, kteří pamatují reklamy „pana Vajíčka“, mi možná dají za pravdu. Nebyla to reklama, jen její karikatura. Zejména když propagovala jízdní kola ESKA, která se stejně nedala sehnat. Když pak vtrhla do našich obvyklých skutečná reklama, jež má za cíl vyvolat potřebu a zvýšit spotřebu KONZUMENTŮ, bylo jasné, že se s ní jakžtakž vyrovná generace Husákových dětí. Všechny dřívější generace (tedy mých rodičů a prarodičů) zasáhla mnohem intenzivněji. A neumí s informacemi v ní pracovat do dnes. To je důvod, proč souhlasím s tvrzením, že reklama je zlo, zejména když cílí na skupiny spotřebitelů, kteří se jí ani po čtvrtstoletí nenaucili rozumět.

Proměna role lékárníků

A v samotném smyslu a účelu reklamy – vyvolat potřebu a zvýšit spotřebu – je ukryto to zlo, které snad na někoho dělá dojem

charity a vstřícnosti, ale podkopává samotné základy naší práce, smysl a význam nastavení pravidel spoluúčasti a jakoukoli snahu o výchovu jednotlivce k zodpovědnosti k vlastnímu zdraví. Navíc když ho zadavatel reklamy doprovází největší lží, což zdraví je něco, co se dá pořídit „za levnou cenu“.

Před rokem 1990 se platila koruna za recept, pak asi na půl roku to bylo 5 korun. Doplatky za léky, jak je známe dnes, tu nejsou dlouho, v dubnu uplyne patnáctý rok od jejich zavedení. A pokud si dobře pamatují, byly stejně jako regulační poplatky zavedeny se snahou o výchovu pacientů k větší zodpovědnosti při používání léků. V prvních letech po zavedení doplatek poklesla spotřeba a také množství léků, které pacienti nevyužívali. Stejně tak tomu bylo při zavedení regulačních poplatků.

Marketingové aktivity při snižování doplatek a nevybíráni poplatků vedou k vyšší spotřebě (i když ne nutně k většímu užívání) a k méně racionálnímu zacházení. Bylo-li původním záměrem tvůrců lékové politiky vychovat pacienty k větší zodpovědnosti při nakládání s léky, byla reakce provozovatelů lékáren, tenkrát většinou výhradně lékárníků, aktivně se podílet na úpravě tohoto principu velikou a možná největší chybou, kterou ve vztahu ke státní správě a tvorbě lékové politiky udělali. S ochotou pracovat s konečnou cenou léku začali politici a pacienti kalkulovat ve všech následně přijatých opatřeních. Samotní lékárníci se pasovali na arbitry rozhodnutí, že zvolený systém regulace je ze strany státu špatný a je nutné ho nějakým způsobem korelovat. Ze své role poskytovatele lékárenské péče se tak dostali do role aktivního tvůrce, respektive ničitele, lékové politiky. Všechny nespojené reakce, které s sebou jakékoli zásahy do finanční spoluúčasti nutně nesou, se od té doby promítají nikoli na stát a jeho regulační autority, ale



PharmDr. Stanislav Havlíček

rovným dílem také na magistry za tárou. Výsledkem je, že v určité věkové kategorii nemáme zodpovědných pacientů – pořád si myslí, že spolknou tím tablety (zadarmo) vykoupí svoje hříchy za vytrvalé mučení a poškozování svého těla.

V jiných kategoriích máme kuponové sběratele, kterým není zatěžko jet 30 km pro levnější benzín (taky reklama) a nakoupit kuřata a levnější chleba do mrazákové foroty.

Všechno škodí

Reklama samotná (ta poslední televizní) už maximálně doplňuje celkovou mozaiku o informaci, která sděluje pacientům, že mají své spasitele, kteří neutuchající požadavky státu na nové a rostoucí „daně“ zaplatí za ně. Reklama, která říká, že léková politika státu nemůže obstát před štedrou rukou oligarchů s firmou, která má obrát ve výši 1,5násobku státního rozpočtu. Nebo chcete-li Bohušovými slovy z filmu Dědictví: „Všechny si vás koupím!“

A co škodí lékárníkům víc? Bažtožení, slevy, nebo reklamy? Všechno škodí. A jestliže si to neuvědomují už ani samotní lékárníci, pokud se snaží obhájit jakoukoli z těchto nebo podobných praktik, pokud jí z pozice zaměstnance (lhostejno u jakého provozovatele) tolerují a jenom mlčky přihlížejí, obelhávají sami sebe a škoda bude nenapravitelná. Rány na tváři lékárnické profese zanechají po zhojení jenom nehezské keloidní jizvy.

Respekt ke znalostem vs. ke slevám

Zavážením léků do ordinací rezignují „bažtožící“ lékárníci na základní roli, kterou lékárník zastává už od 13. století. Zlatou bulou Frídařa II. a znovu Karlem IV. potvrzené rozdělení profese toho, kdo léčí, a toho, kdo léky dává pacientům. Nejenže popírají staletou zkušenost, ale zavírají oči před tím, že je to konání „po nás potopa“.

Slevy? Stát není nejdokonalejším tvůrcem lékové politiky, ale je jediným legitimním tvůrcem. Bez lékárnické „fušeřiny“ do mechanismů spoluúčasti by to možná bylo dnes jinak. Kdyby se stát tenkrát v zárodku postaral, ne hrozbou nějaké pokuty, ale rovnou zrušením registrace zdravotnického zařízení, aby přijatá opatření vydržela a prokázala tak úspěšnost nebo neúspěšnost původních záměrů, pacienti by sami možná získali větší slovo v tom, jak je konstrukce ceny a spoluúčasti tvořena. Volby by se vyhrávaly v důležitějších tématech, než je odpouštění a rušení třicetikorunových poplatků. Na Palackého náměstí nemusela být v roce 2006 žádná demonstrace, já nemusel být prezidentem komory a euro bychom kupovali za 12 a dolar za 8 korun. Pacienti by respektovali naše znalosti a ne ochotu odečítat procenta a přičítat věrnostní body.

Ještě není pozdě

A reklama? Zlo – a klidně napíšu i maximální zlo. V naší profesi jde přeci především o racionál-



Ilustrace: foto: Shutterstock

ní používání léků, minimalizaci rizik a maximalizaci účinku. Tak se to učí na fakultě. O vyvolávání potřeby a zvyšování spotřeby se přeci neučíme. Tahle binární opozice musí být jasná každému.

Etickou rovinu za porušování základních pravidel můžeme vidět a snažit se o její naplnění. Můžeme vymezit mantinely a nabídnout právní ochranu pro ty ze zaměstnanců, kteří se postaví proti aktivitám zaměstnavatelů, již nejsou svým mentálním nastavením schopní vidět dál než do měšičku drobných u pasu.

A ještě není pozdě ani pro stát. Pro účinnou nápravu nestačí jen hrozit pokutami. Zrušení registrace je sice krajním, ale nejúčinnějším řešením. Gordický uzel se nejlépe rozvazuje čistým sekem.

Z diskuse na našich www stránkách

Vybrané příspěvky čtenářů stránek zdravi.e15.cz pod článkem „Sleva u Penty není zadarmo“, který byl publikován 19. 1. 2015.

• Občan lékař

Vzpomíná pan Chudoba na první funkci, když byl ministrem pan dr. Rath? Opomenul splnit slíbené – že lékárnická komora bude regulovat s ministerstvem zdravotnictví počet lékáren, tak aby skutečně soužily občanům. Nyní je pozdě bychá honit, pane Chudobo (2700 lékáren není v ČR třeba, Švédsko jich má jen 900). Lékárenské řetězce jsou prvotně nastaveny na zisk a ne humanitu!

• Lékárník

Regulovaná síť lékáren je prioritou lékárnické komory, už přes 20 let se čeká, až to projde ve sněmovně. Poslanci, nikoli pan Chudoba, jsou příčinou toho, že lékárně může vlastnit kdokoli, a třeba deset...

• Kuba

Dr. Chudoba neví, co vlastně chce. Když řešil nedávno slevy za poplatky, vyčítal řetězci Max, že to povede jedině k substituci předepsaných léků na receptu, což je pro pacienta velmi nežádoucí. Dnes naopak vyčítá, že Max ve slevové akci substituci nenabízí? Trochu schizofrenie – prezidenta, či celé komory. Komora hájí (a k tomu je určena) lékárníky. Že si hraje na ochránce pacientů je jen pokrytectví. Tak jako si zákazník zjistí, kde nakoupit levně potraviny, umí si zjistit i konkrétní výši doplateků i ceny za léky. Takže pane prezidente, nechte to na nich.

Pozn.: Příspěvky jsou stylisticky upravovány.

ZE ZAHRANIČÍ

Co hýbalo světem zdravotnictvím v roce 2014

Zatímco v závěru roku 2013 svět děsil možný potenciál koronaviru MERS, loňským rokem se jako smutný leitmotiv prolínala epidemie viru Ebola. Ale ta zdaleka nebyla jedinou významnou událostí světového zdravotnictví v právě skončeném roce 2014.

Leden

◆ **Indie** oznámila tříleté výročí od chvíle, kdy byl v zemi hlášen nový případ dětské cholery. Tento významný milník se stal předpokladem pro uznání Indie jako země bez výskytu této nemoci.

◆ **Americká** vláda zveřejnila zprávu o úspěšnosti zdravotnické reformy prosazené prezidentem Barackem Obamou. Podle ní se k novému systému zdravotního pojištění přihlásilo 2,2 milionu obyvatel, z nichž však pouze 24 % patří do věkové skupiny 18–34 let, jež měla být skupinou cílovou.

◆ Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila pákistánský **Pěšávar** za největší světový zdroj nákazy dětskou obrnou – pochází odsud 90 % všech současných případů onemocnění.

Únor

◆ **Slovenská** vláda pozastavila plán na odkoupení či vyvlastnění dvou soukromých zdravotních pojišťoven. Důvodem bylo nedostatečné finanční pokrytí projektu. Původní záměr přitom počítal s tím, že v zemi začne jediná pojišťovna fungovat již během roku 2014. Obě soukromé pojišťovny (Union patřící nizozemské společnosti Achmea a Důvera skupiny Penta) již od počátku deklarovaly, že trh dobrovolně neopustí a na případné vyvlastnění zareagují soudním sporem.

◆ V západoafrické **Guineji** byl laboratorně potvrzen první případ Eboly.

◆ **Belgický** parlament přijal zákon, který umožňuje eutanazii u nezletilých. Podmínkou pro její provedení je smrtelná nemoc a fyzické utrpení u dítěte, které nemá naději na vyléčení a svůj stav dokáže posoudit, souhlas rodičů a návrh lékařů. V případě psychického utrpení dítěte je provedení eutanazie vyloučeno. Zákon vyvolal velmi ostrou diskusi mezi odbornou i laickou veřejností, oficiálně proti němu vystoupily nejen náboženské organizace, ale i někteří lékaři včetně skupiny 160 pediatriů.

Březen

◆ **Filipínské** ministerstvo zdravotnictví spustilo jeden z největších očkovacích programů v historii země, který je zaměřený na snížení počtu nakažených vzteklinou. Do dvou let si země klade za cíl zcela zastavit umírání obyvatel v důsledku této choroby.

◆ **WHO** uveřejnila zprávu, podle níž v roce 2012 zemřelo v důsledku znečištěného ovzduší 7 milionů lidí, což představuje 12,5 % z celkového počtu úmrtí v daném roce. Toto číslo představuje více než dvojnásobné navýšení oproti roku 2008, kdy bylo provedeno předchozí hodnocení. Podle WHO se tak znečištěné ovzduší stalo nejzávažnějším zdravotním rizikem spojeným se životním prostředím.

◆ **Massachusettský** guvernér Deval Patrick vyhlásil v tomto americkém státě krizový stav kvůli prudkému nárůstu závislých na heroinu a opiátech. V rámci mimořádných opatření byly například dočasně zakázány léky s hydrokodonem a naopak se zlepšil přístup zdravotníků a záchranářů k naloxonu, který se používá při předávkování opiáty.

Duben

◆ **Libérie** oznámila první dvě laboratorně potvrzená úmrtí v důsledku nákazy virem Ebola na svém území.

◆ **Irák** odstartoval v reakci na případ podezření na nákazu dětskou obrnou masivní očkovací kampaň, v jejímž rámci mělo být očkováno na 5 milionů dětí.

◆ **Italský** ústavní soud zrušil kontroverzní zákon zakazující darování spermií a vajíček neplodným párům. Legislativu označil za zastaralou a diskriminační.

◆ **Americká** ministryně zdravotnictví Kathleen Sebeliusová podala v reakci na pomalý rozjezd zdravotnické reformy Baracka Obamy demisi. Ve funkci ji nahradila Sylvia Mathewsová Burwellová.

Květen

◆ **Světová zdravotnická organizace** uveřejnila zprávu, podle níž

v roce 2012 zemřelo ve světě 3,3 milionu lidí v důsledku konzumace alkoholu, a vyzvala členské státy k přijetí účinných opatření pro boj s nadměrnou konzumací alkoholu. Česká a Slovenská republika patří podle dokumentu k jedněm z nejvyšších spotřebitelů alkoholu – průměr 13 litrů na 1 obyvatele ročně více než dvojnásobně překračuje průměr světový.

◆ **Uganda** schválila kontroverzní zákon proti AIDS, podle něhož hrozí nemocným, kteří nakazí svého manžela či manželku, až 10 let vězení. Lékařům pak legislativa dovoluje uveřejňovat informace o HIV statusu pacienta i bez souhlasu nemocného.

◆ **Evropská unie** oznámila, že od roku 2020 více než zdvojnásobí finanční prostředky určené na pomoc s imunizačními a očkovacími kampaněmi ve světě, a to ze současných 10 na 25 milionů eur.

◆ **Sierra Leone** potvrdila první případy úmrtí v důsledku infekce virem Eboly.

Červen

◆ Více než 3500 **polských** lékařů podepsalo tzv. Deklaraci víry, jež stanovuje, že „Boží zákony jsou nadřazeny lidským“, a odmítá tedy antikoncepci, umělé oplodnění, eutanazii, změnu pohlaví a především jakékoli umělé přerušování těhotenství. Deklarace okamžitě vyvolala mohutnou vlnu odporu i ze strany řady politiků. Ministr zdravotnictví Bartosz Arlukowicz ujistil, že zdravotnická zařízení se budou řídit zákony lidskými, a pohrozil postihy lékařům, kteří by kvůli svému osobnímu přesvědčení ohrozili pacienta. Tento postoj podpořil i polský premiér Donald Tusk.

◆ Více než 70 pracovníků laboratoře **amerického** Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) v Atlantě bylo vystaveno nebezpečnému antraxu.

◆ **Londýnský** nejvyšší soud zamítl žádost dvou ochrnutých pacientů o změnu zákona, v jejímž důsledku by nebyli kriminalizováni lékaři, kteří jim pomohou zemřít. Soudci však navrhli parlamentu,

aby zrevidoval platnou legislativu, protože je podle nich v rozporu se základními lidskými právy, jež zaručuje Evropská úmluva o ochraně lidských práv.

◆ **Francouzský** soud zprostil viny 53letého lékaře Nicolase Bonne-maisona, který byl obžalován z usmrcení 7 nevyléčitelně nemocných pacientů pomocí injekcí se silnými léky. V lékařův prospěch svědčilo několik příbuzných zesnulých, petici za jeho osvobození podepsalo 66 tisíc lidí.

◆ Nejvyšší soud **amerického** státu New York definitivně zamítl snahu tamní radnice omezit velikost lahví se slazenými nápoji, které přispívají k obezitě obyvatel města. Tažení proti lahvím slazených nápojů s objemem nad 0,5 litru zahájil v roce 2012 tehdejší starosta Michael Bloomberg. Proti se ihned postavili výrobci i mnozí prodejci slazených nápojů, kteří se obrátili na soud.

Červenec

◆ Nejvyšší soud **USA** rozhodl, že tamní zaměstnavatelé mají právo na výjimku v případě zákonem dané povinnosti platit svým zaměstnancům antikoncepční prostředky, pokud s tím z náboženských důvodů nesouhlasí. Hrazení hormonální antikoncepce zaměstnavateli je součástí reformy zdravotnictví prezidenta Obamy, na soud se však kvůli němu obrátilo několik náboženských organizací, u nichž se antikoncepce neslučuje s jejich přesvědčením.

◆ V **ghanské** metropoli Akkra se pod záštitou WHO uskutečnila schůzka 11 afrických ministrů zdravotnictví a odborníků na epidemiologii, lékařů a dalších expertů, kteří jednali o postupu proti šíření viru Eboly. Za jeden z klíčových problémů označili nedostatek informací o přenosu a charakteru onemocnění mezi obyvateli.

◆ V nepoužívané skladové místnosti **amerického** Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) ve státě Maryland byla nalezena papírová krabice se šesti zapečetěnými vzorky viru pravých neštovic. Virus několik desetiletí skladování nepřežil. Za jediné dva vzorky na světě



Ilustraci foto: Shutterstock

přítom byly považovány ostře střežené exempláře v USA a Rusku.

Srpen

◆ **Světová zdravotnická organizace** vyhlásila kvůli šíření viru Eboly v západoafrických zemích mezinárodní stav ohrožení. To jí umožnilo například vyhlásit karanténu, zavírat hranice nebo omezovat mezinárodní cestovní ruch.

◆ **Španělský** duchovní Miguel Pajares se stal první evropskou obětí viru Eboly. Pětasedmdesátiletý muž se nakazil při práci v Libérii, poté byl přepraven do jedné z madridských nemocnic, kde mu byl podán experimentální přípravek ZMapp. Léčba však nezabrala a misionář nemoci podlehl.

◆ Do **Libérie** byl z USA dopraven dosud neschválený lék ZMapp, který se v testech na zvířatech ukázal jako účinný proti viru Eboly. Přednostně jej měli dostat zdravotníci nakažení tímto virem.

◆ K zemím zasaženým epidemií Eboly přibyla s 12 potvrzenými případy **Nigérie a Kongo**, kde se nákaza laboratorně potvrdila u 2 lidí.

◆ **Německá** média uveřejnila další skandál s transplantacemi. Kardiologické středisko v Berlíně údajně manipulovalo s pořadím pacientů čekajících na transplantaci srdce. Tamní primářka měla v letech 2010–2012 změnit diagnózu až u 30 pacientů, kteří se tak dostali na vyšší pozici na celoněmecké čekací listině. Trestní oznámení prý podala na lékařku sama klinika.

Září

◆ Humanitární organizace **Lékaři bez hranic (MSF)** upozornila, že v západoafrických zemích bojujících s Ebolou se zcela zhroutí

ZE ZAHRANIČÍ

til systém zdravotní péče. Zvyšuje se proto úmrtnost i na léčitelné choroby, jako jsou malárie nebo průjmová onemocnění, ale také umírá více žen a dětí při porodu. Tito lidé totiž nemají podle MSF téměř žádnou šanci najít lékařskou pomoc.

◆ **Americký** soud vynesl přelomový rozsudek, když HIV-pozitivnímu muži, který během 4 let infikoval nejméně 8 lidí, nařídil zahájit dostupnou léčbu a praktikovat pouze chráněný sex. V opačném případě muži hrozí až doživotní trest odnětí svobody.

◆ Byl zaznamenán první přímý přenos viru Ebola mimo africké území. Při ošetřování 69letého **španělského** misionáře se v madridské nemocnici nakazila jedna z ošetřovatelek. Případ rozpoutal diskusi o efektivitě bezpečnostních opatření používaných při péči o pacienty s Ebolou.

◆ **Mezinárodní měnový fond** (MMF) schválil pomoc v objemu 130 milionů dolarů pro Libérii, Guineu a Sierra Leone, kterým kvůli epidemii Eboly výrazně klesl hospodářský růst, protože epidemie výrazně snižuje daňové příjmy a zvyšuje tlak na rozpočtové výdaje.

◆ **Švýcaři** odmítli v referendu nahrazení dosavadních šesti desítek zdravotních pojišťoven pojišťovnou jedinou. Proti návrhu se vyslovilo téměř 62 % voličů. Současný systém zdravotního pojištění je pod dlouhodobou kritikou jako nepřiměřeně drahý.

◆ Ve **Švédsku** přišlo na svět první dítě v historii, které se narodilo matce s transplantovanou dělohou. 36letá rodička dostala orgán od své matky, poté jí bylo úspěšně implantováno embryo. Chlapec se narodil předčasně, on i matka jsou v pořádku.

Říjen

◆ **Spojené státy americké** ohlásily první případ přímého přenosu viru Ebola na svém území – nakaženou byla texaská zdravotnice, jež pečovala o pacienta, který se virem infikoval v Africe.

◆ Tisíce **britských** zdravotníků působících v zařízeních Národní zdravotní služby (NHS) se zapojily do 4hodinové stávky na protest proti stagnaci mezd sester, porodních asistentek, členů záchranné služby a nemocničního pomocného personálu v Anglii a Severním Irsku. Podle odborů se jednalo o první stávku v NHS po 32 letech.

◆ WHO oficiálně ohlásila konec Eboly v **Nigérii**. Celkem se v zemi nakazilo 20 lidí, 8 viru Ebola podlehl. Naopak první případ zaznamenalo **Mali**, které se tak stalo šestou západoafrickou zemí, do níž se Ebola rozšířila.

Listopad

◆ **Litva** jako první země na světě zakázala prodej energetických nápojů nezletilým do 18 let. Omezení se týká nápojů s obsahem kofeinu vyšším než 150 miligramů na litr.

◆ **Slovenská** ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská podala

demisi poté, co se objevily spekulace o předraženém nákupu počítačového tomografu za 1,6 milionu eur v nemocnici v Piešťanech přímo řízené ministerstvem. Částka představuje asi trojnásobek ceny, za niž se přístroj pořizuje v Česku. Podle médií přítom za minulého vedení v tendru zvítězila firma nabízející tomograf mnohem levněji. Vítězem nového tendru se stala společnost, ve které v minulosti působil šéf slovenského parlamentu a místopředseda vládní strany Směr-SD Pavol Paška. Zuzanu Zvolenskou nahradil ve funkci dosavadní náměstek ministerstva zdravotnictví Viliam Čisláč.

◆ Až 100 tisíc **amerických** sester se zapojilo do protestů (demonstrace, stávky apod.) proti nedostatečné ochraně zdravotníků před virem Eboly. Požadovaly především lepší ochranný oděv a masky na obličej. Celkem se v USA nakazily Ebolou dvě zdravotnice pečující o infikované pacienty.

◆ WHO oznámila ukončení epidemie Eboly v **Kongu**. V zemi se však šířil jiný kmen viru než v západoafrických zemích, první případ se objevil v srpnu. Celkem se tímto kmenem nakazilo 66 lidí, z nichž 49 nemoci podlehl.

◆ Republikáni z **americké** Sněmovny reprezentantů podali u federálního soudu žalobu na administrativu prezidenta Baracka Obamy kvůli údajnému překročení pravomocí při prosazování zdravotnické reformy. Podle žaloby zákon o reformě nelegálně poskytuje 175 milionů dolarů pojišťováním společností ze státního příspěv-

ku určeného pro rodiny s nízkými příjmy. Obamova administrativa také údajně nezákonně odložila platnost povinnosti firem s více než 50 zaměstnanci poskytnout zdravotní pojištění.

◆ **Italská** policie zadržela pro podezření z korupce 12 pediatriů, kteří údajně přijímali luxusní dárky a drahé dovolené od společností vyrábějících náhražky mateřského mléka a odrazovali matky od kojení. Zadrženo bylo rovněž 5 obchodních zástupců těchto společností a jeden úředník.

Prosinec

◆ Nejméně deset dětí se v **Pákistánu** nakazilo virem HIV při pravidelné krevní transfuzi, kterou podstoupily kvůli talasémii. Místní odborníci však spekulují, že se může jednat jen o „špičku ledovce“, neboť kontrola krve k transfuzi je v zemi nedostatečná a velká část dárců patří mezi narkomany.

◆ **Slovenská** zdravotní pojišťovna Dôvera ze skupiny Penta neuspěla u Evropské komise se stížností na Slovensko za to, že tamní vlády v minulosti finančně dotovaly státní zdravotní pojišťovnu. Dôvera žádala prověřit, zda pobídkami v objemu přes 150 milionů eur Slovensko neposkytlo pojišťovnám nedovolenou státní pomoc.

◆ **Francie a Belgie** zakázaly prodej desítek léků kvůli údajně zfalšovaným klinickým studiím provedeným společností CVK Biosciences z indického Hajdarábadu, na jejichž základě původně regulační úřady příslušné přípravy na svých

tržích povolily. Obavy o zdraví u pacientů, kteří léky dosud užívali, přý ale nejsou na místě. Studie prováděné v Indii se totiž týkaly pouze generik. Evropská komise začala prověřovat všechny evropské licence vydané na základě klinických studií firmy CVK Biosciences.

◆ **Slovenský** parlament se rozhodl respektovat veto prezidenta Andreje Kisky v případě zákona o zákazu prodeje nezdravých potravin na školách. Podle původního návrhu z října 2014 by si žáci od tohoto roku ve škole nekoupili nejen cukrovinky a slazené či energetické nápoje, ale ani výrobky rychlého občerstvení, zmrzlinu, nanuky, potraviny s větším obsahem soli a až na výjimky ani sladké pékárenské výrobky. Předseda parlamentu a místopředseda Směru-SD Peter Pellegrini informoval, že vláda by ve spolupráci s poslanci měla připravit opatření, které na školách naopak zajistí prodej zdravých potravin.

◆ **Indická** vláda se rozhodla snížit o pětinu rozpočet pro resort zdravotnictví. Tento krok vyvolal vlnu kritiky, odborníci poukazují na fakt, že tamní systém zdravotnictví by potřeboval naopak významně finančně podpořit.

◆ **WHO** vydala statistiku celkové počtu nakažených virem Eboly v západoafrických zemích. Celkové se infikovalo 20 206 obyvatel tohoto regionu, 7 905 pak nemoci podlehl. WHO odhaduje, že s epidemií se budou nejpostiženější státy (Guinea, Sierra Leone a Libérie) potýkat i po celý tento rok.

Květa Havlová

Inzerce M151000015

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte čisticí pleťovou vodu na citlivou pokožku **Bioderma Sensibio H₂O (250 ml)** v ceně 399 Kč.

Neváhejte!
Tato nabídka platí jen do 22. 2. 2015.
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0115**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0115**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jim vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tiskových prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

FARMABYZNYS

EFPIA a IMI 2 investují do prevence diabetu 2. typu

Evropská federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA) připravila novou výzvu pro boj s diabetem 2. typu. Výzva je součástí iniciativy Innovative Medicines Initiative (IMI 2), která v následujících 10 letech rozdělí téměř 90 miliard korun na vývoj nových léků.

Rozpočet výzvy pro boj s diabetem bude přibližně 232 milionů korun. „Asociace inovativního farmaceutického průmyslu se dlouhodobě podílí na podpoře IMI 2. Výzva pro prevenci diabetu 2. typu nabízí smysluplnou podporu výzkumu nových léků a diagnostických metod, jež mohou výrazně zlepšit vyhlídky pacientů, kteří tímto onemocněním trpí,“ uvedl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Mgr. Jakub Dvořáček.

Medicínské i ekonomické důsledky

EFPIA a IMI 2 oznamují v pořadí třetí výzvu programu, jehož

cílem je komplexní řešení problému onemocnění diabetem 2. typu s důrazem na prevenci a kontrolu rozvoje onemocnění u pacientů. Členské společnosti EFPIA na realizaci tohoto projektu souhrnně přispěly částkou téměř 232 milionů korun. Do výzvy by měly být zapojeny multioborové týmy zahrnující zástupce pacientů, ekonomy z oblasti veřejného zdravotnictví, plátce zdravotního pojištění a farmaceutické společnosti. Vedoucím celého projektu bude farmaceutická společnost Eli Lilly ve spolupráci se společnostmi Servier, Janssen, Novo Nordisk a Sanofi, které jsou členy AIFP. „Celý projekt by měl probíhat v období

následujících čtyř let, po jeho skončení by měly být zveřejněny konkrétní výsledky výzkumu v dané oblasti,“ upřesnil Mgr. Dvořáček.

Projekt se zaměří na přesné rozdělení skupin pacientů, navržení klinického hodnocení onemocnění, efektivní cesty pro prevenci a maximální kontrolu rozvoje onemocnění diabetem 2. typu. Současně má projekt za cíl komplexní analýzu vlivu onemocnění na veřejné zdravotnictví z hlediska úmrtnosti a hospodářská rizika s tím spojená. „Je důležité tento projekt vnímat v celé šíři jeho záběru. Nejde tedy jen o jeho medicínské důsledky. Diabetes 2. typu je globální civilizační cho-



Ilustrační foto: AIFP

roba, která s sebou přináší také velká hospodářská a ekonomická rizika, jimiž je nutné se zabývat,“ dodává ředitel AIFP.

Očekává se, že první část projektu se začne realizovat počátkem roku 2015.

(Zdroj: AIFP)

(red)

Krátce z (farma)byznysu:

- Švýcarská farmaceutická společnost **Roche Holding** koupí většinou podíl v objemu 56,3% v americké firmě **Foundation Medicine**, která se zabývá molekulární a genotypovou analýzou. Roche za ni zaplatí 1,18 miliardy USD (28 miliard Kč). Roche koupí 5 milionů nových akcií Foundation Medicine a zhruba polovinu již vydaných za cenu 50 dolarů za akcii. Kromě podílu ve firmě získá Roche i právo na prodej testů firmy mimo USA.

- Irská farmaceutická společnost **Shire** koupí za 5,2 miliardy dolarů (123,6 miliardy Kč) americkou biotechnologickou firmu **NPS Pharmaceuticals**. Akvizice má posílit pozici irského podniku na lukrativním trhu s léky pro vzácné nemoci a je pro Shire zatím největším převzetím.

Dohoda o transakci ale není příliš překvapivá, protože společnost Shire už byla spojována s NPS v první polovině loňského roku.

Když loni v říjnu zkrachovaly plány Shire nechat se převzít americkou firmou AbbVie, irská firma uvedla, že by mohla znovu posoudit některé starší dohody, o kterých uvažovala. Společnost Shire převzetím americké firmy získává dva významné nové léky. Prvním z nich je Gattex, který je již na trhu a je určen k léčbě syndromu krátkého střeva. Další lék Natpara na hypoparatyreoidismus čeká podle agentury Reuters na schválení americkým Úřadem pro kontrolu potravin a léků.

- Vědci z univerzity v anglickém Oxfordu zahájili klinické testy nové vakcíny proti Ebolě. Očkovat budou 72 dospělých dobrovolníků ve věku 18 až 50 let. Předchozí pokusy na opicích údajně prokázaly plnou ochranu proti nemoci. Vakcínu vyvinula farmaceutická firma **Janssen**, která je součástí společnosti **Johnson and Johnson**. Podle šéfa výzkumného týmu Matthewa Snapea budou lékaři očkovat všechny dobrovolníky během jednoho měsíce, některé i vícekrát. Hlavním cílem prvních testů je zjistit, zda je vakcína pro pacienty bezpečná a zda nevykazuje závažné vedlejší účinky. Podobné zkoušky, i když v menším rozsahu, budou probíhat

rovněž ve Spojených státech amerických a třech afrických zemích, které Ebola nepostihla. Podle firmy Johnson and Johnson projde vakcína kromě Británie v příštích třech měsících dalším rozsáhlým testováním v několika evropských a afrických zemích a v polovině tohoto roku by se mohla dostat do postižených oblastí. K dispozici by měly být asi 2 miliony dávek.

- Společnost **Pfizer Inc.** oznámila otevření nového Centra světových finančních řešení (GFS) pro střední a východní Evropu v Praze. Nové centrum v současnosti slouží ruskému trhu a postupně bude podporovat celkem 9 trhů střední a východní Evropy. „Stabilita a dobré podnikatelské prostředí – to bylo to nejdůležitější, co jsme vzali v úvahu, když jsme hledali správné místo pro naše centrum. Po komplexním posouzení jsme nakonec vybrali právě Prahu, která splnila všechny naše podmínky,“ řekl generální ředitel Pfizer Česká republika John Raney. GFS centrum v Praze bude v první vlně podporovat Rusko, Českou republiku, Maďarsko, Polsko a Řecko. Ve druhé vlně se na počátku roku 2018 připojí také Izrael, Rumunsko, Srbsko a Turecko.

(Zdroje: ČTK, Pfizer)

(kha)

Sotio testuje nový lék proti NSCLC

Biotechnologická společnost Sotio oznámila zařazení prvního pacienta do mezinárodní studie – klinického hodnocení fáze I/II aktivní buněčné imunoterapie v léčbě pacientů s karcinomem plic přípravkem DCVAC/LuCa.

Klinické hodnocení je specificky zaměřeno na stanovení bezpečnosti a účinnosti DCVAC/LuCa v kombinaci se standardní chemoterapií u pacientů s pokročilým metastatickým nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC).

„Nádorové onemocnění plic je každoročně nově diagnostikováno u téměř dvou milionů lidí po celém světě. Toto hrozivé číslo se má podle odborných odhadů do roku 2030 zvýšit o dalších 50 procent. Věříme, že právě započatá klinická studie potvrdí účinnost naší vyvíjené nové metody léčby a že budeme schopni přispět k boji s touto zákeřnou chorobou,“ uvedl generální ředitel Sotio a akcionář skupiny PPF, již Sotio patří, Ladislav Bartoniček.

První pacient byl do studie zařazen na přelomu let 2014 a 2015 na Onkologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Sotio plánuje nabírat pacienty do studie ve spolupráci s téměř 20 zdravotnickými centry v České republice a na Slovensku, případně v některé z dalších zemí Evropské unie. První léčebná centra byla do studie zapojena na

konci listopadu. Sotio plánuje zařadit do klinického hodnocení celkem 105 pacientů s pokročilým nemalobuněčným karcinomem plic. „Přípravek DCVAC/LuCa je složen z dendritických buněk, které dokáží aktivovat imunitní odpověď, a z bílkovin, které jsou přítomné na buňkách karcinomu plic, tzv. nádorových antigenů. Cílem podávání DCVAC/LuCa je tedy vyvolání imunitní reakce proti nádorovým buňkám a zpomalení průběhu onemocnění. Podobně jako u studií na jiných onemocněních jsme u pacientů v pokročilém stadiu onemocnění navrhli klinickou studii kombinované chemo-imunoterapie, která testuje kombinaci standardní léčby chemoterapií s imunoterapií. Karcinom plic je rychle probíhající onemocnění. V klinickém programu budeme sledovat, zda přidání protinádorové imunoterapie ke standardní léčbě zlepší prognózu tohoto agresivního onemocnění,“ vysvětlil ředitel pro vědu a výzkum společnosti Sotio Radek Špištek.

(Zdroj: Sotio)

(red)

Průvodce vyšším věkem ve Faustově domě

V prosinci byla v Akademickém klubu 1. LF UK ve Faustově domě slavnostně pokřtěna kniha Průvodce vyšším věkem - Manuál pro seniory a jejich pečovatele.

Kmotrem knížky byl přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha, profesor Štěpán Svačina. Na vzniku publikace se autorsky podíleli Iva Holmerová, Božena

Jurašková, Dana Müllerová, Lucie Vidovičová, Lada Habrcetlová, Martin Matoulek, Jitka Suchá a Marta Šimůnková. Publikace vyšla v divizi Medical Services

Mladé fronty, a to v edici Lékař a pacient. Zakoupit ji můžete například na www.kniha.cz, kde stojí 290 korun.

(red)



Zleva: Martin Matoulek, Marta Šimůnková, proděkan 1. LF UK Jan Bříza, Štěpán Svačina, Iva Holmerová, Božena Jurašková a zástupce vydavatele Šárka Mašková. | Foto: Michal Beránek

Zemřel emeritní primář liberecké urologie

Letošní první lednový den nás navždy opustil emeritní primář urologického oddělení Krajské nemocnice Liberec **MUDr. Ivan Mikulíček**.

V liberecké nemocnici pracoval od roku 1961 a urologii vedl ve funkci primáře od roku 1972. V roce 1996 odešel po 34 letech práce v nemocnici do soukromé praxe a o své pa-

cienty se staral do posledních dní svého života. MUDr. Mikulíček se významným způsobem zasloužil o rozvoj moderní urologie v Liberci, zařadil se mezi uznávané osob-

nosti celé české urologie a za jeho celoživotní přínos mu bylo uděleno čestné členství České urologické společnosti.

(red)

Za panem profesorem Lewitem

Ve věku 98 let zemřel 2. října **prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc.**, legenda české neurologie a fyzioterapie a jeden ze zakladatelů české rehabilitační medicíny.

Karel Lewit se narodil roku 1916 v rodině lékaře. Na jaře roku 1939 mu chyběly jen tři semestry k dokončení lékařské fakulty, když před příchodem wehrmachtu do Prahy odjel do Francie, aby tam pokračoval ve studiu. Okamžitě po vypuknutí války se hlásil do československé zahraniční armády a ve Velké Británii byl zařazen do druhého tankového praporu, u Dunkerque bojoval v průzkumné četě. On sám o této životní etapě hovořil málo, sarkasticky a nerad: „U války je nejhorších prvních deset let, pak si zvyknete.“ Válkou se po jejím skončení moc nezabýval, byla to pro něj tragická, ale krátká epizoda jeho dlouhého života. Po válce Karel Lewit dostudoval lékařskou fakultu a už od roku 1946 se věnoval milované neurologii.

V roce 1954 založil s docentem Obrdou Rehabilitační společnost a později sekci pro manuální medicínu. Soustavně vyučoval počátku manuální a konečně myoskeletální medicínu. Měl zásadní podíl na vývoji od „staré“ chiropraktiky k osteopatickým a posléze neuromuskulárním technikám a technikám měkkých tkání. Podstatnou úlohu měla jeho týmová spolupráce s profesorem Jandou, docentem Vélem a profesorem Jiroutem. Byl čelnou osobností „pražské školy“, celosvětově unikátní metodologii postavené na jasných a jasně vyslovených vědeckých premisách. Kromě bývalého Československa Karel Lewit soustavně vyučoval



v NDR, Bulharsku, Polsku a posléze v bývalém SSSR, i tam vyškolil instruktorské sbory. K tomu se váže půvabná historka rehabilitačního lékaře Miroslava Procházky. Ten se chtěl v Burjatsku přiučit tra-

80 let od vzniku „Domu útěchy“

13. ledna 1935 byla založena Masarykova léčebna „Dům útěchy“. My ho známe jako Masarykův onkologický ústav, jedinečné pracoviště svého druhu v celé ČR.

První v republice

Stávající název, Masarykův onkologický ústav, nese proslulá instituce na brněnském Žlutém kopci od roku 1991. Historie ústavu spadá do druhé poloviny 20. let minulého století, kdy chirurg primář MUDr. Jaroslav Bakeš společně se svou matkou Lucií Bakešovou, sociální pracovníci, založili spolek „Dům útěchy“. Cílem bylo zlepšit práci v onkologii. Prvořadým úkolem se stalo vybudování speciálního ústavu, ve kterém by byli nemocní rakovinou ošetřeni a léčeni a ve kterém by se velká pozornost věnovala badatelské práci. Za sídlo Domu útěchy, který se měl stát prvním protirakovinným centrem v republice, spolek zvolil Brno, město s řadou vysokých škol, hlavně ale lékařskou fakultou, a rovněž s několika velkými nemocnicemi. Velkou oporou a zárukou pro spolek byl prezident republiky T. G. Masaryk. Ústav s názvem Masarykova léčebna „Dům útěchy“ byl slavnostně otevřen 13. ledna 1935. Klinická část Domu útěchy tehdy zahrnovala především rozsáhlou ambulanci, diagnostické a terapeutické oddělení se zvláštním radiologickým sektorem, operační trakt se speciálním radiologickým oddělením, radiové lázně a samozřejmě tu byla rozsáhlá lůžková část. Pokoje pro nemocné by-

ly záměrně menší s malým počtem postelí kvůli pacientům, kteří byli v ústavu delší dobu a potřebovali klid. Od samého počátku své existence se vedení ústavu snažilo poskytovat komplexní onkologickou péči, ale i vhodné podmínky pro vědeckou práci.

Péče na jednom místě

Během desetiletí se vystřídal v léčebně 12 ředitelů (příčímž prof. Zasloudek je ředitelem MOÚ podruhé), proběhlo nejenom několik změn názvu léčebny, ale i několik reorganizací, začlenění do univerzitní brněnské obce, vznikala nová oddělení, nové koncepce onkologické péče, začal se užívat interdisciplinární přístup. Na jednom místě jsou zde soustředěny všechny nezbytné medicínské obory pro zajištění komplexní onkologické péče, která zahrnuje prevenci, epidemiologii, diagnostiku, jednotlivé modality protinádorové léčby. Pracovníci ústavu se také zaměřují na vědecko-výzkumnou činnost včetně základního výzkumu. Je to pracoviště s pre- i postgraduální výukou lékařů a zdravotníků a s osvětovou činností zaměřenou na širokou veřejnost. Ročně ambulancemi projde cca 170 tisíc lidí a je tu hospitalizováno 10 tisíc pacientů. MOÚ má jak mezinárodní certifikát kvality JCI, tak SAK ČR (Společná akreditační komise).

(red)

do Ústavu železničního zdravotnictví. Po sametové revoluci působil na neurologické klinice vinohradské nemocnice, v letech 1996–2012 na rehabilitační klinice v Motole. Až do jeho 96 let, v nichž ukončil provoz své ordinace, za ním pacienti jezdili do dobřichovického Centra komplexní péče. Kromě jiných kurzů, v jejichž rámci přednášel, vyškoloval v roce 1991 a 2001 nový instruktorský sbor u nás i na Slovensku. V publikační činnosti pokračoval do pozdního věku – napsal přes 200 publikací, v poslední době zaměřeně na zřetězení funkčních poruch. Až do svých posledních chvil byl aktivní a spouštěl lidi z těch, kteří měli tu čest ho znát, vzal obavu ze stáří.

Jana Jilková

ZE SPOLEČNOSTI

Pokřtěna nová Chirurgická onkologie

Křest unikátní mezioborové monografie „Chirurgická onkologie“ proběhl 15. ledna na pražské Novoměstské radnici.

Po překladové knize se stejným názvem vydané v roce 2005 se dostává ke čtenářům první původní učebnice chirurgické onkologie, která postihuje problematiku důsledně jak z pohledu chirurgického, tak onkologického. Obsáhlá publikace vznikla pod vedením editorů profesora MUDr. Zdeňka Kršky, CSc., primáře MUDr. Davida Hoskovce, Ph.D., a profesora MUDr. Luboše Petruželky.

„Červenou nití“ projevů „kmo-trů“ bylo uznání a obdiv tomu, jak úspěšně a s jak výborným

výsledkem v podobě vynikající knihy se podařilo dát dohromady tak velký a navíc mezinárodní autorský kolektiv – na vzniku monografie se podílelo přes 70 předních domácích i zahraničních odborníků.

Splácení dluhů

V úvodním slovu slavnostního křtu rektor UK profesor Tomáš Zima poblahopřál především právě editorům za to, že dali úspěšně dohromady několik desítek „hlav“. Navázal děkan 1. lékařské fakulty UK profesor Aleksí Šedo

a mimo jiné podotkl, že problém nebývá ani tak dát dohromady lidi s názory různými, jako se žádnými, což jistě nebyl případ tohoto kolektivu. Profesor Zdeněk Krška za editory připomněl, že monografií splácejí dluh nejen chirurgům a onkologům, ale například i praktikům v terénu. Na margo své editorské činnosti jen napůl žertem podotkl, že on problémy s autory řeší po telefonu, protože „jinak by ho roztrhli, každý má totiž představu, jak jeho text má být trojnásobně dlouhý, než bylo zadání, a krátit právě ten jeho text prostě nelze“.

Knihu vydalo nakladatelství Grada za významné podpory společností Agrofert, Agel a dalších subjektů.



Zleva: děkan 1. LF UK Aleksí Šedo, ředitel Grady Milan Brunát, prezident ČLS JEP Jaroslav Blahoš, rektor UK Tomáš Zima, starostka Prahy 2 Jana Černochová, prof. Zdeněk Krška, ředitelka VFN Dana Jurásková a zástupce společnosti Agel při slavnostním křtu. | Foto: Miroslav Lomíček

Vážení čtenáři,

od tohoto čísla najdete **měsíční Kalendář akcí** na našich internetových stránkách www.zdravi.e15.cz.

(red)

Novinky z krčské urologie

Urologie Thomayerovy nemocnice v pražské Krči má nový přístroj světové úrovně a prošla rozsáhlou rekonstrukcí.

Nová moderní metoda fúze ultrazvukového obrazu a obrazu magnetické rezonance umožňuje spojením obou těchto obrazů na jedné obrazovce a tím přesné cílení na dosud neviditelné nádory prostaty, které jsou patrné jen při vyšetření magnetickou rezonancí. „Tato metoda je v současnosti dostupná jen na několika špičkových evropských pracovištích. Od ledna 2015 je

tato unikátní moderní technologie k dispozici i na urologickém a radiologickém oddělení Thomayerovy nemocnice,“ řekl primář oddělení doc. Roman Zachoval. Tato nová technologie je součástí přístrojového vybavení urologického oddělení po rekonstrukci lůžkové části. Ta trvala přes 4 měsíce a stála 12 milionů korun. Oddělení má 30 lůžek – na 8 standardních třílůžkových

a 3 dvoulůžkových nadstandardních pokojích. Na všech jsou nová lůžka s elektronickým ovládním polohy, pokoje jsou vybaveny sociálním zařízením, nadstandardní pak i televizí a ledničkou. K dispozici je i bezbariérová toaleta a sprcha. Vznikly i nové pracovní a hygienické prostory pro lékařský a ošetřovatelský personál.

(red)

Pozvánka na přednášky do PN Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice pořádá již 8. cyklus přednášek o psychiatrii a klinické psychologii. Určeny jsou pro veřejnost.

Přednášky se konají vždy ve čtvrtek od 17.15 do 18.45 v divadle „Za plotem“, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8, Ústavní 91. Vstup je volný.

Témata a přednášející

- 5. 3. – MUDr. Martin Hollý: Od „ústavu pro choromyslné“ po Psychiatrickou nemocnici Bohnice
- 12. 3. – Prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.: Úzkostné poruchy
- 19. 3. – MUDr. Jiří Švarc, Ph.D.: Ochranné léčení: Mýty a realita
- 26. 3. – MUDr. Marek Páv, Ph.D.: Přístup k léčbě zaměřený na úzdravu
- 2. 4. – MUDr. Michal Maršálek, CSc.: Vzťah střeva a mozku
- 9. 4. – PhDr. Petr Goldmann: Psychologická diagnostika v psychiatrii
- 16. 4. – MUDr. Zdenka Vyhnánková: Duše a tělo
- 23. 4. – Bronislava Frýdlová: Sociální práce v psychiatrické nemocnici
- 30. 4. – Mgr. Jan Pomykacz: Pokrok v léčení léky
- 7. 5. – MUDr. Michaela Štochlová: Dlouhodobá ústavní péče
- 14. 5. – MUDr. Richard Krombholz: Duševní nemoci ve stáří
- 21. 5. – MUDr. Ivan David, CSc.: Sebevražda

Kontakt: Dagmar Žaludová, úsek pro vědu, výzkum a vzdělávání, tel.: 284 016 400, www.plbohnice.cz, dagmar.zaludova@bohnice.cz

(red)

Lékařská ocenění a další pocty v roce 2014

Nobelova cena

Za objev buněk, které mozkou pomáhají v prostorové orientaci, a přínos k pochopení nemoci jako Alzheimerova choroba získala ocenění švédské Královské akademie věd – Nobelovu cenu – v kategorii fyziologie a medicíny trojice neurologů: americko-britský vědec **John O'Keefe** a norští manželé **May-Britt Moserová** a **Edvard Moser**. Moserovi jsou historicky pátým manželským párem nositeli některé z Nobelových cen. Proti jejímu udělení Moserovým protestovali norští ochránci zvířat, kteří výzkumy obou vědců na myších sledávají neetickými.

Státní vyznamenání

Osobností z oboru lékařství a medicínského výzkumu, vyznamenanou 28. října 2014 při slavnostním ceremoniálu ve Vladislavském sálu Pražského hradu, se stal přednosta Ortopedické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce v Praze **prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc.** Prezident republiky Miloš Zeman mu udělil Medaili I. stupně Za zásluhy o stát v oblasti vědy. Rodák z Olbramkostelety u Znojma ve volném čase rád hraje tenis, golf, věnuje se myslivosti a má zálibu v motorkách a automobilech.

Pamětní medaile Senátu PČR

U příležitosti Dne české státnosti udělil předseda Senátu Parlamentu ČR Milan Štěch stříbrné pamětní medaile 17 osobnostem. Mezi oceněnými byli i významní odborníci z oborů neurofyziologie, virologie, psychologie a elektrochemie nukleových kyselin:

● **prof. RNDr. František Vyskočil, CSc.**, neurofyziolog, fyziolog a farmakolog, jehož laboratorní studium nervové soustavy, elektrofyziologie, biochemie neuromuskulárních kontaktů a synapsí v mozku vedlo k řadě nálezů

a objevů, mj. o působení adrenalinu a noradrenalinu na lepší výkonnost nervových spojů,

● **prof. RNDr. Emil Paleček, DrSc.**, objevitel elektrochemie nukleových kyselin, který ve svých 84 letech patří k nejrespektovanějším českým vědcům; teprve současné laboratorní přístroje umožňují plné využití jeho objevů v praxi,

● **doc. MUDr. Dmitrij Slonim**, jeden ze zakladatelů české virologie, uznávaný i ve světě, pod jehož vedením se rozvinul výzkum a výroba vakcín proti dětské obrně, spalničkám a příušnicím; významný byl i jeho vývoj nového typu očkovací látky proti pravým

neštovicím a účinnější vakcíny proti vzteklině,

● **doc. MUDr. Miluše Havlová, CSc.**, odbornice na neuromuskulární onemocnění, zejména svalovou dystrofii, oceňovaná kolegy i pacienty pro svůj lidský přístup a osobní kvality,

● **PhDr. Darja Kocábová**, psycholožka pracující s mladistvými delikventy, která svou prací přispěla mj. ke zrodu hnutí SOS vesniček.

21. rytíř lékařského stavu

„Moudrost, skromnost, nezištnost a pracovitost spolu s pevnými morálními zásadami zdobí

ZE SPOLEČNOSTI

rytíře,“ řekl prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek, když v Břevnovském klášteře v Praze pasoval na rytíře českého lékařského stavu kardiologa **prof. MUDr. Romana Čerbáka, CSc.** V pořadí již 21. rytíř lékařského stavu se celoživotně věnuje zejména invazivní diagnostice chlopenních vad a problematice dysfunkcí levé srdeční komory. Česká kardiologická společnost mu v roce 2012 za zásluhy udělila jednu z nejvyšších profesních poct, kterou kardiolog v ČR může získat – zlatou medaili profesora Václava Libenského.

Cena Jana Evangelisty Purkyně

Nejvyšší ocenění České lékařské společnosti J. E. Purkyně bylo v rámci 56. Purkyňova dne konaného 18. června na zámku v Libochovicích uděleno zakladateli české dětské onkologie **prof. MUDr. Josefu Kouteckému, DrSc.** „Mimořádný rozvoj diagnostických a terapeutických metod vedl k jejich dehumanizaci a komercializaci. Do vztahu k pacientovi rušivě zasahuje systém zdravotnictví, které ovládá již zcela jiné než hippokratovské principy. Mravní aspekt v postoji k nemocnému mohou v mém pojetí zajistit tři základní okolnosti: empatie, slovo a dotyk. Víím o tom, když mě moji malí pacienti objímali a toužili, abych je vzal do náruče. Víím o věčnosti svých nejbližších, když zle stonali a lékař je vzal za ruku a rozprávěl s nimi. O takový přístup k pacientům jsem usiloval,“ vyznal se profesor Koutecký.

Výroční ceny ministra zdravotnictví 2014

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček udělil 3. prosince 2014 u příležitosti Mezinárodního dne osob se zdravotním postižením dvě výroční ceny. Za práci ve prospěch zdravotně postižených získala cenu **Mgr. Marie Horáková** – tlumočnice znakového jazyka, jež zprostředkovává bezplatné služby tlumočení do znakové řeči stovkám neslyšících občanů a je průkopnicí *on-line* tlumočení. Díky tabletům, které organizace Tichý svět zapůjčila do nemocnic, slouží nyní Tichá linka po celé ČR neslyšícím pacientům v komunikaci se zdravotnickým personálem. Za rozvoj zdravotně sociální péče byla oceněna **RNDr. Hana Bubeníčková**, která se navzdory svému tělesnému postižení začala věnovat využití počítačů u skupiny občanů s postižením

zraku a vybudovala první digitalizační středisko pro nevidomé na Moravě. Má zásadní podíl na zavedení návčiku obsluhy kompenzačních pomůcek založených na výpočetní technice pro nevidomé v celé ČR. Je autorkou a propagátorkou přístupnosti internetu pro zrakově postižené.

Cena ministra obrany

Záslužný kříž ministra obrany, nejvyšší resortní vyznamenání, získala v roce 2014 i čtveřice zdravotníků z Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kterým se 2. září 2014 podařilo zabránit krveprolití v ÚVN. Na urgentním příjmu pomohli zvládnout muže, jenž je ohrožoval pistolí, a evakuovat příjem. Z rukou ministra Martina Stropnického ocenění převzali jmenovitě zdravotník **Jan Pídaníč**, sestra **Hana Hegnerová** a lékaři **Zdeněk Novák** a **Radka Šebestová**.

Česká hlava

V rámci projektu na podporu vědecké a technické inteligence Česká hlava se držitelem nejprestižnější pocty – Národní ceny vlády, o níž se hovoří jako o české Nobelově ceně – stal biochemik **prof. RNDr. Emil Paleček, DrSc.** Již jako student zjistil, jak se chová DNA v kontaktu s elektrodami, a jeho objev je nyní nepostradatelnou součástí práce v laboratořích. Jedním ze dvou laureátů Ceny skupiny ČEZ pro studenta-doktoranda je **MUDr. Ondřej Gojiš, Ph.D.**, jenž se kromě práce lékaře na Gynekologicko-porodnické klinice 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze věnuje výzkumu možností ovlivnění biologického chování konkrétního typu karcinomu prsu.

V projektu České hlavičky byla oceněna studentka Gymnázia Jana Keplera v Praze **Lucie Studená**, a to za vývoj bioinformatického přístupu k detekci transkripcie endogenních retrovirů v lidských buňkách a k porovnání míry transkripcie ve zdravé tkáni s tkání rakovinnou. Společně s ní získala dělené první místo v kategorii Sanitas studentka Gymnázia Brno-Řečkovice **Magdalena Šubrtová**, která ve své práci analyzovala funkci koncových částí chromozomů – telomer. Telomery hrají ochrannou roli, avšak s každým buněčným dělením se zkracují, až jsou kriticky krátké a dochází k buněčné smrti. Tento poznatek je v současné době mj. v centru pozornosti vědců zkoumajících příčiny stárnutí lidského organismu a možnosti jeho ovlivnění.

Ceny Nadačního fondu Neuron

Mezi laureáty Ceny Nadačního fondu Neuron 2014, a to za přínos světové vědě, je i plastický chirurg **MUDr. Bohdan Pomahač**. Vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci, od roku 2001 působí v bostonské nemocnici Brigham and Women's Hospital, kde od roku 2004 vede oddělení plastické, úrazové a popáleninové chirurgie. V dubnu 2009 provedl jeho tým částečnou transplantaci tváře pacientovi, který utrpěl těžký úraz při pádu do kolejí pod napětím. V květnu 2011 proběhla první úplná transplantace tváře v USA u pacienta, jehož tvář a zrak zničil elektrický proud. Dále transplantoval tvář vojákovu zraněnému při auto-nehodě a obličej ženě, kterou oslepil a znetvořil šimpanz její kamarádky.

Cenu Neuron 2014 pro mladé vědce získal **doc. Mgr. Petr Svoboda, Ph.D.**, z Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR, který se svým týmem hledá nové možnosti obrany lidského organismu před RNA-viry, odlišné od mechanismů, které v boji proti těmto virům uplatňují bílé krvinky. Princip tzv. RNA interference, kdy organismus „uspává“ geny ve virech a tím je likviduje, zkoumá na myších modelech.

Ceny Akademie věd ČR

Cenu Akademie věd ČR 1. kategorie za vynikající výsledky velkého vědeckého významu v oblasti věd o živé přírodě a chemických věd převzal na slavnostním ceremoniálu v pražské Lannově vile z rukou předsedy AV ČR profesora Jiřího Drahoše **tým oddělení buněčné a virové genetiky Ústavu molekulární genetiky AV ČR**, jenž pod vedením RNDr. Jiřího Hejnara, CSc., dlouhodobě řeší problematiku epigenetické regulace retrovirů, které se jako proviry včleňují do genomu obratlovců.

Cena Grantové agentury ČR

Za výzkum komunikace buněk převzal jednu ze tří cen Grantové agentury ČR za rok 2014 **Mgr. Vítězslav Bryja, Ph.D.**, z Ústavu experimentální biologie Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně. „Základní výzkum nesmí být podceňován jen proto, že zpravidla nepřináší okamžitý ekonomicky měřitelný užitek,“ řekl při vyhlášení cen odstup-

ující předseda Grantové agentury ČR Petr Matějů.

Zlatá medaile CIRSE pro českého lékaře

Zlatou medaili Evropské společnosti kardiologické a intervenční radiologie (Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, CIRSE) za celoživotní přínos intervenční radiologii převzal na výroční konferenci společnosti ve skotském Glasgow přednosta pracoviště radiodiagnostiky a intervenční radiologie Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze **prof. MUDr. Jan Peregrin, CSc.** Laureát ve volném čase rád čte fantasy a sci-fi knihy, poslouchá rock a blues 60. let, hraje stolní tenis a lyžuje.

Výroční ceny České transplantáční nadace Karla Pavlíka

Výroční cena nadace, nesoucí ve svém názvu jméno Karla Pavlíka – prvního československého pacienta s transplantovanou ledvinou – byla 19. června 2014 v pražském Karolinu předána španělskému vědci **Josepu Mariovi Grinyó**. Oceněný patří ve Španělsku k průkopníkům experimentálního výzkumu v oblasti diagnostiky onemocnění, dialýzy a transplantací ledvin.

Cena ČLK za přínos vzdělávání

Cenu prezidenta České lékařské komory (ČLK) za přínos celoživotnímu vzdělávání lékařů obdržel z rukou šéfa komory MUDr. Milana Kubka **prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.** Přední český onkolog to komentoval následovně: „Ocenění vnímám s vděčností, leč nikoli jako věnec položený na katafalk, nýbrž jako předplatné pro další performance za tomto úseku. Cenu jsem obdržel velmi mlád již v šedesáti, jako osmdesátník si ji připomenu a ve stovece třeba i zasloužím.“

Cena Olgy Havlové

Dvacátou Cenu Olgy Havlové udělil Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové v Profesionálním domě Matematicko-fyzikální fakulty UK v Praze nevidomému varhaníku ze Sezimova Ústí **Ladislavu Dohnalovi**, který přes třicet let pomáhá seniorům, navštěvuje je a organizuje jejich setkání. Vloni osmdesátiletý laureát přišel o zrak v prvním roce života. Celý život věnoval hudbě, působil jako

pedagog, zakládal a řídil pěvecké sbory a od roku 1982 je varhaníkem v kostele sv. Václava v Plané nad Lužnicí. Je mimořádným příkladem aktivního seniora.

Cena Makropulos

Cenu Makropulos, kterou Ministerstvo zdravotnictví ČR zřídilo v roce 2005 v návaznosti na Národní program přípravy na stárnutí, udělil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček osobně v historické budově Národního divadla v Praze **představitelům měsťa Prachatic**. Cenu získali za mnohaleté a systematické zlepšování kvality života prachatických seniorů, na němž spolupracují s nestátními organizacemi, školskými zařízeními i církvemi.

Sestra roku 2013

Výsledky již 14. ročníku prestižní soutěže Sestra roku, kterou vyhlašuje odborný časopis Sestra z vydavatelského domu Mladá fronta, byly tradičně na jaře oznámeny na slavnostním gala-večeru v pražském Paláci Žofín. Titul Sestra roku v kategorii lůžkové a ambulatní péče a zároveň prvenství v *on-line* anketě Sestra mého srdce získala **Mgr. Naděžda Kubíková**, která pracuje jako ústavní stomasesestra na chirurgickém oddělení Městské nemocnice Ostrava. Sestrou roku v kategorii sociální a komunitní péče se stala **Tamara Baráková**, jež působí jako vedoucí přímé péče v Domově se zvláštním režimem Naděje v Brně. Vítežkou v kategorii managementu a vzdělávání odborná porota vyhlásila **Bc. Evu Kučkovou**, pracovníci odboru vnitřního auditu a kontroly náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Motol v Praze. Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetřovatelské oblasti obdržela **Marta Škutínová**.

Národní cena za práci v sociálních službách

Laureáty celostátního ocenění udělovaného Diakonií Českobratrské církve evangelické se v roce 2014 staly tři ženy a jeden muž. Titul Pečovatelka/Pečovatel roku získali **Anna Pastyříková** z Domova Vítkov, **Eva Kandrnálová** z havířovského centra Santé, **Vlasta Sidonová** ze sociálního oddělení pražské židovské obce a **Petr Křivánek** z pražského Klubu vozíčkářů Petýrkova. Cena veřejnosti připadla **Jiřině Červenkové** z krnovského domova pro zdravotně postižené Harmonie.

SERVIS

Svatopluk Synek, Šárka Skorkovská Fyziologie oka a vidění

2., doplněně a přepracované vydání



Rozsah:
108 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3992-2
Vydavatel:
Grada

V prvních kapitolách je podán přehled anatomie a biochemie zrakového ústrojí. Další kapitoly se zabývají také anatomii a fyziologií očních přídatných orgánů, funkční topografií zrakové mozkové kůry s jejími senzitivními, sensorickými i motorickými oblastmi a fyziologií cévního systému oka. Podrobně je probána problematika regulace tvorby nitrooční tekutiny, která podmiňuje výši nitroočního tlaku a náchylnost ke vzniku zeleného zákalu, metody jeho měření a farmakologické účinky jednotlivých typů biochemických látek, které ovlivňují tvorbu nitroočního moku i jeho odtok. Zdůrazněn je význam hematookulární bariéry. Další části publikace se zaměřují na fyziologické jevy zrakového systému, jako jsou refrakční stav oka, akomodace oka, barvocit, zraková ostrost, zorné pole. Popsána je i elektrofyziologie vidění v závislosti na funkci sítnicových elementů, jsou zmíněny elektrofyziologické vyšetřovací metody, které umožňují objektivní vyšetření funkční aktivity sítnice a zrakové dráhy, včetně nejmodernější multifokální elektroretinografie. Zmíněny jsou i fyziologie očních pohybů, vývoj a stupně binokulárního vidění a psychofyzikální aspekty vidění. V závěru publikace jsou popsány současné trendy ve vývoji umělé sítnice a sítnicových protéz.

Zdeněk Hájek, Evžen Čech, Karel Maršál a kolektiv Porodnictví

3., zcela přepracované a doplněně vydání



Rozsah:
580 stran
Cena: 1599 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4529-9
Vydavatel:
Grada

Komplexně pojatá publikace obsahuje všechny důležité poznatky

o prevenci, screeningu, vyšetřovacích postupech a moderních metodách sledování stavu ženy i plodu v těhotenství a za porodu. Rozebírá péči o těhotné, fyziologické a patologické těhotenství, léčbu přidružených chorob, péči o novorozence, zahrnutá je i operativa. Kniha neopomíjí problematiku legislativy a nevyhýbá se ani etickým otázkám.

Zdeněk Seidl, Manuela Vaněčková Diagnostická radiologie Neuroradiologie



Rozsah:
532 stran
Cena: 1490 Kč
ISBN: 978-80-247-
-4546-6
Vydavatel:
Grada

Onemocnění mozku, patologické procesy v oblasti hlavy, orbity a očního bulbu, páteře a míšních struktur tvoří základ knihy s téměř 1700 obrázky. Onemocnění jsou uspořádána na základě patologicko-anatomické klasifikace. U každé patologické jednotky je nejprve uvedena její stručná charakteristika, nálezy na zobrazovacích metodách (především na magnetické rezonanci, dále na CT, RTG, AG, UZ, PET), dále je uveden klinický obraz a diagnostika, léčba, následuje diferenciální diagnostika, která je doplněna zobrazením. Onemocnění méně častá jsou pak podrobněji uvedena v této diferenciální diagnostice.

Obsahem publikace není radiologie intervenční, zásadní pozornost je věnována obrazové části. Snahou bylo z didaktických důvodů dokumentovat více pacientů v méně „řezech“ než jednotlivé pacienty s celým spektrem vyšetření. Zdrojem je v naprosté většině vlastní archiv autorů. Poměrně velký prostor je věnován klinickému obrazu chorob.

Michal Koucký, Jan Smešák a kolektiv Spontánní předčasný porod



Rozsah:
160 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-7345-
-416-6
Vydavatel:
Maxdorf

NOVÉ KNIHY

Základním patogenetickým projevem spontánního předčasněho porodu je subklinicky probíhající chronický zánětlivý proces, který se týká nejen matky, ale může postihnout i plod. V tomto případě pak hovoříme o tzv. fetální zánětlivé odpovědi, která s sebou nese vyšší riziko dlouhodobého handicapu dítěte. Zásadní význam proto má jak predikce předčasněho porodu, tak predikce fetální zánětlivé odpovědi. Vzhledem k chronicitě procesu je snaha o co nejdřívejší záchyt změn pomocí ultrazvukové cervikometrie a různých laboratorních vyšetření. Spontánní předčasný porod představuje několik vzájemně se prolínajících klinických jednotek/forem, a to spontánní předčasný porod s kontrakcemi, předčasný odtok plodové vody a inkompetenci děložního hrdla. Primární prevence předčasněho porodu zatím neexistuje. Nejvýznamnějším nástrojem sekundární prevence je v současné praxi využití ultrazvukového hodnocení délky děložního hrdla (cervikometrie). V případě inkompetence děložního hrdla se velmi efektivním jeví podávání progesteronu. Cílem autorů publikace je nastínit aktuální principy přístupu k této problematice z hlediska běžné denní praxe.

Jindřiška Perušičová Injekční léčba diabetu a novinky v léčbě metforminem 2014



Rozsah:
192 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-7345-
-408-1
Vydavatel:
Maxdorf

Autorka seznamuje čtenáře (především z řad ambulantních diabetologů) s praktickými aspekty moderní léčby hlavně diabetu 2. typu inzulínem a jeho analogy, stejně jako inkretinovými mimetiky.

Iva Holmerová Minimum akademického bontonu aneb Jak neuklouznout nejen na akademické půdě



Rozsah:
96 stran
Cena: 165 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5427-7
Vydavatel: Grada

Autorka s nadhledem a laskavým humorem seznamuje s psanými i nepsanými pravidly chování a jednání na akademické půdě, na odborných stážích, kongresech, symposiích a obdobných akcích. Některá úskalí etikety si přitom často uvědomíte až po přečtení. Probráno je oslovování (včetně písemného styku), představování, uvedení do společnosti, způsoby prezentací, formy odborných setkání, předsedání, doprovázení i vlastní organizace odborných setkání. V neposlední řadě se autorka vyjadřuje k mimořádně aktuálnímu tématu – citace versus plagiace.

Dalibor Pastucha a kolektiv Tělovýchovné lékařství Vybrané kapitoly



Rozsah:
296 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-247-
-4837-5
Vydavatel:
Grada

Lidské zdraví může být tělesným pohybem zlepšeno, ale na druhé straně neadekvátní zátěž může působit negativně a vést k poškození zdraví. Proto se náplň tělovýchovného lékařství dotýká celého lidského organismu a vyžaduje úzkou spolupráci s jinými lékařskými obory, např. vnitřním lékařstvím, všeobecným lékařstvím, pediatrií, dorostovým lékařstvím, chirurgií, ortopedií, rehabilitací, kardiologií, diabetologií, obezitologií, onkologií, preventivním lékařstvím, posudkovým lékařstvím, imunologií, hygienou práce, pracovním lékařstvím, genetikou a dalšími. Kniha přináší aktuální údaje týkající se problematiky fyziologie a genetiky tělesné zátěže, sportovního tréninku, výživy a regenerace, sportovní traumatologie. Publikace přináší ucelený pohled na problematiku zdraví a sportu se zohledněním možných rizik a benefitů pravidelné pohybové aktivity, včetně prevence nejběžnějších civilizačních onemocnění.

Zuzana Slezáková Ošetřovatelství v neurologii

Rozsah: 232 stran
Cena: 289 Kč
ISBN: 978-80-247-4868-9
Vydavatel: Grada

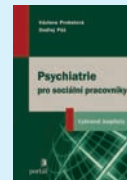


Koncepčně je publikace rozdělena do tří částí: problematika ošetřovatelského procesu, holistický trend ošetřovatelství založeného na důkazech

pomocí vybraných hodnotících a měřících škál, které pomáhají sestrami objektivizovat údaje o pacientovi, a ošetřovatelská péče při vybraných neurologických onemocněních metodou ošetřovatelství. Konkrétně se zabývá ošetřovatelskou péčí při vybraných nemocech mozku, záchvatovitých nervových onemocněních, nervově-svalových postiženích míchu, periferní nervový systém, při bolestech hlavy, poruchách spánku a neurozách. Kniha také uvádí ošetřovatelské postupy při vybraných diagnostických a terapeutických výkonech a vyšetřeních.

Václava Probstová, Ondřej Pěč Psychiatrie pro sociální pracovníky

Vybrané kapitoly



Rozsah:
248 stran
Cena: 375 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0731-3
Vydavatel:
Portál

Publikace definuje znalosti, dovednosti a postoje moderní sociální praxe v péči o lidi s duševními poruchami, koncipované podle biopsychosociálního modelu s akcentem na vnitřní dynamiku onemocnění a environmentální faktory. Autoři zpracovali základní popis projevů duševních onemocnění, včetně detekce rizikových faktorů, a dále charakteristiku specifických znalostí a dovedností důležitých pro sociální práci a komunikaci s člověkem s duševním onemocněním. Zaměřili se také na pracovní vztah s lidmi s duševním onemocněním, jeho prožívání sociálními pracovníky, a rovněž na znalosti a dovednosti nezbytné pro šetření, včetně šetření sociálních faktorů (rodina, sociální síť, dostupné zdroje okolí, stigma, sociální vyloučení a inkluze), které se u řady duševních onemocnění významnou měrou podílejí na průběhu, výstřední onemocnění a dosažení úzdravy. O konceptu úzdravy pojednává samostatná kapitola, zvláštní oddíl vymezuje systém péče v ČR.

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / Prevence

S doc. Andreou Pokornou
na téma dekubity

24 / Téma

Výhrady sester vůči jejich
profesi

26 / Kazuistika

Péče o dětského pacienta
s těžkým zraněním

Dekubitům je třeba předcházet

Dekubity (proleženiny) – různě hluboké rány – znamenají závažný problém pro pacienta i pro ošetřující personál. „Prevence je absolutní základ,“ říká **doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.**, z Masarykovy univerzity v Brně a Ústavu zdravotnických informací a statistiky, která se problematikou dekubitů zabývá.

„Možná si mnohý z nás dostatečně neuvědomuje, že příkladem prvního stupně dekubitů může být nešikovně otačený palec z nových bot nebo z dámských loďček,“ podotýká doc. Pokorná.

Dá se vzniku dekubitů předcházet?

Pokud sestra dobře pracuje a umí spolupracovat s ostatními členy multidisciplinárního týmu (všemi, kteří se podílejí na přímé péči o pacienta, což jsou samozřejmě lékaři, ale i nutriční terapeut, fyzioterapeut a další, ale také příbuzní pacienta), je vysoká šance dekubitům zabránit. Ale stává se, že i při dobré péči může proleženina vzniknout, a není to vinnou ošetřujícího personálu.

Kteří lidé jsou jejich vznikem ohroženi nejvíce?

Na první pohled, a to především u laické veřejnosti, panuje dojem, že dekubity se týkají jen seniorů, trvale ležících nemocných anebo pacientů po úrazech. Dekubity se mohou objevit i u mladších jedinců, například v případě, kdy se krátkodobě ocitnou v intenzivní péči, třeba po operaci nebo po úrazu a mají – obvykle krátkodobou – poruchu soběstačnosti. Je ovšem nutné zdůraznit, že dekubity mohou být postiženy všechny věkové kategorie a pacienti s některými chorobami, například diabetici. Mohou je mít novorozenci, mladí i starší pacienti s psychiatrickou diagnózou (třeba se špatnou polohou na lůžku nebo polohami při sedu ve vysoké Fowlerově poloze a mohou vznikat tzv. třetí léze). Vyskytují se i u pacientů s různými místem katétru v místě zavedení nebo se suchou pergamenovou kůží. Normálně se pohybuje jediní s inkontinencí různého stupně mohou trpět tzv. plenkovou dermatitidou, kterou u nás zatím nedostatečně terminologicky a klinicky odlišujeme od dekubitů, a to i přesto, že postup ošetřování musí být odlišný s ohledem na doporučení pro péči stanovená příslušnými směrnici. Inkontinenční pomůcky používá mnoho lidí; tlak, vlhké

prostředí společně s dispozicí pro problém může velmi rychle způsobit zarudnutí, což je v naší terminologii první stupeň postižení. A už v tomto případě by měla být zahájena vhodná terapie.

Postupy ošetřování dekubitů se liší podle jejich typu?

Ano, každý dekubitus a jeho stupeň se ošetřuje odpovídajícími doporučenými postupy.

Umějí to všichni zdravotničtí pracovníci?

V podstatě se dá říci, že ano, protože metodika je dána pravidly a také legislativními doporučeními (např. věstníkem). Na druhou stranu si musíme přiznat, že ne všude je ošetřováno tak dokonale, jak by bylo zapotřebí. Vědomosti a schopnosti tohoto typu se přece jen liší, a to podle vzdělání a klinických zkušeností. Sestry s vyšším zdravotnickým vzděláním nebo vysokoškolačky by toto měly znát a praktikovat, případně naučit správné péči zdravotnické asistenty, tedy pracovníky pod odborným dohledem. Očekává se tu i vyšší erudice vyučujících i samotných studentů. Zdravotničtí asistenti zde ovšem mají důležitou roli – v ideálním případě by právě oni měli být prvními, kteří poskytují sestře informace. Jsou to oni, kdo pacientovi zajišťují hygienu, a tak jako první vidí stav jeho kůže. Sestra potom spolu s lékařem rozhodne jak dál postupovat. Léčba musí být lokální a systémová. Lokální směřuje přímo na postižené místo, kde zarudnutí, frikční léze nebo plenková dermatitida vznikla. Evropský poradní sbor pro otázky proleženin (EPUAP, www.epuap.org) vypracoval přesnou metodiku ve formě *guidelines*, které u nás v nejbližší době budou k dispozici v českém překladu také díky aktivnímu přístupu hlavní sestry MZ ČR Mgr. Aleny Šmídové. Hlavní idea prevence a léčby dekubitů je postavena na právu na život bez dekubitů – tedy na účelné prevenci založené na dostatečných znalostech pečujících a na

terapeutických postupech podložených vědeckými důkazy. My u nás samozřejmě máme své algoritmy a doporučení, jak které stadium správně ošetřovat a léčit. Jsou v podstatě správné, ale chceme naši metodiku sladit s celosvětově danými postupy. A zároveň víme, že to bude trochu běh na dlouhou trať, vzhledem k socio-kulturním podmínkám. A také je třeba částečně změnit postoj pacientů a jejich blízkých na aktivnější.

Jaká kůže je náchylná k dekubitům?

Odpověď není jednoduchá. Je nutné v této souvislosti připomenout, že proleženiny nelze vztahovat k věkové kategorii, kalendářní věk zde opravdu nehraje hlavní roli. Vždy rozhoduje – a nás při léčbě musí zajímat – stupeň dekubitu, spodina rány, lokalizace a celkový stav pacienta, včetně aktuálních možností zdravotnického pracoviště a pacienta. Připomeneme jen některé příklady. Dětská kůže (zejména novorozenců) je náchylnější k frikčním lézím, k následkům snímání náplasti (stržení kůže), ale následně může stav vypadat jako tlaková léze, u seniorů (ovšem jak jsme si už řekli – nejen u nich) dekubity často souvisejí s inkontinencí. Velký problém s proleženinami existuje při poruše kognitivních funkcí, kdy pacienti nejsou schopni přenést váhu – odlehčit místo predisponované k riziku dekubitů (tzv. predilekční). Dalším problémem je výskyt dermoepidermální junkce jako projev involuce; vzniká pergamenová suchá tenká kůže, seniori trpí především při posunu na lůžku, kdy dojde ke stržení kožního krytu. Dekubitus může vzniknout na různých místech těla: na patě, ve vlasové části pokožky, u tracheostomických kanyl, na uchu, v místě, kde se nosí prstýnek, pod zubní protézou, při použití oxidačního čidla apod. Faktem je, že problém se často bagatelizuje. A proto znovu připomínám význam prevence.



Foto: archiv

Můžete alespoň velmi obecně něco říci o základním ošetřování dekubitů?

Skutečností bohužel je, že kolem jejich ošetřování stále ještě existuje spousta mýtů. Jen velmi stručně a zjednodušeně: první stupeň (zarudnutí) se rozlišuje na blednoucí a neblednoucí hyperemii a lze jej známými jednoduchými postupy dobře odlišit. Druhá varianta – neblednoucí hyperemie – je závažnější. První (blednoucí) stačí odlehčit, ale místo nemasírovat! Při druhém stupni se začínou tvořit puchýře. Často dojde k jejich stržení, může dojít k poškození fascie a nakonec i svalů (hovoříme o stupni třetím), čtvrtý stupeň už znamená hlubokou nekrózu i s rizikem postižení a poškození kostí. K tomuto stadiu by teoreticky nemělo dojít v případě, že se problém začne řešit včas, tedy již v prvním stupni. Ale někdy dojde k odhalení problému pozdě a stav se komplikuje. Opět upozorňuji, že významným faktorem je celkový stav pacienta.

Každý stupeň se tedy léčí jinými postupy a nejen lokální terapií?

Lokální zásahy jsou samozřejmě velmi důležité, ale neméně důle-

žitá je také celková terapie. Patří k ní dostatečná výživa a zavodnění, ale také edukace pacienta. Tady bych ráda připomněla i potřebu nerezignovat ani v případě, že jsou postiženy některé kognitivní funkce. Je zároveň důležité dobře a opakovaně informovat ostatní pečující osoby.

Jaké máme novinky v léčbě?

Co se týká lokální terapie, v současné době se klade největší důraz na takzvanou vlhkou terapii a fázové hojení. I když je tato metoda velmi slibná, opět je třeba pamatovat na různé odlišnosti a postupovat individuálně. Například typ hojení u diabetiků vyžaduje odlišné postupy při léčbě. Tito pacienti mají mimo jiné větší náchylnost k traumatům a hojení je pomalejší. Metodika takzvaného fázového hojení je nadějná. V našich podmínkách však zatím sestry stále ještě nemají oprávnění k tomu, aby samy zvolily správný postup. Přestože jsou dobře vyškoleny a umějí to, své návrhy a postupy musí prokonzultovat s ošetřujícím lékařem, který je schválí a předepíše. V některých nemocnicích pracují konzultantky pro hojení ran se zvláštní odbornou způsobilostí a s patřičným

vzděláním, které perfektně znají správnou metodiku a pracují samostatně, ale tato jejich samostatnost není definitivně legislativně ustanovena.

A co náklady na léčbu dekubitů?

Vstupní náklady na fázové hojení jsou vyšší, ale významný je fakt nižšího počtu převazů, sestra pacienta méně traumatizuje, díky analgetické a antiseptické účinnosti materiálů je u pacienta možno podávat také méně analgetik a antibiotik, protože je předpoklad, že riziko infekce je díky tomuto způsobu ošetřování výrazně sniženo.

Vraťme se ještě k prevenci...

Většina sester dbá na prevenci, ale dekubitus i přes nejlepší péči může vzniknout. Komplikujícími diagnózami jsou například poruchy vědomí u pacienta, u novorozence nezralost, u seniora stav jeho kůže, dále je to inkontinence, diabetes, cévní onemocnění se špatným prokrvováním a tvorbou otoků. Dekubitus vzniká tlakem a jde do hloubky, inkontinenční dermatitida je povrchová, a tak se postupuje léčením liší.

Kromě seniorů u nás přibývá i pacientů jiných kultur a barvy pleti...

Ano, náš ošetřující personál se s cizinci setkává stále častěji. Možná jen obecně připomenou, že často zmiňovaný a pro ošetřování důležitý první stupeň dekubitů, se projevuje lokálním zčervenáním u bílé pleti, ale u tmavé se projeví zbledením.

Které pomůcky a postupy se v poslední době nejvíce doporučují?

Ideální jsou ty, které respektují individuální stav pacienta. Polohovací pomůcky, prodyšné, nejlépe gelové podložky, vícevrstvá plošná krytí (v praxi nazývaná srdíčka na sakrální oblast), které ale zároveň nezvyšují místní vlhkost. Nezbytná je pravidelná kontrola kůže a odlehčení predisponovaných míst. Doporučuje se nikoli jen odlehčení postižené části, ale například celé končetiny s akceptováním vhodné polohy těla. V případě rozsáhlé dekubitální léze zasahující do hlubokých tkáňových struktur lze využít podtlakovou terapii dekubitů.



Ilustrace foto: Shutterstock

Jaký je váš názor na plastické operace dekubitů?

U pacientů s dobrou prognózou a v indikovaných případech ji lze společně s plastickými chirurgy doporučit, a to buď s pomocí vlastní kůže pacienta, nebo s využitím transplantátů. Připomínám, že je třeba myslet nejen na

benefity, ale i na rizika pro pacienta a samozřejmě budoucí kvalitu života nemocného. Uvedu třeba příklad sedmdesátileté, poměrně svěží a zdravé pacientky, která se zotavila po zlomenině krčku po úrazu na lyžích a ojedinělý hluboký dekubitus jí vznikl následkem dlouhodobější nutné imobilizace a dispozic k tomuto problému. V těchto a podobných případech je indikace k operaci žádoucí, ale vždy je třeba rozhodovat individuálně.

Mají zdravotnická zařízení povinnost hlásit počet dekubitů podobně, jako ohlašují nozokomiální nákazy (infekce vznikající v souvislosti se zdravotní péčí)?

Jsem přesvědčena, že převážná většina poskytovatelů zdravotních služeb nechce problémy s dekubity bagatelizovat anebo je nenahlašovat. Zatím u nás tato povinnost není dána vyhláškou nebo zákonem pro všechna zdravotnická zařízení. V současné době ale už máme dva systémy, do nichž se tyto údaje hlásí. Je to Národní referenční centrum, v němž je zapojeno 10 nemocnic, které tyto události prevalencečně hodnotí. Pod Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) existuje Národní systém hlášení nežádoucích událostí, kde je toto hlášení incidenční (tj. při zjištění), a tady je zapojeno 85 nemocnic. Některé metodické nedostatky tu ovšem stále jsou. A to je jeden z hlavních úkolů současného vedení a pracovníků ÚZIS, to chceme změnit a správně dotáhnout do konce tak, aby všichni, kdo informace poskytují, měli stejné pokyny, metodiku i možnosti. Například

v tom, aby se uváděl počet pacientů v riziku vzniku dekubitů, vznik dekubitů u rizikových pacientů. Chceme také, aby tyto údaje byly hodnoceny v souvislosti s počtem zdravotnických pracovníků na oddělení. Dalším úkolem pro klinickou praxi je instruktáž a zapojení všech, kteří o postiženého pečují, tedy i příbuzných. Opět uvedu jeden příklad. U seniora je přítomna návštěva třeba i dvě hodiny. A za tu dobu, a dokonce i během pouhé půlhodiny, může dekubitus vzniknout. Praktický příklad – pacient sedí v lůžku a povídá si se svou návštěvou. Sedí, sjíždí dolů, působí třecí síla, k tomu se přidá třeba drobný únik moči v rámci inkontinence a následná vlhkost, tlak na kostř. Vývoj dekubitu je nastartován a záleží potom na rychlém postupu ošetření.

Je možné na proleženiny i zemřít?

Představte si situaci: starší nemocný se trápí s tlačící zubní protézou, a tak ji přestane používat. Špatně kouše, nedostatečně se stravuje, takže dojde k malnutrici, a proto se dekubitus špatně hojí. Pacient je zesláblý, špatně se pohybuje, většinou leží. Doma upadne a způsobí si úraz – je hospitalizován jako ležící pacient. Z důvodu jeho celkové špatného zdravotního stavu se dekubity objeví i na jiných místech těla, zhorší se i přidružené nemoci a tento těžký stav s dekubitální sepsí může skončit smrtí pacienta. A na počátku všeho byla špatně padnoucí protéza... Samozřejmě, že tento příklad je atypický, ale možná právě proto bychom si jej mohli zapamatovat.

Mgr. Jana Hrabáková

Dekubitus je nekróza z tlaku

Na povrchu je viditelný první stupeň dekubitu, ale situace je pouze odrazem vnitřního stavu. Pokud se správně neošetří, postupuje dál do vnitřních tkání a mezi kostí a svařem může rychle dojít k nekróze.

Na začátku je nutné zhodnotit riziko pacienta: Je mu více než 60 let? Má poruchu vědomí? Užívá léky ovlivňující kardiovaskulární systém? Je inkontinentní? A podle škály rizika vzniku dekubitů určené našimi předpisy a na základě identifikované míry rizika se stanoví správná prevence a ošetřování.

Příčiny vzniku dekubitů

Především je to tlak působící na kůži stlačenou mezi podložkou a kostmi, který vede k útlaku cév v postižené oblasti a tím k horšímu zásobení tkání živinami a kyslíkem. Kůže a někdy i hlouběji uložené tkáně postupně odumírají. Důvodem bývá i zvýšená vlhkost kůže pocením, nedostatečná hygiena při úniku moči nebo stolice. Ve vyšším riziku vzniku dekubitů jsou pacienti s nedostatkem bílkovin, minerálů a vitaminů, obézní pacienti a také starší lidé se ztenčenou, suchou a pergamenovou kůží. Proleženiny v poloze na zádech nejčastěji vznikají v oblasti křížové kosti, na loktech, na patách, pod lopatkami a pod linií páteře. První stadia dekubitů mohou vznikat již během

několika hodin. Podle závažnosti se rozdělují do 4 stupňů.

Z informace Ministerstva zdravotnictví ČR

U příležitosti celosvětového dne Stop dekubitům, vyhlášeného na 20. listopad, se na MZ ČR pod záštitou hlavní sestry ČR uskutčil diskusní panel (kulatý stůl) k problematice prevence, sledování a léčby dekubitů v České republice. Dekubitus neboli proleženina je poškození kůže nebo tkání kůže způsobené přímým tlakem nebo třecími silami. Poškození může být v rozsahu od trvalého začervnění až po odumřelou tkáň postihující svaly, šlachy a kosti.

Proleženiny dnes představují skutečný problém, se kterým se potýkají zdravotníci na celém světě. „O problematice dekubitů je proto třeba informovat širokou veřejnost, protože proleženiny vznikají velmi často i u pacientů v domácím prostředí. Ti se mnohdy do zdravotnického zařízení dostávají už v poměrně komplikovaném stavu,“ říká hlavní sestra ČR Mgr. Alena Šmídová. Podle údajů

Národního referenčního centra je více než třetina pacientů přivezena do zdravotnického zařízení již s proleženinami.

Projekty do budoucna

Důležitým bodem kulatého stolu byl návrh na vytvoření celonárodního systému evidence a hodnocení nežádoucích událostí včetně problematiky rizika a výskytu dekubitů hlášených od poskytovatelů zdravotních služeb. Jednoduchý a uživatelsky přívětivý systém, který vzniká ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), by neměl zdravotníky nadměrně zatěžovat. Poslouží přitom k získávání objektivních dat o počtu, prevenci i léčbě dekubitů. Díky tomu umožní upravit počty personálu a vybavení potřebných pro prevenci a léčbu na jednotlivých konkrétních odděleních. Větší důraz na problematiku dekubitů, především ve formě vzdělávání sester a dalšího zdravotnického personálu, by se měl projevit také v rámci akčního plánu Zdraví 2020, vyhlášeného ministerstvem zdravotnictví v polovině roku 2014. (H)

Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči

Násilí je v dnešní době označováno jako fenomén a někteří autoři hovoří až o endemickém výskytu (Koukolík, 2008; Richter and Whittington, 2006). Například v USA v roce 2004 bylo 14 % všech pracovních úrazů ve zdravotnictví v důsledku násilí a agrese namířených proti pracovníkům ve zdravotnictví a v sociálních službách, přičemž v 50 % se jednalo o úrazy smrtelné (Zampieron, 2010).

Průměrný odhad nákladů za dopady fyzického násilí v zaměstnání v roce 2008 byl ve Spojeném Království (UK) asi 60,5 milionů liber. V současné době je částka každoročně vyšší než 100 milion liber (NHS Counter Fraud Service, 2007).

Fakta o násilí

Dříve byly na místo termínu násilí hojně užívány termíny agrese a agresivita. Někteří autoři pak tyto definice spojují a za násilí zaměňují. Mezi oběma termíny je však určitý rozdíl. Agrese je akutní krátkodobá reakce, která se projevuje ve frustračních situacích, při nichž je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby (Špatenková, 2011). Agrese je časově omezenou reakcí – projevuje se nejčastěji jako chování s prvky verbální nebo fyzické hrozby či útoku. Naproti tomu agresivita je považována za více či méně trvalou tendenci k útočným reakcím. Při agresivitě jde o sklon (vrození i získaný), který určuje míru jedince reagujícího na nepříjemné podněty či ohrožení (Lovaš, 2010).

Pro účely našeho zájmu je potřeba vycházet z charakteristiky zahrnující těsný vztah mezi pacientem/klientem a profesionálem. Násilí definujeme jako vy-

stupňované agresivní chování na podkladě neovladatelné negativní emoce a dalších přidružených faktorů, s prvky (převážně) verbální či fyzické agrese, kterou již nelze považovat za akceptovatelnou, protože přímo ohrožuje zájmy a důstojnost bytosti, na niž je namířena. Definice zahrnuje také obranné chování, které svou razantností převyšuje povahu útoku a za dané situace a za daných okolností bylo možné tuto hrozbu odvrátit mírnější formou obrany.

Hlavní zdroje násilí ve zdravotnictví a sociální péči

Výsledek, kdy opilý či psychiatrický pacient napadl ošetřovatele či klient verbálně zaútočil na sanitářku, je jednosměrný. Takový výsledek situací nehodnotí, pouze ji obsahově popisuje. Na druhou stranu je třeba počítat s faktem, že od roku 2006 přibývá násilných trestných činů. V České republice je tato okolnost způsobena vlivem politických a hospodářských změn, které někdy mohou vést k výraznému nárůstu kriminálního chování. Nárůst vražd lze vysvětlit právě sníženým rizikem odhalení a trestu a zvýšenou ekonomickou nerovností.



Ilustrace foto: Shutterstock

Ani po tomto nárůstu ale česká data nijak nevybočují z průměru vyspělých zemí, kde dochází ke 2 až 4 vraždám či pokusům o vraždu na 100 000 obyvatel (Vevera, 2009). Je nutné akceptovat i skutečnost, že pacient, který se ocitá v rukou zdravotníka, cítí moc především na jeho straně a bude o tuto moc bojovat (Špatenková, 2003). Řada situacích faktorů, často zdánlivě jednoduchých, může mít vliv na chování zdravotníků i pacientů daleko větší, než si umíme představit. Je potřeba zdůraznit silný vliv jednotlivých rolí v profe-

si, zohlednit efekt autority, kdy se pacienti lékařů bojí na cokoli zeptat (Lánský, 2012). Možný je také efekt uniformy profesionálů, která může zvyšovat pocit moci, důležitosti a, jak popisuje Frazer (1974), být tak zdrojem nadřazenosti (moc z anonymity). Zohlednit musíme i tlak času (Darley, Butson, 1973), kdy ochota pomoci člověku v nouzi činí pouze 10 %, a nepochybně zamezovat označování pacientů stereotypními obrazy a nálepkami (Franz, 2006).

Co pacienti/klienti potřebují od profesionálů

Při poskytování zdravotní péče se terčem násilí nejčastěji stávají nelékařští a sociální pracovníci, kteří v rámci prvního kontaktu – na rozdíl od jiných profesí – s klienty pobývají nejvíce času. Na druhou stranu, jak vyplývá ze zkušeností z praxe a dat z výzkumů, přibývá také incidentů, kdy tito pracovníci neovládnu své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciálně útočnický k násilí provokuje.

Klienti od nich v těchto chvílích očekávají především pochopení, lidský přístup a osobní zájem. Tedy:

- naslouchání (bohužel většina pracovníků pacienty poslouchá – nenaslouchá jim), nevěnuje jejich slovům pozornost a pak klade otázky jako u výslechu, i když jim pacient původně vše řekl;
- pozornost (pacientovi stačí vyjádřit pozornost na pár minut, vzniká tak pocit důvěry a pacient daleko lépe spolupracuje);
- otázky reflektující pacienta, ne jeho nemoc a příznaky, jež jsou přenášeny do dokumentace;
- otázky na pocity (nepředpokládáme, že jako profesionálové víme, co pacient skutečně potřebuje);
- zájem o problémy pacientů (pracovníci často devalvuji a bagatelizují problémy pacientů, nemocnická rutina je možná pro zaměstnance, nikoli pro pacienty);
- pochopení (například šetrná manipulace, když pacienti tvrdí, že je něco bolí);
- respektování soukromí pacientů (fyzického i duševního);
- respektování osobnosti pacientů (péče má být poskytována pacientovi, ne jeho nemocí a jejím příznakům);
- poskytování informací (každý krok má být náležitě okomentován);
- uctivou komunikaci (bez žargonu a zdobnělin, představit se pacientovi);
- smysluplné vysvětlení („jak něco udělat“ namísto „co má dotčený dělat“);
- respektovat osobnost, kterou pacient je/původně byl (například pacient s demencí nebo pacienti trpící akutní fází nějaké nemoci – jejich reakce na ošetřování mohou vycházet z původního zaměstnání);
- empatii a pocit, že pracovníkovi na pacientovi záleží (i profesionál se kdykoli může stát pacientem);
- lidskost (Messner, 1993; Howard, 2014, Grimaldi, 2013).

Využit komunikačního zrcadlení

Kvalita služeb vycházející z ochrany před ohrožujícím a násilným

Příklady z praxe

- V zařízení pro seniory došlo k fyzickému napadení ošetřovatelky. Během mytí se 70letá klientka snažila dostat ven ze sprchy. Při sprchování na koupací židli se najednou zvedla a zamířila ke dveřím, kde se jí snažila druhá ošetřovatelka zadržet. Pacientka do ošetřovatelky narazila takovou silou, že s ní vyrazila dveře.
- Na oddělení urgentního příjmu došlo k napadení všeobecné sestry. Silně opilá mladá žena, kterou přivezla posádka RZP, se začala při svlékání mikiny (nutné pro vyšetření) probouzet. Jakmile pacientka zjistila, že je v nemocnici, snažila se na lůžku vstát. Všeobecná sestra, která ji ošetřovala, zavolala na pomoc sanitáře a mladou ženu přidržovali každý z jedné strany. Ženě se však ze strany sanitáře podařilo vysmeknout a incident skončil pokousáním všeobecné sestry na horní končetině.
- Posádka ZZS ošetřovala útočnicka po rvačce. Náhodní kolemjdoucí otevřeli dveře sanitky a opakovaně se snažili natáčet na mobilní telefon záchranáře při práci. Po třetím varování: „Nechte nás prosím pracovat a zavřete dveře!“ se jeden záchranář rozhodl vyjít za natáčející dvojicí. Jakmile k ní přistoupil, dostal ránu pěstí do krku. Incident skončil zásahem městské policie.
- Pracovník v sociálních službách čelil útoku 80letého muže, když se ho po aplikaci inzulínu snažil nakrmit večerí. Muž jídlo odmítal a zaútočil na ošetřovatele nejprve přiborem, následně hrníčkem, talířkem a nakonec vlastní protězou. (Incidenty byly zaznamenány na seminářích věnovaných prevenci násilí ve zdravotnictví)

chováním obou stran je prioritou. Jde o velice náročný úkol, jenž vyžaduje tvorbu vysoce etických a odborných standardů s podporou terapeutického klimatu v prostředí zdravotnických služeb, také nevyhnutelné dodržování zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP), eventuálně navržení úzké spolupráce s oddělením pracovního lékařství. Následky mohou být totiž velmi závažné. Praxe ukazuje, že konfliktním situacím je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy je lepší vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktu nedošlo, než ho následně řešit (Fehlau, 2003).

I experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrála, 1998). Rozhodující roli v prevenci konfliktu tak sehraává především profesionální chování zdravotnického personálu – představení a okomentování každé činnosti, kterou provádíme. Pacienti vnímají velmi dobře slušnost a trpělivé zacházení. Ve stresové situaci by se profesionál měl při verbálních či fyzických hrozbách vyvarovat oplácení. Takové techniky násilí neřeší, spíše

prohlubují. Naopak využití například komunikačního zrcadlení, kdy neříkáme pacientovi, co má dělat, ale jak se chová. Například místo: „Přestaňte tady řvát a okamžitě se uklidněte!“ je vhodnější zvolit třeba formulaci: „Křičíte. Zkuste mi prosím říct, co se stalo, že jste tak rozzuřený.“ Lze tak dosáhnout kvalitní deeskalace.

Vysvětlování bez tradice
Představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je bohužel mylná. Zdravit a něco vysvětlovat, to je věc, která u nás nemá tradi-

Jedním z nástrojů prevence může být také připravovaný web o bezpečné práci, který bude seznamovat s prevencí násilí pomocí příběhů, zveřejňovaných pracovníky v sociálních službách a ve zdravotnictví. Součástí webu bude také expertní podpora profesionálů, které mají s prevencí násilí zkušenosti. Web najdete na adrese www.bezpecnaprace.info.

ci, a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je přitom z 80 % o komunikaci. Pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je pacientem informovaným. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. To má vliv rovněž na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost (Lánský, 2012).

Komunikace je především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Stejně jako při aplikaci injekcí či chirurgickém výkonu je potřeba tréninku, aby se daná dovednost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Totéž platí o komunikaci.

Mgr. Jaroslav Pekara,
david.sourek@uzs.cz

Agrese pomáhajícího pracovníka – nutná výbava

Sklon k agresivnímu jednání je nedílnou součástí naší osobnostní výbavy. Je vrozený a trvalý. Jeho výsledkem je agrese coby akutní rychlá reakce na vnější (ale i vnitřní) podněty a v krajním případě násilí coby destruktivní chování vedené proti věcem a lidem v okolí (někdy i proti sobě).

Agresivitu většinou chápeme jako sklon, dispozici k agresi, i když v současnosti dochází k terminologickým proměnám. V soudobé společnosti mají slova agrese a agresivita především negativní význam a vyvolávají negativní emoce a postoje (strach, odmítání...). Přesto (nebo právě proto) je třeba pochopit agresi a agresivitu v jejich celé podstatě. Někteří autoři se omezují na chápání agrese jako jednání směřujícího k přímému poškození druhého. Na druhé straně se objevují definice, které zahrnují nejen jednání poškozující ostatní, ale i jakékoli jednání a chování, které směřuje k dosažení výhod a prosazení cílů, jež si člověk naplánoval a kterých chce aktivně a cílevědomě dosáhnout (Janata, 1999, s. 20). Jde tedy především o dispozice, které nám vždy pomáhaly a pomáhají přežít. Agresivita je podstatou schopnosti bránit se, získávat, co je pro nás nezbytné nebo žádoucí, a také je například nedílnou součástí tvořivosti, kreativity, která vede k často ceněným produktům. Bez agresivity není motivace. Zdravě agresivní jedinec umí jít za svým cílem, umí o něm komunikovat s druhými a umí také přiměřeně há-

jit své zájmy. Coby rodič je zdravě agresivní jedinec schopen starat se o své děti lépe než jedinec s potlačenou agresivitou. Pomáhající pracovník musí sám sebe vnímat jako zdravě agresivní bytost. Takové sebepečení nechá rozvinout schopnosti, které potřebuje tam, kde se setkává s jedincem, u něhož agresivní projevy přesahují únosnou a společensky akceptovatelnou mez.

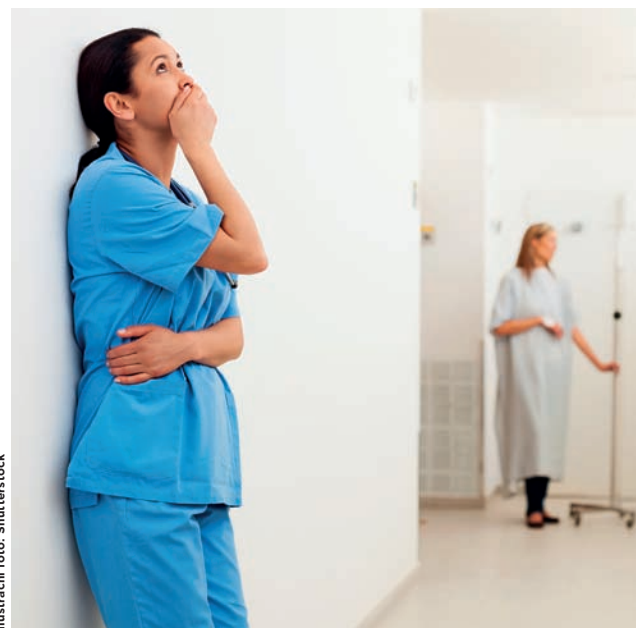
Agrese jako vyjádření motivace

Příklad z praxe. Všeobecná sestra, jež má tradiční pojetí agresivity jako něčeho nežádoucího, nedokáže dobře odrazit a zpracovat slovně útočícího pacienta, který tak jedná, protože má strach, je vyděšený, nejistý a neschopný kontrolovat své emoce ovládané chování. Pokud si tato sestra uvědomí, že její přirozenou výbavou je totéž, co je přirozenou výbavou pacienta, dokáže snáze a efektivněji reagovat. Bude pevná ve svých slovech, postojí i činech. Bude schopná silným, přesto citlivým hlasem reagovat právě na strach a nejistotu, které pacientem zmítají. Nebude v něm vidět útočníka a sebe vnímat jako oběť, ale správně pojmenuje situaci jako setkání

dvou lidí s různými očekáváními, různými motivacemi a různou schopností korekce vlastního jednání.

Pokud si pomáhající myslí, že sílu hlasu, pevnost postoje, volbu slov či stisk paže nacvíčí bez uvědomění si toho, s čím přišel na svět a co vnitřně sám odmítá tak, jak ho učí většinová společnost, mýlí se. Každá mince má dvě strany, stejně i agrese. Agrese je vyjádření motivace, potřeby. Na straně pacienta či klienta jsou to potřeby pomoci, podpory, bezpečí, záchrany života svého nebo blízkých, přijetí jako plnohodnotné bytosti, vybití emočních pramenících z nevěděni a bezmoci a další podobné motivy. Na straně zdravotníka či sociálního pracovníka agrese vyjadřuje potřebu obstát ve své profesi, zachovat si tvář před sebou, kolegy i klienty, cítit se ve svém pracovním prostředí bezpečně, ochránit své tělo i duši, zvládnout úkon co nejrychleji a správně apod.

Na obou stranách to nejsou potřeby, které se navzájem vylučují, a tedy by měly vést ke konfliktu. Jsou to potřeby, které se mohou doplňovat, a to za určitých podmínek – především pochopení celé situace a její podstaty pomáhajícím pracovníkem, tedy



Ilustrační foto: Shutterstock

odborníkem. Jde o pochopení, že stejný zdroj síly, kterou projevuje pacient (ať už verbálně či neverbálně), má k dispozici i zdravotník nebo sociální pracovník. A že tento zdroj síly je zkrátka spojený s agresi a je to tak v pořádku. Že vztek, který vůči pacientovi cítím, je energií, kterou mohu přetavit v konstruktivní jednání. Že strach, který cítím při setkání s útočícím pacientem, je mou energizující motivací k účinné obraně, respektive převzetí situ-

ace do svých rukou. To si mohou jako pomáhající dovolit, mám k tomu prostředky, které se mohou naučit a používat je. Nicméně prostředky a komunikační techniky jsou bez pochopení souvislosti situace, naší biologické výbavy a motivací na obou stranách účinné jen do jisté míry.

Literatura u autorky

Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.,
david.sourek@uzs.cz

Oba texty na této dvoustraně vznikly v rámci projektu Důstojná práce – Prevence násilí od třetích stran v sociálních a zdravotnických zařízeních v Praze, který realizuje Centrum rozvojových aktivit Unie zaměstnavatelských svazů ČR. Projekt je realizován díky grantu z Norska, prostřednictvím Norského finančního mechanismu 2009–2014 v rámci programu Důstojná práce a tripartitní dialog.

O čem sní sestry

Text věnovaný výhradám sester vůči jejich profesi? Maličkost, říkála jsem si, když mi redakce časopisu Zdravotnictví a medicína před časem tuto zakázku nabídla. Jak se brzy ukázalo, opak byl pravdou.

Měla jsem v úmyslu postupovat způsobem, který novináři v těchto případech rutinně používají: nejprve oslovit známé sestry, jejich prostřednictvím angažovat nespokojené kolegyně či spolužačky a následně všechny další, které se ochotně na širokou diskusi takzvaně „nabalí“. Výsledek doplnit návštěvou několika náhodně vybraných zdravotnických zařízení různého typu a přesvědčit pár sestřiček poletujících po chodbách, aby – alespoň pod slibem anonymity – přidaly svůj díl.

Proč sestry o svých výhradách nemluví

Systém, který se mnohokrát osvědčil, však v tomto případě nefungoval. Přimět sestry, které v českých nemocnicích pracují v první linii své obtížné profese, aby otevřeně promluvily o věcech, jež si obvykle jen navzájem šuškaají ve zhoustlé atmosféře sesterny, je téměř nadsadový úkol. Důvodů je víc. Předně – ženy, které dlouhodobě slouží v nemocnicích u lůžek nebo na operačních sálech, v sobě obecně mají vyšší míru altruismu než průměrná populace a často nepovažují za patřičné si stěžovat. České zdravotnictví prostě není ideální a všichni to víme, stejně se nic nezmění, tak proč se v tom tedy babrat?

Další příčinou, proč o svých výhradách mnohé sestry odmítaly adresně hovořit, byla obava z postihu, ať již formálního ze strany nadřízeného či zaměstnavatele nebo v podobě šikany od potřeštěných kolegů, kteří se v příliš otevřených odpovědích poznají. Opakovaně jsem po po večerních telefonátech sestrám a příslibech odpovědí nacházela ráno na mobilu omluvné esemesky, proč se dotýčná po zralé noční úvaze rozhodla své výhrady radši veřejně neventilovat. Sestry, které po několikátýdenním snažení byly ochotné odpovědět, lze s velkou rezervou spočítat na prstech jedné ruky – a oběma patří můj do datečný vřelý dík.

Snahu hovořit se sestrami přímo v nemocnicích komplikovala vedle otevřeně přiznaných obav z vyjádření i neustálá časová zane-

prázdnost. Každá z oslovených žen („zdravotní bratři“ promínou) byla právě na cestě NĚKAM a na alespoň několikaminutový rozhovor neměla v tu chvíli ani pomyslení.

Bouře na sociálních sítích

Všechny tyto okolnosti velmi mnoho vypovídají o realitě profese sestry a o podmínkách, které v současné době panují v našich nemocnicích. O důvod víc pro snahu zjistit, co sestrám na jejich každodenní práci vadí. Jelikož „lidské zdroje“ selhaly, nezbylo než se obrátit tam, kde se alespoň některé sestry nezdráhají své výhrady, námítky a připomínky formulovat – na internetu a sociální síti. Paradoxně, sklizeň názorů byla v tomto případě nečekaně bohatá a zdaleka ne vždy se jednalo o příspěvky skryté za anonymní přezdívky. Nejbohatším zdrojem informací se ukázaly být diskuse pod tematickými články na odborných webech a vlastní blogy některých sester.

Protože žádná z žen, které budou v tomto textu citovány, své připomínky vědomě nepsala za účelem takového zveřejnění, dovolila jsem si ponechat jména v anonymitě. Pro pořádek uvedme, že použité citace byly v některých případech mírně stylizovány či gramaticky upraveny, avšak vždy tak, aby nedošlo ke změně jejich smyslu či významu. Rovněž je třeba zdůraznit, že se jedná vždy o výhrady jedinců či skupin, nikoli o jakkoli obecně platné nedostatky. Problematické postupy se také mohou týkat jen určitých konkrétních pracovišť, zatímco na jiných mohou být stejné situace organizovány zcela nekonfliktně. Nelze taktéž patrně očekávat, že výčet situací a okolností, které sestry vnímají jako negativní stránku své práce, bude úplný a vyčerpávající. Tento text si proto neklade nárok ani na striktní objektivitu, ani na absolutní pravdivost. Jeho cílem je pouze předestřít názory mnoha žen, které tráví život v sesterském stejnozemí.

Co tedy sestrám na jejich práci nejvíce vadí?

Úřednice namísto sester

První oblastí, s jejímž bezvýhradným akceptováním má řada sester vnitřní problém, je dokumentace. Někdy si připadají více jako úřednice než zdravotnické specialistky. Jistě, většina chápe, že v určité míře je zapisování údajů nezbytné a slouží jak ku prospěchu pacienta, tak v některých situacích i k jejich vlastní ochraně. Problémovým prvkem dokumentace je však např. její rozsah, který oproti minulosti několikrát násobně vzrostl. Některé sestry odhadují, že vyplňováním povinných kolonek ve formulářích stráví až třetinu pracovní doby, a to aniž by se tento nárůst pracovních povinností projevil na personálním stavu oddělení. O čas věnovaný papírování jsou pak kráčení pacienti. Část administrativní práce považují některé sestry za zbytečnou, neboť stejné údaje o provedených úkonech se leckdy zapisují až na čtyři místa – do lékařské dokumentace (jejíž vyplňování je mnohde přidělováno také sestrám, k jejich značné nelibosti), do sesterské dokumentace, dále je třeba zadat novou ošetřovací diagnózu a nakonec uvést údaje v sesterském hlášení. Jiné sestry upozorňují, že tutéž dokumentaci musí v rozporu s logikou pokaždé sepsat i s pacienty, kteří docházejí k hospitalizaci opakovaně. Obdobně bývá kritizována konkrétní podoba povinné dokumentace. „U vstupní ošetřovatelské dokumentace je otázka na rovnátka, přestože za pět let, co jsem v nemocnici, jsem nikoho s nimi neměla a z vlastní zkušenosti vím, že vůbec neovlivňují stravu,“ vysvětluje podstatu takové kritiky sestra z fakultní nemocnice, „zato postrádám rubriku amputace, s těmi se setkávám.“ Podobou dokumentace podle ní i podle dalších žen s podobnými názory vymýšlejí lidé odtržení od praxe, zájem o zpětnou vazbu od sester je minimální. Důsledkem bývá nelogičnost administrativy a nutnost častých změn.

Bez plánování není ošetřování

Jiná série výtek proti dokumentaci se týká praktických obtíží



Ilustrační foto: Shutterstock

v jejím zpracovávání. „Vyplnit papíry při příjmu, tj. ošetřovatelskou anamnézu, Barttelův test, nutriční test, rizika pádů, vzniku dekubitů, ošetřovatelské diagnózy, hodnocení a stupnice bolesti plus měření a zápisy fyziologických funkcí mi trvá přibližně hodinu, pokud pacient spolupracuje. A celou tu dobu vlastně nevím, co dělají ostatní pacienti na oddělení,“ vysvětluje sestra z příjmového oddělení psychiatrie. Pokud však slouží jen s ošetřovatelkami, je jediná kompetentní vyplňovat do počítače údaje o úkonech provedených na ostatních pacientech. Zapisuje tedy vlastně něco, co sama neviděla.

Některé sestry upozorňují, že na jejich pracovišti je obtížné vyplnit veškerou dokumentaci při plném zachování práv pacienta. Výtka se týká třeba zajištění soukromí, jsou-li pacientovi kladeny otázky intimní povahy, např. ohledně inkontinence. „Na našem pracovišti není místnost k tomu určená,“ stěžuje si jedna z pisatelek s tím, že sesternu ani pokoj, kde jsou přítomni jiní pacienti, za takový prostor nelze považovat.

Mnoho sester si klade otázky po smyslu plánování cílů v ošetřovatelské dokumentaci, kterou považují za víceméně formalistický krok. Několik ukázek z mnoha: „Mám pocit, že z nás dělají blbce, kteří neumí nic udělat bez plánování.“ „U dg. 00134 – nausea si stanovím cíl: ‚Nemocný nemá nauzeu a nezvrací.‘ Ale já si ten cíl nemusím stanovovat, dělala jsem to vždy i bez stanoveného cíle.“ „Stejně jsme ošetřovaly dekubit, i když to nebyla diagnóza,

jen jsme to nikde nepsaly a neplánovaly.“

Vysokoškolské vzdělání – nekvalifikovaná práce

Druhé téma, které mezi sestrami často vyvolává emotivní reakci, souvisí s nedávnou změnou nastavení profesní přípravy a navazujícími úpravami kompetencí jednotlivých skupin středního zdravotnického personálu. Požadavek, aby s ohledem na rostoucí náročnost ošetřovatelské péče musely sestry získat plně kvalifikace absolvovat VOŠ či VŠ, způsobuje na některých pracovištích paradoxní situace. Čerstvé absolventky těchto škol jsou z hlediska systému teoreticky nadřazeny plně zapracovaným sestrám po 30 letech služby, které získaly kvalifikaci dávno před zavedením „vysokoškolského sesterství“ a nyní byly uměle degradovány na zdravotnické asistentky.

Doplnit si vzdělání není pro každou řešením. Sestry poukazují na to, že absolventi SZŠ jsou při přijímání řízení v nevýhodě oproti gymnazistům, a to přesto, že studenti ze všeobecných škol neprošli odbornou přípravou pro práci ve zdravotnictví. Studium při zaměstnání považují některé za nereálné s ohledem na vysokou pracovní zátěž spojenou s prací sester. „Mám podanou přihlášku na specializační studium v intenzivní péči, ale do žádné vzdělávací aktivity se mi nechce. Už se vidím, jak se budu učit třeba po víkendů na naší jednotce intenzivní péče,“ čteme na internetu. Chybí často rovněž motivace ke studiu, a to jak sestrám, které již ve zdravotnictví pracují, tak no-

vým uchazečům o tuto profesi. Zvýšení kvalifikace totiž nebývá v českém zdravotnictví spojeno s odpovídajícím navýšením platu, navíc ani vysokoškolsky vzdělaná sestra nemá nikde záruku, že v praxi získá vyšší kompetence a bude jí umožněno pracovat samostatně. Na řadě pracovišť jsou kvalifikované sestry managementem nuceny z úsporných důvodů pracovat jako zdravotní asistentky za nižší mzdový tarif. Specializované činnosti, k jejichž výkonu jsou oprávněny, pak sice provádějí, ale na jejich výplatní pásce se to neprojevuje. Sestry se proti takové praxi bouří nejen z finančního důvodu, ale rovněž proto, že ji vnímají jako dehonestaci své profese. „Lékaře, ač by měl znát a umět vše, co umí sestra, nikdo z důvodu šetření finančních prostředků smluvně nepřepřazuje na sesterskou práci s tím, že mu zůstanou samozřejmě jeho lékařské povinnosti za nižší plat,“ argumentují. Další si stěžují, že české zdravotnictví přejalo z anglosaského modelu jen část – činnosti, které v západních zemích samostatně

vykonávají sestry, u nás stále dělají lékaři. Situaci komplikuje přetrvávající nedostatek nižšího ošetrovatelského personálu. Bez ohledu na výši vzdělání je totiž třeba zajistit pro pacienty všechny pečovatelské úkony, a tak na mnoha odděleních i kvalifikované sestry musejí provádět pomocné práce – převážejí pacienty na vyšetření, nosí vzorky do laboratoří, podávají pacientům stravu či suplují chybějící uklízečky. O sestry vysokoškolačky pak v praxi mnoho nemocnic vůbec nestojí nebo je nechtějí zaplatit. „Za co taky, když nakonec vykonávají stejnou práci jako kolegyně s maturitou?“ posteskla si jedna z internetových diskutérek.

Pravidla nejsou od toho, aby se obcházel

Velmi intenzivně se mezi sestrami ozývá volání po pravidlech. Nejen po jejich nastavení, tedy správném a srozumitelném nastavení, ale také po jejich dodržování všemi – bez ohledu na to, na jakém stupni nemocniční hierarchie se kdo nachází.

Typickým příkladem, na němž lze z pohledu řady sester ilustrovat selhávající pravidla, je kouření. Je-li nemocnice definována jako nekuřácká, pak by se případné postihy za nedovolenou cigaretu měly týkat nejen sester, ale i lékařů, jimž je kouření nezřídkou tolerováno, a také pacientů, jimž si jako klientům nikdo netroufne nic vytknout. „Když je zima nebo prší, chodí se kouřit do sklepa. Nedovedete si představit ten smrad, co se line schodištěm nahoru,“ popisuje jedna ze sester nekuřáček. „Bezpeček nám říkal, že pokud bude v chodbě nakouřeno, máme to hlásit. Komu? A každý den? Hlásíte nám pro jistotu nedali.“ Kuřácká problematika vyvolává na některých pracovištích konflikty mezi zastánci a odpůrci cigaret. Dochází k tomu zejména tam, kde nejsou nastavena a důsledně dodržována pravidla pro kouření personálu. Někteří nekuřáci si stěžují, že musí pracovat za kolegy, kteří si několikrát denně potřebují odskočit „na cigáro“, že kuřáci po svých nikotinových pauzách nedodržují

hygienu a tak nejen obtěžují nepřijemným zápachem kolegy, ale zároveň provokují kouřící pacienty, kteří si momentálně zapálit nemohou.

Problematiku pravidel však nelze redukovat pouze na kuřáctví. Neméně emotivní otázky se v řadě nemocnic řeší jak v oblastech, které se léčby týkají pouze okrajově (třeba ohledně oblečení sester či nošení šperků), tak také v záležitostech, které mohou mít bezprostřední vliv na zdraví pacienta. Z příkladů kritizovaných sestrami vyberme změny medicací bez upozornění. „Doktoři si prostě něco dopíší – například podat infuzi tehdy a tehdy. Já dokumentaci stihnu otevřít za dvě hodiny, kdy infuze měla být vykapána,“ popisuje sestra.

Vlídne slovo hubu nespálí

„Nejhorší na té práci jsou asi víkendy, noční a svátky,“ sděluje svoje subjektivní stanovisko další z pisatelek. Trojsemenný provoz, vysoký stresový faktor, namáhavost a psychická náročnost práce u lůžka znamenají únavu, kte-

rou si sestry po směně odnášejí domů. „Práce mě baví a snažím se ji vykonávat, jak nejlépe dovedu. Ale nedokážu si představit, že bych na tomto oddělení setrvala, až budu mít rodinu a děti,“ přiznává jedna z mladších sester. Ve výčtu výhrad, které sestry různých pracovišť občas umístují na internetové stránky, by bylo možné pokračovat ještě dlouho. Předpisy, které nelze splnit. „Na cévkování by měly být dvě sestry – ale jak to uděláte, když na noční je jen jedna?“ Nutnost neustálé sebekontroly, nekvalitní vztahy na pracovišti, nevzhledné pracovní prostředí, zvýšené riziko nákaz, arogance a útoky některých pacientů, proti nimž existuje jen malá možnost obrany, šetření na nesmyslných místech... Sestry cítí, že jejich práce by měla být lépe ohodnocena. Samozřejmě jde také o výši platu. Stejně často však volají i po ocenění ze strany svých nadřízených, kterých se jim na mnoha pracovištích nedostává, a po lepším celospolečenském hodnocení své profese.

Martina Řehořová

KOMERČNÍ PREZENTACE

Nemocnice skupiny AGEL opět uspěly v hodnocení pacientů

Na předních místech celostátní ankety „Nejlepší nemocnice ČR 2014“ se objevila třinecká Nemocnice Podlesí nebo ostravská Vítkovická nemocnice.

První příčku v absolutním pořadí v anketě nezávislého sdružení HealthCare Institute (HCI) obsadila a vůbec nejlepší nemocnicí v republice očima pacientů se v loňském roce stala třinecká Nemocnice Podlesí. Ta získala prvenství v anketě již potřetí. „Obhajoba prvenství je pro nás něčím výjimečným,“ uvedl předseda představenstva Nemocnice Podlesí MUDr. Karel Lukeš, MBA, a dodal: „Jsme relativně malá nemocnice, což je v tomto kontextu naší výhodou. Vládne zde téměř rodinná atmosféra, nadstandardní spolupráce mezi jednotlivými odbornostmi, kde prospěch pacienta ze zvoleného typu léčby je tím určujícím. Jsme jen špička ledovce všech zařízení skupiny AGEL, kde je to stejně tak.“

Sázka na odbornost i pozitivní přístup

Obrovského úspěchu dosáhla v anketě také ostravská Vítkovická nemocnice, jejíž lékaře vyhodnotili ambulantní pacienti

z hlediska přístupu jako nejlepší v republice. A úspěch slavili ve Vítkovicích také v rámci regionálního hodnocení. Vítkovická nemocnice stala rovněž nejlepší v Moravskoslezském kraji v kategorii hodnocení ambulantních pacientů. „Vsadili jsme na vysokou odbornou úroveň lékařů i sester. V mnoha oborech patříme ke špičce pracovišť v České republice, zmíním například odbornosti angiologie, gastroenterologie a chirurgie. Nedílná součást péče o pacienta je pro nás komunikace. Nelze totiž oddělit odbornou část lékařské péče od chování zdravotníka. Právě proto jsme zavědli semináře pro naše zaměstnance s cílem chování zdravotníků zlepšit, především co se týče profesionality, umění naslouchat a získat si důvěru pacienta. Důraz klade na vysvětlení důvodů léčby, přiměřenosti informací a především na respekt, ohled a úctu ke každému pacientovi. Naším leitmotivem má být: Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno



ničem,“ vysvětluje úspěch svého zařízení předsedkyně představenstva Vítkovické nemocnice MUDr. Marie Marsová, MBA. Na své umístění v anketě může být pyšná také Nemocnice Šternberk, která byla vyhodnocena jako nejlepší v Olomouckém kraji, a to jak v kategorii hospitalizovaných, tak v kategorii ambulantních pacientů. „Hodnocení ze strany našich pacientů si velmi vážíme.

Snažíme se dlouhodobě skloubit odbornost s vlídným a vstřícným přístupem, a pokud je toto naše úsilí pozitivně vnímáno ze strany pacientů, jsme tomu velmi rádi,“ sdělil Ing. Tomáš Uvízl, ředitel Středomoravské nemocniční, pod kterou šternberská nemocnice spadá.

Průzkum spokojenosti pacientů probíhal od března do konce září loňského roku. Pacienti anonym-



ně hodnotili například chování personálu, pocit soukromí při vyšetření či celkovou úroveň ošetření. Zdravotnická zařízení klasifikovalo přes 55 tisíc hospitalizovaných pacientů a více než 35 tisíc ambulantních pacientů. V celostátní anketě bylo celkem posuzováno 156 nemocnic. „Porovnání s ostatními je pro nás vždy důležité, i proto se do takovýchto anket hlásíme. A například vedle anket HealthCare Institutu si sami připravujeme dotazníkové, konkrétně zaměřené akce. Výsledky pak můžete vidět u nás v nemocnici,“ doplnila na závěr MUDr. Marie Marsová, MBA. (akt)



No prostě Páťa

Príspevek zazněl na XVIII. kongresu Společnosti instrumentářek, kde získal zvláštní ocenění.

Soubor tří textů, které ilustrují péči o dětského pacienta z pohledu anesteziologické a perioperační sestry a sestry na oddělení standardní péče v období červen 2012 až listopad 2013. Jedná se o 6letého chlapce, který byl přivezen ve vážném stavu.

Dne 22. 6. 2012 byl na Kliniku dětské chirurgie a traumatologie Thomayerovy nemocnice v Praze přivezen „neznámý“ polytraumatizovaný pacient, který byl nalezen v metru mezi stanicemi. Po přijetí na JIRP a zajištění před operací byl převezen na operační sál.

Pohled anesteziologické sestry

Ve 20 hodin je akutně volán anesteziologický tým na OS KDCHT k chlapci s dg. polytrauma – devastující poranění LDK, komoce mozku a hemoragický šok 3.–4. st. Pacient je přijímán na operační sál kompletně zajištěn invazivními vstupy z JIRP DCH (a. radialis, ČŽK v. femoralis, 2x PŽK, PMK, NGS, ICP a s ETI č. 4.5, kterou zajistila RZS na místě zásahu) a s aktuálním nálezem CT, sona břicha a hrudníku. Po přijetí na operační sál je zahájena kombinovaná anestezie = inhalační anestetika (Isofluran v kombinaci O₂ a AIR), i. v. opioidy (Sufentanil) a dlouhodobá svalová relaxancia (Arduan). Před úvodem je podána trojkombinace ATB jako prevence infekce.

Chlapci jsou již podávány krevní deriváty (MP, EM) ke zmírnění následků hemoragického šoku. Dále jsou kontinuálně podávány krystaloidy (Isolyte).

Ke konci výkonu dochází ke zvýšení ICP – 27 torrů (norma do 13), na CT předoperačně prokázán poúrazový edém mozku – ordinováno jednorázové podání 100 mg Thiopentalu i. v. (lék volby při nitrolební hypertenzi), poté dochází k normalizaci hodnoty ICP. Pacient po celou dobu CA veden na UPV – plicní hodnoty na monitoru v normě SaO₂ 100 %, monitorace CO₂ kolem 4 kPa, během výkonu je i hemodynamicky stabilní, TK průměrně 120/70, P kolem 100/min, bez nutnosti nasazení katecholaminů. Po 5hodinové výkonu převážíme chlapce zpět na monitorované lůžko JIRP DCH.

V dalších dnech pacient podstupuje opakované převazy v CA. Po celou dobu je na řízené ventilaci a medikamentózně tlumen. Při

převazech na operačním sále je vedena kombinovaná anestezie. Dne 6. 7. 2012 zavádí ARK lékař po dohodě s ošetřujícími lékaři epidurální katétr. Následně je zahájena na JIRP kontinuální epidurální analgezie. Ještě téhož dne v podvečer byl chlapec extubován. Původní záměr zvládnout převazy jen s přidáním bolusové dávky do epidurálního katétru bohužel nevyšel pro naprostý neklid a nespolečný chlapec. Po 8 dnech se katétr vytahuje pro jeho nefunkčnost. Na další převazy na operační sál přijíždí při plném vědomí, spontánně ventilující, s projevy psychomotorického neklidu, agresivní, křičící a naprosto nespolupracující. Je precitlivělý na jakýkoli dotyk. Výměna periferního žilního katétru se provádí v CA, protože pacient je hysterický. Úvody do anestezie jsou náročné pro všechny zúčastněné. Anestezie je i nadále vedena kombinovanou formou se zajištěním dýchacích cest pomocí laryngeální masky, ev. obličejové masky. Postupem času a díky obětavému a trpělivému přístupu personálu dochází k radikálnímu zlepšení psychiky a spolupráce s chlapcem. Na operační sál přijíždí usměvavý, laškuje s personálem, vypráví o svém pobytu na klinice a je vděčný za každý úsměv, kterého se mu v rodinném zázemí nedostávalo.

Andrea Kašparová, Renata Chocholová,
Anesteziologicko-resuscitační klinika
Thomayerovy nemocnice, Praha

Pohled perioperační sestry

Diagnóza: *Fractura metaphyseos distalis femoris l. sin. dislocata aperta – Tsche-me 0-3 semiampulatio* – Tržně-zhmožděná rána v oblasti claviculy, na pravé straně krku a ve vlasové části hlavy. Na operačním sále nález na končetině – končetina bledá, bez hmatného pulzu, tržně-zhmožděná rána téměř cirkulární, mediodorzálně neporaněné svaly, kde laterálně kožní můstek s podkožím. V ranách zeje kondyl femuru v rotaci 180 stupňů. Po důkladné antiseptice operačního pole a zarouškování přistupujeme k otevřené repozici a naložení zevního fixátoru. Po jeho naložení je volán cévní chirurg, který zjišťuje nutnost náhrady aorta poplitea. V místě kloubní štěrbin je céva disekována a trombotizována. Provádíme odběr štěpu *vena safena mediana* na

stehně. V průběhu práce cévního chirurga asistent musí držet končetinu ve vertikální poloze, protože jiný přístup není vzhledem ke stavu pacienta možný. Důvodem místa odběru je nevyhovující průsvit štěpu na kotníku i na bérce. Štěrpa se sešit technikou *end to end* a po kontrole průchodnosti cévního chirurga odchází.

Chirurg pokračuje v dalším ošetřování zmíněného traumatu provedením fasciotomie na bérce, tu překrýváme Syspurdermem (syntetická náhrada kůže), tento materiál na našem pracovišti používáme na krytí rozsáhlých defektů. Dále provádíme suturu ran na krku, v oblasti claviculy a ve vlasové části hlavy. Pacient indikován k převazům v celkové anestezii, které jsou plánovány obden.

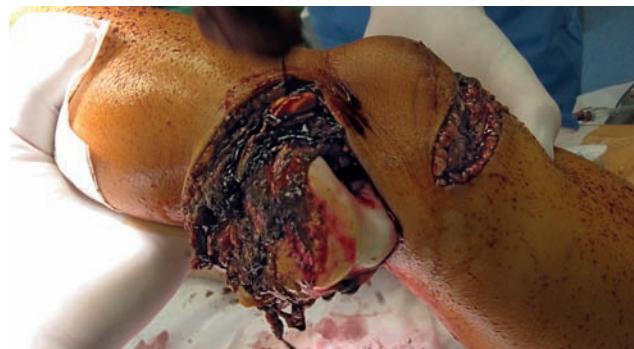
Při prvním pooperačním převazu je aplikována podtlaková terapie. Chlapec je v šokovém stavu pro infekci. V ošetřovaných ranách není patrná zánětlivá sekrece. Při převazu je přítomen cévní chirurg, který kontroluje štěrpu i *bypass*, vše je v pořádku a dobře se hojí. V následujících dnech se postupně prodlužovaly intervaly mezi převazy až na každý 4. den.

25. den hospitalizace opět vzestup CRP, teplota 40°C. Je nutné zjistit zdroj, který nalézáme v podobě píštěle v podkolení. Je diagnostikováno osídlení MRSA. Léčba Garamycinem vkládaným přímo do píštěle.

27. 7. 2012 je možno přistoupit k autotransplantaci dermoepidermálního štěpem. Ten byl odebrán z téže končetiny ze stehna. Odběr byl proveden aerodermatomem ve velikosti 5 x 7 cm. Meshování autotransplantátu nebylo provedeno. 4. 8. 2012 autotransplantát téměř přihojen, odběrová plocha se zpravidla hojí déle, bylo tomu tak i v tomto případě, ale 10. 8. 2012 byla zhojena i ona.

24. 8. 2012 píštěl zbavena nálezem MRSA, proto je možné sblížení okrajů ran.

21. 9. 2012 byl chlapec propuštěn do domácího ošetřování. Doma byl jen velmi krátce, 2. 10. 2012 přichází na naši ambulanci s bolestí LDK na stehně, teplotou, nauzeou. Je diagnostikována *ostitis*. Pacient je přijat na oddělení k intravenózní terapii antibiotiky. Opět zjištěna MRSA v místech vstupů implantátů, proto je 30. 10. 2012 nutné odstranění zevního fixáté-



Traumaizovaná končetina po přijetí



Výsledný stav končetiny

Stručná statistika

- 22. 6. 2012–21. 9. 2012: První období k vyřešení poúrazového stavu chlapce. Počet převazů na JIRP 6, na OS celkem 17.
- 30. 9. 2012–18. 1. 2013: Dlouhodobá léčba LDK (zevní fixátor). Převazů celkem 7 v CA.
- 25. 2.–21. 5. 2013: Pseudoarthroza, spongioplastika. Převazy v CA jsou 3.
- 5.–9. 11. 2013: Přijat k řešení proloužení Achillovy šlachy. V CA proveden 1 operační výkon.

ru. Opět zjištěna a osídlena píštěl, opět léčba Garamycinem. V průběhu těchto převazů provádí chirurg *redressement* končetiny, začínají se tvořit kontraktury. Později od 5. 12. 2012 je možné převazovat i hocha na oddělení.

Další hospitalizace byla nutná 27. 2.–21. 5. 2013, je plánovaná spongioplastika a naložení zevního fixátoru. Hospitalizace probíhá bez komplikací. Poslední hospitalizace proběhla v době od 5. do 12. 11. 2013, kdy bylo nutné uvolnění Achillovy šlachy a naložení sádrové fixace, kterou pacient zpočátku velmi špatně snášel, protože nemohl dobře chodit. Na operační sál se bohužel nemůže přijít podívat, ale i my máme zprávy o jeho stavu a pokrocích. Držme mu palce, aby ho v životě čekalo jen to dobré.

Jitka Löblová,
předsedkyně Společnosti Instrumentářek,
KDCHT 3. LF UK, Thomayerova nemocnice,
jitka.loblova@seznam.cz

Pohled sestry z oddělení KDCHT

Diagnóza při příjmu: polytrauma. Po zajištění životně důležitých funkcí na JIRP byl pacient převezen na operační sál.

Zhruba po dvou hodinách hospitalizace přichází na oddělení žena,

která mezi dveřmi praví: „Mám u vás syna, jak mu je?“ Po velmi krátkém rozhovoru a identifikaci pacienta se zjišťuje, že se jedná o matku našeho neznámého pacienta. Chlapec se jmenuje Patrik a je mu 5 a půl roku. Matka po sepsání anamnézy a nutných souhlasů odchází.

Po probuzení z umělého spánku jeví Patrik známky autismu, nekomunikoval, pouze křičel, při jakékoli manipulaci či ošetřování po zdravotnickém personálu plival a škrábal. Sociální chování absolutně neodpovídalo jeho věku. Byl vyšetřen psychologem, který autismus, zmiňovaný matkou při identifikaci pacienta, vyloučil. Po překladu na oddělení Patrik začíná pomalu mluvit, nejdříve jen jednoduchá slovní spojení a následně i základní věty. Komunikační bariéra se postupně projevovat změny nálad – smích, rozmar, strach, zármutek i pláč. Na oddělení s Patrikem pracují učitelky z MŠ, chlapec postupně zvládá poznávat barvy, začíná se učit básničky, které s elánem a dobrou náladou rád učí i ošetřující personál.

Matka o Patrika však stále nejeví moc velký zájem. Občas se na něj

dotáže telefonem, osobní návštěva trvá vždy maximálně 30 minut. Patrik je však za každou její návštěvu vděčný, je šťastný, že maminka přišla a přinesla mu dárek. Dárkem se rozumí pití a sušenky, zředěná hračka. Touto událostí vždy „žije“ dlouhou dobu.

Za celou dobu hospitalizace měl chlapec celkem 26 výkonů v celkové anestezii, všechny preme-

dikace aplikované intramuskulárně byly provázeny křikem, pláčem a dlouhým přemlouváním, proto lékaři z ARO přistupují k premedikaci *per os*. I každé probouzení z CA probíhalo ve znamení vzteku, křiku, velké rozmrzelosti i nadávek.

Postupem času Patrik nemusí na převazy do celkové anestezie, ale provádějí se již na oddělení. Nej-

dříve u něho převládá strach z úkonů, bolesti a samozřejmě i z pohledu na vlastní zranění. Cílenými pohovory, vysvětlováním a ukázkami se daří zvládnout obavy i strach a Patrik u převazů v rámci možnosti spolupracuje. Dostává rukavice, aby si sám sundal vrchní část obvazů, podává ošetřujícímu personálu zabalené pomůcky apod. Při aplikaci permanentní

ho žilního katétru asistuje – podává dezinfekci, čtverečky i lepení. Většinou již tento úkon nedoprovází křik ani pláč.

Ke konci pobytu na našem oddělení sedí Patrik s námi na inspekci, otevírá dálkovým ovládáním vstupní dveře na oddělení a návštěvy vítá slovy: „Dobrý den, za kým jdete?“ Po propuštění z naší kliniky je hospitalizován v Olivo-

vě dětské léčebně v Říčanech k rehabilitaci a zde začíná navštěvovat první třídu základní školy. Na naše pracoviště přichází již jen ke kontrolám za rehabilitačními sestrami, avšak nikdy neopomene přijít i za sestrami na oddělení, na které již z výtahu volá: „Ahoj lásko!“

Kateřina Špundová,

KDCHT 3. LF UK, Thomayerova nemocnice

Analgetizace formou PCA

Autorka článku popisuje výhody a rizika analgetizace řízené pacientem a zkušenosti s používáním tohoto systému.

Naše pracoviště bylo zhruba před 7 lety zařazeno do studie zabývající se PCA (pacientem řízená analgetizace, *patient controlled analgesia*) u pacientů po urologických operacích. Po jejím ukončení jsme 3 speciální lineární dávkovače používali pouze sporadicky a bez jasně dané koncepce. Byly zaznamenány případy, kdy pacient oblužený po celkové anestezii nebyl schopen tlačítko stisknout nebo se probral s tlačítkem v ruce a nepamatoval si, jak pumpu ovládat. Z toho důvodu vyvstala potřeba shromáždit relevantní informace o dané problematice.

Výhody PCA

Při léčbě středně těžké až těžké bolesti po chirurgických výkonech má PCA potenciál předcházet mnoha problémům spojených například s pravidelnou intramuskulární aplikací analgetik. Při použití PCA také nedochází k nadměrné kumulaci léku v krvi či ke střídání vzestupu a poklesu účinné hladiny analgetika. V porovnání s konvenční léčbou bolesti udávají pacienti větší spokojenost, protože nad bolestí získali kontrolu, dosahují adekvátní úlevy a mají pocit bezpečí. Užití PCA přináší prospěch také ošetřujícímu personálu. Odpadá také riziko časového prodloužení při nepodání analgetika v případech, kdy sestry mají v péči několik pacientů s bolestí současně.

Přístroj pro PCA je naprogramován tak, aby nemohlo dojít k překročení tzv. bezpečnostního intervalu, tedy aby nemohlo dojít k předávkování. Pacient může stisknout tlačítko, kdykoli sám chce, ale dávkovač se spustí pouze po uplynutí nastaveného časového rozmezí, např. po 8 minutách. Maximální objem jednotlivé dávky (bolus) je také předem nastaven tak, aby byl pro pacienta bezpečný. Lékař zpravidla nastavuje i maximální výši objemu analgetika, kterou lze

vyčerpat za časový interval, např. 4-6 hodin. Pacient nemá možnost tyto parametry jakkoli ovlivnit.

Kategorizace pacientů pro PCA

Za výběr pacientů pro PCA nese plnou odpovědnost lékař. Při zvažování této formy terapie bolesti je nutné pečlivě posoudit, zda souhlasí všechna kritéria. Uživatel PCA musí chápat princip manipulace s ovladačem čerpadla, proto jsou předem vyloučeni lidé s kognitivním postižením, pro něž popisovaná léčba může být nebezpečná. Z výběru jsou rovněž vyloučeni lidé s poruchou učením, důvodem k volbě jiného způsobu analgetizace je také jazyková bariéra u cizinců. Pacient nesmí mít porušenou jemnou motoriku a musí mít odpovídající svalovou sílu, aby byl schopen mačkat tlačítko. Podle autora Mála je pacient schopen spolupráce při metodě PCA již asi od 6 let věku.

Při výběru pacientů je třeba také zohlednit otázku jejich mobility po výkonu, zejména po drobnějších chirurgických zákrocích. Předpokladem použití PCA je totiž déletrvající zajištění žilní linky, k níž je čerpadlo trvale připojeno. Časná rehabilitace a snaha co nejdříve opouštět lůžko tím bývají omezeny. Je tedy na zvážení, jestli žilní vstup ponechat zajištěn a následně o něj pečovat i v případech, kdy to není nezbytně nutné. Je samozřejmé, že pacient musí po důkladném poučení s touto formou analgetizace souhlasit. V případě, že má obavy z vedlejších účinků, vzniku závislosti nebo z předávkování, bude mít také zábrany používat spinač PCA pumpy. Zde hraje velkou roli správně provedená edukace.

Rizika PCA

Dávkovače určené k PCA jsou z technického hlediska bezpečné a výskyt komplikací v souvis-

losti s dechovou depresí bývá nízký. V tomto ohledu je výhodnější nastavit spíše nižší objem bolusů a kratší uzavírací interval než větší bolus s delším intervalem. I když v technologii PCA existuje řada bezpečnostních prvků, byly již zaznamenány případy poškození pacienta v důsledku chybného naprogramování čerpadla. Účinným lékem pro PCA bývá nejčastěji opiátové analgetikum, a proto je pacient ohrožen všemi komplikacemi, které tato léčba přináší. Opiáty patří do kategorie léků, jež způsobují více než 60 % závažných nežádoucích účinků, zejména útlum dechového centra, vedoucí až k zástavě a smrti. Dalším společným jmenovatelem komplikací při PCA bývá bohužel lidské pochybení, které může končit i úmrtím pacienta. Špatně naprogramovaná dávkovací pumpa, špatná koncentrace léku, nevhodný výběr pacienta, nedostatečně sledování nemocného během léčby nebo nevyškolený personál, to vše svědčí především pro selhání lidského faktoru. V prevenci nežádoucích událostí je velmi důležitým význam edukace pacientů a pravidelného proškolení personálu. Sestra obsluhující dávkovač PCA musí být plně kompetentní, odpovídajícím způsobem vyškolená a musí prokázat znalost účinků opiátů. Za poněkud kontroverzní problematiku je považováno používání PCA na základě plné moci, kdy ve skutečnosti za pacienta mačká tlačítko jiná osoba, tedy například sestra nebo rodinný příslušník. Vyvstává otázka, zda je to vhodný postup a zda na tomto místě již není PCA kontraindikována. Podle definice PCA jde o analgetizaci „řízenou pacientem“, nikoli jinou osobou.

Zásady péče o pacienta s PCA

Pro minimalizaci komplikací je nutné důkladné sledování pacien-



Dávkovač pro PCA

ta, zejména v prvních 24 hodinách. Monitoruje se intenzita bolesti, skóre sedace (Ramsayovo skóre) a dechová frekvence. Zvláště důležité je monitorování během první noci, kdy je pacient ohrožen hypoventilací a noční hypoxií. Doporučuje se provést úvodní hodnocení před zahájením PCA a dále 30 minut po jejím zahájení. V následujících 8 hodinách je nutno tyto parametry sledovat minimálně každé 2 hodiny. I po ukončení PCA je třeba pacienta pečlivě kontrolovat nejméně každé 4 hodiny, dokud účinky analgosedace zcela neodezní. Je nezbytné, aby sestry byly proškoleny v programování čerpadla a bezpečně ovládaly ředění roztoku opiátů podle předepsané koncentrace. Do dávkovače musí být vloženo správně připravené, řádně naordinované léčivo, aby vypočítaný bolus odpovídal skutečnému stisku tlačítka. Vždy při střídání směny je třeba pečlivě zkontrolovat nejen stav pacienta, ale také koncentraci léku, správnost nastavení čerpadla a především intravenózní kanylu. Pokud se PCA používá v kombinaci s jinými infuzemi, vkládá se mezi čerpadlo a infuzní sadu jednosměrný ventil, který zabrání vniknutí infuzního roztoku do čerpadla a změnám koncentrace opiátů. Sestra musí vědět, že v případě neprůchodnosti kanyly se směs opiátů tlačí opačným směrem do infuzního roztoku a v okamžiku, kdy je kanyla způsobilá na proplachem, může být pacient vystaven podání několikanásobné dávky analgetika, která by jej mohla ohrozit. Pokud má čerpadlo poruchu, musí se ihned odpojit

z žilní linky pacienta, aby nedošlo k předávkování. V rámci zachování bezpečnosti nesmí ani samostatně se pohybuující pacient užívající dávkovač PCA opustit prostor oddělení a být bez dozoru. Délka použití PCA je individuální. Pacient může být připojen k přístroji několik hodin i dnů. Kritériem k odpojení pacienta je intenzita bolesti při pohybu, která by měla dosahovat kategorie „mírná bolest“, a schopnost perorálního užívání léků. Před ukončením PCA lékař také vyhodnocuje množství spotřebovaného analgetika v posledních 24 hodinách.

Závěr

Na základě těchto poznatků lze konstatovat, že se jeví jako nutnost, aby ve zdravotnických zařízeních, kde je PCA praktikována, byl vypracován „standard ošetřovatelské péče o pacienty s PCA“. Pacient by měl být s dávkovačem seznámen již před operačním výkonem a měl by podepsat informovaný souhlas s touto léčbou bolesti. Samotný ovladač pumpy PCA by měl být pacientovi předán až po odeznění celkové anestezie, kdy prokáže odpovídající svalovou sílu, například stisknutím ruky. V ideálním případě by léčba formou PCA měla spadat do kompetence týmu *acute pain service* (tým pro léčbu bolesti, APS) a tyto pacienti by měli být pod jeho stálým dohledem.

Literatura u autorky

Bc. Eva Křížová,
Intenzivní péče chirurgických oborů, FN Olomouc,
eva-krizova@seznam.cz

Akceptování kompetencí sester v praxi

V roce 2004 po vstupu do Evropské unie (EU) musela Česká republika přijmout řadu opatření týkajících se ošetrovatelství. V platnost vešel zákon č. 96/2004 Sb., který změnil systém vzdělávání sester. Nyní je po sestřích požadováno, aby se kontinuálně vzdělávaly a získávaly vysokoškolské vzdělání. S tím samozřejmě souvisí i jejich kompetence.

Článek informuje o kompetencích všeobecných sester a ukazuje výsledky výzkumného šetření na toto téma.

Historický a legislativní rámec

Ve slovníku cizích slov je pojem kompetence vysvětlen jako pravomoc, rozsah působnosti. V Česku (respektive Československu) se o kompetencích sester začalo mluvit v polovině 20. století, kdy se rozvíjela medicína a sestry se osamostatňovaly. Došlo k rozdělení kompetencí, které bylo upraveno směrnicí č. 33/1967 Věstníku MZ ČSR o rozsahu oprávnění a náplni činnosti středních a nižších zdravotnických pracovníků. Tato směrnice byla v roce 1972 nahrazena směrnicí č. 27/1972 Věstníku MZ ČSR o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků.

V roce 1960 byl založen Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) se zaměřením na specializační studium sester v různých oborech. Poprvé byly stanoveny činnosti sester se specializací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči a činnosti sester s dalšími specializacemi, jako byla např. sestra v úseku práce nukleární medicíny, psychiatrie a sociálních službách, až v roce 1986. Upravovala je směrnice č. 10/1986 Věstníku MZ ČSR.

Po vstupu do EU jsme museli aproximovat předpisy, které mají vliv na činnosti a vzdělání sester, jako je směrnice Evropského parlamentu a Rady Evropy č. 2005/36/ES, upravující uznávání odborných kvalifikací. Abychom splňovali normy a podmínky EU, byl v roce 2004 vydán zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který stručně definoval každé povolání.

K tomuto zákonu příslušela vyhláška č. 424/2004 Sb., kde byly vymezeny činnosti jednotlivých pracovníků. V současné době určuje kompetence sester vyhláška č. 55/2011 Sb. Aby mohla sestra pracovat samostatně, musí mít osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, které vydává MZ ČR.

Pokud porovnáme činnosti, které určuje vyhláška č. 55/2011 Sb., s činnostmi ve směrnicích z let 1967, 1972 a 1986, zjistíme, že kompetence uvedené ve směrnicích se zaměřují především na ošetrovatelskou péči, organizaci preventivní a následné péče, zatímco současné kompetence jsou více zaměřeny na odbornou činnost sester.

Navýšení kompetencí

Nárůst kompetencí se očekával od zákona č. 105/2011 Sb., který vešel v platnost 25. března 2011 jako tzv. malá novela zákona č. 96/2004. Kompetence ale malá novela nenavýšila, pouze umožnila nelékařům vykonávat některé činnosti do získání specializované způsobilosti pod dohledem nelékařů způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Nyní se připravuje tzv. velká novela zákona č. 96/2004 Sb., která měla platit od 1. ledna 2013, dosud se tak ale nestalo a zákon je stále v jednání. Nový zákon má reagovat na současné potřeby praxe a vývoje NLZP. Touto novelou bude zrušena vyhláška č. 55/2011 Sb., kde jsou dosud stanoveny činnosti zdravotnických pracovníků. Měly by ji nahradit definice činností absolventů jednotlivých oborů, kdy by zároveň mělo dojít k navýšení činností, tedy k rozšíření kompetencí. Legislativní rada vlády doporučuje vydat seznam činností jako doporučující materiál.

Výzkumné šetření

Cílem výzkumu bylo:

- zmonitorovat, zda mají sestry znalosti o svých kompetencích;

- zmapovat, zda mají prostor k využití svých kompetencí;
- zjistit, jaký mají postoj k plánovanému zvyšování kompetencí;
- zmapovat, o jaké úkony by sestry své kompetence navýšily.

Hypotézy

- H1: Sestry pracující ve fakultních nemocnicích (FN) mají větší přehled o svých kompetencích než sestry pracující v oblastních nemocnicích.
- H2: Sestry manažerky ovládají právní předpisy související s kompetencemi sester lépe než sestry pracující u lůžka.
- H3 Sestry na odděleních intenzivní péče překračují vědomě své kompetence méně často než sestry na standardních odděleních.
- H4: Kompetence sester ve FN jsou více akceptovány než v oblastních nemocnicích.
- H5: Sestry na odděleních intenzivní péče budou chtít navýšit kompetence více než sestry na standardních odděleních.

Metodika

Data k ověření hypotéz jsme získali na základě kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku, který obsahoval 20 otázek, většina z nich byly otázky uzavřené. Dotazník obsahoval 7 kategorií a 2 vědomostní otázky. Ostatní položky se týkaly zkušeností, praxe a subjektivních názorů respondentů. Výzkum probíhal od listopadu 2012 do ledna 2013.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumu se zúčastnily sestry ze tří fakultních a tří oblastních nemocnic. Celkem bylo distribuováno 600 dotazníků, do každé nemocnice 50 dotazníků na oddělení intenzivní péče a 50 na standardní oddělení. Z celkového počtu 600 dotazníků se nám vrátilo 375, tedy 62,5 %. Pro neúplné vyplnění jsme museli 23 dotazníků vyřadit, výsledky jsme



Ilustraci foto: Shutterstock

tedy zpracovali analýzou 352 dotazníků. Konkrétně jsme zpracovávali 85 dotazníků ze standardních oddělení FN, 110 dotazníků z oddělení intenzivní péče ve FN, 88 dotazníků ze standardních oddělení oblastních nemocnic a 69 dotazníků z oddělení intenzivní péče v oblastních nemocnicích. Všechny sestry, jejichž dotazníky jsme použili pro zpracování výzkumu, uvedly, že mají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Výsledky výzkumu

- H1: Sestry pracující ve FN mají větší přehled o svých kompetencích než sestry pracující v oblastních nemocnicích.

K ověření hypotézy sloužila v dotazníku položka obsahující jednotlivé činnosti, které sestry běžně vykonávají, a respondenti měli označit, zda by měla všeobecná sestra podle platné legislativy vykonávat danou činnost bez indikace lékaře, na základě indikace lékaře, nebo výkon sama vůbec neprovádí.

Položka v dotazníku obsahovala následující činnosti: orientační hodnocení fyziologických funkcí, vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami,

ošetřování stomií, ošetřování akutních a operačních ran, ošetřování a hodnocení chronických ran, ošetřování centrálních a periferních žilních vstupů, zavádění a udržování kyslíkové terapie, katetrizace močového měchýře u žen nad 10 let věku, zavádění nazogastrické sondy pacientům při vědomí, ošetřování tracheostomické kanyly a výměna tracheostomické kanyly.

Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl v zastoupení nesprávných odpovědí na jednotlivé otázky mezi sestrami z obou typů nemocnic. Hypotéza se tedy nepotvrdila a znalost či neznalost kompetencí není závislá na typu nemocnice, kde sestry pracují. Celkově nejvíce chybných odpovědí uvedli respondenti u činnosti ošetřování tracheostomické kanyly, kdy správnou odpověď na indikaci lékaře označilo pouze 16 % respondentů. Dále byl tristní výsledek u činnosti vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami, kdy se většina (75 % respondentů) domnívala, že tuto činnost má sestra provádět po indikaci lékaře (správná odpověď je bez indikace lékaře). Velké množství chybných odpovědí uvedly sestry také u výměny tracheosto-

mické kanyly, kdy správnou odpověď „na indikaci lékaře“ označilo 34 % respondentů. Naopak nejnižšího počtu chybných odpovědí se dopustily sestry u činností ošetřování stomií a ošetřování žilních vstupů, kdy téměř všechny správně označily odpověď „bez indikace lékaře“.

● **H2: Sestry manažerky ovládají právní předpisy související s kompetencemi sester lépe než sestry pracující u lůžka.** K ověření platnosti této hypotézy sloužila mimo jiné stejná položka v dotazníku jako u hypotézy 1. Po analýze odpovědí obou skupin sester jsme zjistili, že stejně jako není rozdíl ve znalostech mezi sestrami z fakultní a oblastních nemocnic, není ani rozdíl ve znalostech podle zařazení sester. Výskyt nejvíce chybných a naopak správně uvedených odpovědí je stejný jako u hypotézy 1. Dále jsme tuto hypotézu ověřovali v dotazníku položkou, kde měly sestry označit platný právní předpis upravující kompetence. Správnou odpověď, tedy vyhlášku č. 55/2011Sb., uvedlo 37 % sester pracujících u lůžka a 19 % sester manažerek. Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl v zastoupení nesprávných odpovědí na jednotlivé

otázky mezi sestrami manažerkami a sestrami u lůžka, hypotéza se tedy nepotvrdila.

● **H3: Sestry na odděleních intenzivní péče překračují vědomě své kompetence méně často než sestry na standardních odděleních.**

S touto hypotézou v dotazníku souvisela otázka, kde jsme se přímo ptali, jak často sestry překračují své kompetence a případně jaké. Lze konstatovat, že 53 % sester ze standardních oddělení a 60 % sester z JIP nějakým způsobem vědomě překračuje své pravomoci. Většina sester, které označily překračování kompetencí, uvedla, že kompetence překračuje pouze výjimečně. Analýza neprokázala, že by byl statisticky významný rozdíl v podílu sester, které nepřekračují kompetence v závislosti na oddělení, na kterém pracují, a hypotéza tedy nebyla potvrzena. Pokud sestry označily, že překračují kompetence, měly uvést, jaké činnosti vykonávají nad rámec svých kompetencí. Nejčastěji uvedly podání léků bez ordinace lékaře, extrakci stehů a drénů, splnění ordinací po telefonu a úpravu ordinací lékaře v dokumentaci pacienta.

● **H4: Kompetence sester ve FN jsou více akceptovány než v oblastních nemocnicích.**

K ověření platnosti této hypotézy sloužila v dotazníku položka, kde byly uvedeny výkony, které se v nemocnicích běžně provádějí, a respondenti měli označit, které z činností provádějí běžně na svém oddělení bez indikace lékaře, na indikaci lékaře, pod odborným dohledem lékaře a které vůbec neprovádějí. Mezi výkony byly uvedeny např. zavedení gastrické sondy, kanylace arterie, extrakce stehů a drénů, výplach žaludku, katetrizace močového měchýře u žen a mužů.

Po vyhodnocení výsledků, s ohledem na specializace jednotlivých respondentů, jsme zjistili, že každý respondent překračuje své kompetence. U více než poloviny výkonů uvedlo 50 % a více dotazovaných, že neprovádí výkony podle platné legislativy. Rozdíl v odpovědích respondentů z obou typů nemocnic nebyl statisticky významný a tato hypotéza nebyla potvrzena.

K činnostem, které se podle našeho výzkumu sestry nejčastěji provádějí v rozporu s vyhláškou č. 55/2011 Sb., patří extrakce stehů a centrálního žilního katétru, které nespádají do kompe-



Ilustrační foto: Shutterstock

tencí sester, a respondenti ve většině případů uvedli, že je obvykle provádějí. Dále je to punkce arterie, kterou mají sestry se specializací pro intenzivní péči v kompetencích, a přitom ji běžně provádějí pouze necelá polovina specialistek. Naopak sestry bez specializace pro intenzivní péči punkce arterie v kompetencích nemají a její provádění označilo 33 % sester.

Došli jsme k závěrům, že sestry o svých kompetencích příliš informací nemají a často je překračují. Zjistili jsme, že sestry se specializací ARIP často nevyužívají svých kompetencí, protože mnoho činností, které mohou dle právních předpisů vykonávat, nevykonávají. Dle našeho názoru je to neuspokojivé zjištění, protože nemocnice jako zaměstnavatel většiny sester toto specializační studium hradí, po sestrách je požaduje, ale v praxi pak sestry své znalosti a dovednosti nemohou uplatňovat. Celkově vzato sestry se specializací ARIP nemají prostor k provádění činností, které mají na rozdíl od sester bez specializace navýšeny. Naopak sestry bez specializace poměrně často provádějí úkony, které patří do kompetencí sestry se specializací ARIP, čímž překračují své kompetence. Bylo by přínosné zjistit, co je příčinou toho, že sestry specialistky plně neuplatňují své kompetence.

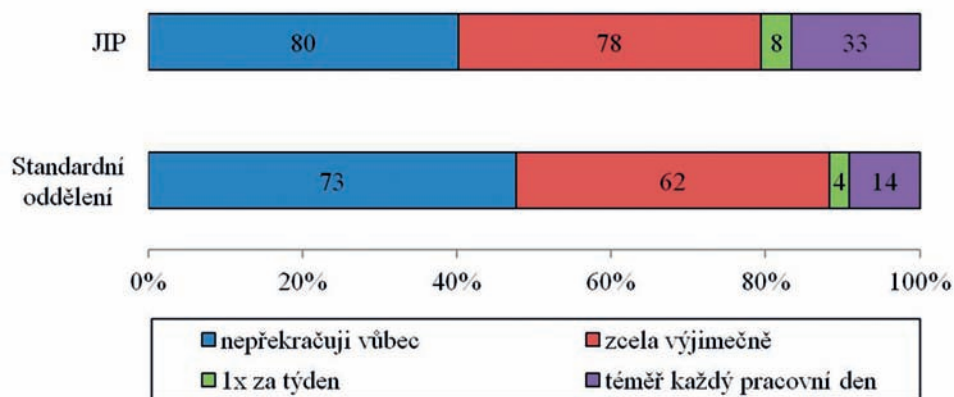
● **H5: Sestry na odděleních intenzivní péče budou chtít navýšit kompetence více než sestry na standardních odděleních.** Sestry v dotazníku přímo odpovídaly na otázku, zda chtějí kompetence navýšit a případně o jaké úkony by je navýšily.

Z grafu je patrné, že rozdíl v odpovědích sester z JIP a standardních oddělení je minimální, ani tato hypotéza se tedy nepotvrdila. Na grafu také vidíme, že více než polovina z nich nemá zájem o navýšení kompetencí. Sestry, které označily, že by chtěly kompetence navýšit, uvedly nejčastěji navýšení o tyto úkony: extrakce stehů, extrakce centrálního žilního katétru, podání volně prodejného léku bez ordinace lékaře, extrakce Redonova drénu, zahájení fyzikálního chlazení a zavádění permanentního močového katétru u mužů.

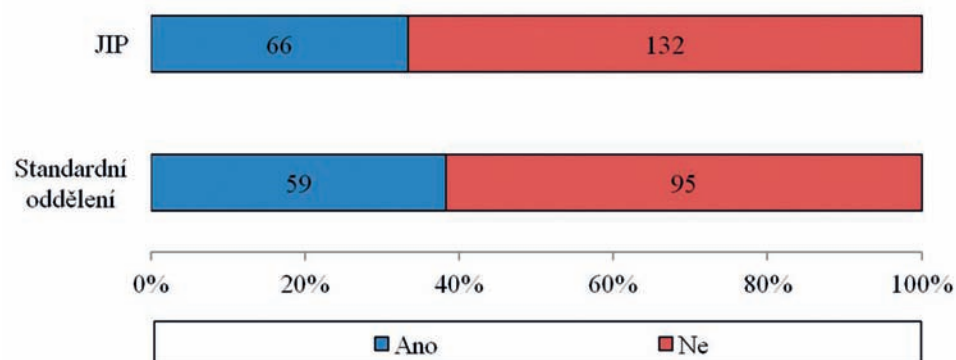
Shrnutí

Ani jedna stanovená hypotéza se nepotvrdila. Do tématu jsme vstupovali s tím, že budou zaznamenány rozdíly ve vědomostech, akceptování a názorech na zvýšení kompetencí s ohledem na typ nemocnice, druh oddělení a pracovní zařazení sester. To jsme však po analýze výsledků museli vyvrátit.

Graf 1: Překračování kompetencí u sester na JIP a standardních odděleních



Graf 2: Znázornění, zda chtějí sestry navýšit své kompetence



Léčebná rehabilitace v paliativní medicíně

Jako ortoped s více než 13letou praxí vnímám léčebnou rehabilitaci jako naprostou samozřejmost bez ohledu na věk a onemocnění pacienta. Poslední 3 roky pracuji jako lékař v Hospici Chrudim a jsem pravidelným svědkem nepochopitelné rezistence sester a ošetřovatelek k potřebě rehabilitace.

Přestože rehabilitační ošetřovatelství je součástí základního ošetřování nemocných, vyučuje se na všech zdravotnických školách i kurzech, je pravidelně v praxi podceňováno. Rehabilitace chybí nejen pacientům, ale ochuzeni jsou též zdravotníci. Jsou ochuzeni o důležité informace o pacientově těle, jeho reakcích a o tom, jak se cítí, jak a kde ho tělo bolí, omezuje a jaké jsou jeho pohybové možnosti. Cílem článku bylo vytvořit jednoduchý text pro sestry a ošetřovatelky, a to tak, aby ho četly a dočetly. Aby mu porozuměly, aby je přesvědčil o významu léčebné rehabilitace a aby v něm našly návod jak si některé jednoduché techniky bezprostředně vyzkoušet v praxi. Šlo mi o to postihnout úkony, které jsou prospěšné téměř pro všechny pacienty a jsou natolik jednoduché, že se je může každý snadno naučit. Vědomě jsem se nezabýval oblastmi, jako je mobilizace a polohování pacienta s patologickou zlomeninou, výběr a přiřkládání ortéz, bandáží a jiných pomůcek, problematika hrozících, případně operačně stabilizovaných zlomenin. Samostatnou kapitolou je pak využívání fyzikálních metod. Znalost této problematiky u zdravotnického personálu v paliativní péči považuji za velmi důležitou. Po vlastních zkušenostech s péčí o nemocné v hospici jsem ale došel jednoznačně k závěru, že je potřeba začít postupně, od jednoduchého ke složitějšímu. A naučit se nejen empatii „duchovní“, ale i empatii „tělesné“. Naučit se vnímat zákonitosti pohybového aparátu a na tomto základě pak dále stavět.

Přínos rehabilitace v paliativní péči

Spojení léčebné rehabilitace a paliativní péče se může někomu zdát neslučitelné, nebo dokonce kontraproduktivní. Nicméně ti, kteří se touto problematikou vážně zabývají, rozpoznali zásadní přínos klíčových prvků z rehabilitace pro paliativní a hospico-

vou péči již dávno. Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. Respektuje biopsychosociospirituální jedinečnost každého člověka. Cílem rehabilitace je umožnit lidem se zdravotním postižením dosáhnout a udržet optimální funkční schopnosti fyzické, smyslové, intelektuální, psychologické a sociální. Používá takové prostředky, které jim pomohou dosáhnout nezávislosti a sebeurčení. Jak vidno, rehabilitace i paliativní medicína mají velmi široký „záběh“. Společně je jim i komplexní vnímání pacienta a jeho potřeb.

Léčebná rehabilitace v současné době patří k jednomu z rychle se rozvíjejících oborů medicíny. Kvůli svému funkčnímu zaměření se však rozvíjí poněkud nysystematicky, což může být způsobeno také tím, že dostatečně neznáme zákonitosti fungování pohybového aparátu člověka. U zrodu moderní rehabilitace nestálo mnoho velkých vědců, ale často nadané sestry, lékaři a fyzioterapeuti, kteří měli soucit se svými nevléčitelně postiženými pacienty a chtěli jim alespoň ulehčit život.

Hlavní formy rehabilitace

- Fyzioterapie (pohybová terapie) Analytické rehabilitační metody – pohybová terapie aktivní, pasivní, s dopomocí; trakce; mobilizační a manipulační techniky (uvolnění blokad – na jejich vznik je řada teorií); protažení vazivových struktur, podkoží, kůže; pohybová terapie svalů – posílení, protažení, postizometrická relaxace (PIR), masáž, *spray and stretch* (aplikace chladu – Kelen s následnou relaxací); ošetření *trigger pointů* – spouštěvých bodů (svalové snopce uvnitř svalů na typických místech u všech lidí podobných, jejich ošetřením mizí obtíže v řetězci).

- Syntetické rehabilitační metody (na neurofyzilogickém podkladě) Vojtova metoda reflexní lokomoce; koncept manželů Bobathových; Kabat – proprioreceptivní neuromuskulární facilitace; senzomotorická facilitace; McKenzie koncept; Bruggerova funkční analýza a terapie.

• Ergoterapie

Jejím cílem je zlepšit samostatnost v běžných životních úkonech.

• Fyzikální terapie (fyziatrie)

Využívá převážně empiricky zjištěného působení různých druhů fyzikálních energií a polí na lidský organismus. Její účinek na konkrétního člověka je vždy individuální (UZ, elektroléčba, magnet, přístrojové masáže a trakce či vakuoterapie).

Primum non nocere

Již v roce 1960 John Dietz vymezuje čtyři směry rehabilitace pro pacienty s rakovinou: preventivní, regenerační, podpůrný a paliativní. My se budeme zabývat směrem paliativním a pro naše potřeby se omezíme jen na některé fyzioterapeutické postupy. *Primum non nocere* – především neškodit – odvěký etický imperativ medicíny. Neškodíme našim pacientům tím, že je v posteli „obracíme“, nebo dokonce z postele „vyháníme“, cvičíme, masírujeme a jinak „tyranizujeme“? Nebylo by jim lépe v klidu a teple pod peřinou s dobrými léky, pohlažením či držením za ruku? Vždyť zdraví jim vrátit nemůžeme! To je určitě pravda, ale rozhodně můžeme zlepšit kvalitu jejich života a o tu jde především. Yoshioka (1994) prokázal spokojenost s rehabilitačními procedurami v hospici jak u pacientů, tak u jejich rodin. Za užitečnou považuje rehabilitaci 70 % hospicových pacientů, 60 % za velmi efektivní.

Inaktivita škodí

Příliš protektivní ošetřování vede ke snížení kondice kardiovaskulárního i pohybového apará-

tu. Inaktivita vede k chronické bolesti kvůli zatuhlosti kloubů a svalů, zpomaluje střevní pasáž a redukuje plicní ventilaci, prohlubuje únavu. Nezanedbatelný je vliv rehabilitace na psychiku a sociální potřeby pacienta. Podtrženo sečteno: vynecháním rehabilitace pacientům škodíme. Uvězníme je v jejich bolestivém těle. Nemoc, kterou tím vyvoláme, má v anglosaské literatuře i svůj název – *pyjama induced paralysis* (PIP). Na pohybovém aparátu „vytváříme“ bolestivé kontraktury loktů mají negativní vliv na sebeobsluhu. Na dolních končetinách „vyrábíme“ flekční kontraktury v kyčelním a kolenním kloubu znemožňující vertikalizaci, nebo naopak extenční kontraktury bránící pohodlnému sezení se svěšenými končetinami. Pravidelně je ireverzibilní zatuhnutí hlezenních kloubů v plantární flexi. Přisuzuje se mylně zkrácení Achillovy šlachy. Šlacha jako nekontraktilní struktura se významně zkrátit nemůže, zkracuje se lýtkový sval. Zásadní problém je však se zúžením vidlice hlezenního kloubu kolem ušší zadní části kladky talu při plantární flexi. Při pokusu o extenzi se přední širší část talu do hlezenné vidlice „nevejde“. A to je jen několik příkladů.

Positivní účinky rehabilitace

Časná a dobře cílená rehabilitace efektivně předchází funkčním zhoršením, a to s minimálním rizikem. Stále však musíme mít na paměti, že naši pacienti jsou těžce nemocní, jejich metabolismus nefunguje správně, a proto indikace k rehabilitaci musí být uvážena a velmi citlivá. Rehabilitace může být odpovědí na některé potřeby našich pacientů, jako jsou:

- sociální kontakt,
- analgetický efekt,

Ilustrační foto: Shutterstock



- pozitivní efekt na kardiovaskulární aparát, plicní ventilaci, metabolismus, spánek, gastrointestinální trakt (10 minut rehabilitace denně signifikantně zlepší apetit a mírní zácpu),
- zlepšení sebeobsluhy,
- zlepšení psychického stavu, sebevědomí,

- pozitivní efekt na pohybový aparát (zlepšení výživy kloubních chrupavek a kloubních pouzder, prevence kontraktur, snížení bolesti kloubů a svalů),
- zlepšení vitality kůže a prevence dekubitů,
- zlepšení vitality, pohyblivosti a komfortu končetiny při redukcii lymfedému (oteklá končetina je těžká).

Nastává ale praktický problém. Jak a kdo rehabilitaci zajistí? Jaké prostředky a kdy použít? Rehabilitačních profesionálů je nedostatek a finančních prostředků na jejich zaplacení ještě méně. Zásadní podmínkou je přesto profesionalita. Kompetence k indikaci a provádění rehabilitace jsou stanoveny zdravotnickými zákony a vyhláškami. Léčebnou rehabilitaci vždy indikuje lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a pečlivém vyšetření pacienta. Vždy musí být „ušita na míru“ danému pacientovi v daný okamžik, neboť zdravotní stav se může měnit velmi rychle. Zcela zásadní je postoj pacienta, který musíme respektovat. Vlastní rehabilitaci provádí erudovaný rehabilitační pracovník, vybrané úkony pak může provádět pod jeho dozorem vyškolený ošetřovatel, pracovník v sociálních službách nebo rodinný příslušník.

Ukázky jednoduchých cvičení, měkkých technik a polohování, včetně instruktážního videa najdete na: www.hospicchrudim.cz/victa.htm#cviceni

MUDr. Jiří Košťál,
Hospic Chrudim,
kostal.tel@gmail.com,
www.smireni.cz

Na zkušené v Lipsku

VOŠZ a SZŠ Hradec Králové získala pro školní rok 2013/2014 grant přidělený agenturou pro vzdělávací programy NAEP. Pro projekt s názvem Leonardo Mobility – Europäische Erfahrungen und Erlebnisse (zkráceně Drei E) byli vybráni studenti 3. ročníku oboru „zdravotnické lyceum“.

Tento studijní obor připravuje žáky pro další studium na vyšších a vysokých školách zaměřených na zdravotnické profese.

Stážisté se pečlivě připravovali

Německá vzdělávací organizace Wisamar Bildungsgesellschaft zprostředkovala odbornou stáž pro 12 studentek a studentů naší školy v několika sociálních zařízeních pro seniory v Lipsku. V průběhu školního roku se zájemci z řad lyceistů připravovali v kurzech německé konverzace a ošetřovatelství se zaměřením na problematiku seniorů, na pomoc při uspokojování jejich základních potřeb a na aktivizaci pomocí cvičení paměti, smyslu a jemné motoriky. Stáž proběh-



Momentky ze stáže lyceistů v Lipsku | Foto: 4x archiv autorek



la ve dnech 1.–21. června 2014. Cílem programu bylo získávání zkušeností v multikulturním pracovním prostředí, poskytování základní péče o seniory, jejich aktivizace a komunikace v němčině. Studenti pracovali v domovech pro seniory pod odborným dohledem personálu společně s německými kolegy. Ve volném

čase a o víkendech poznávali okolí Lipska, byli na výletě v Berlíně a v Drážďanech. Po celou dobu byli našimi učitkami zajištěni pedagogickým dozorem.

Praxe lyceistů a hodnocení stáže

Začátky stáže byly krušné – nové prostředí, mnoho cizích li-

dí, hovorová němčina s odlišným přízvukem, tolik jiná než ve škole. Studenti měli smíšené pocity, někteří si mysleli, že to nezvládnou, jiným se hned od začátku práce líbila a pochvalovali si milý personál. Další dny se komunikace zlepšovala a postupně si už nikdo nestěžoval. Po úvodním zapracování přibývala studentům další práce, dostávalo se jim na pracovišti větší důvěry. V některých případech si nemohli se svými svěřenci pohovořit vzhledem k jejich omezení, ale brzy pochopili, že stačí vlídné slovo, pohlázení či úsměv.

Při závěrečném hodnocení byli všichni ze strany německých kolegů hodnoceni velmi dobře. Na všech pracovištích byli studenti pochváleni za plnění úkolů a hezký přístup ke starším lidem. Sami stážisté se v evaluačním dotazníku vyjádřili o přínosu této akce, uvědomili si, jak důležitá je znalost cizích jazyků, měli možnost vidět a pečovat o seniory a klienty s demencí. Všichni se shodli na tom, že by tuto stáž absolvovali znovu. Kromě získaných zkušeností některým pobyt pomohl i při rozhodování o své profesní budoucnosti a volby dalšího studia.

Bc. Milena Marešová, odborná učitelka,
PaedDr. Jaroslava Veselková,
Mgr. Miroslava Dlabáčková,
VOŠZ a SZŠ Hradec Králové,
 spoluautoři: studenti VOŠZ a SZŠ Hradec Králové,
 obor „zdravotnické lyceum“,
 milena.mares@seznam.cz



Dietní opatření při zánětech střev

Mezi chronické nespecifické záněty střev řadíme dvě základní nemoci neinfekčního původu – Crohnovu chorobu (CD) a ulcerózní kolitidu (UC). Známé jsou také pod označením idiopatické střevní záněty (ISZ) a jsou považovány za nemoci s evidentními autoimunitními rysy.

Vetiologii je první místo přikládáno genetice, až za ní následují faktory vnějšího prostředí. Vzhledem k neznalosti přesné etiologie ISZ je léčba směřována jen na projevy, příznaky a komplikace. Je tedy potlačována bolest, průjem a krvácení. Důležitá je úprava životosprávy, dodržování dietních opatření a využívání enterální nebo parenterální výživy. Za posledních 20 let se výskyt těchto onemocnění znásobil, což lze obecně konstatovat o všech autoimunitních onemocněních. Nejčastější výskyt těchto chorob je mezi 25. a 30. rokem věku a incidence stoupá již v nižších věkových kategoriích, mezi 15 a 20 roky. U obou nemocí je určitá mortalita, ale ve většině případů pacientům pouze zneprůjemňují život. Nejhorší průběh mají první 2–3 roky a medikamentózně jsou zatím nevyléčitelné. Diagnózu lze stanovit až po objevení jasných a intenzivních příznaků. Výživová opatření u těchto onemocnění se značně liší podle aktuálního stadia nemoci – stravování ve fázi relapsu je jiné než ve stadiu remise. Stejně tak se liší i potřeba substituce látek doplňky stravy.

Crohnova choroba

Crohnova choroba je typicky cívliční, segmentární, granulomatózní a transmuralní systémové chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje tenké i tlusté střevo, případně oboje. Může ale postihnout segmentárně nebo plurisegmentárně jakoukoli část trávicí trubice ve všech jejích vrstvách. Nejčastější výskyt je však v ileocekální oblasti. Klinický obraz je velmi rozmanitý, je totiž závislý na místě výskytu. U onemocnění se střídají fáze relapsů (aktivní fáze) s fázemi remisí (klidová fáze). Déle trvající postižení střev se projevuje bolestmi, poruchou vyprazdňování, krví a hlenem ve stolici, průjmy, hubnutím, ne-

průchodností, celkovou únavou, slabostí, malátností, zvýšenou tělesnou teplotou. Postižení mužů i žen je identické a hlavními spouštěcími faktory jsou genetika, kouření, nezdravé stravování. Doporučuje se bezsezónková potrava, tzn. bez vlákniny. V těžších případech se musí volit aplikace výživy parenterálně.

U tohoto onemocnění je třeba dodržovat pitný režim – denně vypít cca 2–2,5 litru tekutin, nejlépe nesyčenou vodu, popř. vodu minerální. Strava se v základech shoduje se zdravou racionální dietou. Je potřebné, aby byla velmi dobře stravitelná, pestrá, vyvážená, dostatečně energeticky bohatá. Příjem potravy by měl probíhat v klidu u stolu, jíst malé porce 5–6x denně, ani příliš teplé, ani studené. Není vhodná bezlepková dieta, pokud pacient současně netrpí celiakií. Strava musí být nezátěžující trávicí trakt, s omezeným obsahem vlákniny a má zahrnovat především ovoce bez slupky, dušenou zeleninu, bílé pečivo, rýži, pohanku, kysané mléčné výrobky (ne plísňové sýry), libové maso. Nedoporučují se potraviny, které obsahují kofein, kukuřici, čokoládu, vejce, ostrá koření, umělá sladidla a konzervační látky. Vhodnými způsoby úpravy potravy jsou vaření a dušení, nevhodné je smažení. Není vhodná konzumace alkoholu a kouření.

• Vhodné potraviny ve fázi relapsu

Libové rybí, telecí, krůtí, kuřecí, králičí či vepřové maso, libová šunka, kysané mléčné výrobky, sýry přírodní, tvarohové, probiotická jogurtová mléka, bílé pečivo, piškoty, rýže, těstoviny, brambory, z nápojů neperlivá voda, ovocný čaj nebo nekoncentrovaná ovocná šťáva, ovocné kaše, kompoty a rosoly, strouhaná jablka, karotka, špenát, kedlubny, zeleninové pyré a šťávy, potraviny nesolit a kořenit zelenými bylinkami.

• Nevhodné potraviny ve fázi relapsu

Marinované, uzené a tučné maso, kořeněné a tučné uzeniny, čerstvé mléko, plísňové sýry, syrečky, celozrnné a čerstvé kynuté pečivo, fritované potraviny, kynuté knedlíky, syrové ovoce, zelenina, semínka, ořechy, slupky, z nápojů káva, černý čaj, kolové nápoje, čokoláda, kořeněné potraviny a pokrmy s glutamátem sodným.

• Vhodné potraviny ve fázi remise

Libové, drůbeží, krůtí či králičí maso, ryby bez kůže, krůtí a králičí rolády, šunka, čerstvé máslo, olivový olej, ovocné knedlíky, žemlovka, rýžový nákyp, zeleninové a netučné vývary zahuštěné nasucho opraženou moukou, těstoviny, rýže, vše z brambor, knedlíky s kypřicím práškem, rajská, pažitková, svičková, citronová omáčka, masové šťávy zahuštit nasucho opraženou moukou, zakysané mléčné výrobky, sýry tavené, přírodní tvaroh, probiotické nápoje, vejce jen na přípravu pokrmů k vylepšení jídel, těsta (odpalované, krupicové, třeňé, piškotové), málo sladké a netučné moučníky, kořenová zelenina, loupaná rajčata, špenát, mladé kedlubny, dýně, oloupaná jablka, meruňky, broskve, ovocné pyré, ovocné kaše a pěny, jako koření užívat jen sůl, z natí celer, libeček, pažitku, petržel, kopr, individuálně vývar z cibule, česneku, hub a kmínu.

• Nevhodné potraviny ve fázi remise

Tučné, smažené, uzené a nakládané maso, škvarky, slanina, pikantní konzervy, ostré kořeněné klobásy, smažená a tučná bezmasá jídla, omezit luštěninové, hodně tučné a kořeněné polévky, kynuté příkrmy, ostré, s pálinkou paprikou, pepřem a omáčky s kari kořením, syrové mléko, kynutá těsta, příliš tučné a příliš sladké moučníky, ostré koření, houby, květák, ředkev, brokolice,



Ilustrační foto: Shutterstock

ce, luštěniny a z ovoce hrušky, syrové ovoce se slupkou a zrníčky, ořechy a semena.

Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je chronické, hemoragicko-katarální zánětlivé onemocnění střev omezující se hlavně na střevo tlusté, zasahující skoro vždy konečník a různé velkou část tlustého střeva, případně celé tlusté střevo, maximálně dosahuje ke koncové části tenkého střeva (terminálního ilea). Etiologie není zcela známa a rovněž není jasná ani patogeneze. Období relapsu je střídáno obdobím remise v různé dlouhých intervalech, ale někteří pacienti přesto vykazují trvalou aktivitu. Projevem jsou časté průjemovité stolice s příměsí hlenu a krve, nechutenství, minerálový zvrzvat, bolesti břicha, horečka, zrychlená srdeční akce. O něco více postihuje ženy než muže.

Onemocnění můžeme rozdělit podle rozsahu zánětu na ohraničený, levostranný a difúzní tvar. Nemoc poškozuje sliznici, kde způsobuje zánětlivé změny a ulcerace, ulcerace však nemusí být přítomny vždy. Projevem při postižení konečníku bývá nutkání na stolicí (tenesmy), malé množství stolice (rektální syndrom) nebo jen krvavý hlen (kolitický syndrom). Po mnoha letech se mohou objevit dysplastické změny, u kterých je vysoké riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Charakter dysplazie má polypózní nebo plošné útvary (dysplasia-associated lesion or masses, DALM). U typických případů nemá tendenci ke vzniku píštělí nebo abscesů, protože většinou je postižena pouze sliznice a ne hlubší části střevní stěny. Těžší průběhy mají za následek zjizvení, zkrácení a ztrátu funkce střeva.

Efekt zlepšení stavu nemoci výběrem potravin je zde nižší než u Crohnovy choroby. Prozatím neexistují zcela jednoznačná výživová opatření, která by vedla ke kladnému ovlivnění průběhu nemoci. Opět je zde nutností do-

držování pitného režimu, dieta se téměř shoduje s dietou racionální, podobá se dietě pacientů s CD při remisí. Většinou se ponechává normální přísun stravy, výjimkou jsou pouze pacienti s toxickým megacolon nebo pacienti s těžkým relapsem. Při relapsu je dobré omezit přísun nerozpustné vlákniny a luštěnin a přidat střevní probiotickou mikroflóru. Doporučuje se vysokobílkovinná strava s vyšším obsahem vitamínů a normálním obsahem tuků. Potraviny s vyšším obsahem tuků a mléka mohou průjmy ještě zhoršovat. Lépe jsou živiny přijímány v klidu, dobře rozžvýkané, vlažné, v menších a častějších porcích. Stejně jako u CD není vhodná bezlepková dieta. Ve fázi remise není potřebné dodržovat tak přísná dietní opatření, ovšem záleží to na individuální snášenlivosti různých potravin jednotlivými pacienty – co jednomu pacientovi nevaří, může druhému škodit. Vhodnější přípravou pokrmů je vaření, dušení, pečení. Při přípravě používáme teflonové nádobí, gril, mikrovlnnou troubu, parní hrnec apod. Maso podléváme vodou nebo netučným vývarem.

Závěr

Dietní opatření mají za úkol zabránit jakémukoli dráždění střevní sliznice. Nedokáží sice ovlivnit nemoc jako takovou, ale je důležité si uvědomit, že výběr potravin a jejich zpracování je nutné nastavit tak, aby byly snadno stravitelné, a tím nezhoršovaly už tak nepříjemné obtíže nemocného. Úpravy jídelníčku jsou natolik individuální a závisí na zkušenostech každého jednotlivého pacienta, že žádná univerzální dietologická opatření u těchto onemocnění střev neexistují.

Literatura u autorky

PhDr. Martina Muknsnáblová, odborná učitelka,
VOŠZ Mills Čelákovice, VOŠZ SRMR Praha 2,
m.muknsnablova@worldonline.cz

Hromadný výskyt průjmových onemocnění způsobených noroviry

Při vzniku akutní gastroenteritidy je třeba myslet i na norovirovou etiologii onemocnění, stanovit a dodržovat přísná protiepidemická opatření k zabránění přenosu infekce na další osoby, odebrat biologický materiál k laboratornímu vyšetření, dbát na rehydrataci nemocných osob.

Noroviry (rod *Norovirus*, čeleď *Caliciviridae*), jsou malé neobalené viry s jednovláčkovou RNA (ribonukleovou kyselinou), které jsou značně odolné k zevnímu prostředí a k dezinfekčním přípravkům. Noroviry jsou nejčastější příčinou epidemii gastroenteritidy, minimálně 50 % všech ohnisek gastroenteritidy na celém světě je norovirové etiologie a hlavní příčinou alimentárních onemocnění. Onemocnění je běžně nazýváno „střevní chřipka“ nebo „zimní zvracení“. Vrchol výskytu onemocnění je v zimních měsících, ale může se objevit v průběhu celého roku.

Klinické projevy

Většina případů onemocnění se projevuje zvracením a nekrvavým průjmem s náhlým nástupem, který začíná po inkubační době 12 až 48 hodin. Ve většině případů u zdravých osob příznaky odezní obvykle po 1–3 dnech, u malých dětí, starších osob a hospitalizovaných pacientů může onemocnění trvat 4–6 dnů. V klinickém obraze mohou být nauzea, křeče v břiše a bolest svalů. Tělesná teplota nebývá zvýšena, ale vyskytují se i subfebrilie až febrilie. Specifická

léčba neexistuje, upravuje se hydratace doplněním tekutin perorálně či intravenózně.

Přenos norovirů

Vleklé hromadné výskyty norovirové gastroenteritidy jsou často pozorovány v zařízeních, jako jsou nemocnice a domovy pro seniory, kde se většinou přenášejí kontaktem mezi osobami. Noroviry jsou ve velkém množství přítomny v průjmové stolici. V přenosu nákazy může hrát roli i kontaminovaná voda a jídlo. Virus je vysoce infekční, ke vzniku infekce stačí méně než 20 virových částic. Virus je odolný, na plochách vydrží několik dnů, ve vodě měsíce.

Zvýšený výskyt onemocnění

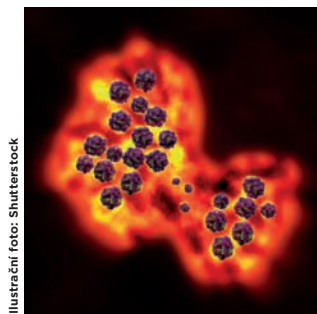
Na Krajskou hygienickou stanici Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě bylo v průběhu roku 2013 hlášeno 8 zvýšených výskytů akutních gastroenteritid způsobených noroviry ze zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb, ve kterých je poskytováno ubytování seniorům. Onemocnění mělo spíše lehčí průběh. Byla postižena přibližně třetina exponovaných klientů, v souvislosti s onemocně-

ním nikdo nezemřel. Popis výskytů je uveden v tabulce.

Nařízená a kontrolovaná opatření

Ve všech zařízeních byl proveden státní zdravotní dozor a byla nařízena a kontrolována tato opatření: izolace nemocných, popřípadě kohortová izolace, dezinfekce povrchů v okolí nemocného, sociálních zařízení, všech povrchů, které mohly být kontaminovány aerosolem, důsledné mytí rukou mýdlem a tekoucí vodou nejméně 20 sekund a utírání do jednorázových ručníků, dezinfekce rukou (nemocného i personálu). Dále

vyčlenění ošetřovatelského personálu pro nemocné, vyloučení nemocného personálu z pracovního procesu, důsledné používání osobních ochranných prostředků (jednorázové rukavice, plášť, ústenka), dodržování bariérového ošetřovacího systému. Kontaminované prádlo je nutné odkládat přímo u lůžka do nepropustného igelitového pytle (prát ve zvláštním režimu), stejně jako veškerý odpad vznikající u lůžka nemocného. Úklid je třeba provádět častěji, při kontaminaci ploch biologickým materiálem (zvratky, stolice) provést okamžitou dekontaminaci potřísněného místa překrytím



Ilustrační foto: Shutterstock

buničitou vatou nebo papírovou jednorázovou utěrkou navlhčenou dezinfekčním roztokem a po expoziční době kontaminované místo opětovně vydezinfikovat čistým mopem. Opatření je nezbytné dodržovat po celou dobu nakažlivosti nemocného, tj. nejméně 10 dní od vypuknutí onemocnění, až do vyhasnutí ohniska nákazy. Používat se musí dezinfekční prostředky, které mají deklarovanou účinnost na neobalené viry.

Literatura u autorů

MUDr. Ladislava Michálková a kolektiv,
Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě,
ladislava.michalkova@khssova.cz

Oddělení/zařízení	Doba trvání od - do	Počet nemocných klientů	Počet nemocného personálu	Počet klientů celkem	Počet personálu celkem	Laboratorně ověřeno
Zařízení rehabilitační	7. 1.-10. 1.	10	0	27	15	ne*
Geriatric a interní	12. 4.-18. 4.	14	0	56	35	ano
Zařízení pro seniory	1. 5.-10. 5.	15	5	25	12	ano
Psychiatrické	3. 8.-6. 8.	12	1	22	17	ano
Zařízení rehabilitační	3. 9.-5. 9.	46	5	207	187	ano
Interní	11. 10.-21. 10.	5	0	23	27	ano
Zařízení pro seniory	10. 11.-18. 11.	24	2	42	34	ano
Zařízení pro seniory	3. 12.-27. 12.	156	60	301	215	ano

Hromadný výskyt norovirových infekcí v Moravskoslezském kraji 2013

(* uzavřeno pouze na základě klinického průběhu onemocnění)

Sociální poradna

Mám 27letého syna, který zatím nikdy nepracoval. Tvrdí, že práci nemůže najít, protože ho všude odmítají kvůli tomu, že nemá praxi, a bez VŠ by prý byl ztracen. Když mu bylo 12 let, začala jsem se rozvádět s jeho otcem, který byl závislý na hracích automatech a měl násilnické sklony. Syna jsem se vždy snažila všeho uchránit. Měla jsem výčitky, že mu péči dlužím za zkažené dětství. Dobře se učil, ale nikdy neměl pořádné kamarády. Také jsme se často stěhovali, jeden čas jsme dokonce bydleli v azylovém domě. Když se syn dostal na gymnázium, říkala jsem mu, aby si našel brigádu, což slíbil. Čas plynul, skončil-

odpovídá
Bc. Jana Bednářová,
sociální pracovnice

lo i rozvodové řízení (bohužel smrti jeho otce, který měl autonehodu). Syn v dědictví získal majetek v podobě nemovitostí. Začal studovat filozofii na VŠ, ve 2. ročníku se přihlásil ještě na práva. Filozofii však opustil, že si dodělá jen práva, ale ve 3. ročníku byl vyloučen. Měl přítelkyni, kterou mi nikdy ani pořádně nepředstavil. Pak se chytil kamarádů a peníze mizely neznámo kam. Dnes z dědictví nemá nic, o přítelkyni už nemluví a kamarádi se k němu neznají. Teď dokonce chce, abych ho živila a podporovala, mám prý k němu výživovací povinnost. Já si ale myslím, že by studium mohl dokončit dálkově a začít

se o sebe starat sám. Přemýšlím, do jaké míry může syn mít pravdu...

Adriana V., Benešov

Na vývoj nezaměstnanosti má vliv několik vnějších faktorů, ale nezaměstnanost jedince ovlivňují i jeho vnitřní – osobnostní – faktory. Za mladého nezaměstnaného se považuje člověk ve věku 15 až 24 let, který aktivně a neúspěšně hledá práci. Česká republika problémem mladých nezaměstnaných dlouho neznala. V roce 2012 se vyšplhal počet uchazečů o zaměstnání do 25 let evidovaných na úřadech práce (ÚP) na necelých 99 tisíc (zhruba 18 % z celkového počtu nezaměstnaných). Ke konci roku 2011 to bylo bezmála 92 tisíc mladých lidí, přičemž v roce 2007 bylo mladých nezaměstnaných do 25 let přibližně 55 tisíc. Váš syn je dospělý, zdravý a zodpovědný za svůj život. Podle vašich

slov si aktivně práci nehledá. Podle toho, jak situaci popisujete, určitě povinnost podporovat jeho zahálčivý život nemá. Vyživovací povinnost k dospělým dětem zůstává např. v případech těžce postižených dětí.

Komisař pro zaměstnanost, sociální věci a začlenění v Evropské komisi László Andor vytvořil takzvaný systém záruky pro mladé. Inspiroval se v zemích, kde už podobná politika funguje (Finsko). Principem je, že každý Evropan mladší 25 let by měl podle programu do 4 měsíců po ukončení školy či po propuštění z práce dostat nové místo nebo alespoň získat školení, které mu práci zajistí. Rakousko s nejnižší nezaměstnaností mladých (8 %) a celkovou (4,9 %) ze zemí EU zavedlo podobnou iniciativu, tzv. záruku vyučení (něm. Ausbildungsgarantie). České úřady práce spolupracují také se školami a zaměstna-

vatel, míra nezaměstnanosti je odvislá i od tvorby nových pracovních míst. Aktuálně se realizují v rámci krajů projekty „Praxe pro mladé do 30 let“ jako pomoc nezaměstnaným mladým lidem.

Uvádím tyto příklady, abychom si uvědomili, že jednotlivé státy a EU vynakládají nemalé prostředky na snížení nezaměstnanosti obecně, ale i nezaměstnanosti ohrožených skupin.

Není tak úplně pravdou, že bez vysoké školy je syn ztracen. Vysokoškolská je někde i přebytek, proto mnohdy pracují na nižších postech. U vašeho syna je třeba se věnovat změnám vnitřního postoje a motivace, ale i dalším okolnostem, které ho vedou k tomuto způsobu života. Pro vás to znamená vymezit si základní pravidla a hranice, kde již vaše pomoc končí, čímž mu dáte jasně najevo, že přišel čas přebrat zodpovědnost za vlastní život.



17. BŘEZNA 2015
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN



Záštitu nad oceněním převzala
Mgr. Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar
a Václava Havlových VIZE 97

roku Sestra 14

15. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Zdravotnictví a medicína z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Hlasujte pro Sestru mého srdce!

Vítěze kategorie SESTRA MÉHO SRDCE můžete vybírat z finalistů obou vyhlášených kategorií, které vybrala první odborná porota, a jednoho držitele Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství.

Hlasování bude prostřednictvím www.sestramehosrdce.cz

Stránky pro hlasování spustíme **2. 2. 2015**, od kdy tam najdete i medailonky a fotografie kandidátů na toto ocenění. Hlasování končí 28. 2. 2015.

Každý hlasující může udělit pouze 1 hlas.

Vítězem hlasování se stane ten finalista, který v celkovém součtu získá největší počet hlasů.
Úplné znění pravidel soutěže je na www.sestraroku.cz

Generální partner



Hlavní partneři



Science For A Better Life

Partner galavečera



Záštitu



Garant



www.sestraroku.cz

MEDICAL SERVICES





Vážené kolegyně, vážení kolegové,

stejně jako v předchozím roce vám budeme v této medicínské části časopisu Zdravotnictví a medicína nadále přinášet články zaměřené na novinky a trendy v jednotlivých oborech, kongresové zpravodajství, rozhovory s lékařskými kapacitami a další zajímavosti ze světa diagnostiky, léčby a klinického výzkumu.

V aktuálním čísle naleznete pokračování seriálů zaměřených na problematiku

nutriční péče a trendy v otorinolaryngologii. Dozvíte se jak interpretovat výsledky laboratorních vyšetření ve vztahu k nutričnímu stavu pacienta či jaké je postavení současné foniatrie. Docentka Vanda Boštková z katedry epidemiologie Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany pro vás připravila unikátní článek shrnující poznatky z loňské epidemie Eboly včetně několika „zákulisních“ informací. Z odborných akcí jsme

se tentokrát zaměřili na kongres České lékařské akademie, který pojednával o stavu a perspektivách regenerativní medicíny.

Naše divize Medical Services, organizující vzdělávací akce ve zdravotnictví, uspořádala před Vánoci seminář Kardiologie pro interní praxi. Seminář, pro který se podařilo získat špičky z oboru kardiologie i vnitřního lékařství, se setkal s mimořádným zájmem především mladých lékařů. Pokud jste se nemohli účastnit a máte o problematiku zájem, máme pro vás dobrou

zprávu. Na akci byla pokřtěna také stejnojmenná publikace. Více se o ní dozvíte na straně 45.

A pokud byste měli zájem rozšířit si odborné vzdělání o oblast homeopatické léčby, nevynechte rozhovor s místopředsedou výboru Homeopatické lékařské asociace (HLA) MUDr. Jaroslavem Čuperou. HLA se věnuje pre- i postgraduálnímu vzdělávání v klinické homeopatii.

Na závěr vám chci ještě popřát vše nejlepší v novém roce.

MUDr. Andrea Skálová

Zásady nutriční péče v chirurgii a traumatologii

Velikost proteinových zásob organismu a intenzita jejich odbourávání jsou významné faktory, které určují dlouhodobý výsledek léčby po úrazu či operaci. Malnutrice je příčinou zhoršeného hojení, zvýšeného rizika komplikací a smrti po akutním inzultu.

Operace a trauma představují akutní onemocnění, které charakterizuje potřeba hojení porušené celistvosti tkání. Vlastní hojení má složku lokální a systémovou.

Lokální hojení začíná vazodilatací a zvýšenou kapilární propustností v traumatizované oblasti. Otok a zvýšený průtok intersticiální tekutiny vede k vyšší dodávce živin, kyslíku, imunitně aktivních buněk a humorálních působků do oblasti hojení a současně k odplavová-

ní zplodin katabolismu a buněčných fragmentů do oběhu. Zprvu převládá proteolytická aktivita leukocytů, která následně přechází do proteosyntetické a proliferativní fáze vytváření definitivní jizvy.

Systémovou reakcí na trauma a operaci charakterizuje zvýšení klidového energetického výdeje a mediátory navozená proteolýza. Intenzita systémové zánětové reakce je přímo úměrná velikosti traumatu. Nově se pro vlastní stravování endogenních energetických zásob především

ze svalové tkáně, jakožto rezervoáru bílkovin, používá termín autofagie.

Velikost proteinových zásob organismu a intenzita jejich odbourávání jsou významné faktory, které určují dlouhodobý výsledek léčby po úrazu či operaci. Malnutrice je příčinou zhoršeného hojení, zvýšeného rizika komplikací a smrti po akutním inzultu. Malnutrice je spojena s imunosupresí, která se častěji komplikuje infekčními komplikacemi, především pooperačním zápallem plic.

Výživa v akutní fázi onemocnění

Několik posledních let je v intenzivní péči diskutována otázka, zda podávání nutriční podpory v časně fázi akutního onemocnění organismu prospívá, či spíše škodí. Je škodlivá výživa sama o sobě – podávání nutričních substrátů v akutním stavu, nebo škodí vedlejší účinky umělé nutriční podpory a horší výsledky zejména parenterálně živých pacientů jsou dány komplikacemi z aplikace parenterální výživy? Má být krátkodobé hla-

dování při akutní nemoci spíše tolerováno?

Zhodnocením výsledků často citovaných epidemiologických studií posledních let se lze přiklonit k názoru, že během akutní nemoci se na horším výsledku nutričně podporovaných pacientů podílejí spíše vedlejší účinky umělé výživy než podávání substrátů jako takových. Poučení z toho je apelem na zvyšování kvality zejména intenzivní péče a zvyšování bezpečnosti nutriční podpory větším důrazem na edukaci jak lékařů při preskripci výživy, tak sester při její aplikaci.

Rizika enterální a parenterální výživy

Hlavním rizikem parenterální výživy je zvýšené nebezpečí infekčních komplikací. Velkou část rizika představují katérové infekce a změna buněčné složky imunity vlivem hyperglykemie. V rozsáhlé metaanalýze hypokalorické nutriční podpory byl dokumentován menší

VÝŽIVA

výskyt infekčních komplikací. Na druhou stranu adekvátně vedená nutriční podpora riziko infekčních komplikací vlivem udržení dobrého nutričního stavu oddaluje. Atrofie střeva při vyloučení enterálního příjmu je spojena s rizikem mikrobiální invaze ze střeva a také vysvětluje část infekčních komplikací při parenterální výživě s vyloučením lumenální stimulace. Poruchy vnitřního prostředí jako hyponatremie, hypo- a hyperkalemie, hypofosforemie, elevace močoviny a hlavně hyperglykemie jsou typické vedlejší účinky vyplývající z nízké kvality péče. Celkové riziko chyby v celém procesu preskripce, přípravy, aplikace a monitorování parenterální výživy je popisováno do 2 %, ale vysoký podíl mají chyby závažné.

Rizika enterální výživy jsou komplikace nasogastrické, nasosejunnální či stomické sondy, aspirace výživy, respirační insuficience vlivem střevní distenze, průjem a malnutrice vlivem nedostatečné utilizace výživy.

Operace představuje krátkodobé akutní onemocnění, po němž následuje několikátýdenní perioda rekonvalescence s protražovanou mírnou inzulinorezistencí. V prvním týdnu po velké

operaci intenzita proteinového katabolismu odpovídá ztrátě okolo 20 g dusíku denně (125 g bílkovin) a následně se zmírňuje. Po traumatu v rozvinuté hyperdynamické fázi může být protražovaná excesivní proteolýza odpovídající běžné ztrátě okolo 30–40 g dusíku za den.

Zásady nutriční péče: operace a úrazy

Při rozhodování o nutriční péči v období kolem operace a po úrazu zvažujeme komplexně situaci nemocného z následujících aspektů:

1. Podávání nutriční podpory v pooperačním období u osob bez malnutrice a s perspektivou návratu dostatečného perorálního příjmu jídla do týdne nemá jasně prokázaný prospěch a pochybnosti o efektivitě se týkají jak parenterální, tak i enterální výživy. Převládá riziko vedlejších účinků umělé výživy.
2. Nutriční příprava před operací je efektivní zejména v situacích, kdy je možno dlouhodobou aplikací výživy zlepšit nutriční stav (abdominální katastrofy, pacienti s idiopatickými střevními záněty, benigní stenózy zažívacího traktu apod.).

3. Krátkodobá nutriční příprava v délce do 2 týdnů je efektivní i u nutričně rizikových osob s nádorovým onemocněním, kde dlouhodobě zlepšení nutričního stavu není možné.
4. Sipping imunomodulačního složení (obohacený o omega-3 mastné kyseliny v dávce do 5 g/den) snižuje pooperační ztrátu proteinové hmoty a riziko pooperačních komplikací.
5. Pooperační nutriční podpora je indikována u nemocných v nutričním riziku po velkém operačním výkonu a ve všech případech, kdy předpokládaná doba hladovění přesáhne jeden týden.

Vliv hladovění

V diskusi, zda krátkodobé přerušování dodávky nutričních substrátů v akutní fázi po traumatu či operaci je prospěšné z důvodu jakéhosi nepřetěžování organismu, není mnoho podporujících klinických dat. Většina studií popisuje význam střídmosti a intermitentního hladovění ve vztahu k dlouhodobosti a prevenci život zkracujících, zejména degenerativních chorob, jako je demence, ateroskleróza, případně nádory. Většinou je poukazováno na vliv volných

radikálů a oxidačního stresu. Přestože intermitentní podávání výživy s noční pauzou bylo opuštěno, má lačnění řadu potenciálně příznivých účinků endokrinní a mediátorové povahy. V lačném stavu je mírně zvýšená hladina kortizolu i IGF-1, anabolicky fungují ketolátky, zejména β -hydroxybutyrát. Při intermitentní restrikci jídla je vyšší hladina interferonu- γ . Adiponektin z tukové tkáně zvyšuje senzitivitu k inzulinu v době restrikce výživy. Změny v aktivitě jaderných receptorů PPARs- α a γ ovlivňují mobilizaci tuků a intenzitu β -oxidace mastných kyselin.

V současné době tedy nedokážeme jednoznačně posoudit přínos umělé nutriční podpory či naopak krátkodobého hladovění při akutním onemocněním organismu s dobrou metabolickou funkcí rezervou. Vzhledem k tomu, že nutriční podpora se v těchto stavech jeví přinejmenším jako zbytečná, je zdůrazněn význam rutinního hodnocení nutričního rizika. Pacienti, kteří podstupují operační výkon v dobrém nutričním stavu, jsou vystaveni většímu středně závažnému akutnímu onemocnění s možností brzkého obnovení příjmu jídla. Zbytečně utracené peníze a riziko vedlejších účinků jsou t. č. hlavní důvody, proč v těchto situacích krátkodobě hladovění tolerovat. O to větší důraz je třeba dát na nutriční péči malnutričních a protražovaných katabolických stavů.

Obavy z pooperační výživy

Urychlená pooperační rekonvalescence s časným podáváním jídla po operaci je moderní koncept pooperační péče, který je umožněn celým komplexem opatření kolem operace. Možnost a bezpečnost časněho příjmu jídla po operaci na dolní části zažívacího traktu je známa dlouhodobě. Přesto obava z ubližování střevní anastomóze jídlom zůstává a setkáváme se s ní v každodenní praxi. Na druhou stranu pooperační intolerance jídla není vzácná a je podmíněna řadou faktorů vycházejících z CNS, hypoperfuzie splachniku či střevní pooperační paralýzy. Umělá nutriční podpora je rezervována pro malnutriční pacienty.

Riziko pooperačního příjmu jídla nespočívá v obavě z mechanického roztržení anastomózy jídlom či peristaltickou aktivitou, ale v nevolnosti a zvracení s rizikem aspirace a napínání břiš-

ní stěny a dále v rozvoji střevní distenze s napětím a ischemií v anastomóze a se zvýšením nitrobršního tlaku. Základním předpokladem tolerance příjmu jídla časně po operaci jsou malé operační trauma, minimální krevní ztráta a normotermie během operace, funkční zažívací trakt těsně před operací, absence pooperační retence tekutin s možností minimalizovat infuzní terapii, šetrná anestezie a analgezie bez pooperační nevolnosti. Různé velké rozsah splnění výše uvedených podmínek umožňuje časný pooperační perorální příjem u všech pacientů bez zásahu do trávicí trubice a po operacích na tlustém střevě. Dvě hodiny po operaci zkouší pacient popíjet tekutiny v podobě čaje či vody. Večer v den operace nabízíme čirý vývar. Podle individuální tolerance pak první pooperační den zkoušíme netučný jogurt, veku, čistou polévku apod. Druhý pooperační den zařazujeme již drůbeží maso, bílkovou sedlinu, polévku, řídké bramborové pyré. Do jídla nemocného nenutíme, v první fázi se domlouváme třeba jen na ochutnávání a podle individuální tolerance buď ponecháme jídla ze startovací nabídky prvního dne, nebo postupně přecházíme na běžnou šetřící stravu nemocničního dietního systému. Sipping v podobě nutričních koktejlů či krémů je možno přidávat již první den, začínáme přípravky bez obsahu tuku.

V jídelníčku preferujeme jídla teplá pro vliv na motilitu a prokrvení střeva. Zpočátku omezujeme tuk pro lehčí stravitelnost diety a menší stimulaci slinivky břišní a dále vylučujeme nerozpustnou i rozpustnou vlákninu. Odhadujeme, že okolo 3.–5. dne dosahujeme po resekcích na tlustém střevě více než 50 % energetické potřeby podáváním jídla.

U nemocných po operaci na horní části zažívacího traktu postupujeme více individuálně, většínu je režim jídla po operaci pomalejší o 1–2 dny a má větší důraz na příjem tekuté diety. Perorální příjem zahajujeme ještě při ponechané žaludeční sondě, kterou následně podle tolerance příjmu tekuté stravy odstraňujeme. Zda je zdrženlivější přístup k podávání jídla opodstatněný, je otázkou pro nové klinické studie.

Práce byla podpořena programem PŘVOUK P37/04

MUDr. Eduard Havel, Ph.D.,

Chirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Unikátní hematologická linka

Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN zprovoznil unikátní přístroj, který kompletně analyzuje krevní obraz za 30 vteřin a zároveň v jednom běhu automatizuje další hematologická vyšetření.

Hematologická linka XN-3000DI je první plně automatizovaný morfologický hematologický analyzátor uvedený do provozu nejen u nás, ale ve všech střeoevropských státech. Její koncept umožňuje všechny procesy hematologické analýzy včetně mikroskopického vyhodnocení krevních nátěrů automatizovat, standardizovat a přizpůsobit konkrétním podmínkám.

Linka je tvořena dvěma hematologickými analyzátorů řady XN, náteřovým a barvicím autorem SP-10 a modulem pro digitalizaci mikroskopických preparátů DI-60. Moduly jsou propojeny transportní linkou pro vzorky a nátěry. Analýza, včetně diferenciálního rozpočtu leukocytů, probíhá automaticky a laborant se může věnovat jiné odborné činnosti. Fyzické propojení hematologické analýzy s přípravou mikroskopických preparátů a jejich vyhodnocením tedy významně zkracuje dobu od přijetí vzorku v laboratoři až po odeslání výsledku lékaři. Koncept při

přímém zapojení do informační sítě VFN podstatně zkracuje dobu čekání lékařů na výsledky a tím urychluje jejich další rozhodování o vedení léčby. Ve VFN navíc počítají s uvedením analyzátorů i do třisměsíčního provozu, bude tedy k dispozici 24 hodin denně.

Sdílení parametrů s vysokou prediktivní hodnotou

Analýza základních hematologických parametrů na analyzátoru řady XN využitím technologie značení nukleových kyselin umožňuje automatizovat v jednom běhu i další, nová progresivní hematologická vyšetření. Je například rozšířena o vysoce senzitivní záchyt mladých vývojových forem buněk se zvýšenou metabolickou aktivitou. Lékař díky novým parametrům s vysokou prediktivní hodnotou může lépe odhadnout vývoj onemocnění a racionalizovat medikaci, což snižuje zátěž pacienta medikamenty i ekonomickou náročnost léčby.

Expertní software linky samostatně kontroluje i technické podmínky analýzy, odhaluje její možné abnormality, sleduje stav všech analytických procesů a provádí technickou validaci výsledků. Zpracovává i demografické údaje, historii výsledků pacienta, hlášení a grafické výstupy analyzátorů i další specifické požadavky. Komunikační propojení mezi moduly umožňuje sdílení informací. Odborník, který vyhodnocuje a validuje výsledky morfologické analýzy v DI-60, má pak u každého vzorku přímý přístup k výsledkům hematologického modulu XN. Komunikační řešení hematologické linky XN-3000DI plně využije moderní IT technologie ve VFN a umožňuje náhled a validaci výsledků i ze vzdálených pracovišť. To je vhodné i pro vědecký kontakt při zapojení do mezinárodních vědeckých projektů.

Přístroj byl zakoupen z prostředků výzkumného projektu MZ ČR RVO VFN 64 165.

Jana Jílková

První lék od Proenzi®

Prubeven 750 mg



- ✓ Na bolest kloubů
- ✓ Na ztuhlost kloubů



K úlevě od příznaků mírné až středně těžké osteoartrózy kolene

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název léčivého přípravku: Prubeven 750 mg potahované tablety **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje glucosamini sulfas et natrii chloridum 942 mg, což odpovídá glucosamini sulfas 750 mg nebo glucosaminum 589 mg.
Držitel rozhodnutí o registraci: Proenzi s.r.o., Oldřichovice 44, 739 61 Trinec, Česká republika **Indikace:** Úleva od symptomů mírné až středně těžké osteoartrózy kolene. **Dávkování a způsob podání:** *Dospělí a starší pacienti:* 1 tableta přípravku Prubeven 750 mg dvakrát denně nebo 2 tablety přípravku Prubeven 750 mg jednou denně. K úlevě od symptomů onemocnění (zejména k úlevě od bolesti) nemusí dojít dříve než po několika týdnech léčby a v některých případech i po delší době. Pokud nedojde k úlevě od bolesti po 2-3 měsících, je třeba znovu posoudit další léčbu glukosaminem. *Děti a dospívající:* U dětí a dospívajících nebyla stanovena bezpečnost a účinnost přípravku Prubeven 750 mg, proto by tyto tablety neměly užívat osoby mladší 18 let. *Pacienti s poruchou funkce ledvín a/nebo jater:* U pacientů s poruchou funkce ledvín a/nebo jater nelze doporučit dávkování, protože nebyly provedeny žádné studie. Tablety přípravku Prubeven 750 mg by se měly polykat celé. Tablety se mohou užívat s jídlem nebo nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na glukosamin (nebo některý z jeho derivátů), sírany nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku Prubeven 750 mg. Tablety Prubeven 750 mg nesmějí užívat pacienti alergičtí na měkkyše, protože se z nich získává léčivá látka. Tablety Prubeven 750 mg obsahují sójový lecitin. Osoby alergické na sóju nebo arašidy by tedy tento léčivý přípravek neměly užívat. **Interakce:** Byl hlášen zvýšený účinek kumarinových antikoagulancií (např. warfarin) při současné léčbě glukosaminem. Pacienti léčení kumarinovými antikoagulancií by proto měli být pozorně sledováni při zahájení nebo ukončení léčby glukosaminem. U diabetiků užívajících hypoglykemika se doporučuje pečlivé sledování hladiny cukru v krvi. Souběžná léčba glukosaminem může zvýšit absorpci a sérové koncentrace tetracyklinů. **Těhotenství a kojení:** Neexistují adekvátní údaje o podávání glukosaminu těhotným ženám a glukosamin by neměl být užíván během těhotenství. Nejsou k dispozici žádné údaje o vylučování glukosaminu do mateřského mléka a o jeho bezpečnosti pro dítě, proto se jeho užívání během kojení nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastější nežádoucí účinky spojené s léčbou glukosaminem patří nevolnost, bolesti břicha, poruchy trávení, zácpa, průjem, bolest hlavy a únava. **Upozornění:** Je třeba vyloučit existenci jiných onemocnění kloubů vyžadujících alternativní léčbu. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.1.2014 Přípravek není vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

VÝŽIVA

Laboratorní markery malnutrice, biochemické monitorování nemocného s umělou výživou

Pro úspěšnou léčbu malnutrice je zásadní její včasná diagnostika. K té používáme jednak nutriční *screening* a současně objektivní hodnocení výživy (*assessment*), jehož součástí je vedle antropometrických a anamnestických údajů i laboratorní vyšetření. Tato stať je zaměřena na biochemický monitoring.

V současné době se připravují nová *guidelines* ESPEN, kde je diskutován hlavně výběr parametrů pro diagnostiku malnutrice. Laboratorní markery, dříve běžně zařazované do hodnotících schémat, jsou nyní posuzovány jako méně specifické. Přesto jsou v textu uvedeny pro jejich častou indikaci i s vysvětlujícím kontextem.

Malnutrice je stále diskutovanějším problémem nejen mezi nutričními odborníky, ale napříč mnoha lékařskými obory. Odhaduje se, že se vyskytuje až u 70 % hospitalizovaných pacientů, část jich v malnutrici již přichází, část se stane malnutričními během hospitalizace. Konkrétní počty závisí vždy na použitém skórovacím systému. Nejhorší situace je na jednotkách intenzivní péče, na onkologických a geriatrických odděleních.

Kritéria malnutrice

Albumin je nejvíce zastoupený plasmatický protein s významnými vlastnostmi (vazebný protein osmoticky aktivní, působí anti-oxidačně i jako pufr). Jeho snížená plasmatická hladina pod 30 g/l byla v minulosti asi nejfrekvencovanějším markerem malnutrice. A to jak samostatná hodnota, tak jako součást prognostických indexů (PINI) (Y. Carpentier, 1985), kde je hodnocena jeho koncentrace v kontextu s markery zánětu, dále test nutričního rizika NRI, kde je současně s hladinou albuminu hodnocena i tělesná hmotnost.

● **PINI = orosomukoid x CRP / prealbumin x albumin**

(hodnoty do 10 představují nízké riziko, do 20 střední riziko a nad 30 ohrožení života)

● **NRI = 1,51 x albumin (g/l) + 41,7 x aktuální hmotnost / ideální hmotnost (kg)**

(hodnota nad 97,5 znamená normální stav nutrice, pod 83,5 těžkou malnutricí) Při hodnocení plasmatické hladiny albuminu je nutno brát v po-

taz přítomnost akutního zánětu, kdy dochází v rámci celkové odpovědi organismu k vyplavení cytokinů, redistribuci tekutin, vytvoření kapilárního leaku a úniku plasmatických bílkovin do intersticia. Výsledkem je pokles hladiny albuminu v intravaskulárním prostoru. Na poklesu se podílí nejen diluce a přesun do jiných kompartmentů, ale i zvýšená degradace albuminu v těchto stavech. A tak prudký pokles albuminu v kriticky nemocných referuje spíše o tíži stavu než o stupni malnutrice. Proto se jeho koncentrace hodí spíše pro hodnocení stavů chronické malnutrice bez přítomnosti zánětu. A to i vzhledem k jeho poměrně dlouhému biologickému poločasů 21 dní.

V literatuře je také zmiňována kvantitativní predilekční schopnost, kde koncentrace pod 35g/l spolu s absolutním počtem lymfocytů pod 1500 predikuje 4x vyšší mortalitu (Zadák, 2007).

Prealbumin má oproti albuminu výrazně kratší poločas - 1,5 dne, zejména proto byl považován za vhodnější marker malnutrice u pacientů v kritickém stavu. Platí pro něj však stejné omezení stran přesunu do jiných kompartmentů. Proto se při jeho hodnocení uvádí (Wischmayer, 2014), že při hodnotách CRP < 5 mg/l je lepším markerem než albumin, ale při CRP nad 5 mg/l je jeho použitelnost horší, vzhledem k tomu, že v tomto stavu je jeho tvorba suprimována cytokiny. Upozorňuje však na přítomnost malnutrice indukované zánětem.

Cholesterol - jeho snížená hladina, zejména jeho frakce HDL, jsou v poslední době dávány do souvislosti s akutní malnutricí indukované zánětem a HDL cholesterol je spojován s tíží stavu u těchto pacientů. V literatuře se uvádí, že při zánětu zeslabuje produkci TNF-alfa indukova-



ilustrace foto: Shutterstock

nou lipopolysacharidem buněčné membrány gramnegativních bakterií (LPS). Negativně koreluje s IL-6.

Kreatinin - jeho vylučování odráží stav renálních funkcí i množství svalové hmoty. Koncentrace kreatininu v moči bývá u počínajícího katabolismu jedince s adekvátní svalovou hmotou vysoká. U chronické malnutrice, u pacientů s chabou svalovou hmotou, je snížená a tomu odpovídají i snížené hladiny v plasmě. Vylučování kreatininu za 24 hodin používáme pro výpočet kreatinin-výškového indexu (KVI).

● **KVI = zjištěná 24h kreatinurie x 100 / ideální 24h kreatinurie**
Cholinesteráza, transferin a retinol-binding protein (RBP) se pro nespecifitu či obtížné stanovení používají méně.

Monitorace pacienta

Včasná identifikace malnutrice, ale i následná monitorace pacienta s rizikem malnutrice, zejména s umělou výživou, by měly patřit k běžné péči o nemocného. Jestliže panují určité otázky nad diagnostickými kritérii laboratorních testů, pak při výše uvedené monitoraci je vyšetřování biochemických markerů nezbytností. Je tím míněno nejen vyšet-

zánětu či o malnutrici spojenou s nádorovým onemocněním. Ve zmíněných případech se jedná o odlišné metabolické podmínky, dochází k aktivaci a zatížení různých metabolických tras se všemi patofyziologickými konsekvencemi. V prvním případě je snižená hladina inzulínu, dochází k lipolýze, štěpí se glykogen, uvolňují se ketolátky. V druhém případě vlivem zvýšené produkce cytokinů a stresových hormonů dochází k inzulínorezistenci, zvyšuje se glukoneogeneze jak z aminokyselin (alanin do Coriho cyklu), tak z laktátu, a zvyšuje se také glykolýza. Dochází tedy k velkým ztrátám bílkovin, zvyšuje se glykemie i laktát. Tato metabolická odpověď je v současné době považována za obrannou reakci organismu a vyšší glykemie a laktát jsou jakousi metabolickou hotovostí. Při nádorové kachexii se zvyšuje aktivita glykolytických enzymů - je známá nádorová izoforma pyruvátkinázy, což může vést k vyšší laktatémii, je též vysoký obrat purinu a pyrimidinu.

Tyto zhruba načrtnuté konsekvence je třeba brát v potaz při interpretaci zjištěných hodnot a rozhodování o dalším léčebném postupu.

Vyšetřované parametry - základní soubor

- Na, K, Cl, Ca, P, Mg - sérum, moč;
- acidobazická rovnováha (ABR), laktát;
- urea, kreatinin, clearance kreat. N-bilance, kys. močová;
- bilirubin, ALT, AST, GMT, LD, amyláza, lipáza, amoniak;
- cholesterol, triacylglyceroly (TAG), glukóza;
- celková bílkovina, albumin, prealbumin;
- CRP, prokalcitonin;
- TSH, FT4;
- moč chemicky;
- stopové prvky - Fe, Se, Zn, vitaminy?

Na, K, Cl, Ca, P, Mg - vyšetření v séru

Hypernatremie. Nad 150 mmol/l se vyskytuje nejčastěji v rámci sekundárního hyperaldosteronismu.

mu u pacientů v rámci systémové zánětlivé odpovědi. Vlivem cytokinů se zvyšuje permeabilita, kapilární leakem uniká zejména albumin do intersticia, osmoticky váže vodu a to má za následek snížení intravaskulárního objemu a aktivace systému renin – angiotensin – aldosteron. Dochází ke zvýšenému vstřebávání natria v distálním tubulu. Ve vyšetření je varující zejména výrazná hyponatriurie (< 20 mmol/l). K hypernatremii dochází též při ztrátách prosté vody osmotickou diurézou, zjišťujeme ji i při kontaminaci odběru a současně podávané infuzi antibiotik či chemoterapie.

U malnutričních pacientů se však častěji vyskytuje **hyponatremie** – pod 130 mmol/l. Většinou jde o výraz úplného energetického vyčerpání organismu. Dochází k poklesu aktivity Na⁺/K⁺ ATPázy s hromaděním Na⁺ intracelulárně (ICT) a K⁺ extracelulárně (ECT) a rozvojem terminální hyponatremie. Hyponatremie je též průvodním jevem při srdečním a jaterním selhání – zvýšený objem ECT, hypervolemická hyponatremie. Zvláštní pozornost si zasluhuje hyponatremie způsobená přesunou vody z ICT do ECT efektivní osmolalitou glukózy při výrazných hyperglykemiích při dekompenzaci diabetu mellitu. Na každé zvýšení glykemie o 5,5 mmol/l klesá natremie o 1,5 mmol/l. Častou příčinou zjištěné hyponatremie je též podání většího množství bezsolutových roztoků.

Chloridy, hyper- a hypochloridemie. Koncentraci chloridů hodnotíme vždy současně s koncentrací natria. Jen tak můžeme posoudit, zda se jedná o hypochloridémii či hyperchloridémii, která ovlivní acidobazickou rovnováhu. Koncentraci chloridů hodnotíme vždy současně s koncentrací natria. Jen tak můžeme posoudit, zda se jedná o hypochloridémii či hyperchloridémii, která ovlivní acidobazickou rovnováhu. Koncentraci chloridů hodnotíme vždy současně s koncentrací natria. Jen tak můžeme posoudit, zda se jedná o hypochloridémii či hyperchloridémii, která ovlivní acidobazickou rovnováhu.

Hyperkalemie – nad 5,5 mmol/l. Hodnocení závisí na pH, zejména u nestabilních pacientů je třeba zohlednit aktuální stav acidobazické rovnováhy, resp. pH. Při poklesu pH o 0,1 dochází k vzestupu K o 0,6 mmol/l. V alkalóze

je stav opačný – kalium vstupuje do buněk a koncentrace v krvi se adekvátně snižuje. Nejčastější důvody hyperkalemie jsou renální selhání, rozpad tkání, masivní přívod K v infuzích.

Hypokalemie pod 3,5 mmol/l bývá spojena se zvracením, průjmami, vzniká při podávání kalium nešetřících diuretik (furosemid). Relativně běžným nálezem je terapie těžko ovlivnitelná hypokalemie u pacientů na chemoterapii, současně léčených antimykotiky. Zde dochází vlivem poškození renálních tubulů k ztrátám Mg i K, což má za následek významné poklesy obou iontů v krvi. Při pozitivním obratu ve výživě pacienta k anabolismu je třeba dát pozor na náhle vzniklou hypokalemii. Kalium v rámci anabolických dějů putuje do buněk. S hypokalemií též počítáme u nedostatečného přívodu při mentální anorexii, u alkoholiků, při nevyvážené parenterální výživě a při terapii kortikoidy.

Magnezium. S hypermagnezemií se téměř nesetkáváme, o to častější je výskyt hypomagnezemie. Padesát procent Mg se absorbuje v tenkém střevě, vylučuje se ledvinami podle plasmatické hladiny a glomerulární filtrace. Má zásadní význam pro intermediární metabolismus. Na Mg je závislá Na⁺/K⁺ ATPáza. Při hypomagnezémii je ztížen transport K do buněk, vážně užití aminokyselin. Mg se podílí na metabolismu Ca, deplece Mg vede ke zhoršení sekrece a působení PTH. Příčiny – malnutrice, *refeeding* syndrom, malabsorpce, GIT ztráty, kličková diuretika. Hypomagnezemie před zahájením nutrice je signifikantně spojena s rozvojem *refeeding* syndromu – viz dále.

Fosfát PO₄ – má zásadní význam pro energetiku buněk a klíčovou roli v metabolizaci energetických substrátů. Minimální příjem je 30 mmol/den. Snížení P působí pokles difosfoglycerátu, posun disociační křivky doleva, ztížené uvolňování O₂. Výrazný pokles nacházíme u *refeeding* syndromu, kde jsou nutné vyšší dávky. Při nedostatku makroergních fosfátů hrozí až srdeční a respirační selhání. Hyperfosfatemie nad 1,9 mmol/l je častá u chronické renální insuficience, může upozornit též na zvýšený buněčný rozpad.

Kalcium. Pro přesnější informaci o biologické dosažitelnosti vyšetřujeme ionizované Ca. Jeho podíl z celkového Ca je 48 %, je to jediná biologicky aktivní forma (kontraktilia, hemokoagulace). Hypoalbuminemie: -10 g způsobí

pokles Ca⁺ o 0,2 mmol/l, vzestup pH + 0,1 pokles o 0,03 mmol/l, dochází k přesunu a část Ca⁺ se váže na bílkovinu. Nízkou hladinu nacházíme u osteoporózy, osteomalacie, zánětlivého onemocnění střev, syndromu krátkého střeva, malabsorpce Ca. Steatorea působí poruchu působení vit. D a jeho přeměnu na aktivní formu. Nutné je provést denzitometrii!

Refeeding syndrom (RF)

Incidence tohoto syndromu je asi 14 % u pacientů s parenterální výživou, 5–25 % u onkologických pacientů (jde o odhad, reálná čísla budou vyšší).

Patofyziologie syndromu: adaptace na malnutriční – nízká spotřeba inzulínu, převažuje glykogenolýza a lipolýza, glukoneogeneze (ketolátky, volné mastné kyseliny, aminokyseliny), při realimentaci (hyperglykemie) stoupá inzulín – zvyšuje se metabolický obrat, je vystupňovaná glykolýza a základní mikronutrienty chybí (K, Mg, P, thiamin!). Inzulín aktivuje Na⁺/K⁺ ATPázu, následuje dramatický shift K, P a Mg do buněk. Dochází k oblenění až blokaci intermediárního metabolismu, výsledkem je laktátová acidóza a extrémní snížení K, Mg, P, hyperglykemie se neuvádí tak často. Inzulín potence antinatriuretický efekt a vznikají otoky.

Definice: K < 2,5 mmol/l, Mg < 0,5 mmol/l, P < 0,5 mmol/l + přetížení ECT otoky + orgánová dysfunkce. (Zdroj: Rio A, Whelan K, Goff L, Reidlinger DP, Smeeton N. Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study. *BMJ Open* 2013; 3: e002173).

Pacienti v riziku: chronicky malnutriční pacienti s mentální anorexií, pacienti s onkologickým onemocněním, se střevními píštělemi, starší osoby, alkoholici. Cave! Uvádí se výskyt po velkých chirurgických výkonech s dehydratací předoperační přípravou. Prevence RS: před zahájením realimentace pečlivě posouzení K, Mg, P, podání 100–300 mg thiaminu denně první 3 dny.

Na, K, Cl, Ca, P, Mg vyšetření v moči poskytuje důležité informace o zásobách v organismu, aktivaci aldosteronu, renální funkci, dále umožní bilanční sledování, výpočty trakční exkrece, *clearance* Na, K.

Stopové prvky, vitaminy. Monitorace zde není tak běžná, jen při suspekci na hrubý deficit (Se, Zn, Fe, B₁, B₁₂, folát, vitamin D). Mikronutrienty by měly být podá-



ilustrace foto: archiv Euro

ny vždy, když podáváme makronutrienty. Součástí parenterální výživy by měly být prefabrikáty mikronutrientů např. Tracutal, Elovitrac, Cernevit, v indikovaných případech fortifikace Thiaminem, vitaminem D, Selenasou a dalšími. Jen pro zajímavost: doporučení pro sledování mikronutrientů ve Skotsku vyžaduje sledování Zn, Se, Cu, Mn, vitaminu B₁, B₂, B₆, A, E a glutathionperoxidázy u dlouhodobé domácí parenterální výživy každé 3 měsíce.

Monitorace vnitřního prostředí

Zásadní pro kauzální terapii je dekompozice ABR nálezu, identifikace jednotlivých poruch (Steward-Fencil). Hodnotíme klinická data, iontogram, informace o hydrataci, plasmatických proteinech, stavu renálních a hepatálních funkcích, o kompenzaci glykemie a samozřejmě také změřené parametry acidobazické rovnováhy. Až teprve souhrn klinických a anamnestických dat s parametry ABR může dát ucelený obraz a návod na kauzální terapii.

Jistě nás u malnutričních pacientů nepřekvapí hypoproteineická metabolická alkalóza, ale počítat musíme také s dehydratací a koncentrační alkalózou, oproti tomu se poměrně často vyskytují oba typy acidózy – jak metabolické (laktátová), při dekompenzaci diabetu mellitu, při renálním selhání, tak respirační (CHOPN, snížená svalová síla, úbytek dýchacího svalstva, nadměrný přísun glukózy v parenterální výživě).

Renální funkce. Pro posuzování stavu renálních funkcí používáme rutinně stanovení urey a kreatininu v krvi, jejich odpady v moči, hodnotíme *clearance* kre-

atininu. Na některých pracovištích se vyšetřuje hladina cystatinu C, N-GAL. Při hodnocení urey je třeba si uvědomit, že její hodnota v krvi je zásadně ovlivněna stavem aktuální hydratace, přísunem dusíku, resp. bílkovin v potravě, a mírou katabolismu. Koncentrace kreatininu v krvi se zase plně vztahuje k množství svalové hmoty.

Jaterní funkce. Ke sledování výkonnosti tak „multifunkčního orgánu“, jako jsou játra, máme několik markerů (tzv. jaterních testů) a pak mnoho jiných, uvedených na jiném místě (albumin, cholesterol, glykemie, amoniak...). Jaterní testy zahrnují stanovení bilirubinu, ALT, AST, GGT, ALP, LD. Zde je třeba připomenout různou dynamiku a výpovědní hodnotu obou transamináz – ALT se vztahuje spíše k jaternímu postižení, hodnoty AST bývají často zvýšeny na vrub svalovému postižení. Také rychlost nástupu je u AST větší. Při jaterním postižení se využívá rozdílného výskytu obou enzymů. Hrubšímu poškození – destrukce buňky – odpovídá vyšší podíl AST. ALP a GGT se zvyšují při intra- i extrahepatální obstrukci. ALP má ještě další izoenzymy – střešní, kostní a placentární, jejich zvýšení může být důvodem izolované elevace ALP. Zvýšení samotné GGT je známkou toxického působení. Nejčastěji se popisuje jeho elevace u alkoholiků, ale přítomna je též při chemoterapii. Je třeba si připomenout možnou elevaci obou enzymů bez zvýšení bilirubinu také u pacientů na dlouhodobé totální parenterální výživě. Zde dochází k intrahepatální cholestáze blokadou enterohepatálního oběhu žlučových kyselin.

Pro monitoraci **funkce pankreatu** volíme pro větší specifitu

VÝŽIVA

spíše pankreatickou amylázu. Lze ji stanovit v krvi, moči, případně v drénu či výpotku. Stanovení lipázy je prioritní při nemožnosti stanovit pankreatickou amylázu.

K monitoraci **funkce střeva** a jeho perfuze bohužel moc dostupných, rutinně proveditelných možností nemáme. Snad přinese posun vyšetření citrulinu. Opakovaně byla prokázána korelace jeho plasmatické hladiny s funkční masou enterocytů. **Cholesterol, triacylglyceroly, glukóza.** Tyto metabolické ukazatele lze použít k posouzení metabolické kompenzace a jisté hotovosti organismu, jak bylo popsáno výše. Hodnotu triacylglycerolů sledujeme u pacientů, kteří dostávají parenterálně lipidy. Zde je výrobcem udána kontrindikace podání při koncentraci nad 3 mmol/l.

Markery zánětu

V souvislosti se stávající nebo hrozící malnutricí je informace o přítomnosti zánětu zásadní. Jak bylo uvedeno výše, zánět nejenže malnutrici prohlubuje,

ale je popsán typ malnutrice přímo zánětem způsobeně. Časná diagnostika, monitorace průběhu a úspěšnosti léčby zánětu má velký význam pro léčbu samotné malnutrice.

Podle patofyziologie zánětu se snažíme najít časné markery, které by co nejpřesněji popisovaly zánětlivou odpověď a byly vhodné pro rutinní stanovení. *Tool-like* receptory, cytokiny (IL-1, IL-6, TNF...) jsou mediátory odpovědi v prvních minutách. Pro běžné stanovení jsou nedostupné, snad jen IL6 se využívá k diagnostice novorozeneckých sepsí. V dalším kroku dochází k syntéze specifických markerů, jako je PCT, presepsin, CRP a ostatní proteiny akutní fáze. Současně lze sledovat již reakci komplementu, leukocytů, jejich diferenciaci, změny v syntéze koagulačních faktorů. K zánětlivé odpovědi je také zaktivován systém antioxidantní ochrany (selen, glutathionperoxidáza).

Z uvedeného výčtu vyplývá, že se jedná o komplexní reakci organismu. Markery, které používá-

me k hodnocení, jsou stále doplňovány, evaluovány a dosud neexistuje „zlatý standard“ pro hodnocení.

Pro diagnostiku zánětu a prognózu jeho průběhu máme v současné době tyto možnosti:

● **C-reaktivní protein (CRP)** – velká senzitivita, malá specifita pro infekční zánět. Má rychlou dynamiku, reaguje na změny ATB terapie, při běžném infekci, při normálních hladinách je nepravděpodobná seps. Dynamika je důležitější než izolovaná hodnota. Nediferencuje typy systémového zánětu, nemá vztah k mortalitě. Sérové hladiny CRP je nutno vždy interpretovat v kontextu s klinikou. (Zdroj: Vincent JL, Donadello K, Schmidt X. Biomarkers in critically ill patients – CRP. *Crit Care Clin* 2011; 27: 241–251).

● **Prokalcitonin (PCT)** je nejčastěji používaným markerem časně diagnostiky seps. Při odlišení infekčního od neinfekčního systémového zánětu má na rozdíl od CRP vyšší senzitivitu – 88 % vs.

75 % i specifitu – 81 % vs. 67 %. Využívá se k hodnocení tíže stavu u bakteriálního zánětu. Dynamika PCT má vztah také k prognóze zánětu. Pomáhá i při indikaci a monitoraci ATB terapie. (Zdroj: Reinhardt K, Meisner M. Biomarkers in critically ill patients – procalcitonin. *Crit Care Clin* 2011; 27: 253–263.).

● **Presepsin (sCD14)** – solubilní receptor na monocitech a makrofázích, váže se s lipopolysacharidem (LPS) přes *Tool like* receptor (TLR 4). Aktivace n kappa B spouští transkripci specifických genů... produkce proximálních cytokinů. Diagnostický marker závažnosti seps a predikce mortality. (Zdroj: Spanuth, Wilhelm, Lopponow. *EuroMedLab* 2011.).

● **Leukocyty** představují jeden z nejstarších markerů zánětu. Sledujeme jejich celkový počet (aktivita zánětu, kritéria seps, imunosuprese?), diferenciaci (rozpočet procent neutrofilů, lymfo, mono. Z hlediska možné malnutrice sledujeme také absolutní počet lymfocytů. V poslední době je zmiňována role nezralých (im-

maturovaných) granulocytů, je třeba rozlišit SIRS od seps.

● **Sedimentace erytrocytů (FW)** je komplexní marker s delším nástupem, nehodí se pro diagnostiku akutního zánětu.

Obecně je dobré při indikaci markerů zánětu vědět, co chceme zjistit, a podle toho volit marker – různá výtěžnost.

Závěr

Z uvedeného heslovitého, informativního přehledu je jasné, že monitorace pacienta v malnutrici, resp. pacienta na umělé výživě, je komplexní záležitost. Neexistuje jeden marker, který by podal jasnou odpověď, zda a jak je pacient malnutricí ohrožen a v jakém stavu jsou jeho organové funkce. Posouzení stavu pacienta a rozhodnutí o dalším postupu by mělo vycházet z celkové analýzy klinických a laboratorních dat, při respektování základních patofyziologických mechanismů.

MUDr. Helena Brodská, Ph.D.,
Ustav lékařské biochemie

a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN Praha

KOMERČNÍ PREZENTACE

Komplexní léčba věkem podmíněné makulární degenerace s genetickými testy

Statistiky ukazují, že v České republice ročně přibývá asi 1000 nových pacientů s věkem podmíněnou makulární degenerací (VPMD). Podle zahraničních studií lze celkovou prevalenci VPMD odhadnout až na 23 % obyvatel ve věku 43–64 let, u osob starších 65 let se vyskytuje až v 56 %. Během následujících 25 let se má počet pacientů s tímto onemocněním až ztrojnásobit.

Věkem podmíněná makulární degenerace postihuje centrální část oční sítnice, takzvanou žlutou skvrnu (makulu). Má dvě formy: suchou (atrofickou) a vlhkou (exsudativní). Suchá forma je přítomna u 90 % případů VPMD, ale pouze u 10 % nemocných působí závažnější ztrátu zraku. Suchá forma VPMD spočívá v atrofii pigmentových i světločivných buněk sítnice s následným vznikem výpadu zorného pole, která postupuje relativně pomalu.

Vlhká forma se vyskytuje u 10 % pacientů s VPMD, ale u 90 % z nich působí závažnou ztrátu zraku. Je charakterizována prurůstáním novotvořených cév ze spodních vrstev pod sítnicí, spojených s jejich prosakováním a následným otokem sítnice, jejím centrálním odchlípením a nezřídka krvácením pod sítnicí. Toto onemocnění se vyskytu-

je až v pozdějším věku, ale jeho podstatou jsou zřejmě poškozené geny, které zasahují do metabolismu sítnice a chrání ji před poškozením.

Rizikové faktory a prediktivní genetika

Mezi rizikové faktory VPMD patří především demografické vlivy a vnější prostředí. Z těchto faktorů jsou se vznikem choroby spojeny věk (nad 60 let je 3x vyšší riziko), pohlaví, rasa (u bělochů je více než 3x vyšší riziko), strava, kouření (více než 3x vyšší riziko u kuřáků), vzdělání a kardiovaskulární choroby. „Následkem makulární degenerace je omezena nebo zcela vyloučena možnost čtení, řízení motorového vozidla, sledování televize a rozlišení všech detailů, například tváří kolemjdoucích,“ upozorňuje primář Centra léčby sítnice a sklivce Evropské oč-

ní kliniky Lexum Praha MUDr. Ivan Fišer, Ph.D.

Důležitou komponentou tohoto multifaktoriálního onemocnění je genetická složka. Existuje více genů, jejichž polymorfismy (mutace) ovlivňují riziko jeho vzniku. Polymorfismy čtyř genů, které zásadně ovlivňují riziko vzniku onemocnění, jsou analyzovány v rámci genetického vyšetření.

„Od srpna 2013 nabízíme klientům možnost genetického testu, který dokáže určit míru rizika vzniku VPMD vyjádřenou v procentech. Makulární degeneraci bohužel dnes ještě nelze úplně vyléčit. Můžeme ji pouze pozastavit ve fázi, v níž se právě nachází. Význam prediktivní genetiky spočívá především v možnosti označení rizika onemocnění u zdravých pacientů – u přímých příbuzných těch, kteří již VPMD mají diagnostikova-

nu,“ doplňuje primář Fišer. Na základě genetického testu jsou klientovi doporučena preventivní opatření spočívající ve změně životního stylu, která by měla významným způsobem oddálit nástup onemocnění. Genetický test se provádí z izolované DNA, která se získává stěrem z ústní sliznice.

Lexum nabízí komfortnější léčbu

Evropská oční klinika Lexum již od poloviny roku 2013 nabízí pacientům s vlhkou formou VPMD léčbu přípravkem EYLEA. Tato léčba se zahajuje jednou injekcí měsíčně ve třech po sobě jdoucích dávkách a poté se každé dva měsíce aplikuje jedna injekce. Mezi prvními třemi injekcemi nejsou vyžadovány žádné kontroly. Po prvních dvanácti měsících léčby přípravkem EYLEA se na základě zrakových a anatomických vý-



Primář Centra léčby sítnice a sklivce EOK Lexum MUDr. Ivan Fišer, Ph.D.

sledků může interval mezi aplikacemi prodloužit. „Možnost léčby přípravkem EYLEA je příznivou zprávou pro naše klienty, protože představuje výrazně vyšší komfort oproti dosavadním způsobům léčby VPMD. Počet pacientů s tímto obávaným očním onemocněním bohužel u nás rok od roku stoupá,“ připomíná primář Centra léčby sítnice a sklivce Evropské oční kliniky Lexum Praha MUDr. Ivan Fišer, Ph.D. (red)

Vývoj a současné postavení foniatrie

Foniatrie se specializuje na diagnostiku a léčbu lidské komunikace. Jako odnož ORL vychází ze základní myšlenky, že sluch, řeč a hlas jsou funkčně neoddělitelné.

Foniatrie se po desetiletí rozvíjela v České republice a ve střední Evropě v souvislosti s narůstajícím významem komunikace pro život dnešního člověka. Komunikace jako taková se dostala do středu zájmu společnosti a týká se prakticky všech. Psychologie, psychoterapie, sociologie a další směry ji řeší teoreticky. Foniatrie je ve své tradici oborem nechirurgickým, spolupracuje se speciální pedagogikou a spolu s ní vyvíjela kognitivně behaviorální postupy v terapii. Fonochirurgii se věnuje jen několik málo foniatrů.

Sluchové vady a poradenství

V poslední době se těžištěm práce foniatra stává protetika sluchových vad. Nabídka a možnosti na tomto poli jsou tak veliké, že se ozývají hlasy po vzniku samostatného oboru. Výběru a nastavování sluchadel by se měli věnovat specialisté s odpovídajícím vysokoškolským vzděláním, které zahrne jak audiologickou, tak psychologicko-komunikační přípravu. Pro takové odborníky zatím neexistuje ucelené vzdělávání.

Žijeme v provizorním období, kdy sluchadlové poradenství řeší lékař ve spolupráci s audiologickými sestrami. Jelikož známe význam slyšení pro rozvoj řeči a význam řeči pro rozvoj myšlení, jsme velmi vděční za existenci dobré sluchové protetiky pro děti. Sluchová protetika je pro život nedoslýchavých nesmírně důležitá a práce s nedoslýchavými dětmi se stává nejzodpovědnější částí naší práce. Situaci by nicméně prospělo, kdyby na diagnostiku dětské nedoslýchavosti, nákup a nastavování sluchadel bylo vyčleněno významně více finančních prostředků, než je tomu u dospělých pacientů. V České republice by bylo vhodné vybudovat specializované pracoviště pro korekci sluchových vad u dětí, vybavená mezioborovým týmem specialistů. Vývoj v medicíně směřuje k používání sluchadel dětmi mladšími jednoho roku. Stále nám však schází spolehlivá diagnostika sluchových vad. Situaci nevyřešil ani celostátní novorozenecký screening, prováděný vyšetřením otoakustických emisí.

Vývoj sluchadel

Vedle rozvinutého vyšetřování evokovaných mozkových potenciálů se uplatňuje vizuálně potencionovaná behaviorální audiometrie. Zajímavou kapitolou je jistě téma kochleárních implantací. Ty umožňují slyšení řeči i lidem s nejtěžšími vadami sluchu. Avšak používání kochleárního implantátu se týká relativně malého počtu dětí a dospělých. Desetkrát víc dětí potřebuje sluchadla. Miniaturní a esteticky hodnotná sluchadla zprostředkovávají nedoslýchavým lidem řeč způsobem, o kterém jsme dříve jen snili. Vzhledem k prodlužování průměrné doby dožití se sluchadla stávají samozřejmostí podobně jako brýle, zubní implantáty, kloubní náhrady či kardiostimulátory. Má-li nedoslýchavý senior zachované jemné motorické a základní kognitivní schopnosti a k tomu chuť a schopnost naučit se něco nového, dnešní sluchadla mu zprostředkují velmi věrně zvuky světa a lidskou řeč. Ačkoli stranou pozornosti zůstává fakt, že vliv než zvuky světa seniorům chybí někdo, s kým by si pohovořili a kdo by jim naslouchal.

Pervazivní poruchy

V oblasti vývoje dětské řeči dramatičtě ubylo koktavosti. Naopak roste počet dětí, jejichž schopnost komunikace je porušena v hluboké pragmatické rovině – děti s pervazivními poruchami. Zatím nevíme, co je příčinou toho, že dítě přijde do našeho světa jakoby z jiné planety a zůstává ve svém světě bez možnosti sdílení tohoto světa s ostatními lidmi. Jsou-li příběhy těchto dětí a jejich rodin náhodou či logickým důsledkem situace v současné společnosti, ukáže čas. Jisté je, že pervazivní porucha dítěte se týká celé rodiny a ovlivňuje kvalitu života všech jejích členů. Spolu s dětmi trpícími opožděným a narušeným vývojem řeči a jejich rodiči se učíme, co je pro dobrý vývoj lidské mluvy potřebné. Znalost anatomie a fyziologie tvorby řeči se nám rozšířila o poznání sociálního kontextu, zkoumáme význam interakce mezi rodičem a dítětem. U zdravých dětí se tyto věci dějí intuitivně, mimovědomě,

samozejmě. Nemocné děti nás učí, co bychom bez nich neviděli. V dřívějších dobách tradiční pohled, že děti je třeba ke komunikaci stimulovat a motivovat, se mění s poznáním významu kontaktu, rodičovského naladění a odpovědovosti.

Poruchy řeči a hlasu

Terapii poruch řeči převzali do své kompetence logopedi, úkolem foniatra zůstává většinou konzultační činnost zaměřená na diagnostiku stavu sluchu. Zde je někdy foniatr nahrazován otorinolaryngologem. V některých případech foniatr koordinuje terapeutické aktivity a spolupráci odborníků.

V oblasti poruch hlasu zčásti přejali foniatrovi práci hlasoví pedagogové, v posledních letech i logopedi. Foniatr, v různé míře vybavený optikou pro vyšetření a zobrazení hlasivek, nadále zůstává členem mezioborového

týmu. Tyto týmy však vznikají častěji na základě osobních vztahů a osvědčené spolupráce než jako plánovitě vytvořená uskupení odborníků.

Foniatr je víc než jiný lékař také „amatérským“ psychoterapeutem. Zabývá-li se komunikací, mluvením a nasloucháním, je vystaven všem vyřčeným i nevyřčeným konfliktům a frustracím pacientů. Zde se pohybuje na hranici vysloveného a nevyloveného, na hranici mezi vědomým a nevědomým, verbálním a neverbálním. To vše činí naši práci zajímavou i náročnou.

Foniatrie ve FNKV

Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady tvoří foniatrská ambulance jakýsi kamínek v mozaice činnosti Otorinolaryngologické kliniky. Jeden den v týdnu je v provozu sluchadlová ambulance, v níž probíhá nastavování sluchadel a je zde prostor pro kon-



Ilustrace: foto: Shutterstock

zultace. Audiologické sestry učí pacienty zacházet se sluchadly. Další den je k dispozici ambulance pro poruchy hlasu. Je to ambulance psychosomatická, pracuje v psychoterapeutickém módu a převážně ji navštěvují ambulantní pacienti. Pro lůžkovou část kliniky a ostatní pracoviště nemocnice je k dispozici konziliární služba. Dětská klientela je pro nedostatek prostoru posílána na pracoviště poliklinická.

MUDr. Zina Hánová,
ORL klinika FNKV, Praha



Vrátíme vám vidění jako před lety

U starších lidí je šedý zákal jedním z nejčastějších onemocnění očí. Tvorbě kvalitního obrazu na sítnici brání zákal čočky, kterému se navíc nedá předcházet. Zjednodušeně lze říci, že šedému zákalu s největší pravděpodobností nikdo neunikne – nejrizikovější skupinou jsou totiž lidé starší 65 let. Ve věkové skupině nad 75 let jím trpí dokonce až 70% populace. Šedý zákal ovšem může postihnout i děti nebo dokonce novorozence. V České republice se tak problematika šedého zákalu týká až půl milionu lidí.

Jaké jsou příznaky a jak se šedý zákal projevuje?

- citlivostí na oslnění
- zkrácením pozorovaných obrazů
- zvyšující se krátkozrakostí, která přináší nutnost časté změny dioptrické síly brýlí
- stíny a „duchy“
- změna ve vnímání barev

„Odstranění šedého zákalu je dnes rychlá a bezbolestná ambulantní operace, po které jde pacient ihned sám domů. Operace netrvá déle než 15 minut, obejde se bez jediného stehu a je zcela bez bolesti.“

Primář operačních sálů a glaukomového centra
MUDr. Martin Fučík z pražské kliniky Lexum.



VOLEJTE ZDARMA naší infoliniku 800 22 66 55 nebo navštivte www.lexum.cz

EPIDEMIOLOGIE

Konsekvence epidemie Eboly v západní Africe

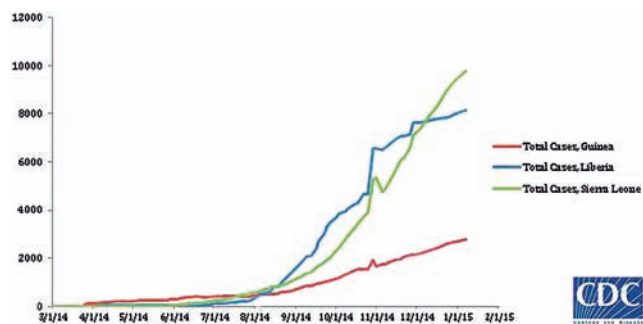
V polovině ledna 2015 bylo ze zemí západní Afriky hlášeno více než 21 tisíc nakažených virem Ebola, z nichž přibližně 8 tisíc nemoci podlehl. A křivky výskytu, přes některé úspěchy, jako je úspěšná izolace případů a nerozšíření epidemie například v Nigérii, dále stoupají.

Základní známé informace

Shrňme si krátce, co je o viru Ebola dosud známo. Jedná se o virus ze skupiny virových hemoragických horeček (VHH). Široce rozmanitou skupinu těchto onemocnění způsobují viry z celkem čtyř čeledí – filoviry, flaviviry, bunyaviry a arenaviry. Konkrétně Ebolu vyvolávají tzv. filoviry, jejichž genom je tvořen ribonukleovou kyselinou (RNA), a do této skupiny patří mimo jiné například virus Marburg.

Geograficky jsou zástupci VHH rozšířeni po všech osídlených kontinentech. Jejich přírodním rezervoárem jsou hlodavci, netopýři, kaloni, kopytnatá africká zvířata, primáti. Člověk je slepým článkem přírodního řetězce šíření.

Dosud známé přenosy se dějí v počátcích epidemií kontaktem s infikovaným zvířetem, ať už v rámci poškrábání či pokousání nebo použitím infikovaného masa či kontaminovaného ovoce. Konkrétně Ebolu přenášejí velmi často infikovaní kaloni, kteří se žijí tropickým ovocem. A to velmi specificky, ovoce pouze nakousnou, infikují slinami s virem a to se pak může sekundárně stát zdrojem potravy místního obyvatele. Africkou oblíbenou pochoutkou pak jsou i sami kaloni – jak v čerstvém, tak sušeném stavu (jen v Ghaně se za účelem konzumace prodá na tržištích na 100 tisíc těchto zvířat za rok). Následně se virus šíří mezi lidmi kontaktem s tělními tekutinami. Virus Ebola byl detekován v krvi, mateřském mléce, slinách, slzách, zvracích, moči, výkalech a pohlavních sekretech.



Stoupající křivka absolutního počtu případů Eboly ve třech afrických státech – Guinei, Libérii a Sierra Leone, v období od března 2014 do poloviny ledna 2015.

| Zdroj: www.cdc.gov

KLINIKA PRO LÉČBU EBOLY

Lékaři a personál musí nosit speciální ochranné obleky. Všechny použité materiály se dezinfikují nebo pájí.

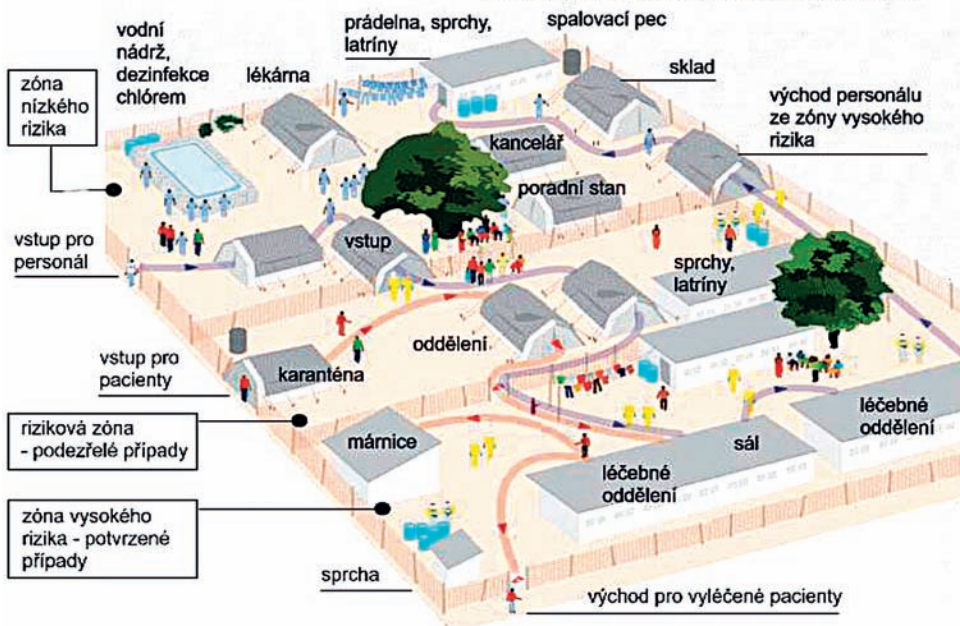


Schéma kliniky pro léčbu pacientů s Ebolou | Zdroj: Lékaři bez hranic

Příčiny epidemie Eboly

Dosud nejsme schopni předvídat jednotlivé případy infekce či epidemie. Panuje názor, že současná epidemie může být mimo jiné za příčiněna i ekologickými faktory. Země, jako jsou Guinea či Sierra Leone, v důsledku hornické činnosti po desetiletí devastují tisíce hektarů tropického pralesa na svých územích. To přibližuje domorodce divokým zvířatům, která loví za účelem získání potravy, a zároveň mění klimatické podmínky země. Mění se také poměr délek období dešťů a sucha, stejně jako jejich charakter. Právě změ-

ně klimatické podmínky pravděpodobně nahrávají šíření viru Eboly.

Podle jedné z nových analýz na základě ekologických a demografických faktorů je z hlediska možnosti infekce virem Eboly teoreticky ohroženo 15 afrických zemí, ve kterých povětšinou tento virus nebyl detekován (Nigérie, Kamerun, Centrální africká republika, Ghana, Libérie, Sierra Leone, Angola, Tanzanie, Togo, Etiopie, Mozambik, Burundi, rovníková Afrika, Madagaskar, Malawi).

Nepopiratelný zásadní vliv na šíření nákazy má také chování obyvatelstva v místech epidemie. Jedině cílená a detailní osvěta může v tomto případě účinně zasáhnout spolu s preventivně represivními opatřeními, která jsou postupně zaváděna. Soubor těchto opatření je důležitý proto, že zatím neexistuje cílená medikamentózní léčba ani očkovací látka, byť probíhá několik experimentálních studií.

Nebezpečné rituální pohřby

Na příkladu pravděpodobného začátku současné epidemie je vidět, že velkým problémem, souvisej-

cím s šířením nemoci, jsou místní zvyky jako rituální pohřby a další úkony, při nichž dochází ke kontaktu s tělními tekutinami nemocného nebo zemřelého. V prosinci 2013 onemocněl dvouletý chlapec ve vesnici Meliandou ve státě Guinea. Trpěl horečkou, silně zvracel, měl černou stolicí a po dvou dnech zemřel. Následovalo 14 úmrtí jeho příbuzných a dalších lidí, kteří připravovali jeho pohřeb. V dané oblasti v té době působila organizace Lékaři bez hranic, která se právě potýkala s infekcí cholery. V březnu 2014 byly klinické vzorky na podnět zástupců této organizace odeslány k testování na Pasteurův institut v Paříži. Výsledky potvrdily podezření – první dosud známý výskyt viru Eboly na území západní Afriky.

Sierra Leone, kde se epidemii také stále nedaří dostat pod kontrolu, zvládla svůj první případ dobře. Jednalo se o potravející těhotnou ženu, kterou ale správně izolovali ve vládní nemocnici ve městě Kailahunu (květen 2014). Tím, co bohužel spustilo nekontrolovatelný řetězec epidemie, bylo úmrtí vysoce respektované léčitelky v příhraniční oblasti. Jejeho ritu-

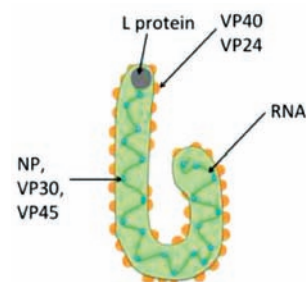


Schéma viru Eboly | Ilustrace: Nora Boštíková

álního pohřbu (omývání mrtvého těla, objímání a líbání na rozloučenou) se zúčastnily stovky lidí ze Sierra Leone a sousedních států, kteří návratem do svých i hodně vzdálených domovů virus úspěšně rozšířili. Jen v souvislosti s tímto pohřbem je do přímé souvislosti dáváno 365 úmrtí. Statistiky ze západní Afriky pak přičítají 60% podíl na šíření infekce právě rituálním pohřbům.

Léčba nemocných

Podstatou onemocnění virem Eboly je multisystémové selhání lidského organismu. Z důvodu neexistující antivirové léčby či vakcíny je nutné zajistit pacientovi vysoce kvalitní zdravotní péči, což je v podmínkách těchto chudých afrických zemí velmi obtížné. Pro porovnání – o jednoho pacienta nemocného Ebolou se například v nemocnici Emory University v Atlantě, USA, staralo včetně laboratorního personálu kolem 70 zdravotníků. Tři sestry se na izolační jednotce střídaly v osmihodinových intervalech (původní představa byla dvanáctihodinová služba, což se ukázalo nereálné, a nemocnice na přímou žádost personálu provedla zkrácení délky služby). První zkušenosti úspěšné léčby prozatím tří pacientů na Emory ukazují na zásadní důležitost detailní symptomatiké léčby pacienta i jeho zdravotního stavu před onemocněním (stav imunitního systému, kvalita výživy). Symptomatická léčba zahrnuje rehydrataci roztoky s glukózou a elektrolyty (podávané orálně), analgetika, antipyretika, antiemetika, antidiarhotika, sedativa, antipsychotika, 24hodinovou kontrolu krevního tlaku a kyslíku. Na základě molekulárně-genetických analýz víme, že v západní Africe koluje kmen viru Eboly svou sekvencí velmi blízký kmenu Zaire (byť nese několik desítek mutačních změn). Zaire je kmen viru,

který vyvolal první známou epidemii v Zairu (dnes Demokratické republiky Kongo) v roce 1976. Při této epidemii zemřelo 431 lidí z celkového počtu 602 nemocných. Právě mutační změny v sekvenci viru Ebola cirkulujícím v západní Africe zřejmě mohou za nižší počet hemoragických případů, a tím i za nižší smrtnost, než byla pozorována u kmenu Zaire (až 90 %). Nízký počet hemoragií, podobné symptomy a masivní výskyt malárie, tyfové horečky a cholery spolu s tím, že problém nastal na území dosud nedotčeném Ebolou, to vše vedlo k pozdní detekci této epidemie.

Přípravenost amerických nemocnic

Podívejme se, jak se k otázce Eboly staví Spojené státy americké. Současný ředitel Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) v Atlantě Tom Frieden řekl, že americký zdravotnický systém musí být aktivován pro možnou léčbu Eboly tak dlouho, dokud se virus bude západní Afrikou šířit. Tomu odpovídají i nejnovější opatření, která vstoupila v platnost na začátku prosince 2014.

Nemocnice Kaiser Oakland, UC San Francisco, Emory Atlanta, Rush Chicago, Johns Hopkins Baltimore, Bellevue New York City a dalších 29 nemocničních center po celých Spojených státech je od počátku prosince 2014 vybaveno a připraveno na možné přijetí pacienta s diagnózou virové hemoragické horečky Eboly. Výše jmenované nemocnice se staly tzv. Ebola Treatment Centers, a to na základě vyhodnocení demografických dat týkajících se po-

tenciálních pacientů. Ví se, že 80 % cestovatelů ze západní Afriky žije v okruhu do 160 km kolem vybraných nemocnic nebo v oblastech kolem 5 mezinárodních amerických letišť (tj. JF Kennedy v New Yorku, New Jersey Newark Liberty, Washington Dulles, Chicago O'Hara a Hartsfield-Jackson v Atlantě), na kterých směřují nyní přistávat lety z epidemii zasažených afrických oblastí jen kontrolovaně. Aktivovaný nemocniční personál a laboratorní kompartment je v tuto chvíli ve všech vybraných nemocnicích schopen diagnostikovat nález do několika hodin po přijetí a poskytnout nemocným potřebné ošetření.

Mimo území USA mají Američané celkem 2 450 vojenských virologických či mikrobiologických specialistů, kteří slouží na území západní Afriky a bojují s epidemii v sedmi velkých nemocničních základnách. Postavení těchto mobilních diagnostických laboratoří zásadně napomohlo zkrátit čas od odběru vzorku pacienta k jeho vyhodnocení. Na samém počátku epidemie trvalo týdny, než byl vzorek krve vyhodnocen. Nahrávaly tomu dvě skutečnosti – velká vzdálenost laboratoří od místa odběru a jejich nedostatečný počet. Nyní jsou výsledky známy v řádu hodin od odběru, což je fakt, který ve svém důsledku zachraňuje životy.

Psychická zátěž zdravotníků

Laboratorní pracovníci hovoří o nemalém psychickém tlaku, kterému jsou při své práci každodenně vystavováni. Jednotlivé zkumavky popsané kódy pro ně

nejsou jen čísly a vzorky, ale skrývají v sobě konkrétní lidské osudy. Patří sem vyšetření vzorku krve devítiletého chlapce v Guinei. Jeho vzorek byl extrémně „horký“ – obsahoval dosud neviděné a nepřekonané množství virové nálože, za hranicí obvyklé stupnice 1–10. V takovém případě není pochybnost o dalším, fatálním vývoji onemocnění. Smutné příběhy našťastí střídají i optimističtější zprávy. Zdravotníci spolu s místními lidmi vyvinuli rituál loučení pro uzdravené pacienty, který pomáhá oběma stranám. Každý uzdravený pacient prochází koridorem ošetřovatelů. Loučí se objetím, dávají si drobné dárky. V neposlední řadě pacient obdrží certifikát o tom, že se z infekce virem Eboly uzdravil, a dostane také nové oblečení a ložní prádlo. Kromě neustálého bezpečnostního drilu, který zdravotníci provádějí (aplikace zdravotnických pomůcek, vzájemná kontrola při oblékání ochranných oděvů ve dvaceti kontrolních krocích, dezinfekce veškerého materiálu), si lidé pomáhají na první pohled jednoduchými věcmi, jako je pojmenovávání laboratorních přístrojů. V jedné mobilní laboratoři si analyzátor vzorků pojmenovali jako Rambo, druhý překřtili na Chucca Norrise. Uvedené instrumenty analyzují odebraný klinický materiál na přítomnost či nepřítomnost nukleové kyseliny viru Eboly a stanovují množství virových kopií v daném vzorku. Pokud se na obrazovce počítače objeví rovná zelená čára, je pacient negativní. Pokud ovšem křivka stoupá, pak je pacient pozitivní. Čím rychle-



Obilbená pochoutka na africkém stole – kaloň | Foto: archiv autorů

ší nástup zakřivení křivky vidíme, tím vyšší množství viru v pacientovi koluje. Všichni pracují na těchto pracovištích (ať už v Africe nebo na domácí půdě v USA) dobrovolně. Navíc zjistili, že je nesmírně důležité akceptovat veškeré kritické připomínky a že vzájemná kontrola může zabránit fatální chybě.

Důsledky epidemie

Co se týká afrického kontinentu, úspěšným vyléčením bohužel problémy místního obyvatelstva nekončí. Pacienti často po období stráveném v léčebném centru zjistí, že se nemají kam vrátit. Jejich rodina na infekci Ebolou vymřela nebo přežilo jen pár jejich členů. Majetek, který měli, musel být v mnoha případech spálen z důvodu hygienických opatření. Mnoho lidí, kteří přežili, je navíc svou komunitou stigmatizováno, obzvlášt-

tě pak ženy (často jsou považovány za čarodějnice). Velké množství přeživších není schopno se navrátit ke své dřívější manuální práci. Rekonvalescenti trpí úpornými bolestmi hlavy, stěžují si na poruchy vidění, jsou velmi zesláblí a mají silné bolesti zad a svalů. Vymření 170 farmářských rodin v potravinové pokladnici Libérie, Lofa County, vedlo k ohrožení důležité potravinové produkce celé země. V neposlední řadě pak zapojení veškerých lokálních kapacit a mezinárodní pomoci na boj s Ebolou zastavilo běžící programy pro každoroční boj s malárií a průběžný boj s HIV. To vyvolává velkou obavu před nástupem a důsledky těchto nemocí.

doc. RNDr. Vanda Boštíková, Ph.D.,

prof. MUDr. Pavel Boštík, Ph.D.,

katedra epidemiologie, Fakulta vojenského zdravotnictví UO, Hradec Králové

Inzercce M141001423

- účinný na suchý i vlhký kašel
- šetrný sirup rostlinného původu
- bez lékových interakcí
- 200 ml balení

BOIRON®
www.stodal.cz

STODAL, sirup. Složení: 100g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95g, Pulsatilla 6 CH 0,95g, Rumex crispus 6 CH 0,95g, Bryonia 3 CH 0,95g, Ipecacuanha 3 CH 0,95g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95g, Stictia pulmonaria 3 CH 0,95g, Kali stibii tartaras 6 CH 0,95g, Myocardium 6 CH 0,95g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95g, Balsami toluatani sirupus 19,00g, Polygalae sirupus 19,00g. Pomocné látky: ethanol 96% V/V (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů), karamel, kyselina benzoová, prostý sirup. Indikace: Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Dávkování a způsob podání: Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: 1 čajové lžičky (2,5ml) 3-5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5ml) 3-5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15ml) 3-5x denně. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritis), žaludeční vředy. Upozornění: Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkohol). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se závažnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficienci by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. 1 čajové lžičky (2,5ml) obsahuje 0,0345g ethanolu a 1,875g sacharózy. 1 čajová lžička (5ml) obsahuje 0,069g ethanolu a 3,75g sacharózy. 1 polévková lžice (15ml) obsahuje 0,206g ethanolu a 11,25g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18ml vína nebo 5,22ml piva. Užití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, děti a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií. Interakce: Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů je použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Nežádoucí účinky: U citlivých osob se mohou objevit zažívací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud záznamen. Farmakoterapeutická skupina: Fytofarmakum. Držitel rozhodnutí o registraci: BOIRON S.A., 20 rue de la Liberation, Sainte-Foy-les-Lyon, Francie. Registrační číslo: 94/700/92-C. Datum revize textu: 19. 9. 2013. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

ODBORNÉ AKCE

Kardiologické špičky seznámily se základy kardiologie ve vnitřním lékařství

Předvánoční sympozium Kardiologie pro interní praxi seznámilo účastníky zejména z řad mladých lékařů s hlavní problematikou a novinkami v oblasti diagnostiky a léčby kardiovaskulárních onemocnění. Edukační akce, kterou pořádala divize Medical Services Mladé fronty, a. s., ve spolupráci s Českou kardiologickou společností ČLS JEP a Českou internistickou společností ČLS JEP dne 18. 12. v Praze, se účastnila více než stovka posluchačů.

Garanty odborného programu byli přednosta I. interní kardiologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA, a vedoucí Centra preventivní kardiologie 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM.

Propojení interny a kardiologie

„Mezioborová problematika moderní léčby diabetu mellitu či ischemické choroby srdeční, nových perorálních antikoagulancií, komplexní farmakologické a nefarmakologické terapie fibrilace síní spolu s plicní arteriální hypertenzí, genetickou diagnostikou a vzácnými onemocněními – to vše jsou témata, která spojují vnitřní lékařství a kardiologii. Po období cílené separace obou oborů mám pocit, že nastal čas obnovit intenzivní spolupráci. Moderní pohled na kardiologii a vnitřní lékařství je spíše v integraci, s cílem zefektivnění primární i sekundární prevence, společného zavádění moderních lékařských postupů, sjednocení výuky, komunikace s lékařskou komorou, dalšími společnostmi i plátcí zdravotní péče,“ uvedl prof. Miloš Táborský ve stejnojmenné publikaci, která byla na akci pokřtěna. Na sympoziu se pak věnoval využití nových perorálních antikoagulancií (NOAC – dabigatran, rivaroxaban, apixaban) v ambulanci. Ve své přednášce se zaměřil na mládež v antikoagulační léčbě tromboembolické nemoci a hledání cesty k optimální ochraně pacienta. Za významný mezník v této oblasti lze považovat právě nástup nových perorálních antikoagulancií v posledním desetiletí, které se staly bezpečnou variantou do té doby preferenčně užívaného warfarinu.

Akutní stavy v kardiologii

Farmakoterapii po infarktu myokardu se věnoval doc. MUDr. Petr Ošťádal, Ph.D., z oddělení akutní kardiologie pražské Nemocni-



Zleva: Jiří Vítovc, Aleš Tomek, Miloš Táborský, Michaela Lízlerová (MF), Josef Kautzner, Lenka Kostecká (MF), Hana Rosolová, Eva Kociánová, Richard Češka. | Foto: archiv

ce Na Homolce. V péči o nemocné s infarktem myokardu došlo v posledních letech k významnému pokroku jak v oblasti přednemocniční, tak v nemocniční péči zahrnující koronární intervence a oběhové podpory. Do budoucna je podle přednášejícího důležité soustředit se na sekundární prevenci, jejíž významnou součástí je farmakoterapie zahrnující kyseliny acetylsalicylovou, blokátor ADP P2Y12, betablokátor, inhibitor ACE a statin.

MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO, z Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze poté zaměřil pozornost účastníků na problematiku ischemické cévní mozkové příhody (iCMP). Konstatoval, že zhruba v 85 % případů se jedná o iCMP při uzávěru mozkové tepny. Hlavním cílem léčby akutní iCMP je co nejčasnější rekanalizace a obnovení mozkové cirkulace. Do 4,5 hodiny od vzniku iCMP je metodou první volby systémová trombolýza, z níž profitují i pacienti vyššího věku (nad 80 let). Při selhání nebo kontraindikaci této léčby se provádí mechanická endovaskulární léčba. Jak MUDr. Tomek připomenul, významným krokem v péči o pacienty s akutní ischemickou CMP bylo vybudování systému centrové péče – tedy iktových a komplexních cerebrovaskulárních center.

Dyslipidemie a proč ji léčit

Jak správně léčit pacienta s poruchou lipidového metabolismu vysvětlila ve svém příspěvku prof. MUDr. Hana Rosolová, CSc., FESC, z Centra preventivní kardiologie LF UK a FN Plzeň. Dyslipidemie je nejčastější metabolickou poruchou, jejíž intenzita koreluje s vyšší kardiovaskulárního rizika. Právě snížení tohoto rizika je cílem účinné léčby dyslipidemií. Prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM, pak seznámil posluchače s novinkami v hypolipidemické léčbě. O poznatky a zkušenosti jak léčit chronické srdeční selhání v ambulanci se podělil prof. MUDr. Jiří Vítovc, CSc., FESC, z I. interní kardiologické kliniky LF MU a FN Brno. Přednášející hovořil o obecných principech a cílech farmakologické léčby, dále zmínil některé kontroverze spojené s jednotlivými léčebnými postupy.

Diabetes léčit důsledně

Na důležitosti spojitosti mezi diabetem mellitem a kardiovaskulárním onemocněním poukázal přednosta Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA. V souvislosti s narůstajícím počtem pacientů s diabetem mellitem 2. typu,

z nichž mnozí budou žít s tímto onemocněním i déle než 20 let, apeloval na to, že diabetes je nutno léčit od začátku a důsledně, s důrazem na zachování kvality života těchto pacientů.

MUDr. Eva Kociánová, Ph.D., z I. interní kardiologické kliniky LF UP a FN Olomouc poté porofovala o nových doporučeních ESH/ESC pro léčbu hypertenze v klinické praxi.

Nepodceňovat fibrilaci síní

Významného pokroku dosáhli čeští kardiologové na poli katetrizační ablace fibrilace síní. O této metodě, která je účinnou alternativou antiarytmické léčby, pohovořil přednosta Kliniky kardiologie IKEM prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC. Ve své prezentaci se pokusil odpovědět na otázku, kdy, komu a jak provést katetrizační ablací. Zdůraznil také skutečnost, že fibrilace síní se ukazuje být závažnějším zdravotním problémem, než se předpokládalo. Ukazuje se mimo jiné i její negativní vliv na mozkové kognitivní funkce spojené se zvýšeným rizikem demence. Řešení problému fibrilace síní a eventuální provedení katetrizační ablace by podle prof. Kautznera mělo spadat do kompetence pracoviště s dostatečným objemem těchto výkonů a nízkým počtem komplikací.

MUDr. Andrea Skálová

Kardiologie pro interní praxi

Tato nová učebnice je vašim průvodcem v aktuálních kardiologických otázkách transformovaných do každodenní klinické i ambulanci praxe. Kardiologie spolu s onkologií patří mezi nejvíce s dynamicky rozvíjející obory medicíny, a tak je někdy velmi obtížné sledovat změny, které nastávají v doporučených postupech v oblasti diagnostiky, farmakologické a nefarmakologické léčby kardiovaskulárních onemocnění. Za klíčové považují odborníci umět se orientovat v oblasti moderní antikoagulační léčby, v primární i sekundární prevenci tromboembolických příhod u pacientů s fibrilací síní. Neméně zajímavou a přetěžnou se vyvíjející problematikou je protidestičková léčba u nemoc-



ných s akutním koronárním syndromem a současný pohled na kombinaci obou výše zmíněných terapií.

Publikace seznamuje také se stále aktuálními problematikou léčby srdečního selhání, kde dochází k rychlému nárůstu počtu pacientů. Rovněž informuje o léčbě hypertenze a přehodnocení významu katetrizační renální denervace v léčbě rezistentní hypertenze. Problematiku doplňují otázky léčby fibrilace síní, význam telemedicinských postupů pro kardiologii a vnitřní lékařství i právní aspekty nového občanského zákoníku pro každodenní lékařskou praxi.

Autoři: Miloš Táborský et al.

Vydalo: Nakladatelství Mladá fronta, edice Postgraduální medicína

V ČR chybí legislativní rámec pro praktikování homeopatie

Homeopatická léčba je v České republice mnoha odborníky, zejména z řad „skeptiků“, považována za kontroverzní. A to i přes její široké využití v zemích Evropské unie a východní Evropy a navzdory tomu, že evropské i mezinárodní zdravotnické autority podporují její začlenění do systémů zdravotní péče.

Větší jasno do současné nepřehledné situace by měla přinést úprava české legislativy spolu s požadavkem odborné kvalifikace budoucích homeopatů. Jednou z organizací zajišťujících průběžné vzdělávání odborníků v homeopatii je Homeopatická lékařská asociace (HLA). Blíže nás s problematikou homeopatického vzdělávání v ČR seznámil její místopředseda **MUDr. Jaroslav Čupera**.

Jaké je poslání Homeopatické lékařské asociace?

HLA byla založena v červenci 2007. Jejím hlavním posláním je snaha oficiálně začlenit homeopatii do systému péče o pacienta. Cílem aktivit asociace je i to, aby co nejvíce lékařů přijalo homeopatii do své praxe. Podstatnou část naší činnosti proto tvoří vzdělávání lékařů a veterinárních lékařů v homeopatii na úrovni pregraduální i postgraduální. Kompletního vzdělávání se mohou účastnit i kliničtí psychologové. HLA zajišťuje také kontinuální vzdělávání farmaceutů a porodních asistentek. Z dalších činností zmíníme komunikaci s orgány státní správy, odbornými společnostmi a publikační činnost. Věnujeme se i informování široké veřejnosti formou přednášek a prostřednictvím webu Svět homeopatie.

Jaké podmínky musí splnit zájemci o členství v asociaci? A jaké jim z členství plynou výhody?

Členství v HLA je vyhrazeno lékařům a veterinárním lékařům. Na základě písemné přihlášky pak rozhoduje o přijetí nových členů Rada HLA. Největší výhodou pro členy je příslušnost k organizaci, která je partnerem CEDH (Centrum pro vzdělávání a dokumentaci v homeopatii) se sídlem v Paříži. V roce 2014 se HLA stala též přidruženou organizací ECH (European Committee for Homeopathy). Naši členové mají samozřejmě i výhody na akcích HLA.

Můžete říci něco blíže o homeopatickém vzdělávání v ČR?

Vzdělávání je rozděleno na kurzy pro lékaře, veterinární lékaře a klinické psychology, dále nabízíme kurzy pro porodní asistentky a systém vzdělávání pro farmaceuty. Kurzy pro lékaře, veterináře a klinické psychology sestávají z dvouletých pregraduálních kurzů a jsou zakončeny zkouškou a získáním Diplomu homeopatické terapie. V kurzech se účastníci naučí základům filosofie homeopatické léčby, seznámí se s nejdůležitějšími homeopatickými léky a naučí se je používat v klinické praxi. Po absolvování základních seminářů se lékař může účastnit postgraduálního vzdělávání, zahrnujícího nadstavbové semináře - tzv. expertízy, specializační semináře, klinická odpoledne či homeopatické konference věnované speciální problematice. Z posledních akcí lze zmínit problematiku mentální anorexie. Lékař-homeopat se tak může vzdělávat celoživotně. Systém vzdělávání pro farmaceuty se skládá ze základních seminářů zakončených zkouškou a získáním diplomu. Toto základní vzdělávání farmaceutů trvá jeden rok a na něj navazuje podrobnější vzdělávání. Na postgraduálním vzdělávání se podílejí i zahraniční lektoři.

Jaké kurzy jsou v nejbližší době k dispozici pro začátečníky?

Základní kurzy začaly v listopadu 2014, ale pokud by se ještě našel nějaký zájemce, je nejvyšší čas! Podrobnosti o vzdělávání lze nalézt na www.cedh.cz. Jinak kurzy probíhají každý školní rok.

V homeopatii existuje více škol. Můžete čtenářům osvětlit, jaký je mezi nimi rozdíl a podle které školy budou léčit? V ČR homeopatii vyučuje více škol, ale pouze dvě jsou školy lékařské. V ostatních školách vyučují převážně nelékaři a posluchači mohou být též nelékaři. Pokud chce někdo léčit homeopaticky, musí ctít základní princip homeopatie, a to je léčba podobného podobným, ono známé *similia similibus currentur*. To je

základ homeopatie bez ohledu na „školu“. Homeopatie je jen jedna.

Jak je to v současnosti s legislativou kolem provozování homeopatie?

V ČR je zatím legislativně ošetřen pouze homeopatický lék, který je definován v zákonu o léčivech. Tím je dáno, že homeopatický lék je léčivý přípravek a jako takový musí být registrován na SÚKL. Homeopatické léky by tedy měl předepisovat lékař, nicméně je asi 80 léků, které jsou určeny pro samoléčbu, a ty je možné zakoupit bez receptu. Ostatní legislativa týkající se praktikování homeopatie v ČR bohužel doposud chybí. Homeopatii tedy praktikuje i řada nelékařů. V nedávné době se zde rozvířila diskuse o tom, kdo vlastně smí a kdo nesmí léčit pomocí homeopatie - myslím, že trochu nešťastně. Jisté je, že v určitých směrech v ČR chybí jasný legislativní rámec pro praktikování homeopatie a tato situace by se měla co nejdříve napravit.

Porovnáme-li ČR se zahraničím, jak si na tom u nás stojíme s praktikováním homeopatické léčby? Jaký je celosvětový trend v používání homeopatie v léčbě? A jak se k tomu staví autority jako WHO, Evropská komise či ECDC?

Počet pacientů, kteří se homeopaticky léčí nebo se chtějí takto léčit, narůstá u nás i ve světě. Světová zdravotnická organizace podporuje použití metod tzv. tradiční medicíny v systémech zdravotní péče, což je deklarováno v dokumentu WHO *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. V něm se konstatuje, že tradiční (někde též komplementární) medicína je neodmyslitelnou součástí zdravotnické péče a v některých oblastech světa dokonce převažující. Tímto dokumentem WHO vybízí členské státy k podpoře a integraci systémů tradiční medicíny - myslí se tím především tradiční čínská medicína, akupunktura, ajurveda, bylinkářství a v neposlední řadě též homeopatie - do

oficiálního systému zdravotní péče. Důležité je, aby tato péče byla na vysoké úrovni. Měla by tedy být zajištěna vysoká úroveň vzdělávání odborníků poskytujících tuto péči, samozřejmě je také bezpečnost používaných produktů. Zmiňuje se i to, že by měla být zajištěna dostatečná informovanost pacientů o možnosti se takto léčit. Na úrovni Evropské unie proběhla studie CAMbella, která se věnovala použití metod komplementární a alternativní medicíny - CAM, jinými slovy nekonvenční medicíny, v Evropě. Závěry a doporučení studie jsou podobné nově koncipované strategii WHO. WHO a vysoké orgány EU tedy integraci homeopatie do zdravotní péče jednoznačně podporují. Současně chtějí zajistit, aby tato péče byla poskytována na náležitě úrovni. Jasný legislativní rámec pro homeopatickou léčbu je toho času stanoven v Belgii, Bulharsku, Německu, Maďarsku, Litvě, Portugalsku, Rumunsku, Slovinsku a Velké Británii. V Bulharsku, Maďarsku, Litvě, Rumunsku, Slovinsku a Turecku mohou homeopatii legálně provozovat pouze lékaři. V Rakousku, Německu a Švýcarsku jsou diplomy z homeopatických škol plně uznávány příslušnými lékařskými komorami. A ve Švýcarsku je homeopatie, na základě výsledků všeobecného referenda, proplácena zdravotními pojišťovnami. Z toho je patrné, že v ČR máme co dohánět. I to je jeden z úkolů naší asociace.

Kde kromě kurzů nalezneme zájemce o homeopatickou léčbu kvalitní informace?

Pro lékaře, který se chce věnovat homeopatii, je k dispozici široký výběr literatury v českém jazyce a na internetu je řada specializovaných serverů. Ale pouze samostudium nestačí, pro dobrou orientaci v knihách je potřebné mít alespoň „základní“ homeopatické vzdělání.

Kteří specialisté mají největší zájem rozšířit si vzdělání o homeopatii?



Foto: archiv

V posledních letech se v homeopatii nejvíce vzdělávají pediatři, praktičtí lékaři, stomatologové a veterináři. V jejich ordinacích najdeme nejvíce pacientů, pro něž je homeopatie vhodnou léčbou. S úspěchem se ale homeopatie uplatní i v rehabilitaci, gynekologii, ORL, alergologii a dalších oborech. Díky pojetí nemoci a zdraví, které je určitým způsobem odlišné od klasické medicíny, a díky širokému záběru kurzů homeopatické medicíny je homeopatie nadoborovou záležitostí.

Proč by se měl lékař zajímat o homeopatickou léčbu? Jaké jsou její výhody oproti konvenční léčbě?

Myslím, že každý lékař, který chce svou práci dělat dobře, by měl mít alespoň povědomí o homeopatii. Tato metoda tzv. celostní medicíny umožňuje vidět pacienta a jeho nemoci v širších kontextech a poskytuje více možností k léčbě. V mnoha případech by homeopatie byla prospěšná i jako metoda první volby. Velmi vděčným polem jejího použití je léčba akutních i opakovaných respiračních onemocnění u dětí i dospělých. Takto by šlo snížit spotřebu antibiotik, k čemuž nabádají mikrobiologové v souvislosti s alarmujícím nárůstem bakteriální rezistence. Máme i mnoho případů, kdy klasická medicína nedokáže pacientům pomoci nebo pouze za cenu výrazných nežádoucích účinků. To je další vhodná indikace pro homeopatickou léčbu. Jsou to totiž funkčního či psychosomatického původu anebo onemocnění chronická a recidivující. Homeopatie může dále pomoci zmírnit nežádoucí účinky pacientům, kteří musí užívat klasické léky - například jsou to pacienti na chemoterapii nebo starší pacienti užívající řadu „klasických“ léků. Obrovskou výhodou homeopatické léčby je, že je naprosto netoxická a lze ji použít u všech věkových skupin včetně gravidních žen, novorozenců a kojenců.

ODBORNÉ AKCE

VII. kongres České lékařské akademie se zaměřil na regenerativní medicínu

Tradičně multidisciplinární kongres České lékařské akademie (ČLA) se v roce jejího 10. výročí přesunul z karlovarského hotelu Pupp do Společenského domu v Mariánských Lázních. Proběhl na sklonku loňského roku (27.–29. 11.) a jako téma si jeho organizátoři zvolili „Současný stav a perspektivy regenerativní medicíny“.

V 10 přednáškových blocích se účastníci kongresu seznámili s hlavními oblastmi, ve kterých se v současnosti už uplatňují a dále rozvíjejí postupy regenerativní medicíny. Z výsledků tohoto interdisciplinárního medicínského oboru vyplývá, že v posledním desetiletí nastala zásadní proporční změna mezi preklinickým výzkumem a uváděním nových postupů do praxe. Praktických výkonů stále přibývá, do budoucna tedy půjde spíše o ověřování jejich bezpečnosti a další zdokonalování metod či použitých materiálů.

Medicína v zrcadle civilizačních proměn

Kongresy ČLA mají od počátku standardní strukturu – první den probíhají úvodní a plenární přednášky, na které pak v dalších dvou dnech navazují bloky odborných sdělení z různých specializací. V rámci úvodních přednášek vystoupila prof. MUDr. Eva Syková, DrSc., která informovala o možnostech terapie kmenovými buňkami a spolupráci s tkáňovým inženýrstvím. Potvrdila mj. bezpečnost autologních i alogenních MSCs (expandovaných mezenchymálních buněk), které nyní mohou být používány v klinických studiích.

Dalším přednášejícím byl prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc., který se věnoval vrozeným srdečním vadám (VSV) u dětí. Autor přednášky zdůraznil především obrovský posun v dětské kardiologii, související s pokrokem v katetrizacích intervencích, v dia-



gnostických a kardiologických metodách, při implantaci podpor selhávajícího srdce u dětí, ale také při trojrozměrném tisku srdcí s VSV i bez ní. Za velkou nadějí, která by měla v příštích letech vstoupit do praxe, považuje možnost implantace umělého, samostatně tepajícího srdce pro takto nemocné děti.

Plenární přednášky ČLA jsou tradičně koncipovány jako filosofická či sociologická sdělení. Tentokrát k nim byl přizván astronom a astrofyzik RNDr. Jiří Crygar, CSc., s tématem „Jsme ve vesmíru sami?“ a parazitolog prof. RNDr. Julius Lukeš, CSc., který se pokusil odpovědět na otázku „Čeho jsme produktem?“. Profesor Lukeš upozornil například na to, že podle současných odhadů prokaryotické a eukaryotické organismy žijící v lidském těle kódují desetinásobek lidské genetické informace a tvoří až 90 % tělesných buněk. Podrobněji se pak věnoval vývoji těchto společenství v závislosti na civilizačních změnách; terapeutickému využití patologických mikrobiomů a možnostem cíleného vnášení vybraných středních eukaryot.

Z odborných sdělení zaměřených na regenerativní medicínu přinášíme podrobnější informaci alespoň o některých z nich.

Současné možnosti náhrad v kardiologii

Tři odborné bloky byly věnovány problematice náhrad. V kardiologické sekci připomněl prof. MUDr. Jan Pírk, DrSc., především vel-



Prof. RNDr. Julius Lukeš, CSc.

Foto: archiv ČLA

ký pokrok, který nastal v posledních letech v oblasti mechanické srdeční podpory a náhrad. Díky zásadnímu zlepšení žijí nemocní s náhradou srdeční funkce již déle než 8 let. Následně specifikoval použití náhrad v jednotlivých indikacích. Krátkodobé a střednědobé slouží především jako možnost zotavení nemocného srdce (u nechirurgických případů se jedná zejména o některé akutní myokarditidy) nebo jako most k rozhodnutí o další léčbě. Dlouhodobé náhrady se používají v nemocných zařazených na čekací listinu, u kterých není k dispozici vhodný dárcce pro transplantaci biologického srdce, nebo jako definitivní řešení u nemocných, u kterých není možno transplantaci srdce provést. Jak dále profesor Pírk uvedl, indikací k trvalému řešení stále přibývá – v roce 2013 poprvé počet implantací těchto podpor převyšil počet provedených transplantací srdce.

V závěru autor upozornil na to, že v České republice zatím pojišťovny v té indikaci použití mechanické srdeční podpory nehradí.

MUDr. Josef Bešík, Ph.D., se zaměřil na současné možnosti náhrad srdečních chlopní a podrobněji se věnoval dvěma nejčastěji používaným – biologické a mechanické chlopně protéze. Volbu chlopně náhrady ovlivňuje především věk, přítomnost přidružených onemocnění, ale také snášenlivost antikoagulační léčby. Podle autora je u mladších nemocných bez závažných komplikací vhodné upřednostnit mechanickou protézu, která zajišťuje časově prakticky neomezenou funkčnost, ovšem za cenu trvalé antikoagulační léčby. U pacientů s omezenou životní prognózou se zpravidla implantována bioprotéza, u které není antikoagulace třeba. Nevýhodou tohoto typu náhrad je postupná degenerace. Doporučovaná věková hranice, od které je preferováno použití biologické chlopně, je u jinak zdravých pacientů 65 let. Blok uzavřel svým vystoupením MUDr. Libor Janoušek, Ph.D., který představil cévní program na Klinice transplantáční chirurgie IKEM a prezentoval některé zajímavé kazuistiky cévních náhrad.

Smyslové náhrady

Čtyři přednášky byly věnovány obnovitelnosti zrakových a sluchových funkcí. Prof. MUDr. Pavel Kuchynka, CSc., objasnil současné možnosti chirurgického řešení presbyopie, ovšem s poukazem



Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA, prezident ČLA. | Foto: archiv ČLA

na to, že dosud neexistuje metoda, která by člověku plně vrátila akomodaci na původní úroveň. Jak uvedl, nejvíce užívanou metodou je v současnosti odstranění původní čočky a její nahrazení multifokální nitrooční čočkou.

Plně nahradit akomodaci bude podle něj snad možné naplněním čočkového pouzdra speciální tekutinou nebo pomocí femtosekundového laseru, který nářezy do nitra čočky zastaví biomechanický proces jejího tuhnutí. Nástup těchto nových metod do praxe však profesor Kuchynka odhaduje v horizontu 10 až 15 let.

Na nezbytnost komplexního multidisciplinárního přístupu při moderní léčbě vestibulárního schwannomu (VS) upozornil kolektiv autorů z Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol. Ve sdělení, které prezentoval prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., byly představeny 3 možné postupy péče o pacienty s VS – observace, mikrochirurgie a stereoradiochirurgie. Mikrochirurgie je preferována především v případě velkých VS, u procesů s rychlou progresí, při horšení užitečného sluchu, obtěžujících symptomů a NF II asociovaných tumorů.

K hlavním prognostickým faktorům (mimo velikost a předoperační funkci) patří intraoperační monitoring a charakteristiky tumoru (úroveň adheze, krvácivost), které nelze předoperačně stanovit. Nejvýznamnějším faktorem determinujícím úspěšnost kompenzace stavu po vestibulární nekrektomii je věk. V současnosti jsou k minimalizaci následků léčby VS užívány četné nové postupy (např. *biofeedback*, vestibulární rehabilitace, systém pro přímé vedení zvuku kostí – BAHÁ). Protézování kochleárními implantáty (KI) se ve svých přednáškách



Prof. MUDr. Milan Šamánek, DrSc., FCMA | Foto: archiv ČLA

věnovali dva autoři. Ing. Tomáš Tichý zdůraznil, že KI lze použít u ohluchlých osob bez omezení věku a u prelingválně neslyšících dětí do 6 let věku s tím, že časná implantace má výrazně lepší výsledky (až 90% integrace dětí v běžných školách). Současným trendem je implantovat děti bilaterálně.

Prof. MUDr. Josef Syka, DrSc., upozornil mj. na to, že věda hledá i nové možnosti jak nahradit porušenou funkci vnitřního ucha, a to biologickou cestou. Využívá se genové terapie, implantace kmenových buněk a dalších metod, zatím však pouze v experimentu na zvířeti.

Chirurgické možnosti při náhradách a obnově funkcí

Samostatný blok byl věnován pokroku v chirurgických postupech, které umožňují tělesné replantace. Doc. MUDr. Aleš Nejedlý se v rámci této sekce zaměřil na problematiku volného tkáňového přenosu, který podle něj zásadním způsobem doplnil spektrum možností rekonstrukce prsu (dodávána to bylo pouze použití mamárních implantátů) po mastektomii pro karcinom prsu.

Na problematickou situaci v oblasti replantační chirurgie, především na úrovni záchranné služby

a primárního chirurgického ošetření, upozornil ve svém vystoupení doc. MUDr. Miroslav Tvrdek, CSc. Podle něj se tento stav ani přes opakovaná upozornění stále nedaří zlepšit. Následně pak prezentoval nejen možnosti replantací poranění na horní končetině, které se týkají většiny případů, ale i kazuistiky replantací jiných částí těla.

Současné snahy o obnovení funkcí CNS

Přednášky prezentující pokrok v léčbě roztroušené sklerózy (RS) otevřela prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., přehledem dostupné terapie působící na zbrzdění atrofie mozku. Zmínila koncept dlouhodobé remise, vytvořený v roce 2009, jehož výsledky ukázaly, že je možno docílit přechodného zastavení aktivity a progresu onemocnění. Potvrdilo se také, že některé léky mohou vést dokonce ke snížení dlouhodobé invalidity, což byl cíl před 30 lety nemyslitelný. U léků první volby (interferon beta, glatiramer acetát) je vliv na vývoj atrofie mozku minimální. Účinnější léky (fingolimod, natalizumab, alemtuzumab) prokazují schopnost navrátit rychlost vývoje atrofie až k hodnotám běžné populace. Jejich časné užití by v budoucnu mohlo zásadně

změnit průběh nemoci a oddálit invaliditu.

Přednášející informovala také o tom, že data o efektivitě jednotlivých léků budou v několika příštích letech k dispozici díky velkému úsilí vynaloženému na založení českého registru pacientů s RS (ReMuS).

Doc. MUDr. Dana Horáková, Ph.D., se zaměřila na výtečnost longitudinálního měření atrofie mozku. Práce posledních let podle ní ukazují, že podstatné zlepšení v této oblasti přinesla volumetrická měření celkové a především regionální atrofie mozku a míchy. Díky technickému pokroku jsou tyto metody dnes již dobře dostupné, ale jejich implementaci do skutečné klinické praxe zatím brání nedostatečná spolupráce mezi neurologem a radiologem – chybí standardizace používaných vyšetřovacích protokolů, dostupnost čtecích center, která budou data pro jednotlivá klinická pracoviště zpracovávat, a zkušenost neurologů s těmito novými parametry. Mgr. Lucie Suchá se věnovala vlivu fyzioterapie na neurologický deficit. Jak uvedla, u pacientů s RS se jedná o symptomatickou terapeutickou intervenci, která z primárních symptomů nemoci dokáže ovlivnit spastickou parézu, instabilitu, ataxii, únavu, de-

presi a částečně urologické obtíže a inkontinenci stolice. V praxi se osvědčuje včasné zahájení fyzioterapie, ideálně v kombinaci s psychoterapií a tréninkem kognitivních funkcí.

Stimulační metody v psychiatrii

K oživení zájmu o stimulační metody vedlo v posledních letech podle doc. MUDr. Pavla Mohra, Ph.D., především zavedení bezpečnějších metod umožňujících přesné zacílení klíčových struktur spolu s lepším porozuměním základním neurobiologickým mechanismům psychiatrických poruch. Kromě tradiční EKT (elektrokonvulzivní terapie) se tak v psychiatrii dnes objevují i další alternativní nefarmakologické zásahy jako repetitivní transkraniální magnetická stimulace, přímá stimulace stejnosměrným proudem, magnetická konvulzivní terapie, stimulace *nervus vagus* a hluboká mozková stimulace (DBS). Podrobněji se docent Mohr věnoval poslední z nich. Antidepresivní účinek DBS byl zkoumán v kazuistických sériích u pacientů s rezistentní depresí. Povzbudivé je, že stimulace různých oblastí mozku rychle redukuje příznaky deprese. Hlavním přínosem DBS je podle přednášejícího inovativní přístup,

kteří umožňuje přesné zacílení specifických oblastí mozku, jader a okruhů účastnících se v patofyziologii neuropsychiatrických poruch. Upozornil ale také na to, že je ještě třeba více dat z kontrolovaných studií, je nutno vyloučit potenciální placebo efekt a pamatovat i na relativně vysokou incidenci suicidálního jednání u této metody. DBS jistě nebude v klinické praxi metodou první volby.

Na kongresu byla prezentována řada dalších pokroků regenerativní medicíny v blocích věnovaných rehabilitaci, urogynekologii, onkologii a hematologii.

K zajímavým sdělením patřilo tradičně vystoupení prof. PaedDr. Pavla Koláře, Ph.D., o perceptive-gnostické funkci a hybnosti (podrobně jsme se tomuto tématu věnovali v Lékařských listech 11/2013) nebo prof. MUDr. Jana Starého, DrSc., o úspěších a limitech transplantace krevetvorných buněk (HSCT) u dětí. Jak uvedl prof. Starý, výzvou zůstává snaha oddělit efekt štěpu proti leukemii od GVHD (těžká reakce štěpu proti hostiteli), zrychlení imunologické rekonstituce po transplantaci a snížení rizika pozdních následků vyžádaním celotělového ozáření z předtransplantačních přípravných režimů.

Jaroslava Sladká

Inzerce M15100065



Představujeme publikaci

Dětská nefrologie

V českém prostředí nevyšla déle než čtvrt století nefrologická publikace obdobného rozsahu. Přípravovaná publikace je určena především dětským nefrologům, ale i nefrologům pro dospělé, praktickým pediatrům, pediatrům lůžkových zařízení, lékařům připravujícím se na atestaci z dětské nefrologie i studentům

lékařských fakult se zájmem o tento obor. Monografie obsahuje nejen popis diagnostických vyšetření a jednotlivých chorob (od choroby k příznakům, diagnostice a léčbě), ale zahrnuje i diferenciálnědiagnostické postupy (od příznaků k chorobě), které byly doposud většinou opomíjeny. Kniha obsahuje i diagnostická a léčebná schémata,

Autor: Jan Janda, Tomáš Seeman a kolektiv

Doporučená cena 790 Kč

Při objednání na
sleva 25%

knihy.cz

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR
a pořadatel kongresů, konferencí a sympozií



AKTUALITY

První transplantace **tenkého střeva** v ČR

Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) transplantoval v prosinci během unikátní operace šedesátiletému pacientovi současně žaludek, tenké střevo, slinivku, slezinu a játra. Transplantace tenkého střeva proběhla v Česku poprvé v historii.

Zárokem se pražský IKEM dostává mezi elitní desítku evropských center, která dokáží transplantovat tenké střevo. I na těchto elitních pracovištích však jde o zřídkačky prováděnou operaci, v celé Evropě bývá ročně provedeno jen několik desítek transplantací tohoto orgánu. Obtížnost zákroku plyne i z faktu, že řada indikovaných nemocných má za sebou mnoho operací v břišní dutině, která je následně plná srůstů, zmenšená a obtížně přístupná. Tenké střevo je zároveň největším imunitním orgánem těla, i proto hrozí velmi silná reakce organismu na cizí tkáň. O průběhu i výsledcích unikátní transplantace několik dní po jejím provedení hovořili lékaři IKEM, kteří se na ni podíleli.

Multiviscerální transplantace poslední šanci

Nyní šedesátiletému pacientovi byla před 5 lety diagnostikována autoimunitní cirhóza jater, přítomny byly mnohočetné trombozy žil ostatních orgánů dutiny břišní, z důvodu mnohočetných cévních uzávěrů v žilním systému dutiny břišní je měl závažně poškozen. Stav se rapidně zhoršoval, několikrát týdně bylo nutné odebírat mu z břišní dutiny tekutinu, která se zde tvořila. Z vyšetření bylo zřejmé, že samotná transplantace jater je bez naděje na úspěch a pacientovi zbývá jen několik měsíců života, pokud nedojde k jinému řešení. Proto se léka-

ři rozhodli o jeho zařazení jako čekatela na multiviscerální transplantaci. Pacient měl ššestí a po 8 týdnech přišla nabídka dárce vyhovujícího kritériím odběru. Mohla začít operace, při níž v IKEM nejprve odebrali a následně transplantovali 5 orgánů najednou. Prvním zásadním krokem byl odběr všech orgánů od zemřelého dárce. Takový odběr nebyl dosud v ČR proveden. Všechny orgány bylo potřeba odebrat v excelentní kvalitě, promýt konzervačním roztokem a připravit k vlastní transplantaci. Odběr byl kvůli co nejkratší prodávě proveden přímo v IKEM a v konzervačním roztoku byly transportovány přímo na vedlejší operační sál. Doslava „v akordu“ už probíhala první fáze operace příjemce, tedy odstranění orgánů a příprava k transplantaci.

Zůstaly jen ledviny a část tlustého střeva

V první fázi multiviscerální transplantace bylo nejprve nutné odstranit všechny orgány dutiny břišní, zde byly nakonec ponechány pouze ledviny a část tlustého střeva. Ve druhé fázi operace byl pacientovi transplantován žaludek, slinivka s dvanáctníkem, slezina, játra a tenké střevo. Zároveň trval celkem 10 hodin, složitost výkonu vyplývala z celkové těžkého stavu pacienta. Výkon musel být proveden co nejrychleji, aby chirurgové zabránili poškození odebraných orgánů „studenou ischemií“, současně bylo nutné postupovat velmi opatrně,



Foto: archiv

aby pacienta neohrozili vykrvácením během operace. Pacienta ponechali prvních 48 hodin v umělém spánku a dutinu břišní zatím uzavřeli jen provizorně. „Dva dny po první operaci jsme tak mohli na sále zkontrolovat vitalitu všech transplantovaných orgánů,“ vysvětlil přednosta Kliniky transplantací chirurgie doc. MUDr. Jiří Froněk, Ph.D., FRCS. Po kontrole transplantovaných orgánů, cévních spojení, spojení mezi orgány a vývodu a biopsii jater chirurgové přistoupili k definitivnímu uzavěru operační rány.

Multiviscerální transplantace představuje těžký úkol i pro anesteziologii a pooperační péči, jak připomněl vedoucí resuscitačního oddělení MUDr. Milan Ročen, Ph.D.: „Největší výzvou pro nás bylo úspěšné zvládnutí nejrizi-

kovější fáze transplantace – reperfuze –, tedy obnovení průtoku krve transplantovanými orgány. Zatímco jeden anesteziologický tým zajišťoval odběr orgánů, jiný anesteziologický tým už začal s přípravou příjemce na dalším operačním sále.“

Zvládnuto bez komplikací

„Transplantace tenkého střeva se v IKEM chystala usilovně posledních 5 let. Patří k vůbec nejsložitějším z hlediska technického provedení i imunitní reakce těla. S kolegy jsme se proto na zahájení tohoto programu pečlivě připravovali. Metodu jsme několikrát zkusili v experimentu na zvířatech a byli jsme i při operacích pacientů na předních světových klinikách, které se touto léčebnou metodou zabývají,“ vy-

světlil doc. MUDr. Martin Olive-rius, Ph.D., FEBS, vedoucí programu transplantace tenkého střeva.

„Celý výkon se podařilo zvládnout bez komplikací. Pacient je nyní hospitalizován na resuscitačním oddělení. Je stabilní, dobře spolupracuje a rehabilituje. Hned od počátku u něj došlo k rozvoji funkcí transplantovaných orgánů. Ačkoli je jeho stav v současné době velmi uspokojivý, musíme být připraveni na možné komplikace. Největší rizika představují rejekce transplantovaných orgánů a infekční komplikace. Tomu se snažíme předevít specifickou imunosupresivní terapií a preventivně podáváme antibiotika. Pacient má zatím rovněž přísný režim izolace. Jeho aktuální stav denně hodnotíme,“ řekla redaktorka ZAM v prvních týdnech po operaci přednostka Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče MUDr. Eva Kieslichová, Ph.D. To ještě nemohla vědět to, co je známo nyní, na konci ledna – pacient je v natolik dobrém stavu, že může přejít do domácího ošetřování.

První transplantace tenkého střeva u nás tedy dopadla víc než dobře. Jistě není poslední, i přes velké finanční náklady pro pokročilost. Podle zkušeností z okolních zemí by se v Česku potřeba transplantací střeva totiž mohla pohybovat okolo 5 pacientů za rok. Snad ještě zbývá dodat, že z logiky věci operaci nešlo naplánovat dopředu, protože lékaři samozřejmě nevěděli, kdy bude k dispozici dárce. Když se objevil a s ním i šance „jít na věc“, všichni lékaři byli na sálech ve svém volném čase a bez nároku na honorář.

Jana Jilková



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 1/2015

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,
Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poleďne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Smládová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce

Jana Schrammová
tel. 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz

MLADÁ FRONTA

generální ředitel

 Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services

 Karel Novotný

art director

 Petr Honzátko

DTP

 retuší Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby
Soňa Štarhová
koordinátor výroby a distribuce divize
Medical Services
Monika Snaidrová
tel. 225 276 392,
e-mail: snaidrova@mf.czVydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídl: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082adresa redakce:
Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.czObjednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 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
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax + 421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.skSmluvní 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.Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 22. 1. 2015Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Přednosta chirurgického oddělení

MASARYKOVA MĚSTSKÁ NEMOCNICE V JILEMNICI vypisuje výběrové řízení na pracovní pozici:

■ přednosta chirurgického oddělení

Nástup do funkce v období od 1. února 2015 do 1. dubna 2015.

Požadujeme:

- odbornou způsobilost dle zákona 95/2004 Sb. v plném znění,
- zdravotní způsobilost,
- občanskou a morální bezúhonnost,
- minimálně 10 let praxe,
- komunikativnost, samostatnost, organizační schopnosti,
- vítána praxe kromě všeobecné chirurgie i v traumatologii.

Požadované doklady:

- životopis,
- přehled dosavadní praxe,
- úředně ověřené doklady o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- poskytnutí souhlasu k využití poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení.

Nabízíme:

- perspektivní pozici v akreditované nemocnici zařazené mezi nemocnice tzv. návazné péče,
- možnost dalšího vzdělávání a odborného růstu,
- zaměstnanecké benefity,
- odpovídající finanční ohodnocení,
- bydlení v bytě 3 + 1.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady zasílejte na personální oddělení do 4 týdnů po zveřejnění inzerátu (MMN v Jilemnici,

person. odd., Metyšova 465, 514 01 Jilemnice).

M15100034

Primář neurologického oddělení

NEMOCNICE NOVÝ JIČÍN, A. S., Nový Jičín, Purkyňova 2138/16, PSČ: 741 01, vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ primář neurologického oddělení

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost v oboru neurologie dle zák. č. 95/2004 Sb. podmínkou,
- praxi v oboru neurologie po získání specializované způsobilosti min. 5 let.

Nabízíme:

- zájem silně a dynamicky se rozvíjející společnosti,
- podporu odborného rozvoje, vzdělávání,
- práci v regionálně významném nemocničním zařízení s plnou komplementární výbavou.

Platové podmínky:

- nadstandardní smluvní mzda, individuální přístup.

Benefity:

- služební automobil, mobilní telefon, notebook, příspěvek na životní pojištění a rekreaci dětí,
- týden dovolené navíc, příspěvek na stravování.

Termín nástupu: dle dohody
Životopis s motivačním dopisem zasílejte na níže uvedený kontakt.

Kontakt: kariera@njj.agel.cz

M15100037

Lékařský ředitel

LÉČEBNÉ LÁZNĚ JÁCHYMOV, A. S., přijme:

■ lékařského/ou ředitele/ku

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost RFM výhodou,
- způsobilost k výkonu povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- ověřený úspěšně praxe v oboru a zkušenosti z vedoucích pozic zdravotnického zařízení,
- znalost NJ, RJ a AJ, alespoň jeden z nich na dobré úrovni,
- organizační schopnosti a řídicí předpoklady, schopnost vést a motivovat,
- předložení koncepce řízení a vývoje zdravotnického sektoru LL Jáchymov, a. s.,

- zdravotní, občanskou a morální bezúhonnost,
- znalost práce s PC.

Náplň práce:

- řízení činností zdravotnického sektoru a koordinace činností jednotlivých částí,
- zajištění součinnosti s ostatními složkami organizace,
- optimalizace zdravotnického personálu,
- v součinnosti s vedením organizace vytvářet vhodné podmínky pro práci zdravotníků.

Nabízíme zajímavou tvůrčí práci na akreditovaném pracovišti, zázemí a stabilitu silné společnosti, atraktivní mzdové ohodnocení.

Mzdové podmínky, možnost bydlení, další benefity a datum nástupu budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Do VÝBĚROVÉHO ŘÍZENÍ budou zařazeni všichni zájemci, kteří zašlou svůj motivační dopis, profesní životopis, přehled dosavadní praxe a kopie dokladů o dosaženém vzdělání do 31. 3. 2015 na adresu: Léčebné lázně Jáchymov, a. s., personální ředitelka I. Tauerová, T. G. Masaryka 415, 362 51 Jáchymov. Informace Vám poskytne personální ředitelka Ivana Tauerová, tel.: 724 070 610.

M15100079

Primář/primářka

LÉČEBNÉ LÁZNĚ JÁCHYMOV, A. S., přijme:

■ primáře/ku

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost RFM výhodou,
- způsobilost k výkonu povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře – vedoucího lékaře,
- praxi v oboru a zkušenosti z vedoucích pozic zdravotnického zařízení,
- znalost NJ, RJ a AJ, alespoň jeden z nich na dobré úrovni,
- organizační schopnosti a řídicí předpoklady, schopnost vést a motivovat,
- zdravotní, občanskou a morální bezúhonnost,
- znalost práce s PC.

Nabízíme:

- zajímavou a tvůrčí práci ve stabilní společnosti s dlouholetou tradicí,
- možnost profesního a osobního růstu, aktivní přednáškovou a publikační činnost,

KABEG
KABEG MANAGEMENT

Společnost pro správu zemských nemocenských zařízení Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft - KABEG nabízí k okamžitému nástupu následující pracovní místa:

Pro naše pracoviště **klinika Klagenfurt a. W., oddělení anesteziologie a všeobecné intenzivní medicíny** (vedoucí Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar):

Odborná lékařka / odborný lékař (vrchní lékařka/lékař) a výcvikové místo ve specializovaném oboru anesteziologie a intenzivní medicíny

Bližší informace najdete na našich webových stránkách na adrese www.kabeg.at. Upozorňujeme, že před případným nástupem je nutno absolvovat povinnou zkoušku z německého jazyka a schvalovací řízení Rakouské lékařské komory.

Prslušné informace naleznete na těchto odkazech:

(www.aerztekammer.at/arztliche-taetigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehoerigen)

(www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-sprachpruefung-deutsch)

Své žádosti (formulář žádosti lze získat na personálním oddělení společnosti KABEG nebo stáhnout z našich webových stránek) pošlete **do 02.02.2015** na adresu personálního oddělení – Hauptabteilung Personal, Personalsuche/-auswahl, der KABEG, Feschnigstr. 9020 Klagenfurt am Wörthersee.

KABEG
KABEG MANAGEMENT

Für die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG gelangt ab sofort folgende Stelle zur Besetzung:

Für unseren Standort **Klinikum Klagenfurt a. W., Abteilung für Dermatologie und Venerologie** (Vorstand Prim. Priv.-Doz. Dr. Bernhard Lange-Asschenfeldt):

Ausbildungsstelle im Sonderfach Haut- und Geschlechtskrankheiten

(výcvikové místo ve specializovaném oboru kožních a pohlavních nemocí)

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter www.kabeg.at. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass vor einer evtl. Einstellung eine verpflichtende Deutschprüfung sowie ein Anerkennungsverfahren über die Österr. Ärztekammer zu absolvieren sind.

Informationen hierzu finden Sie unter folgenden Links:

(www.aerztekammer.at/arztliche-taetigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehoerigen)

(www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-sprachpruefung-deutsch)

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung (Bewerbungsbögen in der Personalabteilung der KABEG und als Download auf unserer Homepage erhältlich) **bis zum 02.02.2015** an die Hauptabteilung Personal, Personalsuche/-auswahl, der KABEG, Feschnigstr. 11, 9020 Klagenfurt am Wörthersee.

Ředitel Nemocnice Sušice o.p.s. vyhlašuje výběrové řízení na:

Primáře oddělení RDO

Požadujeme: ● spec.způsobilost v oboru ● min.10 let praxe ● řídící, organizační a komunikační schopnosti ● zdrav. způsobilost a bezúhonn. dle zák. č.95/2004 Sb.

Nabízíme: ● zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici ● kolegiální, atmosféru ● podporu při zajištění ubytování

Nástup dle dohody.

Přihlášky se struč. životopisem, kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání a výpisem z rejstříku trestů zasílejte **do 13. 2. 2015** na adresu:

Nemocnice Sušice o.p.s., sekretariát ředitele, Pod nemocnicí 116/III, 342 01 Sušice

Bližší informace:
Ing. Vladimír Sloup, ředitel, T: 376 530 217
primář MUDr. Jiří Choc, náměstek pro LP, T: 376 530 220, 777 113 976
E: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo E: choc@nemocnice-susice.cz
www.nemocnice-susice.cz

PERSONÁLNÍ INZERCE

- možnost ubytování i pro rodinu,
- aktivní podporu dalšího vzdělávání.

Mzdové podmínky, další benefity a datum nástupu budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Do VÝBĚROVÉHO ŘÍZENÍ budou zařazeni všichni zájemci, kteří zašlou svůj motivační dopis, profesní životopis, přehled dosavadní praxe a kopie dokladů o dosaženém vzdělání do 31. 3. 2015 na adresu: Léčebné lázně Jáchymov, a. s., personální ředitelka I. Tauberová, T. G. Masaryka 415, 362 51 Jáchymov. Informace Vám poskytne personální ředitelka Ivana Tauberová, tel.: 724 070 610.

M151000080

Volná místa

Více pozic

NEMOCNICE NOVÝ JIČÍN, A. S., Nový Jičín, Purkyňova 2138/16, PŠČ: 741 01, přijme:

- všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, záchranáře

Požadujeme:

- odbornou způsobilost dle zák. č. 96/2004 Sb.

Nabízíme:

- práci v regionálně významném zařízení,
- možnost dalšího odborného růstu.

Platové podmínky:

- nadstandardní, dohodou,
- individuální přístup.

Benefity:

- týden dovolené navíc, příspěvek na životní pojištění a rekreaci dětí,
- příspěvek na stravování.

Termín nástupu: ihned

Kontakt: kariera@nnj.agel.cz

M151000037

Lékař/lékařka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE PRAHA 9

přijme na lůžkové oddělení lékaře/ku. Požadujeme specializovanou způsobilost (interna, geriatric nebo neurologie). Nabízíme klidnou práci v malém kolektivu, velmi dobrou dopravní dostupnost (přímo u metra), motivující platové ohodnocení a benefity. Částečný úvazek možný. Kontakt: dr. Andrllová, tel: 284 000 855, andrlova@mnnp.cz

M151000003

Primář

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- primáře na interní oddělení

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. special. způsobilost, praxe.

Nástup možný ihned. Nadstandardní platové podmínky, byt 3 + 1 k dispozici.

Kontakt: tel: 499 502 304 nebo e-mail: srnksa@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000050

Více pozic

POLIKLINIKA AGEL

ČESKÁ TŘEBOVÁ

přijme praktického lékaře pro dospělé na plný úvazek a internistu (diabetologa) s možností výkonu funkce náměstka LPP. Požadujeme odbornou způsobilost, pracovitost a spolehlivost. Nástup možný ihned. Kontakt: Ing. Artur Lukša – provozní ředitel, e-mail: artur.luksa@pol.agel.cz, tel: 581 071 582

M151000009

Fyzioterapeut/fyzioterapeutka

POLIKLINIKA I. P. PAVLOVA, S. R. O.,

přijme fyzioterapeuta/fyzioterapeutku pro pracoviště rehabilitace. VŠ vzdělání výhodou, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru fyzioterapeut. Velikost úvazku dohodou. Nástup možný ihned. Motivující platové ohodnocení a příjemný kolektiv. V případě zájmu zašlete své CV na e-mail: smidova@poliklikaikappavlova.cz

M151000040

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- zástupce primáře na ARO
- lékaře na ARO – možno i absolventi
- lékaře na internu
- primáře, případně zást. primáře na internu

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe (zást. primáře), I. at. vítána.

Nabízíme: výhodné finanční podmínky, možnost ubytování. Nástup: ihned

Kontakt: tel: 499 502 304, Srnská J., nebo e-mail: srnksa@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001543

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme od 1. 6. 2015:

- větší počet RTG laborantů
- 2 RTG lékaře – se zkušeností práce s CT

Požadavky: VŠ, I. nebo II. atestace v oboru, příp. spec. způsobilost, praxe (lékaři), SZŠ nebo VŠ, registrace (sestry).

V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice, tel: 499 502 304, Srnská J., nebo e-mail: srnksa@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001543

Gynekolog

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- lékaře-gynekologa na ambulanci

Požadavky: VŠ, I. atestace + special. způsobilost dle z. č. 95/2004, případně II. atestace

Práce na gynekol. ambulanci Nástup možný ihned. Kontakt: tel: 499 502 304 nebo e-mail: srnksa@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001543

Lékař

ÚSTAV HEMATOLOGIE A KREVŇÍ TRANSFUZE V PRAZE 2

přijme lékaře se zájmem o práci na JIP hematologického pracoviště v modifikovaném směnném provozu se zkušeností s prací na JIP interního směru nebo ARO se specializovanou způsobilostí nebo těsně před ní (část pracovního úvazku je na klinickém výzkumu).

Kvalifikační předpoklady:

- absolvování základního kmene interního nebo předpoklad jeho brzkého ukončení,
- organizační a komunikační schopnosti, občanská a morální bezúhonnost,
- znalost práce na PC (aplikace MS Office, NIS),
- vstřícnost a zodpovědnost.

Nabízíme:

- vysoce odbornou a zajímavou práci,
- zájem špičkového pracoviště s mezinárodním certifikátem kvality péče,
- moderní pracovní prostředí, příjemný kolektiv,
- odpovídající platové ohodnocení,

Inzerce M151000020



RADIOLOGICKÝ FYZIK PRO ODD. NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY A ODD. ONKOLOGIE

Požadavky:

Odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění.

Nabízíme:

Zajímavou práci na akreditovaném pracovišti na plný pracovní úvazek. Nadstandardní mzdové podmínky, týden dovolené navíc, ubytování na vlastní ubytovně, možnost celoživotního vzdělávání, výborné podmínky pro odborný růst, dobrý kolektiv.

Nástup: dle dohody

Kontakty:

prim. MUDr. Václav Maxa – odd. nukleární medicíny (387 875 600–01, nuklmed@nemcb.cz)
prim. MUDr. Václav Janovský – odd. onkologické (387 875 000–01, janovsky@nemcb.cz)

Žádosti včetně životopisu a dokladů o odborné způsobilosti zašlete na adresu:
Nemocnice České Budějovice, a. s., sekretariát vedení společnosti, B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice nebo na e-mail: sekretariat@nemcb.cz

KABEG
KABEG MANAGEMENT

Pro Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG hledáme nyní pracovníky na níže uvedené pracovní pozice:

Pro naše pracoviště **Klinika Klagenfurt a. W., plicní oddělení** (primář Dr. Christian Geltner, MSc MBA):

odborná lékařka/odborný lékař (vrchní lékař/ka) v oboru plicních nemocí
(na plný nebo částečný pracovní úvazek)

Institut pro diagnostickou a intervenční radiologii (primář Univ.-Prof. Dr. Klaus A. Hausegger):

odborná lékařka/odborný lékař (vrchní lékař/ka) a stáž v oboru radiologie

Oddělení dětského a dorostového lékařství (primář Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Kaulfersch):

Astáž v oboru dětského a dorostového lékařství nebo sekundář/ka pro oddělení dětského a dorostového lékařství

Bližší údaje najdete na naší domovské stránce www.kabeg.at. Upozorňujeme na to, že před případným nástupem do zaměstnání je nutno absolvovat povinnou zkoušku z německého jazyka a uznávací řízení u Rakouské lékařské komory.

Príslušné informace najdete na následujícím odkazu:
(www.aerztekammer.at/arztliche-taetigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehoerigen)
(www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-sprachpruefung-deutsch)

Zašlete nám, prosím, vaši žádost o místo (formulář žádosti je k dispozici v personálním oddělení KABEG nebo ke stažení na naší domovské stránce) **do uvedeného konečného termínu výběrového řízení** hlavnímu oddělení personalistiky, hledání/výběr personálu, KABEG, Feschnigstr. 11, 9020 Klagenfurt am Wörthersee.

- možnost dalšího vzdělávání a další zaměstnanecké benefity.

V případě vážného zájmu zašlete profesní životopis, osobní dotazník, kopii dokladů o dosaženém vzdělání a výpis z rejstříku trestů na adresu: ÚHK – sekretariát přednosta klinického úseku, U Nemocnice 1, 128 20 Praha 2.

M151000028

Psychiatrická sestra

KLINIKA ESET PRAHA

přijme psychiatrickou sestru s psychoterapeutickým vzděláním, úv. 1,00. Práce v denním stacionáři a ambulanci, pondělí – pátek. Nabídka a CV zasílejte na: ESET, paní Renata Konopásková, Vejevanovského 1610, 149 00 Praha 4, e-mail: klinikaeset@volny.cz, tel. a fax: 242 485 855

M151000070

Lékař/lékařka

NEMOCNICE KYJOV, P. O., PŘIJME

lékaře/lékařku na oddělení:

- **infekční**
- **oční**
- **ošetřovatelské péče**

Požadujeme:

- ukončené vysokoškolské vzdělání,
- zařazení do oboru, základní kmen v oboru vítán,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění.

Nabízíme:

- dobré pracovní podmínky,
- možnost dalšího vzdělávání,
- příspěvek na penzijní připojištění,
- ubytování.

Nástup možný ihned.

Bližší informace podá náměstek LPP doc. MUDr. Svoboda, CSc., FRCS(T), na tel.: 00420 602 514 303, e-mail: svoboda.pet@nemkyj.cz.

V případě Vašeho zájmu zašlete profesní životopis na adresu: Nemocnice Kyjov, p. o., sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov, nebo na e-mail: sekretariat@nemkyj.cz.

M151000025

Endokrinolog

Přijmeme endokrinologa na částečný úvazek, zatím 1 den v týdnu, do zavedené ordinace Endokrinologie Kladno, s. r. o. Možnost pozdějšího odkoupení praxe. Kontakt: nyvltova.endokrinologie@email.cz

M151000031

Lékař

REHABILITAČNÍ ODDĚLENÍ

NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru:

- **lékaře pro oddělení rehabilitace**

Požadujeme:

- VŠ lékařství, specializovanou způsobilost v oboru,
- uvítáme zařazení v přípravě na obor rehabilitační a fyzikální medicína,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- plný pracovní úvazek,
- pracovní poměr na dobu určitou, s výhledem na trvalý pracovní poměr,
- mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání,
- dobré podmínky pro další vzdělávání,
- možnost ubytování na nemocniční ubytovně od února 2015.

Nemocnice Tábor, a. s., má udělenou akreditaci pro obor Rehabilitační a fyzikální medicíny.

Nástup ihned, popřípadě dle dohody.

Bližší informace podá: MUDr. Vladislava Míková, primářka oddělení, tel.: 381 607 100; mobil: 603 224 819, e-mail: vladislava.mikova@nemt.cz.

M151000055

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ

NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- **větší počet fyzioterapeutů**
- **sestry na NIP, OAM**

Požadujeme: adekvátní vzdělání pro dané profese, ARIP vítán, praxi. Nástup možný ihned.

Kontakt: tel: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000006

Fyzioterapeut/fyzioterapeutka

LÉČEBNÉ LÁZNĚ

JÁCHYMOV, A. S., přijme:

- **fyzioterapeuta/ku**

Požadujeme:

- VŠ bakalářské, VOŠ v oboru,
- osvědčení ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb., § 66 (registrace) a specializovanou způsobilost,
- uživatelskou znalost práce na PC,
- znalost cizího jazyka vítána – NJ, RJ,

- profesionální přístup, komunikativnost, korektní a vstřícné chování a vystupování,
- předpoklady pro týmovou spolupráci,
- aktivní přístup k práci,
- morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme:

- odpovídající mzdové ohodnocení, náborový příspěvek 10 000 Kč,
- aktivní podporu dalšího vzdělávání a získání erudice,
- zázemí a stabilitu silné společnosti,
- zajímavou a tvůrčí práci v přátelském kolektivu a příjemné pracovní prostředí,
- zaměstnanecké výhody a benefity,
- možnost ubytování 1 rok zdarma.

Datum nástupu: ihned nebo dle dohody.

V případě zájmu zašlete svůj profesní životopis na adresu personálního oddělení nebo na e-mail: tauberova@laznejachymov.cz, případně kontaktujte personální ředitelku I. Tauberovou na tel: 724 070 610.

M151000078

Lékař/lékařka

LÉČEBNÉ LÁZNĚ

JÁCHYMOV, A. S., přijme:

- **lékaře/ku**

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost RFM výhodou,
- způsobilost k výkonu povolání lékaře podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- znalost NJ, RJ a AJ, alespoň jeden z nich na dobré úrovni,
- profesionální přístup, komunikativnost, korektní a vstřícné chování a vystupování,
- předpoklady pro týmovou spolupráci,
- zdravotní, občanskou a morální bezúhonnost.

Nabízíme:

- odpovídající mzdové ohodnocení, náborový příspěvek 20 000 Kč,
- aktivní podporu dalšího vzdělávání a získání erudice,
- zázemí a stabilitu silné společnosti na akreditovaném pracovišti,
- zajímavou a tvůrčí práci v přátelském kolektivu a příjemné pracovní prostředí,
- možný částečný úvazek,
- vhodné pro absolventa, důchodce,
- zaměstnanecké výhody a benefity,
- možnost ubytování.

PERSONÁLNÍ INZERCE



PERSONÁLNÍ INZERCE

Příjem personální inzerce:

Jana Schrammová
tel.: 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz
personalni.inzerce@mf.cz

Zdravnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Datum nástupu: ihned nebo dle dohody.

V případě zájmu zašlete svůj profesní životopis na adresu personálního oddělení nebo na e-mail: tauberova@laznejachymov.cz, případně kontaktujte personální ředitelku I. Tauberovou na tel: 724 070 610.

M151000081

Vedoucí molekulární genetiky

Soukromé zdravotnické zařízení v Praze (GENvia, s. r. o.) hledá do genetické laboratoře vedoucího molekulární genetiky.

Kontakt: tel.: 721 669 444, info@genvia.cz

Atestovaná laborantka

Soukromé zdravotnické zařízení v Praze (GENvia, s. r. o.) hledá do genetické laboratoře laborantku s atestací z genetiky.

Kontakt: tel.: 721 669 444, info@genvia.cz

M151000084

Lékař

REHABILITAČNÍ ODDĚLENÍ OBLASTNÍ NEMOCNICE

KLADNO, A. S., přijme lékaře, nejlépe s kmenem, na celý úvazek pro lůžkovou i ambulanci část oddělení.

Kontakt: MUDr. Marta Melicherčíková, tel: 312 606 569
Email: marta.melichercikova@nemocnicekladno.cz

M151000087

Lékař

ÚRAZOVÁ NEMOCNICE V BRNĚ přijme lékaře na AR oddělení. Bližší informace podá MUDr. Doležalová Lenka, vedoucí lékařka, e-mail: l.dolezalova@unbr.cz

M151000090

Lékař

ÚSTAV PRO MATKU A DÍTĚ V PRAZE PODOLÍ přijme lékaře v oborech:

- **gynekologie a porodnictví**
- **anesteziologie**

Nabízíme:

- zázemí stabilní společnosti s tradicí,
- příjemný kolektiv,
- 5 týdnů dovolené,
- příspěvek na stravování,
- jazykové kurzy a další benefity,
- zajištění ubytování (pronájmu bytu) v Praze.

Požadavky na lékaře v oboru gynekologie a porodnictví:

- ukončený základní kmen,
- atestace v oboru gynekologie a porodnictví velmi vítána.

Požadavky na lékaře v oboru anesteziologie:

- atestace v oboru anesteziologie.

Nástup dle dohody.

Další informace na adrese: personalni@upmd.eu, tel: 296 511 240, 800.

M151000097

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



beany®

Přezujte do pohodlí.

Dlouhodobé sledování a praktické zkoušky prokázaly postupné mírnění bolesti kolenních kloubů a snížené zatížení zádového svalstva!

Obuv **Bonno Beany®** je neobyčejně měkká a pohodlná.
Je testována a schválena jako **lehká pracovní obuv**.
Splňuje parametry ČSN EN ISO 20347.
Materiál obuvi je odolný vůči bakteriím a zápachu.
Uvnitř boty se neusazuje vlhkost, a voda tak obuv nepoškozuje.
Podrážka je testována na protiskluznost a splňuje normu SRA.
Účinně tlumí nárazy a vibrace při došlapu.
Nezanechává na podlaze šmouhy.
Ventilační otvory zaručují dobré provzdušňování a komfort.
Obuv je snadno omyvatelná vodou.



BONNO®

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz