

# ZDRAVOTNICTVÍ

## MEDICÍNA

**mf**  
MLADÁ FRONTA

1/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 25. 1. 2016



**NOVOROČNÍ  
PŘÍLOHA**  
Bilance roku 2015  
v českém i světovém  
zdravotnictví

STRANA 17



**Z DOMOVA**  
Praha houká nonstop  
Rozhovor s ředitelem  
ZZS HMP

STRANA 4



**SESTRA**  
Algeziologie  
Kvalita života osob  
s chronickou nenádorovou  
bolestí

STRANA 34



**Eduard Sohlich:  
Je nezbytné  
navýšit skokově platy  
a mzdy nejméně o 30 %.**

## Cíle ministerstva zdravotnictví pro letošní rok

Ministerstvo zdravotnictví zhodnotilo svou činnost za uplynulý rok a lednový vzkaz, který prostřednictvím médií dává veřejnosti, zní: „My na tom děláme.“

Verdikt Ústavního soudu, který zamítl napadení úhradové vyhlášky pro rok 2015 jako protiústavní, zrušení regulačních poplatků za ambulantní péči a za recept, které nebylo provázeno výrazným nadužíváním péče, přijetí transparentní novely zákona o zdravotním pojištění, získání dotací pro investice přímo řízených organizací, další valorizace plateb za státní pojištěnce či další navýšení tarifních platů zdravotníků, to jsou pro ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka pozitivní mezníky, od nichž se odrazí činnost resortu pro tento rok.

Od ledna dochází vedle růstu tarifních platů zdravotníků o 5 % (v loňském i letošním roce) po několika letech také k navýšení ceny práce nositelů výkonů. Jak ministr uvedl, tyto nárůsty by měly pomoci kontinuálně zajistit dostupnost zdravotnického personálu a spravedlivé odměny pro zdravotníky. Legislativně by je měla ukotvit novela zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře. Svatopluk Němeček si od úpravy legislativy slibuje nejen zlepšení postavení mladých lékařů v ČR, ale zejména horizontální prostupnost mezi jednotlivými obory tím, že významně sníží počet základ-

ních oborů. Účinnost novely úřad předpokládá v průběhu roku 2016.

### Skokové navýšení o 30 procent

Jak ale uvedl předseda Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Eduard Sohlich, zdroje na platy a mzdy jsou stále nedostatečné a to je příčinou rostoucího nedostatku sester a lékařů v nemocnicích v celé ČR. „Tyto trendy se v závěru roku 2015 ještě prohloubily a není důvod očekávat jejich zlepšení. Započaté zvyšování platů zdravotníků o 5 procent v letech 2015 a 2016 se ukázalo jako málo stimulační. V mnoha nemocnicích ani na toto zvýšení platů nestačily úhrady od zdravotních pojišťoven. Ve vzdělávání lékařů a sester vzhledem k legislativní přípravě může dojít ke změně nejříve v roce 2017,“ uvedl předseda Sohlich.

AČMN proto navrhla ministru Němečkovi a sociálním partnerům razantní změnu přístupu, má-li být změněn trend vedoucí k uzavírání celých oddělení nemocnic a omezování péče v řadě dalších nemocnic, fakultní nevyjímaje. „K tomu, aby byl zvrácen trend směřující k rozpadu nemocniční péče, považuje asociace za nezbytné skokové zvýšení platů a mezd v nemocnicích, a to nejméně o 30 procent. K zajištění potřebných

prostředků lze zvýšení rozložit do 3 let (3krát 10 procent), za podmínky, že jako celek bude předem dostatečně garantováno včetně nezbytných finančních zdrojů pro nemocnice,“ uvádí předseda AČMN, které se nelíbí, že ministr Němeček v ČT24 v polovině ledna pohrozil snížením dosavadních úhrad nemocnicím, které nedokázaly platy od 1. ledna 2016 zvýšit.

### Dost sester a fyzioterapeutů

I současný nedostatek sester chce ministerstvo řešit systémově, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Přípravy na výkon základních ošetřovatelských a odborných činností sestry by měly být zkráceny ze 7 na 4 nebo 5 let. Možné varianty nového vzdělávání resort zdravotnictví projednává také s ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. „Předpokládáme, že návrh zákona bude vládě předložen k projednání a ke schválení v dubnu 2016. Samozřejmě je nutné docílit dalšího zlepšení finančního ohodnocení zdravotnických pracovníků a zabývat se i jejich pracovními podmínkami,“ uvedla mluvčí MZ Štěpánka Čechová.

(pokračování na straně 2)

## Z DOMOVA

## Cíle ministerstva zdravotnictví pro letošní rok

(pokračování ze str. 1)

Na dotaz redakce Zdravotnictví a medicína (ZaM), zda ministerstvo uvažuje o snížení počtu odborností u nelékařských profesí, ministr Němeček přisvědčil: „Ministerstvo bude usilovat o snížení počtu oborů zdravotnických pracovníků. Do detailu bych zatím nezacházel, ale počet specializací těchto pracovníků by měl být zůzen, z hlediska nelékařských povolání není superspecializace žádoucí. Předpokládám ale, že teprve v průběhu ledna bude ministerstvo svolávat schůzku se všemi zainteresovanými, kde se projedná konkrétní podoba. Řada představitelů sester má ale naprosto protichůdné názory. Obávám se, že nedojde ke konsenzu a budeme muset rozhodnout, takže část sester spokojena nebude.“

**Kontrola pohybu léků**

Velkým loňským úspěchem ministerstva bylo podle Němečkových slov schválení transparentní novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. „Zdravotnictví je v ČR prvním resortem, který povinně zveřejňuje smlouvy mezi subjekty, v tomto případě mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami. Kromě toho novela obsahuje zákaz pro pojišťovny, aby nabíraly pojištěnce prostřednictvím třetích osob,“ zdůraznil s tím, že proces kontroly pojišťoven posílil také prostřednictvím odboru zdravotního pojištění.

Návrh novely zákona o léčivech, která má vedle implementace evropské judikatury o klinickém hodnocení snahu omezit reexport léků určených pro český trh, byl podle ministra připraven v souladu s evropskou komisí a bude v letošním roce podroben notifikaci.

„Státní ústav pro kontrolu léčiv sestaví seznam léků, u nichž bude dostupnost více sledována. Distributoři budou muset úmysl reexportu nahlásit 15 dní dopředu. Pokud ústav usoudí, že by reexport mohl znamenat snížení dostupnosti těchto přípravků, dá podnět ministerstvu zdravotnic-

tví, které vydá opatření a reexport zakáže,“ vysvětlil ministr Němeček. Podle slov výkonného ředitele Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakuba Dvořáčka reexport v ČR roste ročně o 5 % a tvoří celkem 10 % (5 miliard korun) z celkového objemu peněz, které jsou za léky vydávány. Nejvyšší riziko reexportu vzniká u nezaměnitelných léků, například na onkologické, kardiovaskulární a neurologické diagnózy. Ministr se v této souvislosti ohradil proti návrhu zdražit léky, které často reexportu podléhají.

**Restart dat**

Jako klíčový program k fungování systému zdravotnictví označil ministr projekt DRG restart. Nezbytnou podmínkou jeho fungování je novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (v současnosti v poslanecké sněmovně), díky níž Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) získá zákonné zmocnění ke sběru dat např. prostřednictvím Registru poskytovatelů zdravotních služeb či Národního registru zdravotnických pracovníků. Ten by měl podle ředitele ÚZIS Ladislava Duška přinést odpovědi na otázky, kolik a jak je v ČR zaměstnaných zdravotnických profesionálů, zda máme dostatečné kapacity lékařů i nelékařů v regionech či zda nemigrují zdravotničtí pracovníci mimo svůj obor. Jak ředitel Dušek podotkl, nově bude jeho úřad produkovat data využitelná i pro regiony, stanoví nově a srozumitelné indikátory kvality péče, na které se podle něj v minulosti pozapomínalo. Ve spolupráci s krajskými úřady ÚZIS nově vytvořil informační portál, který zahrnuje 400 až 500 ukazatelů zdraví a obsahuje ukazatele napříč medicínským spektrem. On-line portál bude po odborné oponentuře veřejně dostupný na jaře. Oponován je také nový návrh metody oceňování hospitalizačních případů a začala se sbírat ostrá data v referenční síti nemocnic o reálných nákladech hospitalizační péče.

**Pravidelná valorizace a podpora prevence HIV**

V plánu resortu je také předložení návrhu zákona, který zavede pravidelnou valorizaci plateb za státní pojištěnce pro zajištění dalších finančních prostředků a tím zrychlení tempa růstu platů a mezd ve zdravotnictví. Prvním čtením ve sněmovně již v prosinci prošel zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – tzv. „protikuřácký zákon“.

Ministerstvo pracuje také na nápravě situace posledních let, kdy byla podceňována prevence HIV/AIDS. Jak uvedla mluvčí Čechová, dotační programy se opět stávají klíčovými nástroji podpory zdraví v ČR a pro rok 2016 se ministerstvu v dotačním programu podařilo zajistit 11,9 milionů korun a 10,9 milionů pro Národní program řešení problematiky HIV/AIDS. „Navyšujeme jak dotace pro přímo řízené organizace, které pracují na programech souvisejících s problematikou HIV, tak pro široké spektrum organizací pracujících ve veřejném prostoru, včetně neziskových. Celkem jsme tedy proti stavu v minulých letech, kdy na prevenci šly jen necelé 3 miliony korun, ještě pro loňský rok uvolnili na aktivity proti šíření HIV více než 11 milionů korun a pro rok 2016 už půjde o téměř 19 milionů korun,“ vypočetla Štěpánka Čechová.

**Centrální nákupy**

Ministerstvo zveřejnilo také plán investičních výdajů za tento rok – na financování programů reprodukce majetku půjde 1,4 miliardy Kč, což představuje cca 20 % z celkových výdajů kapitoly MZ. Nyní resort zahájí realizaci strategických investic (zejména přípravné a projektové práce) v objemu cca 500 milionů Kč. Bude dále obnovovat zdravotní infrastrukturu a přístrojové vybavení zdravotnických zařízení. Současné programy reprodukce majetku budou ukončeny se závěrem roku 2016.

Ministr podporuje také centrální nákupy pro přímo řízené organizace, loni šlo o nákup energií, díky němuž resort uspořil 80 milionů korun. Na dotaz naší redakce, zda bude ministerstvo pokračovat v loňském záměru centrálních nákupů léků, ministr odvětil, že pilotní projekty odbor přímo řízených organizací chystá, ale počet molekul vhodných pro tyto nákupy je poměrně omezen. „V řadě nemocnic jsou rozdílné léčeb-

né zvyklosti, což vychází z velmi rozdílné struktury jednotlivých zařízení – Ústav pro péči o matku a dítě a Masarykův onkologický ústav jsou naprosto nesouměřitelné. Navíc je každá nemocnice v trochu jiné ekonomické kondici, a přestože většina z nich problémy nemá, některé se stále vyrovnávají se zátěží z minulosti. A srovnat podmínky pro nákupy u všech nemocnic je obtížné,“ uvedl ministr Němeček.

**Pohledávky po splatnosti**

Jak velká je u nemocnic „zátěž z minulosti“, ukazují jejich závazky po splatnosti vůči dodavatelům. Lhůty se běžně pohybují kolem 180 dní. Na dotaz ZaM, zda bude ministerstvo v roce 2016 situaci řešit, ministr sdělil, že ne. „S dodavateli je to bez zásadních problémů. Většina nemocnic je v dobré ekonomické kondici. Letos jsme řešili závažný stav pouze u dvou nemocnic, které v čase své problémy zmenšují. Závazky nemocnic ve lhůtách po splatnosti nejsou z hlediska ministerstva zásadní problém a je to spíše výzva pro strategie managementů jednotlivých zařízení, aby dále zlepšovala své finanční zdraví a své lhůty po splatnosti zkracovala a dosahovala tak u dodavatelů lepších cen,“ uvedl ministr Němeček.

Situace však ukazuje, že pohledávky po splatnosti jsou problém vždy a pro každého, kdo obchoduje veřejně. Stav, kdy nemocnice mají lhůty po splatnosti klidně i 180 dní, podle distributorů ministerstvo neřeší, protože pohledávky dodavatelé prodávají tzv. bezregresním faktoringem (viz box), což strany akceptují. Až na to, že dle nového občanského zákona se mají faktury hradit do 30, respektive 60 dnů.

**Ne privatizaci**

Ministerstvo chce i v letošním roce pokračovat v debatě o návrhu zákona o neziskových zdravotnických organizacích. Snahou novely je podle ministra především zamezení privatizaci krajských nemocnic. „Cílem novely je upravit novou právní formu právnické osoby – neziskovou zdravotnickou organizaci, jejíž hlavní činností bude poskytování lůžkových zdravotní péče a navazujících zdravotních služeb. V rámci této právní formy budou upraveny také univerzitní nemocnice, které vzniknou přeměnou stávajících fakultních nemocnic. Nor-



Foto: Leos Chodura

ma počítá rovněž s tím, že hlavní činností neziskové zdravotnické organizace nebude podnikání a bude považována za službu obecného hospodářského zájmu. Příjmy neziskové zdravotnické organizace bude možné využít pouze na úhradu výdajů spojených s její činností,“ uvedlo ministerstvo. Jedním z nejkritizovanějších bodů tohoto zákona je návrh, aby zdravotní pojišťovny měly povinnost uzavřít s neziskovou zdravotnickou organizací smlouvu o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb.

**Reforma psychiatrie**

Ministerstvo spolu s odbornou psychiatrickou společností a plátcí péče připravuje v rámci Psychiatrické reformy konkrétní dlouhodobé záměry a závazky, které stvrdí třístranné memorandum. „Je důležité, aby zde zůstaly psychiatrické nemocnice, které se zaměřují na dlouhodobou a následnou péči, aby v nemocnicích vznikala oddělení akutní psychiatrické péče a aby fungovala komunitní péče především v centrech duševního zdraví. Největší objem psychiatrické péče pak poskytne samozřejmě sféra ambulantní,“ sdělil ministr, jehož slova doplnil stávající předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP a jeden z garantů reformy Martin Hollý: „Strategie reformy z roku 2013 přestává být jen manuálem k čerpání evropských peněz a začíná být o skutečné změně v systému péče o duševně nemocné. Roli odborné společnosti vidím v moderování odborné diskuse a hledání křehkých, leč důležitých kompromisů. Jako aktuální vidím úkol zahájit práci na transformačních plánech psychiatrických nemocnic. V neposlední řadě je zásadní začít pracovat na tvorbě zákona o duševním zdraví, kde bude psychiatrická společnost odborným garantem.“

Petra Klušáková

**Co je bezregresní faktoring?**

Postoupení (odprodej) pohledávek, u kterého faktoringová společnost přebírá riziko za postoupené pohledávky. Riziko odběratele (kreditní riziko) je dále přeneseno na specializovanou pojišťovnu, proto také bývá označováno jako faktoring s pojištěním.

# Další hřebík do rakve eHealth

Elektronizace je zřejmě pro české zdravotnictví zakletá. Ani v roce 2016 proto český systém nevstoupí do 21. století.

Jestliže ministr zdravotnictví a šéf lékového ústavu svolají tiskovou konferenci, na níž se předhánějí v tom, kdo dříve sdělí národu, že je všechno v naprostém pořádku, pak pozorovatele může stěžít napadnout jiná myšlenka, než že je pravděpodobně něco v dost ošklivém nepořádku. Tím něčím je v tomto případě stav informačních technologií právě v SÚKL.

Při širším pohledu však trpí především české zdravotnictví jako celek, protože spor mezi lékovým ústavem a firmou Tronevia se stane dalším hřebíkem v rakvi českého eHealth. Už jen proto, že se přidá k řadě dalších ne-



Martin Čaban

úspěšných projektů elektronizace, které dosud huntovaly pověst elektronizace jako celku.

## Velké peníze

Zdá se, že elektronizace je pro české zdravotnictví zakletá. Jano by nestačily všechny trable s IZIP nebo s rušením centrálního úložiště receptů kvůli zásahu Úřadu na ochranu osobních údajů, přidávají se další potíže. Jistě má svůj smysl hledat viníky. Dá se věřit tomu, že ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta zdědil smlouvy, z nichž současné spory plynou, po svých předchůdcích. Těžko se ale věří tomu, že se o rizicích, ze kterých nakonec

vyplýnul „blackout“ systému elektronických receptů, za dva roky ve funkci nedozvěděl.

To však není to nejpodstatnější. Důležité je především to, že v soukromé sféře tečou do snah o elektronizaci zdravotnictví velké peníze. Investoři tu většinou mají příležitosti a potenciál. Přes minimální reálný prostor daný nevyřešenou otázkou nadstandardů vznikají aplikace, jež se snaží například poskytovat poradenství či základní konzultace s lékaři na dálku prostřednictvím nových technologií od chatů po videohovory. Pokud by takovým aktivitám šla naproti i veřejná část zdravotnictví alespoň s polovičním entuziasmem, uháněl by pokrok mílovými kroky.

Ilustrační foto: Shutterstock



## Tři příčiny neúspěchu

České zdravotnictví však trpí trojí bolestí, která podobnému vývoji brání. První z nich je obecný přístup státu k elektronizaci. Potíže se nápadně podobají napříč různými sektory. Spor SÚKL a Tronevia smutně připomíná tahanice pražského magistrátu s firmou eMoney Services o Opencard, dále si nelze nevzpomenout na slavnou sKartu nebo fungování nového systému registru vozidel. Stát zjevně neumí (nebo z nějakých důvodů nechce) uzavírat na dohánky IT řešení smlouvy, z nichž by nekynula velká budoucí rizika kolem autorských práv a převodů systémů.

Druhou bolestí českého eHealth je konzervatismus vlivné části lékařské obce. Úvahy o zavedení povinných eReceptů vnímala část lékařů v čele s prezidentem profesní komory jako frontální útok na vlastní existenci.

Obě tyto bolesti by bylo možné překonat za předpokladu, že by v čele českého zdravotnictví stál vizionář, který by o to stál a viděl by v tom smysl. Když ale uvažujete o Svatopluku Němečkovi, není slovo vizionář zrovna tím, které vás napadne mezi prvními. To je třetí velká příčina toho, proč se ani v roce 2016 české zdravotnictví (a míněn je systém zdravotnictví, nikoli sama poskytovaná zdravotní péče) do 21. století nepodívá.

Inzerce M161000055



## PRACOVNÍ DNY KOLOPROKTOLOGICKÉ SEKCE ČCHS ČLS JEP

18.–19. února 2016 od 14.00 hodin

v kongresovém sále Žižkovské věže / Congress Hall of Žižkov Tower  
(Mahlerovy sady 1, 130 00 Praha 3)

Srdečně zve prof. MUDr. Jirí Hoch, CSc., předseda sekce

## PROGRAM

- Břišní katastrofy střevního původu
- Lecture „State of Art“ – Perforated diverticular disease (S. M. Goldberg, Minnesota)
- Anastomóza
- Stomie – komplikace, prevence, řešení
- „Invited lecture“ – Perineal sigmoidectomy (S. M. Goldberg, Minnesota)
- Krvácení do dolní části zažívacího traktu
- Novinky
- Kontrola kvality v chirurgii
- Přehled a výsledky (evropských) studií
- Zprávy – ESCP, ECCO, SGO

V ceně registračního poplatku je návštěva observatoře Žižkovské věže, večerní občerstvení a dárek z vydavatelství MF

Přihlášky k aktivní účasti: [jana.valterova@lfmotel.cuni.cz](mailto:jana.valterova@lfmotel.cuni.cz) (do 22. 1. 2016)

Přihlášky k pasivní účasti: [www.kongres-medical.cz](http://www.kongres-medical.cz) (do 12. 2. 2016)

Registrační poplatek k pasivní účasti: 600 Kč/os. (oba dny) nebo 400 Kč/os. (jeden den)

MEDIÁLNÍ PARTNER



ORGANIZÁTOR AKCE



## ROZHOVOR

# Praha houká nonstop

Lze o šikanu prorazit pneumatiku sanitního vozu? Mohou v jedné organizaci fungovat dvoje odbory? Usmívají se záchranáři na lékaře urgentního příjmu při předávání pacientů? Ano, odpověděl našemu listu ředitel Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy MUDr. Petr Kolouch, MBA.

**Když jste před půlrokem ušel do ředitelského křesla, řekl jste, že přebíráte záchrannou smutnou, unavenou a nespokojenou. Jak se situace od vašeho nástupu posunula?**

Rozhodně jsem splnil, co jsem slíbil, v oblasti personálního auditu, který výměně ředitele předcházela, a dál na zlepšování pracuji. Moje strategie a vize je usazená uvnitř organizace i na Magistrátu hlavního města Prahy. Základní problémy s přestávkami dispečinku, korektními vztahy a vystupováním, dohledatelností rozhodnutí jsou vyřešeny. Já chodím do práce rád a mám pocit, že se zaměstnanci více usmívají. Když sloužím na urgentním příjmu v nemocnici, přijíždějí s pacientem na příjem naše posádky záchranářů a ta setkání jsou milá. A stejnou zpětnou vazbu mám od kolegů, i když v práci nejsem – naše posádky jezdí spokojené.

Na druhou stranu únava a zranění na duši jsou hlubší a všichni úplně spokojení nejsou. Na vymítání dábů totiž nedošlo. Jsem zvyklý dělat minimální změny, a to až poté, co se o jejich účelnosti sám přesvědčím. Snažím se řešit věci teď a tady a dívám se dopředu.

**Stále u vás existují dvě odborové organizace?**

Ano, jsou tady dvě. Jednu vede bývalý ředitel ZZS MHP MUDr. Schwarz. Druhá organizace je zaregistrovaná v rámci pracovníků ve zdravotnictví, má své předsednictvo, které bylo na výroční schůzi částečně obměněno. Oba předseďové se účastní obou našich porad.

**To není úplně standardní...**

Není, na druhou stranu jsou organizace, které mají těch odborových i desítky. Já jsem tenhle typ organizací jako zaměstnanec nikdy nepotřeboval, ale respektuji pocit zaměstnanců, kterým to v rámci jednání se zaměstnavatelem pomáhá. Pokud budou odbory plnit své úkoly – tzn. správně legislativně se za své členy stavět –, budu je respektovat. Velmi si vážím jakékoli zpětné vazby, která je v tomto případě efektivní, a komunikace mezi vedením a oběma organizacemi je nastavená správně. Nyní nás čeká vyjednávání o kolektivní smlouvě.

**Zdůraznil jste, že o zaměstnancech chcete pečovat i po stránce**



**jejich psychologické podpory. Jak?**

V tuto chvíli vybíráme kolegy, kteří budou ochotni vstoupit do kurzu SPIS, tedy systému psychosociální intervenční služby (školení záchranářů, kteří mohou svým kolegům na vyžádání poskytovat psychosociální pomoc – pozn. red), což je standardizovaný kurz pro záchranné služby. Inspirací nám byla ZZS Středočeského kraje. Zatím se do kurzu nikdo nepřihlásil, ale jakmile se přihlásí, zaregistrujeme se a ihned kurz zavedeme.

**Jak se věnujete ochraně posádek před napadením?**

V povinné výbavě výjezdových skupin máme standardně zařazen pepřový sprej a ve vozích máme nouzovou signalizaci. Novinkou a třetím bezpečnostním prvkem je radiostanice Matra v každé výjezdové skupině. Funguje v součinnosti s integrovaným záchranným systémem a má také nouzové tlačítko, jímž se aktivuje celý záchranný systém. Aktivovaní tísň se pak vždy musí dořešit. Dozorový systém je v dílce policie.

Naše výcvikové a vzdělávací středisko čeká v tomto roce organizační změna, protože vedoucí střediska se rozhodl ve své pozici ke konci roku skončit. Trénink psychologické ochrany a komunikace s případným násilníkem i nácvik fyzické ochrany bude spadat do jednoho z kurzů, které budeme v našem středisku provozovat. Zatím nevím, zda půjde o spolupráci se speciálními útvary policie, nebo armády. Na vedení střediska bude vypsan konkurz a jedním z úkolů nového vedoucího bude tento kurz rozjet. Dominantním kurzem nebude sebeobrana, ale psychologický trénink – cesta jak vyvážit převahu agresora a správně

ho z agrese vyvést, a to prostřednictvím komunikace. Nebudeme vyrábět bojovníky.

**Vylepší se vybavení posádek osobní elektronikou?**

Ano. Praha má v tomto ohledu velký dluh. Jsme sice lídři v oboru v rámci ČR i Evropy, ale už jsme jediní, kdo záznam dokumentace neprovádí elektronicky. Od snahy zavedení tabletů do vybavení posádek došlo na pražském magistrátu k několika výměnám ředitelů IT. Projekt se bude tento rok současně řešit, půjde o velké výběrové řízení v objemu 30 milionů korun. Na podzim 2016 by měl startovat pilotní projekt. Předpokládáme jeho zavedení v roce 2017.

**Jak tedy nyní probíhá záznam do dokumentace?**

Na místě zásahu ji vypisujeme ručně a na základně se poté dokumentace přepisuje do systému vyúčtování zdravotním pojišťovnám. Zápis do počítače na místě události bude pro nás i nemocnice velkým zjednodušením.

**Určitě i zpřesněním, přepisování zvyšuje chybovost...**

Pocházím z oblasti řízení kvality, takže vím, že čitelnost je i v souvislosti s vyhláškou o zdravotní dokumentaci ve zdravotnictví obecně velké téma. Dobrá kvalita záznamu nás přitom chrání, když pacienta odevzdáváme do cizích rukou. To, že jsme poslední, kdo tablety v posádkách nemá, mi vadí. Na druhou stranu máme naději, že v systémech už naši kolegové z jiných záchranných vyčtyli chyby, kterým my se na jejich doporučení vyhneme a vysoutěžíme velmi kvalitní produkt. Všude na záchranných si systém doprogramovávají, u nás už by mělo být změn co nejméně.

**Jaká je dnes situace v oblasti předávání pacientů do nemocnic?**

Uklidnila se. Spolupráce s nemocnicemi si velmi vážím. Poskytování přednemocniční péče znamená tři sta výjezdů denně a za minulého půl roku jsme řešili asi jen 15 problémových příjmů. Když před Vánoci Nemocnice Na Františku zavřela neurologii a internu, informovali jsme o tom sami všechny ostatní nemocnice. Upozornili jsme je na přibližný počet pacientů

dle předchozího roku a poté jsme nezaznamenali komplikace.

**Takže intervence ministra zdravotnictví v tomto ohledu pomohla?**

Ano. Po jednání na ministerstvu zdravotnictví byla naším prvním krokem prezentace uzavírek, které nám jednotlivé nemocnice písemně hlásí, směrem k ostatním zařízením. Nemocnice se pak mezi sebou mohou domluvit, zda je účelné uzavřít souběžně dvě koronární jednotky. To by neměla řešit záchranka, ale jednotlivá zařízení v rámci kolegiální. Většinu nemocnic znám a pracoval jsem na různých mechanismech zprůchodnění urgentního příjmu v Motole, kde jsem jako lékař v minulosti působil. I tyto informace jsem ostatním nemocnicím poskytl a doufám, že pomohly. Navíc nyní Thomayerova nemocnice a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze připravují výstavbu urgentních příjmů, takže myslím, že vcházíme do dobré doby.

**Ještě k činnosti ministerstva, úhradová vyhláška byla letos představena s předstihem, nad úhradou zdravotní péče záchranné služby se segment s ministerstvem dohodl. Jak budete letos hospodařit, jste například připraveni na navýšení tarifních platů o 5 procent?**

Vyjednávání nad úhradami je úspěchem Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. Ale u nás je jakýkoli výjezd dotován. My hovoříme o tom, o kolik se dotace sníží, když vyúčtujeme péči zdravotním pojišťovnám. Je fajn, že se cena bodu posunula v náš prospěch, ale pořád jsme dotovanou službou a bodově je záchranná služba hrazena z 51–53 procent. Navýšení platů máme připravené a platové výměry jsou vydány.

**Jak úspěšní jsou záchranáři v poskytování péči?**

Praha vychází díky krátkým dojezdovým časům dlouhodobě velmi dobře v resuscitacích, a to i celosvětově – jsme pod sedmi minutami. Loni v Praze v rámci kongresu European Resuscitation Council seděla Česká resuscitační rada, tam zveřejněné statistiky předchozích let vycházely pro Prahu zcela excelentně a v roce 2015 se to nezmění-

lo. Počet výjezdů stále roste kvůli centralizaci zaměstnanosti nebo nastartování cestovního ruchu. Každý rok se počty ošetřených zvyšují o jednotky procent. Do budoucna ale může krátké dojezdy zhoršit budování různých tramvajových pásů na pražcích a s travními plochami, čímž přicházíme o střední průjezdovou cestu, kam kromě tramvají a nás nikdo nesměl jezdit. Navíc v pruzích vpravo jsou tzv. dopravní šikany a sloupky „boch“ (bezpečnostní ochrana chodce), ty jsou dnes na každém kroku a svou funkci plní, ale prorazíte o ně pneumatiku, protože v zúženém pásu auta nemají kam uhnout. Cesta od Prašného mostu na Petřiny je takto zúžená, lemovaná „bochy“ a tramvaje jezdí na pražcích, takže pokud nebudeme jezdit kolejevími vozidly, nemáme moc šanci přijet včas. Trochu se obávám, aby se v dojezdových časech za rok 2016 tato situace negativně neprojevila. I s ohledem na to, že máme na Petřinách výjezdovou základnu. Také proto již uvažují o jiné, průchodnější lokaci.

**Uvažuje se o návrhu odlišit běžné zdravotnické dopravce od vozů záchranné?**

Dosud nedošlo na novelizaci zákona o zdravotních službách, jeho návrh půjde nyní do připomínkového řízení. Odlišení výstražných a signalizačních zařízení (barevné odlišení výstražných světel, typ sirény) je téma, které bych za pražskou záchrannou službu rád uvedl. Pokusíme se soustředit toto úsilí v rámci asociace, ale zkušenosti s prosazováním takových změn jsou velmi negativní. Nekáže ze strany dopravců je obrovská. Jsem přesvědčen, že cestování na maják u dopravních zdravotních společností nemá s indikací na užití majáku z 80–90 procent vůbec nic společného, a pokud ano, jde o tři případy ročně. Signalizace se zneužívá ke zrychlení dopravy a převozu více pacientů za časovou jednotku.

**V čem vám to tedy nejvíce vadí?**

V tom, že nás řidiči nerozliší. Pokud my máme 300 výjezdů, plus něco od středočeské záchranky a hasičů a policie, siréna by nemusela zaznít tak často a Praha by mohla být celkem klidná. Ale zdravotnických dopravců, kteří používají při neprůjezdnosti městem maják, je obrovské množství, a tak Praha houká nonstop. Řidič, který tráví v autě víc času, nerozliší důležitost jednotlivých vozů. Dovedu si představit zóny, kde by platil zákaz používání výstražných zařízení, postačila by světelná signalizace.

připravila Petra Klusáková

# Jak správně vykazovat administrativní činnosti



## PORADNA Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

*Kontrola dat v informačním systému VZP a činnost revizních lékařů často odhalí nesprávné vykazování některých kódů výkonů. Pojišťovna pak neoprávněně vyplacené částky zpětně odečítá. Jakých chyb je třeba se vyvarovat při vykazování administrativních činností?*

V poslední době revizní lékaři VZP např. zjistili plošně **nesprávné vykazování zdravotního výkonu s kódem 01040 (podrobný výpis z dokumentace)**. Tento problém se týká jak praktických lékařů (odbornosti 001 a 002), tak stomatologů (odbornost 014) a ambulantních gynekologů (odbornost 603).

### Obsahem výkonu 01040 je především:

1. prostudování dokumentace pacienta
  2. pořízení kopie dokumentace nebo výpisu z dokumentace v rozsahu potřebném pro zajištění kontinuity poskytovaných hrazených služeb
  3. zaslání výpisu nově registrujícímu poskytovateli.
- Čas výkonu je 30 minut, ohodnocen je 120 body.

V praxi je určen pro situace, kdy pacient přechází k jinému registrujícímu lékaři. V SZV je výslovně uvedeno: „Administrativní úkon registrujícího lékaře při předávání pacienta jinému registrujícímu lékaři“. **Úhrada výkonu s kódem 01040 je proto odmítnuta ve všech případech, kdy nedojde ke změně registrace pacienta.** Výkon 01040 není určen k vykazání činností spojených s běžnou administrativou, tyto úkony jsou součástí klinického vyšetření.

### Vydání lékařské zprávy vykazat nelze

Zpracování a předání lékařské zprávy **nelze samostatně vykazovat** k úhradě z veřejného zdravotního pojištění, tato činnost je zahr-



MUDr. Zdeňka Salcman Kučerová, MBA,  
ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče

### nuta do výkonů klinických vyšetření.

Zprávu o poskytnutých zdravotních službách má poskytovatel zdravotních služeb povinnost předat registrujícímu praktickému lékaři, pokud je mu znám, a na vyžádání samotnému pacientovi nebo zdravotnické záchraně službě. Má též povinnost předat potřebné informace o zdravotním stavu pacienta jiným poskytovatelům zdravotních nebo sociálních služeb, pokud je to nezbytné pro zajištění návaznosti zdravotní nebo sociální péče o pacienta. Pokud lékař zprávu nezpracuje a nepředá, ztrácí ná-

rok na úhradu provedeného klinického vyšetření, které vykáže pojišťovně k úhradě. **Sepsání lékařské zprávy je povinnou součástí každého klinického vyšetření, a pokud by nebylo provedeno, nemůže být výkon zdravotní péče uhrazen.** To vyplývá z vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Lékař se navíc tím, že nepředá zprávu o poskytnutých zdravotních službách praktickému lékaři nebo ji na vyžádání pacientem nevyhotoví, případně nepředá

potřebné informace jiným poskytovatelům zdravotních služeb, dopouští správního deliktu. Za ten lze uložit pokutu až do výše 100 000 Kč.

### Kontakt bez kontaktu s pacientem?

Nadprodukcí jiných výkonů neodhalí informační systém, ale až provedená fyzická kontrola, nebo na ni upozorní přímo pojištěnci. Konkrétně u výkonu **09511 (minimální kontakt lékaře s pacientem)** pracovníci VZP při revizích v podstatě náhodně zjišťují, že sice existuje zápis v dokumentaci, ale výkon byl vykázán neoprávněně – bez klinického kontaktu, bez fyzické přítomnosti pacienta v ordinaci a jeho fyzikálního vyšetření. Čas výkonu je 5 minut a představuje 20 bodů.

Ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je přitom uvedeno, že obsahem výkonu je mj. anamnéza cíleně zaměřená k následující diagnostické nebo léčebné péči, zhodnocení subjektivních obtíží, poskytnutí odpovídajících informací, sepsání lékařské zprávy včetně předpisu léčivých přípravků nebo zdravotnických prostředků, administrativní činnost spojená s výkonem a zápis o celém postupu do dokumentace. Vykazuje se tak kontakt lékaře s pacientem před diagnostickým nebo terapeutickým výkonem, pokud nebyl naplněn obsah

výkonu kontrolního vyšetření.

### Kdy vykazovat konzultaci a edukaci

Výkon s kódem **09513 (telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem)** bývá také dosti často zneužíván. Čas tohoto výkonu je 10 minut a představuje 40 bodů. Opět náhodně – často na základě podnětu klienta po prostudování přehledu vykázané péče – bývá zjišťováno, že žádná „telefonická konzultace“ neproběhla. Výkon s kódem 09513 nelze vykázat ani v souvislosti se zasláním SMS zprávy pacientovi. Je třeba také připomenout, že výkon 09513 lze vykázat pouze ambulantně; je agregován do ošetřovacího dne. Stejně tak je možno vykázat pouze ambulantně výkony **09523 (Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou) a 09525 (Rozhovor lékaře s rodinou)**. Oba jsou ohodnoceny 120 body a mají čas výkonu 30 minut. I v rámci ambulantní péče je však možno je vykázat jen za určitých podmínek. Edukační pohovor je hrazen pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně ve zdravotnické dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce. Rozhovor lékaře s rodinou může být hrazen na jednoho pojištěnce ve věku do 15 let maximálně 2x ročně, u dospělého 1x ročně po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci. V rámci lůžkové péče jsou tyto výkony agregovány do ošetřovacího dne.

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

## Z DOMOVA

# Úhrada odbornosti adiktolog

Česká asociace adiktologů spolu s Asociací poskytovatelů sociálních služeb a Společností pro návykové nemoci ČLS JEP v průběhu roku 2015 vyjednala se třemi zdravotními pojišťovnami úhradu zdravotní péče poskytovanou adiktologem pro sedm adiktologických ambulancí.

Samostatná nelékařská zdravotnická odbornost „adiktolog“ se zabývá zejména prevencí a léčbou škod působených užíváním návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, a problémy působenými hazardní hrou včetně patologického hráčství. „Jedná se o mladou odbornost, která byla

zatím nasmlouvaná pouze pilotně ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Požadavek asociací vycházel ze zvyšující se poptávky po komplexním spektru adiktologických služeb, a to s cílem eliminace rizik a akcentace ambulantní péče a léčby, což je ve výsledku šetrný přístup nejen pro klien-

ty, nýbrž i pro samotné zdravotní pojišťovny,“ uvedl pro redakci ZaM prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS) Jiří Horecký. Jak dodal, podařilo se dosáhnout kompromisu, kdy byla s omezeným počtem sedmi poskytovatelů adiktologických služeb uzavřena smlouva.

## Ambulance chybí

Česká asociace adiktologů bude po zhodnocení počáteční fáze usilovat o rozšíření počtu takto nasmlouvaných ambulancí.

Jak připomněl předseda Asociace adiktologů Ondřej Sklenář, před rokem 1990 byla léčba uživatelů všech typů psychoaktivních látek zajišťována ve státních zdravotnických zařízeních – protialkoholních poradnách (později tzv. AT ambulancích – ordinacích pro alkoholismus a jiné toxikomanie) a v lůžkových zařízeních oboru psychiatrie, a to převážně psychiatry a lékaři s certifikovaným kurzem v oboru „návykové nemoci“. „Dnes můžeme s jisto-

tou konstatovat, že lůžková zařízení změnu režimu přežila, ambulancí není fada privátních psychiatrů ochotna z různých důvodů péči v oboru adiktologie systematicky poskytovat, přestože ji má s plátcí zdravotní péče ujednanou smluvně. Na jednu stranu se není čemu divit, pokud má dnes psychiatr na pacienta v průměru 2,5 hodiny za rok, ordinace jsou přeplněné a adiktologická klientela je náročná a v mnohých ohledech komplikovaná. Na druhou stranu není možné tento stav akceptovat a pacienti se závislostí odsunout na druhou kolej. To je pro nás nepřijatelné,“ uvedl předseda Sklenář. Jak dodal, obor adiktologie doznal v posledních 20 letech různorodého vývoje, vedle nových typů služeb se změnil i přístup k uživatelům psychoaktivních látek. „Absenci lékařských služeb částečně nahradily služby s úzkou vazbou na místní komunitu – kontaktní a poradenská centra, terénní

programy, terapeutické komunity, doléčovací programy zřizované pracovníky nestátních organizací, převážně však jen pro uživatele nelegálních drog. Ze zorného pole ‚vypadly‘ dvě největší skupiny – kuřáci a alkoholici. Původní bio-medicínský přístup byl nahrazen bio-psycho-sociálním s větší poptávkou po kontaktní práci s pacientem, minimalizaci rizik, sociální práci, psychoterapii, substituční léčbě a podobně. Do péče o klienty se zapojili pracovníci nezávislých profesí – psychologové, sociální pracovníci či speciální pedagogové. Vznikaly nové, dosud chybějící služby, jež se postupně plně profesionalizovaly,“ popsal Ondřej Sklenář trendy posledních let s tím, že síť služeb je nedostatečně koordinována a vyžadována a její disproporce se projevují nedostatečnou návazností, podfinancováním, v některých oblastech úplnou absencí.

S poskytováním péče odbornosti adiktologa podle Jiřího Horeckého v budoucnu počítá i ministerstvo práce a sociálních věcí, které se v připravované novele zákona o sociálních službách chystá rozšířit § 36a, tj. poskytování zdravotních služeb v rámci registrované služby sociální o adiktologické služby. (klu)

## Typy specializovaných ambulantních služeb

- Adiktologická ambulantní služba lékařská (tzv. lékařská ordinace pro návykové poruchy)

- Adiktologická ambulantní služba zdravotnická nelékařská (adiktologická ambulance)

- personální podmínky: vedoucí adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí); doporučené: sestra, psycholog, doplnění nezdravotnickými profesemi, zejména sociálním pracovníkem

- Adiktologická stacionář

- personální podmínky: vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, eventuálně s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí nebo klinický psycholog nebo adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem nebo lékařem s certifikovaným kurzem v oboru návykových nemocí); doporučené: sestra, doplnění nezdravotnickými profesemi, zejména sociálním pracovníkem

(Zdroj: Ondřej Sklenář)

# Počátek sítě ambulantní adiktologie

Předseda České asociace adiktologů Mgr. Ondřej Sklenář pro naši redakci popsal výsledky vyjednávání asociací se zdravotními pojišťovnami nad úhradami odbornosti 919 – adiktolog.

**Česká asociace adiktologů spolu s Asociací poskytovatelů sociálních služeb a Společností pro návykové nemoci ČLS JEP vyjednala se zdravotními pojišťovnami úhradu zdravotní péče poskytovanou adiktologem. Jakých konkrétních výsledků asociace dosáhly?**

V České republice je dnes poměrně dobře dostupná a adekvátně zajištěna rezidenční péče pro pacienty s adiktologickou poruchou, a to formou ústavní střednědobé léčby, většinou v rámci sítě psychiatrických nemocnic. Vedle toho je však dlouhodobě pro tuto skupinu pacientů naprosto nedostatečně zajištěna ambulantní (tedy ambulantní léčba a doléčování) a stacionární péče, která je navíc u řady pacientů efektivnější a samozřejmě finančně méně náročná.

Náš návrh pro rok 2016 spočíval ve vytvoření jakési základní krajské sítě. Tedy zhruba 15 adiktologických zařízení s tím, že každý rok budou přibývat další. Zdravotní pojišťovny nakonec přistoupily na poloviční rozsah, tedy zhruba prv-

ních 7 smluv v letošním roce. Předpokládáme, že v každém zařízení bude adiktolog na jeden celý úvazek. Každé pracoviště poskytuje zdravotní službu v souladu s platnými podmínkami pro úhradu výkonů z veřejného zdravotního pojištění dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění. V případě adiktologa se jedná o celkem 6 zdravotních výkonů zaměřených na prevenci a léčbu návykových nemocí.

**Kde byly tyto specializované ambulance letos otevřeny? Smlouvy pro odbornost adiktologa již byly uzavřeny?**

Adiktologické ambulance, kterých je v ČR kolem dvaceti, již fungují, některé od loňského roku, jiné ještě déle. Všeobecná zdravotní pojišťovna si vybrala pouze sedm z nich, kde bude tuto péči hradit. Jedná se o vybrané ambulance v Praze, Středočeském, Ústeckém, Královéhradeckém, Jihočeském, Olomouckem a Jihomoravském kraji. Dle informací z ústředí VZP je nyní další postup v režii regio-

nálních poboček VZP. Věřím, že smlouvy budou uzavřeny během ledna, ale přesné informace z regionů o aktuálním stavu nemám.

**Lze závěry těchto jednání považovat za začátek vzniku sítě adiktologických ambulancí na krajské úrovni?**

Pevně věřím, že je to začátek vzniku systematické a provázané sítě služeb, ale než se tak skutečně stane, ještě nějaký to čas potrvá. Vzhledem k rozsahu cílové populace (v ČR jsou 2 miliony kuřáků, půl milionu osob škodlivě užívajících alkohol, 45 tisíc problémových uživatelů pervitinu a opioidů, 80 tisíc patologických hráčů...) by měla existovat vždy jedna adiktologická ambulance na území o velikosti okresu pro dospělé pacienty a vedle toho jedno zařízení na území kraje specializované na klientelu dětí a dospívajících (do 18 let).

Co se týká stacionární péče, navrhujeme jedno zařízení na území kraje. Nepředpokládáme, že všichni potenciální pacienti začnou ihned navštěvovat adiktolo-

gické služby. Jejich dostupnost je ale jedním ze základních principů včasného zachytu těchto pacientů, kteří se pak často dostávají do ústavní léčby až s rozvinutou závislostí a mnohočetnými zdravotními, sociálními a ekonomickými problémy. Pak je však jejich léčba komplikovanější a z ekonomického pohledu mnohem nákladnější.

**Odhadnete, o kolik pacientů by ambulance pečovaly?**

Cílovou skupinou pacientů služeb adiktologické ambulance jsou podle MKN-10 osoby, které trpí poruchami, jež byly vyvolány užíváním jedné nebo více psychoaktivních látek (F10–F19), patologickým hráčstvím (F63.0), dalšími obdobnými poruchami a/nebo abúzem látek nevyvolávajících závislost (F55). Jejich zdravotní stav a sociální situace v důsledku užívání psychoaktivních látek/patologického hráčství vyžaduje odbornou péči. Velmi často se pak v klinické praxi jedná o sociálně problematickou klientelu s obtížnou spoluprací, s nízkou tolerancí

ostatními pacienty i nepoučenými pracovníky. Na druhou stranu mají specializované odvykací programy relativně náročnou strukturu a vyžadují poměrně vysoký stupeň kooperace pacienta a stabilitu jeho zdraví.

Ambulantní adiktologické služby jsou různorodé a jejich profil vychází z místních potřeb a podmínek. Abych uvedl příklad. Naprosto odlišná situace je v Praze, kde je veliký rozsah už jen takzvaného problémového užívání ilegálních drog a „uživí“ se zde adiktologická ambulance zacílená pouze na problémové uživatele ilegálních drog (v Praze jde o 10 tisíc osob) či ambulance specificky cílená pouze na alkoholiky a podobně. Jiná situace pak bude v okresním městě s 30 tisíci obyvateli, kde bude adiktologická ambulance poskytovat péči všem – od uživatelů alkoholu přes gamblery až po kuřáky a uživatele pervitinu. Pokud se budeme bavit v konkrétních číslech, v situaci kdy se jedná o adiktologickou ambulanci v krajském městě, lze odhadovat počet pacientů během jednoho roku mezi 250 až 300 osobami, u ambulance okresního formátu zhruba do 200 pacientů. V roce 2016 by se tak mohlo jednat o zhruba 1500 pacientů v rámci nově nasmlouvaných adiktologických zařízení.

připravila Petra Klusáková

# Královéhradecký kraj dá svým nemocnicím 100 milionů

Rada Královéhradeckého kraje schválila návrh na vyrovnávací platby za poskytování veřejné služby na rok 2016. Krajským nemocnicím poskytne v letošním roce 100 milionů korun.

Je to o 26 milionů méně než v minulém roce. Návrh ještě musí schválit krajské zastupitelstvo.

## Lepší hospodaření

Podle krajské radní pro zdravotnictví Jany Třešňákové je příčinou nižších vyrovnávacích plateb lepší hospodářská kondice krajských nemocnic. „Všechny nemocnice se nám podařilo dostat v roce 2015 do černých čísel. Pro letošní rok nám nahrává i zvýšení úhradové vyhlášky, která má

ale z větší části pokrýt plánované 5procentní zvýšení mezd zaměstnanců krajských nemocnic. V případě, že by tyto prostředky nestačily, necháváme si v rozpočtu ještě 30 milionů korun jako rezervu,“ uvedla radní v tiskové zprávě.

## Nemocnice bez dluhů

Předběžné odhady mluví o hospodaření nemocnic Královéhradeckého kraje za rok 2015 pozitivně. „Velmi předběžně hospodářské

výsledky ukazují, že všechny krajské nemocnice vytvořily za rok 2015 zisk 25 milionů korun. Finální výsledky budeme mít až v pololetí po vypořádání se zdravotními pojišťovnami,“ řekl předseda představenstva Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje Miroslav Procházka. Doplnil také, že během posledního půlroku se nemocnicím podařilo vymazat takřka všechny krátkodobé závazky.

(ISO)

## Krátce z regionů

### • ZS Libereckého kraje má nový tísňový systém

Od začátku roku zajíždí Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje (ZZS LK) nový informační systém, prostřednictvím kterého přijímá tísňová volání na lince 155 a řídí své výjezdové skupiny. Záchranná služba nyní disponuje také novými vozy. Součástí modernizace je i přestěhování ZZS LK do nových prostor v areálu Krajské nemocnice Liberec. Modernizaci záchranky kraj odstartoval v roce 2011 za pomoci spolufinancování EU prostřednictvím Integrovaného operačního programu, výzvy č. 11. „V současné době probíhá nastavování a ladění systému a také školení operátorů a výjezdových skupin pro používání nových technologií. Spuštění systému je plánováno nejpozději 1. února 2016,“ uvedl ředitel ZZS LK Vladimír Hadač. Systém byl vyčíslen na 33 milionů korun, dotace by měla činit 25,4 milionu. Projekt spadá do celonárodní koncepce Ministerstva vnitra ČR, která se snaží sjednotit informační systémy a navazuje na Národní informační systém integrovaného záchranného systému, se kterým budou nové systémy záchranné služby technologicky provázány.

### • Nemocnice v Karlových Varech dokončuje centralizaci

Společný projekt Karlovarské krajské nemocnice a Karlovarského kraje na centralizaci lékařské péče v nemocnici, který zahrnuje rekonstrukci a rozšíření hlavního pavilonu B, se blíží ke konci. Do nového pavilonu se z již nevyhovujících budov L a M stěhuje oddělení ORL, dětské oddělení a infekční oddělení. „Pacientům

a zdravotníkům dětského, infekčního a ORL oddělení budou sloužit přistavěné moderní a kvalitně vybavené prostory rekonstruovaného pavilonu B, který je propojen s pavilonem akutní medicíny,“ uvedl hejtmán Martin Havel. Celkové náklady na modernizaci činí 129 milionů, z toho 85 milionů tvoří dotace Regionálního operačního programu ROP Severozápad, zbytek uhradí kraj ze svého rozpočtu. „Jsme rádi, že se povedlo realizovat tento projekt, o který naše nemocnice usilovala již delší dobu. Centralizace je především benefitem pro naše pacienty, kterým je péče poskytována v těsné vazbě na hlavní budovu, kde je diagnostika nebo jednotky intenzivní péče,“ uvedl generální ředitel Karlovarské krajské nemocnice Josef März.

### • KNL chce stipendia pro absolventy

Krajská nemocnice Liberec (KNL) chce studentům Technické univerzity v Liberci (TUL), kteří odpracují více hodin praxe, než je stanoveno, a zavází se, že po ukončení studia nastoupí do liberecké nemocnice, nabídnout smlouvu o vyplácení stipendia. Na setkání akademické obce Ústavu zdravotnických studií (ÚZS) to uvedl generální ředitel nemocnice Luděk Nečesný. „Ve zdravotnictví je akutní problém s doplňováním personálu. Potřebujeme víc personálu na všech odděleních a absolventi Ústavu zdravotnických studií jsou velmi dobře připraveni. Během své povinné odborné praxe se většina z nich skvěle osvědčuje. Bohužel jich k nám nastupuje méně, než bychom chtěli,“ dodal. Podle ře-

ditele skončila nemocnice rok 2015 se zhruba 50milionovým ziskem. Luděk Nečesný vyzval studenty ÚZS, aby absolvovali v nemocnici kromě povinné odborné praxe další hodiny dobrovolně, za které jim nemocnice dobře zaplatí. Nabídka platí pro studenty oboru „všeobecná sestra“ i pro obor „biomedicínská technika“. Špičkové vybavení nemocnice podle něj vyžaduje údržbu na vysoké technické úrovni a studenti se mohou zapojit do práce oddělení zdravotnické techniky. Nabídku rozšíření praxe podporuje i rektor TUL Zdeněk Kůs.

### • Frýdecko-místecká nemocnice rozšířila oddělení následné péče

Nemocnice ve Frýdku-Místku otevřela novou lékárnu a oddělení následné péče s dalšími 30 lůžky. Přestavba lékárny stála 7,7 milionu korun, zřizovatel nemocnice Moravskoslezský kraj přispěl téměř 3 miliony. Bylo také rozšířeno oddělení dlouhodobé následné péče. „Oddělení je určeno pacientům, kteří už nepotřebují akutní zdravotní péči, jejich stav je stabilizován, ale vyžadují doléčení či ošetrovatelskou/rehabilitační péči. Jedná se například o pacienty po infekčních onemocněních, se srdečním selháním či po traumatech. Tedy zpravidla křehké seniory potřebující specifický přístup, racionální lékovou politiku, zlepšení funkční zdatnosti, kognitivní rehabilitaci,“ uvedl primář oddělení Michal Bílský. Dodal také, že první část oddělení s 30 lůžky, kterou nemocnice otevřela loni v říjnu, byla okamžitě zaplněna. Náklady na rekonstrukci oddělení dosáhnu 1,25 milionu korun a jsou hrazeny z prostředků kraje.

(ISO)

Landeskliniken-Holding

IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.

## NABÍDKA VOLNÝCH MÍST ODBORNÝ/Á LÉKAŘ/KA

**Zemská klinika Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, pracoviště Gmünd** v současné době disponuje kapacitou 169 lůžek. Na klinice jsou v provozu následující oddělení: interní odd. inkl. sledování srdeční činnosti, ortopedie, chirurgie, remobilizace a odd. následní péče, anesteziologie a odd. intenzivní péče, stejně jako institut zobrazovací diagnostiky.

**Zemská klinika Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, pracoviště Gmünd** stejně jako 26 dalších pracovišť kliniky jsou právními subjekty Dolnorakouské země. Provoz klinik je řízen holdingem Dolnorakouských zemských klinik. Jsme moderní a dynamické zdravotní zařízení kladoucí důraz na potřeby pacientů. Kromě toho nabízíme inovativní pracovní prostředí, které se vyznačuje dobrou pracovní atmosférou, a svým zaměstnancům a zaměstnankyním nabízíme široké možnosti rozvoje.

S okamžitou platností nabízí **Zemská klinika Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, pracoviště Gmünd** následující pracovní místo:  
**interní lékař/ka**

### Nabízíme Vám:

- odborný růst
- inovativní, pestrá a náročnou činnost v týmu
- možnosti osobního růstu a rozvoje
- možnost konsekventního odborného a osobního vzdělávání (vzdělání, další vzdělávání)
- smluvní pracovní poměr dle Dolnorakouského zákona o nemocničních lékařích 1992 (NÖ Spitalsärztegesetz 1992)
- roční hrubý příjem € 73.144,00, v závislosti na individuálně započitatelné předchozí praxi stejně jako v závislosti na profesní kvalifikaci a zkušenostech

Aplikace týkající se dolnorakouského zákona o rovnoprávném zacházení je pro nás samozřejmá ([www.noel.gv.at/gleichbehandlung](http://www.noel.gv.at/gleichbehandlung)). V oblastech s podílem žen pod 45 % je nabízena podpora.

Těšíme se na Vaše žádosti o práci na internetových stránkách: <http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> ([www.noel.gv.at](http://www.noel.gv.at) → menu Jobs)  
Bližší informace ohledně pracovních míst a žádostí o práci najdete na internetových stránkách: <http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> ([www.noel.gv.at](http://www.noel.gv.at) → menu Jobs)

Odborné informace Vám podá vedoucí oddělení interní medicíny, vrchní lékař Dr. Elmar Wiesinger, na tel. č. +43(0)2852/9004-0, vedoucí pobočky pro oblast lékařské péče, prim. Dr. Michael Böhm, na tel.č.: +43(0)2852/9004-0 stejně jako lékařský ředitel, prim. prof. univ. – doc. Dr. Manfred Weissinger, na tel.č.: +43(0)2822/9004-8001.



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

## Z DOMOVA

# Nová právní úprava i temné stíny klinických hodnocení

Pozitivní informaci o schvalování novely zákona o léčivech, která vylepší legislativní prostředí klinického hodnocení humánních léčivých přípravků, následovala tragická zpráva o úmrtí dobrovolníka v průběhu klinického testování nového léku ve Francii.

Zákon o léčivech schválila vláda 13. ledna a legislativa nyní míří do sněmovny. Vedle reexportů (viz viz str. 2) má zákon vylepšit legislativní prostředí klinického hodnocení, které na evropské úrovni řeší nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 536/2012. „Čeští pacienti dostávají díky klinickým hodnocením přístup k nejmodernější léčbě. Vědecké týmy prostřednictvím těchto studií získávají nejnovější poznatky a cenné zkušenosti. Provádění klinických hodnocení zvyšuje prestiž České republiky ve světě vědy a výzkumu. Proto chceme klinické studie jednoznačně podpořit, což můžeme z naší pozice udělat právě přípravou lepšího právního prostředí pro firmy, které se zájmem o provedení studií v České republice přicházejí,“ vysvětlil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

## Jednotná etická komise

Právní úprava zjednotí postupy při schvalování i samotného provádění klinického hodnocení. Žádost o povolení klinického hodnocení bude dle zákona i nadále vyřizovat Státní ústav pro kontrolu léčiv

(SÚKL). Ten zajišťuje odborné i etické posouzení žádosti. Etické schvalování ale nebude nadále zdlouhavé kvůli dvoustupňovému posuzování multicentrickými a lokálními etickými komisemi, protože bude zřízena centrální etická komise složená z odborníků na jednotlivé zdravotnické obory a zástupců pacientů. Právě zdlouhavý schvalovací proces dosud start nových studií u nás nejvíce brzdil.

Zájem o klinická hodnocení v ČR farmaceutické společnosti ale stále mají. „Výrobci originálních přípravků do klinického hodnocení v ČR ročně investují 2 miliardy korun. V rámci systému zdravotnictví jde o významnou investici s vysokou přidanou hodnotou. Pro nemocnice je to šance spolupracovat na nejaktuálnějším světovém výzkumu a díky kvalitním lékařům i úrovni českých nemocnic je ČR v počtu klinických hodnocení nejen lídrem střední Evropy, ale snese i porovnání se světovou velmocí klinického hodnocení – Velkou Británií,“ uvedl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu Jakub Dvořáček.

## Kritický okamžik

Jen tři dny před tím, než česká vláda novelu zákona schválila, postihla oblast klinického hodnocení kritická událost, která opět otevřela téma možného rizika, jež pacienti při zkoušení léků podstupují. Fáze I (na zdravých dobrovolnících) klinického testování přípravku BIA 10-2474, který měl ovlivňovat neurologické a psychiatrické patologie, skončila tragédií – jeden pacient zemřel a další čtyři postihla nevratná poškození mozku. Pro portugalskou farmaceutickou společnost Bial smluvně zajišťovala testování látky společnost Biotrial. K problému došlo u třetí skupiny dobrovolníků, kterým byla podána nejvyšší testovaná dávka. U prvního dobrovolníka, který byl v těžkém stavu týden hospitalizován v Univerzitní nemocnici v Remeši, nastala 17. ledna mozková smrt. Čtyři další účastníci utrpěli nevratná poškození mozku.

Evropská federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA) v souvislosti s tragédií oznámila, že nebude nad případem spekulovat a s komentářem počká do té doby, kdy bude přesně zjiště-

no, co situaci způsobilo. „Je třeba zdůraznit, že nepříznivé reakce na zdravé dobrovolníky jsou velmi vzácné. V Evropě nyní probíhá 8 tisíc zkoušek a všechny podléhají přísnému schvalování etickými komisemi i odbornými lékovými ústavy,“ uvedla EFPIA. Jak pro naši redakci dodal Jakub Dvořáček, z povahy vlastního výzkumu nelze nikdy zcela odstranit rizika, která jakýkoli výzkumný proces přináší a která jsou závislá i na dosud neobjevených a nepoznaných skutečnostech jak na straně léčiva samotného, tak na straně dobrovolníků v klinickém výzkumu, kteří před zahájením studie podepisují informovaný souhlas.

## Když vývoj končí

Jak pro naši redakci uvedl statutární ředitel společnosti Infopharm Josef Suchopár, experimentální lék BIA 10-2474 dosud patřil mezi potenciální léky, které mohou ovlivňovat endogenní agonisty působící na kanabinooidních receptorech, což by lék předurčovalo k řadě případných indikací, počínaje léčbou bolesti a konče snižováním tělesné hmotnosti. „Podle zpráv, které

mám k dispozici, nelze zatím vysvětlit, co vedlo k tragickým koncům, neboť mechanismus účinku (inhibice hydrolázy amidů mastných kyselin) studovaného léku není zásadně odlišný od jiných látek, které již byly podávány ve fázi I klinického zkoušení, nebo dokonce ve fázi II až III klinického zkoušení. V každém případě vývoj tohoto léku podle mého názoru skončil,“ uvedl ředitel Suchopár a dodal, že se tragické případy vzácně stávají. Připomněl například událost z roku 1992 s fialuridinem – antivirotikem tehdy způsobilo poškození jater a následnou smrt pěti pacientů – nebo tragédii z roku 2006, kdy testovaná monoklonální protilátka TGN1412 způsobila multiorgánové selhání u čtyř pacientů.

Společnost Bial, která patří k největším národním společnostem s vlastním výzkumem v Portugalsku, má v různých fázích preklinického nebo klinického vývoje další 4 léky. Jak Josef Suchopár zmínil, v ČR je jeden z přípravků (antiepileptikum eslikarbazepin) firmy Bial od roku 2009 řádně registrován Evropskou registrační agenturou.

„Právě nová evropská legislativa ke klinickým studiím by měla provádění klinických hodnocení léčiv – zejména administrativně – sjednotit a zprůhlednit, což může v širším kontextu přispět k efektivnějšímu dohledu nad hodnocením a transparentností výzkumného procesu a tím i k vyšší bezpečnosti účastníků klinických studií,“ uzavřel pro naši redakci ředitel Dvořáček. (klu)

## Spor o aplikace ukončuje závislost SÚKL na soukromé firmě

Soudní pře mezi Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) a společností Tronevia o používání softwarových aplikací donutila ústav odstihnout se od soukromé firmy a vytvořit náhradní on-line aplikace.

„Tato vláda bohužel zdědila situaci, kdy je velká část elektronické agendy historicky vázána na monopolní firmy s velmi těžce vypověditelnými smlouvami, v nichž nejsou dořešena autorská práva. Chci zde proto zdůraznit, že se v této situaci budeme chovat standardně a chránit zájmy státu a daňových poplatníků,“ komentoval závislost státního úřadu na soukromé IT společnosti ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Společnost Tronevia vytvořila v letech 2012–2014 devět informačních systémů, elektronický recept a předpis konopí jsou dvěma z nich. Sjednaná doba pro poskytování služeb servisní podpory sporných systémů užívaných ze strany SÚKL uplynula ke konci srpna 2015.

Ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta doplnil: „Již od svého nástupu do funkce ředitele jsem byl nucen řešit nepříměřenou, zatěžující a dlouhodobě budovanou závislost SÚKL na jednom z dodavatelů v oblasti informačních technologií. Není však pravdou, že by SÚKL byl touto situací paralyzován. Bezpečnost českých pacientů a dohled nad pohybem léčivých přípravků na českém trhu nejsou v žádném případě nijak ohroženy.“

## Nová aplikace on-line

Společnost se na městský soud obrátila poté, co SÚKL odmítl jednání o vypořádání autorských práv. V prosinci 2015 pak rozhodl Městský soud v Praze, že SÚKL není oprávněn provozovat služby, které umožňují pře-

depisovat a vydávat prostřednictvím elektronických receptů tzv. léčebné konopí. Ministerstvo zdravotnictví proto přistoupilo k mimořádnému opatření, které vydává na základě ustanovení § 11 písm. h) zákona o léčivech. Recepty na léčebné konopí byly na přechodnou dobu předepisovány na recept s modrým pruhem, jako je to u návykových látek.

V polovině ledna pak SÚKL spustil náhradní aplikaci pro předepisování a výdej léčebného konopí a tato je pro lékaře i lékárníky dostupná prostřednictvím webových stránek <https://erecept.sukl.cz>. Poté, co funkčnost aplikace ministerstvo prověřil, ukončí platnost mimořádného opatření (dočasného předepisování na recept s modrým pruhem). (klu)

## VZP: vyšší zálohy nemocnicím

Nemocnice dostanou letos od Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) na zálohových platbách minimálně o 5 miliard korun víc než v roce 2014 a o 2 miliardy více než loni. Pojišťovna zveřejnila také celkové výše záloh, které v období posledních 3 let nemocnicím posílala.

Meziročně, tedy při srovnání let 2015 a 2016, si polepší všech 149 nemocnic, s nimiž má největší zdravotní pojišťovna smlouvu, okomentoval mluvčí VZP Oldřich Tichý navýšení záloh, jejichž celkovou výši 70,5 miliardy stanovuje zdravotní pojistný plán VZP. Podle mluvčího se ale zálohy pravděpodobně ještě zvýší, protože vedení pojišťovny předpokládá další navýšení záloh vysoce specializovaným centřům péče pro léčbu zvláště závažných nemocí, jakými jsou například rakovina, roztroušená skleróza či Parkinsonova choroba.

„Nárůst zálohových plateb oproti roku 2014 o 7,6 procent by měl nemocnicím zajistit dostatek peněz jak na rozvoj péče o klienty

VZP, tak na slíbené navýšení plateb. V žádném případě by se také už neměly opakovat ojedinělé případy z konce loňského roku, kdy několik nemocnic tvrdilo, že už nemají na péči o klienty VZP peníze,“ uvedl mluvčí Tichý s tím, že zálohy nemocnicím se ročně zvyšují i přesto, že pacientů-klientů VZP mírně ubývá. Zatímco v roce 2014 činily zálohy 65,6 miliardy pro 5,97 milionů klientů, v roce 2015 je na celkových 70,5 miliardy záloh klientů 5,9 milionů (o 1,1 % méně). VZP vydá letos za zdravotní služby celkem 152 miliard, o něž se nemocnice dělí s ambulancním sektorem, láněmi, laboratorními a dalšími zdravotnickými zařízeními. (klu)



# Cloudy pomohou neztrácet v eHealth dech

Ředitel farmaceutické divize společnosti Sprinx Systems **dr. Jiří Stránský** o využívání dat farmaceutickými společnostmi, budoucnosti tzv. cloudových služeb, nových technologických možnostech i protipadělkové směrnicí.

## Jak nyní funguje farmaceutická divize Sprinx Systems?

Pro klienty v ČR – převážně pro farmaceutické firmy a firmy ze segmentu zdravotnických prostředků – dodáváme tři typy služeb: CRM systémy (*customer relationship management – označují se tak systémy pro řízení vztahů se zákazníky, pozn. red.*) a jejich přídatné moduly, dále datové služby (ať už zpracování vlastních prodejních dat společností nebo marketingová data čerpaná od státní správy ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv) a třetí jsou služby usnadňující firmám práci s veřejně přístupnými daty z oblastí správních řízení o cenách a úhradách. Pro tuto službu máme systém aplikací, jež v automatickém režimu nabízejí řadu informací, například automatické kontrolování změn a upozorňování na ně. Je to šikovná aplikace, kterou dnes v některé z modulových variant používá většina společností na trhu. Máme také klienty, pro něž řešíme specializované aplikace podle jejich vlastního zadání, tedy zákaznické programování či webové služby.

## Jaké produkty z těchto tří zmíněných skupin se vám nebo vašim zákazníkům nejvíce osvědčují?

U dat ze státní správy je nevyužívanější aplikace, která se jmenuje „Správní řízení“. Poskytuje možnost práce s probíhajícími správními řízeními nejen u produktů firmy samotné, ale i u jakéhokoli jiného registrovaného přípravku. Pokud jde o zpracování vlastních prodejních dat, dnes máme z místních nezávislých českých poskytovatelů na trhu největší podíl a náš systém poskytuje nejen *on-line* přístup, ale i *on-line* reporty, ať už definované předem nebo nastavitelné v reálném čase dle potřeb zákazníka. V ostatních oblastech je nejzajímavější komplexní propojení CRM systému, objednávkového systému pro transferové objednávky a zpracování dat do vzájemně propojeného systému ovládaného pomocí CRM. Systémy pak nemusejí být používány samostatně, ale klient zvolí jeden, z něhož lze přistupovat i do těch ostatních. Důležitý posun je v tom, že dnes již výhradně pracujeme v *on-line* prostředí. Aplikace v *on-line* režimu nejsou umístěny na zařízeních uživate-

lů, ale ti do nich vstupují přes uživatelské jméno a heslo. Příliš tedy nezáleží na tom, jaké zařízení máte, zda jde o telefon, tablet či PC, protože aplikaci lze používat kdekoli, kde je možnost připojení k internetu.

## Soustředíte se i na jiné zákazníky než farmaceutické a přidružené firmy?

Nyní vyvíjíme jednu variantu aplikace „Správní řízení“, která by mohla fungovat i v nemocničních lékárnách, pro něž jsou změny v úhradách zajímavé pro jejich pozitivní listy. Máme v současné době též zákazníky z oblasti zdravotnictví, kterým poskytujeme *outsourcing* IT služeb. Z hlediska vývoje aplikací se ale na lékárny nebo zdravotnická zařízení primárně nesoustředíme.

## Poskytování informací o systému úhrad od SÚKL nyní aktuálně narušil spor mezi ústavem a firmou Tronevia. Ukazuje se, jak křehký systém vlastně je. Jakou máte zkušenost se získáváním dat od SÚKL?

Pro uživatele, kteří pracují s veřejně dostupnými daty státní správy, se situace zkomplikovala v prosinci, kdy SÚKL musel na základě předběžného opatření vypnout řadu systémů pro podporu získávání, shromažďování a uchovávání dat. Díky kolegům, kteří mají u nás tuto oblast na starost, jsme na tento stav zareagovali a řada našich klientů ani nezjistila, že většina systémů na chvíli fungovala jinak. Tuto, pro naše zákazníky nepřijemnou, situaci se nám podařilo přemostit. Naše zkušenost obecně je, že pokud se státní správa rozhodne, že data budou k dispozici, není problém je získat.

## Vztahuje se vaše spolupráce na data zdravotních pojišťoven? Napadají mě například informace z pozitivních listů...

Pro některé zákazníky sledujeme i veřejně publikované informace zdravotních pojišťoven, ty ale data v nějaké ucelené podobě komerčním subjektům obvykle neposkytují. Přístup k datům plátce by měli rádi všichni. Ale chápeme a respektujeme, že data slouží pro vnitřní potřebu a jednání s většími skupinami dodavatelů nebo s poskytovateli péče, na téma její ekonomizace.

## Bez jakých dat se farmaceutické společnosti v současné době neobejdou?

Záleží na tom, co si jednotliví členové vedení od těchto dat slibují. Datová náročnost na vstupu je velmi rozdílná. Je řada lidí, kterým stačí tři čísla, a jiní, jimž nosíte velké objemy dat a kteří stále nejsou spokojeni. Obecně se firmy velmi těžko obejdou bez dat o vlastních prodejkách dle regionů. Data používají k řízení týmů, vyhodnocování výkonů marketingových aktivit. Standardně funguje, že distributoři hlásí data držitelům registrace a my ta data dle regionu zpracujeme. Když reprezentant dané firmy přijede do lékárny svého regionu, v systému si vyhledá, kolik si lékárna za poslední měsíc objednala, a sám si může vyhodnotit svou úspěšnost. Když ví, kolik lékařů v okolí lékárny je, ví také, zda se s lékaři v kontaktu, za s nimi o těchto produktech mluvil, a sám vidí výsledný efekt své činnosti. Nepostradatelná jsou také data, jež vykrešlují strukturu a chování trhu v ČR. Firma díky nim vyhodnocuje konkurenci a vývoj jednotlivých segmentů trhu.

## Kudy vede cesta k větší efektivitě elektronizace systému zdravotnictví? Má jít o koncepci svrchu, kterou (jednou snad) vytvoří ministerstvo zdravotnictví a vše zastřeší, nebo by měl odspodu, z dílčích jednotek vzniknout fungující systém?

Elektronizace je dlouhá cesta ve všech segmentech. Zejména co se týče přijetí modelu, na němž se budou všichni podílet – jeho navrhovatelé, procesní uživatelé i jeho koncoví uživatelé. Kýženým stavem je propojení pacientských dat s daty plátců a poskytovatelů, aby bylo možné posuzovat, zda v některém segmentu nevzniká problém a není třeba ho řešit. K výrazně vyšší elektronizaci zdravotnictví (protože úplná elektronizace snad ani není účelná) určitě dojde a řada dílčích kroků je již učiněná. Příkladem jsou rozsáhlé informační systémy v nemocnicích (rentgeny, laboratorní vyšetření). Zdravotní pojišťovny dlouho pracovaly na tom, aby dosáhly hladké elektronické komunikace s poskytovateli. Nejméně 80 procent fakturace mezi lékárnami, zdravotnickými zařízeními

a pojišťovnami probíhá elektronicky přes portály pojišťoven. Už nyní je úroveň propojenosti zdravotnického terénu, například lékařů první linie (praktici či ambulantní specialisté), mezi sebou a mezi komplementem určitě na významně lepší úrovni než před pěti i dvěma lety. Ale postup bude pomalý, respektive tak rychlý, jak se budou jednotliví účastníci přesvědčovat, že být součástí systému je pro ně spíše pozitivní. Státní koncepce pro obraz národního eHealth mi dává smysl. Představa, která projde smysluplnou oponenturou a všichni se na ní shodnou, je přínosná zejména ve chvíli, kdy jednotlivé systémy začínou postupně samy růst. Zde musí existovat záruka jakési předběžné dohody. Je to trnitá cesta.

## V dostupnosti a schopnosti využít technologie je například mezi farmaceutickými firmami a řadovými praktickými lékaři značná nerovnováha, nebuďte se stále prohlubovat?

Problém bude spíše v udržování technologie v aktualizovaném stavu. Pro nikoho dnes není problém koupit si počítač, ale široké a komplikované sítě, jakou elektronické zdravotnictví bude, vyžadují nejen danou úroveň technologie a zabezpečení, ale i kontinuálního vývoje. Pokud svůj počítač nebudu aktualizovat a za pět let budu mít stále stejnou úroveň zabezpečení, bude to problém. Správce obíhající eHealth bude muset data kvalitně zabezpečit, aby velké výměny dat probíhaly správně, a bude tudíž pracovat s technologiemi na úrovni doby, nebo ji bude i maličko předbíhat. Ostatní hráči mohou v tomto směru ztrácet dech a požadavku systému se pomalu vzdalovat. V tomto směru jsou velkou pomocí cloudové služby, kde není třeba mít ten nejsložitější *hardware* a *software*, stačí mít jen dostatečný výkon pro přístup k internetu. Dnes všechny představitelné služby, ať už v primární péči či lokálních nemocničních sítích, mohou být v cloudovém prostředí. Většina provozovatelů těchto serverů má mnohonásobně vyšší zabezpečení služeb než izolované počítače doma.

## Jaké novinky nás v této oblasti v nejbližší budoucnosti čekají? A co připravuje vaše společnost?



Foto: archiv Sprinx Systems

Budoucnost je určitě v cloudových službách. Co se týče medicíny, byť to dnes vypadá trochu legračně, technologicky je již dnes možné mít chytrý telefon klasické velikosti, kde si změříte jednosvodové EKG nebo analýzu krevního cukru na standardní proužek. V tuto chvíli již firmy pracují na tom, jak tento dálkový monitoring do chytrých telefonů začlenit. Je to jen otázka prolomení bariéry u plátců, kteří budou vyhodnocovat možný užitek. Otázkou zde bude také postoj operátorů a možnost vzniku na nich nezávislé sítě.

Budoucnost naší divize je ve zjednodušování života našim klientům, uvedli jsme na trh další variantu CRM systému vhodnější pro firmy prodávající zdravotnické prostředky. Do našeho objednávkového systému jsme začlenili možnost objednávání formou e-shopového katalogu s obrázkovou nabídkou, takže ten, kdo připravuje transferovou objednávku, již nemusí znát název produktu, stačí, když bude vědět, jak vypadá. Sprinx je také tvůrcem a technickým partnerem webu *transparentni-spoluprace.cz*, kde bude zveřejňována finanční spolupráce mezi farmaceutickými společnostmi a lékaři. Na základě zadání od Asociace inovativního farmaceutického průmyslu jsme programovali technické řešení a dáváme systému technickou podporu.

Velká výzva, která nyní stojí před všemi hráči segmentu, je protipadělková směrnice. Pokud se jí podaří realizovat, bude velkým průlomem v obchodování, ale hlavně evidenci léků a jejich sledování – odkud přichází, co se s nimi děje a kam případně „mizí“. Podkladové dokumenty již Evropská komise schválila, publikovala a začínají běžet dvouleté stopky jednotlivým zemím, od 1. 1. 2018 by měla být směrnice implementována.

připravila Petra Klusáková

## KOMERČNÍ PREZENTACE

## Neumíš – naučíme tě

O chystaných novinkách, firemní strategii i personální politice hovoříme s CEO společnosti easyMed, s. r. o., Ing. Markem Kožurikem.

**Řekněte nám něco z historie společnosti easyMed, čím se zabýváte a na jakých trzích působíte?**

Společnost easyMed byla založena v roce 2002 a v podstatě od začátku působíme primárně na trhu *medical devices*. S tímto oborem mám více než 22leté zkušenosti. V současné době působíme především v oblasti ortopedie. Letos jsme uvedli na trh produkty pro spondylochirurgii a neurochirurgii a jedinečné hemostaticum, které má velmi široké použití ve všech operačních oborech. Na českém a slovenském trhu zastupujeme řadu renomovaných výrobců.

Prvním významným milníkem v historii naší společnosti bylo získání exkluzivity na portfolio ortopedických produktů americké společnosti ANIKA THERAPEUTICS Inc. v roce 2008, kterou ve světě zastupuje koncern Johnson&Johnson. Začali jsme tedy s distribucí vysoce kvalitních elastoviskózních roztoků, určených pro léčbu symptomů projevů osteoartritidy. V té době byla naše společnost jediným dodavatelem tzv. jednoinjekční léčby, injekce MONOVISC. Do té doby trh ovládaly tzv. multifunkční preparáty a uvedení této jednoinjekční terapie přineslo velký komfort jak pro lékaře, tak pacienty. Snížení rizika kontaminace, pouze jedna návštěva u lékaře a dlouhodobý účinek. Pochopitelně i pro zdravotní pojišťovny to znamenalo, oproti terapiím, kde se aplikovaly tři až pět injekcí, velmi významné snížení nákladů.

Postupně jsme rozšiřovali portfolio nabízených produktů společnosti ANIKA THERAPEUTICS Inc. Tady bych rád zmínil HYALOFAST, biologický preparát na léčbu defektů chrupavky, který naši operatři doslova milují. Umožňuje velmi snadnou a rychlou aplikaci a přináší skvělé výsledky.

V letech 2008–2010 jsme navázali spolupráci s dalšími významnými společnostmi, jako například Estar Medical z Izraele, BioElectronics z USA či Pharmalink z Německa, jejichž produkty jsou zaměřeny na léčbu pohybového ústrojí. Dalším milníkem byl nepochybně úspěšný vstup na slovenský trh, zavedení systému správné dovozní a distribuční praxe a zavedení informačního systému, který splní i naše požadavky ve vzdálenější budoucnosti.

**Jak jste se dostal k oboru zdravotnictví?**

Oficiálním vzděláním jsem strojný inženýr, nicméně v roce 1993 jsem se přihlásil na konkurz společnosti ConvaTec. Začínal jsem jako obchodní zástupce pro severní a východní Čechy a měl jsem na starosti stomické pomůcky. Tehdy jsem měl obrovské štěstí na kolegy, ale i na nadřízené. Naučil jsem se zde především komunikovat s lékaři a sestrami. Naučil jsem se také pečovat o trh a osvojil jsem si pravidla komunikace s velmi vážně nemocnými (zakládali jsme kluby stomiků). Poté jsem působil ve společnosti Medicol Sciences, která se v té

době zabývala výzkumem cévních protéz, výrobou bovinního krytí na rány a výzkumem chitosanu. V té době jsem založil easyMed. V začátcích naší společnosti (2004–2007) jsme se účastnili franchisingového projektu firmy B.BRAUN – Zelená hvězda, kde jsme nasbírali zkušenosti s velmi širokým portfoliem zákazníků. Pohybovali jsme se na nemocničním i na mimonemocničním trhu s velmi širokým záběrem produktů. Díky této zkušenosti jsem získal především „pohled z letadla“ na ten obrovský sortiment zdravotnických prostředků, které naši lékaři a nemocnice potřebují. Tento projekt jsme posléze opustili a začali se zabývat výhradně oborem ortopedie.

**Můžete nám prozradit, kolik má vaše společnost zaměstnanců a jaký má zisk?**

V současné době máme 15 zaměstnanců. Obchodní tým je tvořen osmi obchodními reprezentanty a jedním key accountem. Úspěšně také působíme na Slovensku, kde zaměstnáváme tři zástupce. V roce 2015 jsme zaznamenali téměř stoprocentní nárůst obrátu a zisk společnosti před zdaněním bude něco kolem 1,7 milionu Kč.

**Co podle vás stojí za úspěchem vaší společnosti?**

Působíme na trhu, kde se střetáváme s nadnárodními společnostmi. Jejich obrovským rozpočtům se samozřejmě nemůžeme vyrovnat, proto nás to nutí být ve všem lepší než oni.



Dále si myslím, že jsme štíhlou rodinnou firmou. Ve společnosti pracuje moje žena, která má na starosti *back office*, a syn, který zodpovídá za účetnictví. Doufám, že se k nám v budoucnu připojí i dcera, která v současné době studuje v zahraničí. Určitě umíme a také musíme lépe řídit náklady než velké společnosti. Máme jednoduchý a rychlý systém rozhodování, jsme flexibilní v jednání s dodavateli, odběrateli i institucemi. Nejsme řízeni žádnou centrálou ze zahraničí. Dále je to především schopnost našich zástupců. Naše zaměstnanci neustále vzděláváme a snažíme se je motivovat. Lékaři nám důvěřují, důvěřují našim reprezentantům a vědí, že se na naši společnost mohou stoprocentně spolehnout.

**Jak si vybíráte zaměstnance, máte nějaký klíč?**

Myslím si, že univerzální klíč neexistuje. Využíváme služeb jedné personální agentury pro předvýběr, nicméně dám hodně na svou intuici. O jednotlivých kandidátech diskutujeme (často bouřlivě) se ženou. Naši zástupci jsou jak lidé z tradičních velkých farmaceutických společností, tak pracovníci z jiných oborů. Nejdůležitější je moje důvěra v jejich schopnosti a charakterové vlastnosti. Charakterové vlastnosti jsou mnohem důležitější než odborná erudice. Ta se dá vždycky získat. Máme minimální fluktuaci, lidé u nás pracují rádi. V pracovním procesu se držíme hesla: „Nemůžeš – pomůžeme ti, neumíš – naučíme tě, nechceš – hledej si štěstí jinde.“

**Jak vidíte svoji budoucnost na českém a slovenském trhu? Mohl byste popsat, jakou máte vizi?**

V každém případě chceme přinášet inovativní produkty za velmi

rozumnou cenu, s prokazatelnými terapeutickými výsledky a bez vedlejších účinků. Díky těmto nově vznikajícím prostředkům, umožňujícím nové terapeutické či operační postupy, se chceme významně podílet na návratu pacientů s onemocněním pohybové soustavy k běžným aktivitám, ideálně k „volnému pohybu bez bolesti“.

**Připravujete v nejbližší budoucnosti nějaké novinky?**

Loni jsme podepsali exkluzivní smlouvu s francouzskou inovativní společností MEDICREA, která vyrábí spinální implantáty a systémy pro trauma i degenerativu. Některé jejich produkty jsou jedničkou na trhu v USA. Je to pro nás velká výzva a poněkud jiný trh, který je doslova přetlakován. Uvádíme na trh nové hemostatikum SeraSeal pro zastavení masivního krvácení. Kromě toho, že je určeno pro všechny chirurgické obory, je to jediný vhodný produkt použitelný při bronchoskopiích.

V letošním roce uvedeme na trh Genvisc a Cingal, dvě nové intraartikulární injekce pro léčbu artritidy. Oba preparáty jsou svým složením naprosto odlišné od současných intraartikulárních viskosuplementů, nemají na českém a slovenském trhu konkurenci a budou představovat převrat v léčbě osteoartritidy.

**Co byste popřál na závěr našim čtenářům?**

Chtěl bych popřát vše nejlepší v novém roce 2016 a především pevné zdraví, pohodu v osobním i profesním životě. (red)



## Idarucizumab schválen v EU ke specifickému zvrácení účinku dabigatran-etexilátu

Evropská komise schválila přípravek idarucizumab, který dokáže rychle a přitom specificky zvrátit antikoagulační účinek dabigatran-etexilátu v případech urgentních operací/urgentních výkonů nebo život ohrožujícího či nekontrolovaného krvácení.

Idarucizumab (Praxbind) je první specifickou reverzní látkou pro NOACs, která byla schválena v EU.

„Antikoagulanty poskytují pacientům důležité přínosy v případech tromboembolických příhod. Přestože jsou vzácné, existují situace, kdy je reverze antikoagulace z lékařského hlediska nezbytná,“ říká hlavní řešitel klinické studie RE-VERSE AD v Německu a vedoucí oddělení kardiologie, vaskulární medicíny, nefrologie a intenzivní péče v medicínském centru Vivantes Neukoelln v Berlíně prof. Harald Darius. „Schválení idarucizumabu poskytuje mně i mým kolegům důležitou možnost volby jak léčit pacienty užívající dabigatran-etexilát (Pradaxa) v situacích, kdy je nutné rychlé zvrácení antikoagulačního účinku.“ „Je mi potěšením, že jsme nyní schopni nabídnout přípravek idarucizumab pacientům i lékařům v Evropě,“ poznamenal viceprezident terapeutické kardiologické divize oddělení medicíny společnosti Boehringer Ingelheim prof. Jörg Kreuzer. „Ano, očekáváme, že přípravek Praxbind bude využíván pouze ve vzácných situacích, nic-

méně dostupnost této specifické reverzní látky dodá lékařům i pacientům sebedůvěru při volbě přípravku dabigatran-etexilát.“ Schválení idarucizumabu Evropskou komisí následovalo po pozitivním stanovisku vydaném Výborem pro humánní léčiva Evropské lékařské agentury v září letošního roku. Idarucizumab byl již schválen americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin v říjnu loňského roku.

Schválení je založeno na datech získaných od zdravých dobrovolníků v kombinaci s výsledky prozatímními analýzy klinické studie RE-VERSE AD. V klinických studiích byl reverzní účinek idarucizumabu viditelný okamžitě, v řádu minut, po podání 5gramové dávky. Zvrácení účinku bylo úplné a trvalé po dobu minimálně 12 hodin u téměř všech pacientů. V datech poskytnutých v žádosti o schválení, která byla získána od 123 pacientů ze studie REVERSE AD a více než 200 zdravých dobrovolníků, jimž byl podán idarucizumab, nebyla pozorována žádná bezpečnostní rizika či protrombotické signály.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(red)

## Karfilzomib schválen v kombinační terapii relabujícího mnohočetného myelomu

Evropská komise schválila léčivý přípravek karfilzomib pro použití v kombinační terapii pacientů s relabujícím mnohočetným myelomem.

Evropská komise udělila registraci léčivému přípravku karfilzomib (Kyprolis) v kombinaci s lenalidomidem a dexamethasonem k léčbě dospělých pacientů s mnohočetným myelomem, kteří byli předloženi nejméně jednou předchozí terapií. Karfilzomib je prvním ireverzibilním inhibítorem proteazomu, který byl v Evropské unii schválen pro použití v kombinační léčbě pacientů s relabujícím mnohočetným myelomem. „Schválení karfilzomibu poskytuje lékařům a pacientům napříč Evropou významnou alternativu kombinační terapie relabujícího mno-

hočetného myelomu a přispívá tak k řešení skutečné nenaplněné potřeby u této vzácné hematologické malignity,“ řekl výkonný viceprezident výzkumu a vývoje společnosti Amgen dr. Sean E. Harper.

Schválení přípravku je založeno na datech z registrační studie fáze 3 ASPIRE. Ta prokázala, že u nemocných léčených přípravkem karfilzomibem v kombinaci s lenalidomidem a dexamethasonem (léčebný režim označovaný jako KRd) byl medián dogrese onemocnění nebo smrti prodloužen o 8,7 měsíce ve srovnání s pacienty léčený-

mi lenalidomidem a dexamethasonem (režimem označovaným jako Rd). Medián přežití bez progresse (PFS) dosahoval v rameni KRd 26,3 měsíce ve srovnání se 17,6 měsíce v rameni Rd (HR: 0,69; 95% CI: 0,57 - 0,83; p = 0,0001). Nejčastější nežádoucí příhody v rameni léčeném přípravkem Kyprolis zahrnovaly pneumonii (1 %), infarkt myokardu (0,8 %) a infekci horních dýchacích cest (0,8 %). K přerušení léčby z důvodu nežádoucích příhod došlo u 15 % pacientů v rameni KRd, ve srovnání s 18 % v rameni Rd.

(Zdroj: Amgen)

(red)

## Cobimetinib schválen v EU k použití společně s vemurafenibem u pokročilého melanomu

Evropská komise schválila cobimetinib k použití v kombinaci s vemurafenibem pro léčbu dospělých pacientů s neresekovatelným nebo metastazujícím melanomem s mutací BRAF V600.

Schválení EU vychází z údajů, které prokázaly, že přípravek cobimetinib (Cotellic) v kombinaci s vemurafenibem (Zelboraf) napomohl lidem s dosud neléčeným pokročilým melanomem s pozitivní mutací BRAF V600 mutací žít déle než rok bez zhoršení onemocnění.

„V léčbě melanomu došlo k významnému pokroku, kdy bylo v posledních 5 letech schváleno více léků než za uplynulých 30 let,“ podotkla Chief Medical Officer a vedoucí Global Product Development společnosti Roche Sandra Horningová. „Cobi-

metinib společně s vemurafenibem potlačily růst nádoru mnohem účinněji než samotný vemurafenib. To podtrhuje zásadní úlohu kombinovaných léků, které pomáhají pacientům s melanomem žít déle bez zhoršení jejich onemocnění.“

Schválení EU vychází z výsledků klinického hodnocení fáze III COBRIM, které prokázalo, že u osob s dosud neléčeným pokročilým melanomem s pozitivní mutací BRAF V600 léčených cobimetinibem v kombinaci s vemurafenibem byl medián života bez zhoršení onemocnění

nebo úmrtí (přežití bez progresse; PFS) 1 rok (12,3 měsíců) ve srovnání se 7,2 měsíci při léčbě samotným vemurafenibem (poměr rizika [HR] = 0,58; 95% interval spolehlivosti [CI] 0,46-0,72).

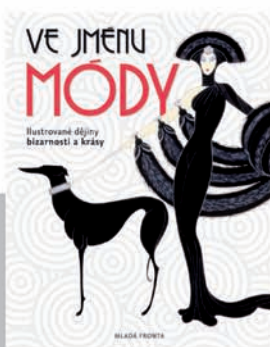
Četnost objektivní odpovědi (ORR) byla u kombinované léčby 70 % (úplná odpověď [CR] u 16 %, částečná odpověď [PR] u 54 %) ve srovnání s 50 % (CR u 11 %, PR u 40 %) v rameni s vemurafenibem. Bezpečnostní profil kombinované léčby odpovídal dříve hlášeným údajům o bezpečnosti.

(Zdroj: Roche)

(red)

Inzerce M161000071

# Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získejte knihu  
**Ve jménu módy**

Tato publikace je oslavou všech fantastických bizarností v dějinách lidského odívání. Počinaje vysokými parukami a konče třpytivou obuví na platformách.

**Neváhejte!**  
Tato nabídka platí jen do 21. 2. 2016.  
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafronta@predplatne.cz](mailto:mladafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0116**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma 800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0116**. 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 produkuje 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 tímto 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 tištěných 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 poskytnutí údajů je dobrovolné, 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](http://www.mf.cz)

## ZE ZAHRANIČÍ

# SVK: Stovky sester zůstávají ve výpovědi, ministerstvo stále vyčkává

Prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Iveta Lazorová varovala, že od února dojde k ohrožení zdravotní péče v nejméně pěti nemocnicích. Ve výpovědní lhůtě totiž stále zůstává asi sedm set sester a porodních asistentek. Ministerstvo zdravotnictví však tvrdí, že není důvod k obavám.

Nejvíce zdravotníků ve výpovědní lhůtě, která skončí 31. ledna, pracuje ve Fakultní nemocnici s poliklinikou Žilina (185 výpovědí), Fakultní nemocnici Trnava (66), Fakultní nemocnici s poliklinikou Prešov (330), v Nemocnici s poliklinikou Bojnice (90) a Univerzitní nemocnici Košice. Iveta Lazorová upozorňuje, že minimálně v těchto zdravotnických zařízeních může dojít k ohrožení péče o pacienty. „Navzdory této skutečnosti však musíme konstatovat, že ministr zdravotnictví Viliam Čislák nedělá nic, aby situaci, jež nás čeká od 1. února, zabránil,“ prohlásila prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSPA) a dodala, že ministr Čislák namísto snahy o dialog se sestrami zdravotníky napadá a uráží. I proto se Iveta Lazorová podle svých slov rozhodla obrátit na slovenského premiéra Roberta Fica, protože „ministerstvo současný stav nezvládá“. Obdobně reagovala i předsedkyně Odborového združení sestier a pôrodných asistentiek (OZSPA) Monika Kavecká, která požádala veřejnost o trpělivost. „Tato situace je sice velmi nepříjemná, ale my jako sestry ji nemůžeme ovlivnit, protože vyjednávací pozice je nyní skutečně na straně ministerstva zdravotnictví a vlády, nikoli na naší. Žádáme, aby ministerstvo i vláda vzniklou situaci začaly řešit a nezneužívaly ji pro politický boj,“ vyzvala Monika Kavecká.

### Klidné ministerstvo, nervózní pacienti

Ministerstvo zdravotnictví zatím volí „vyčkávací taktiku“ a uklidňuje veřejnost, že se hrozby omezení péče v některých zdravotnických zařízeních od února nenaplní. „Jsme v každodenním kontaktu s řediteli jednotlivých nemocnic, a pokud jde o zajištění zdravotní péče, stále platí, že ohroženo nebude,“ ujistil tiskový mluvčí Peter Bubla v deníku Pravda a zdůraznil, že resort eviduje již více než 560 stažených výpovědí z původních asi 1300. Podle

ministerstva tak ve výpovědi zůstávají 2,3 % všech sester pracujících na Slovensku.

Představitelé sesterských organizací nicméně upozorňují, že v březnu se počet odcházejících sester může zvýšit o dalších 400. Má jít především o zdravotníky z Univerzitní nemocnice Martin, Dolnooravské nemocnice s poliklinikou MUDr. Ladislava Nádaši Jégého Dolní Kubín a Hornoravské nemocnice s poliklinikou Trstená. Ani v těchto zdravotnických zařízeních ředitelé krizové plány zatím nechystají. Ministerský klid nicméně podle deníku Pravda nesdílí pacienti. Prezidentka pacientské organizace Asociácia na ochranu práv pacientov Katarína Kafková, již list oslovil, se obává, že se nemocní mohou dostat do situace, kdy si nebudou jisti, zda je ošetřil skutečně erudovaný zdravotník. „Každý pacient se bojí, že nebude správně ošetřen. On si nemůže zkontrolovat, zda na tom kterém pracovišti působí opravdu erudovaný zaměstnanec. Těžko se bude ptát někoho, kdo mu přijde například odebrat krev, zda na to má potřebné vzdělání,“ obává se Katarína Kafková.

### (Ne)nahraditelnost sester

Sesterské organizace poukazují především na skutečnost, že od 1. února bude ohrožena péče na klíčových odděleních nemocnic v Žilině, Prešově, Trnavě, Bojnících a Košicích – nejvíce sester se totiž chystá odejít z anesteziologicko-resuscitačních oddělení, jednotek intenzivní péče, z chirurgických oddělení či porodnic. Ministerstvo je přesvědčené, že za sestry, které nakonec skutečně odejdou, management zařízení sežene náhrady (nové sestry jsou již přijímány), případně výpadek pokryje personálem jiných oddělení. Miroslav Vlk, který pracuje na ARO v trnavské nemocnici, však takovou možnost pro deník Pravda odmítl. „Nebude možné operovat, protože nebudou sálové sestry instrumentářky, nebude mít kdo

uspávat, protože nebudou anesteziologické sestry, a nebude, kdo by se postaral o pacienty v kritickém stavu,“ varoval Miroslav Vlk a dodal, že přesunem sester z jiných oddělení se situace nevyřeší – už proto, že vysoce specializované sestry nahradit nelze.

### První krize

Již nyní některé nemocnice pocítují citelný výpadek sester. Ty si totiž začaly v polovině ledna vybírat dovolené a přesčasové hodiny, případně odešly na nemocenskou. Například ve FN Prešov, kde pracuje 1100 sester, podalo výpověď 330 a na nemocenském je již nyní 136 z nich. Musela být uzavřena dětská jednotka intenzivní péče (malí pacienti byli přeloženi na jiná oddělení), omezen je rovněž počet lůžek na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, muselo být přeloženo několik traumatologických pacientů. Ředitel nemocnice Radoslav Čuha pro deník Pravda deklaroval, že akutní a neodkladná péče je stále zajištěna, neboť zařízení naplavilo do služby kolegyně z jiných oddělení. Jaký má nemocnice plán pro případ, že od února skutečně nenastoupí do práce 330 sester, zatím nespécifikovala. Ministr Čislák označil situaci v Prešově za „pouhou regionální krizi“ a uvedl, že v případě potřeby zajistí pomoc ostatní poskytovatelé zdravotní péče v kraji, s jejichž zástupci již jednal. Podobná je situace i ve FN v Žilině, kde z přibližně 600 sester zůstává ve výpovědi 185, z nichž většina nastoupila na dovolenou. Jak upozorňuje Iveta Lazorová, není ani tak důležité, kolik sester odejde, ale z jakých oddělení. „Bez anesteziologicko-resuscitační jednotky a jejich sester nebude fungovat žádná nemocnice,“ podotkla pro Pravdu. Právě z ARO odchází v Žilině všechny sestry. Ředitel nemocnice Ivan Mačuga deníku řekl, že v případě krizové situace jsou připraveni převést pacienty z tohoto oddělení do jiných zdravotnických zařízení.



Ilustrační foto: Shutterstock

### Zneužívání sester?

Sesterské protesty na Slovensku odstartovalo přijetí zákona upravujícího od letošního ledna mzdy ve zdravotnictví. Sestry od počátku deklarovaly, že v zákoně nesouhlasí například s výškou koeficientů, jejichž prostřednictvím se jim nově mzda vypočítává, nebo zcela chybějící zohledňování délky praxe. Odbory pak varovaly, že některým sestram se platy kvůli nové legislativě sníží. Takové tvrzení však ministerstvo zdravotnictví od počátku odmítá a tvrdí, že efekt zákona bude přesně opačný. „Jsme tak svědky historicky prvních protestů proti zvýšení platů všech zdravotníků,“ prohlásil Viliam Čislák, který již dříve označil protesty sester za politickou lobby představitel jejich stavovských a odborových organizací. Obdobně se nyní vyjádřil i předseda výboru pro zdravotnictví Národní rady SR Richard Raši – kampaň je podle něho vedena funkcionářkami, které práci sester ani nevykonávají. „Domnívám se, že dochází ke zneužívání a zastrahování sester. Byl bych rád, kdyby si každá sestra, jež podala výpověď, uvědomila, že tak učinila individuálně, nikoli kolektivně platný právní akt, a proto není možné vzít výpovědi kolektivně zpět. Každá sestra, která ve výpovědi setrvává, ztratí práci kvůli tomu, že byla politic-

ky zneužita,“ prohlásil Richard Raši. Také on je přesvědčen, že zdravotní péče nebude v zemi ohrožena.

### Podpora od lékařů

Předseda výboru pro zdravotnictví rovněž ubezpečil, že nemocnice již přijímají nové sestry – například v Prešově jde zatím o 75 zdravotnic, v Trenčíně o 25 a v Košicích jich bylo přijato 15. Varoval proto, že od 1. února se nebudou mít sestry, které zůstanou ve výpovědích, kam vrátit. „Ministerstvo zdravotnictví vše zařídí tak, aby od února vše fungovalo. Otázkou je, z čeho budou žít rodiny sester, jež přijdou o práci,“ podotkl Richard Raši. Jak Monika Kavecká, tak Iveta Lazorová jakákoli nařčení z politické motivace k protestům odmítly a označily je za snahu o diskreditaci sester. Sestry v protestních akcích podporují i jejich lékařští kolegové. „Lékaři z Lékařského odborového združení podporují sestry. Věříme, že dosáhnou přiměřeného ohodnocení, což povede ke zvýšení kvality sester i k tomu, že jich na Slovensku bude víc,“ potvrdil v deníku Sme předseda odborů Peter Visolajský.

Údaje v článku jsou platné ke dni uzávěry, 21. 1. 2016 – pozn. redakce.

## Rakousko: Nemocnice á la George Orwell?

Od letošního ledna mají lékaři zaměstnaní ve vídeňských obecních nemocnicích po dobu 7 týdnů podstupovat zvláštní druh kontroly.

Vídeňská pobočka rakouské lékařské komory informuje o tom, že lékaři působící zejména na odděleních chirurgie, gynekologie a kardiologie budou při nočních službách mezi 19. a 8. hodinou vykazovat svou činnost pro svaz nemocnic (tato veřejnoprávní organizace pod dohledem magistrátu spravuje ústavní zařízení). V průměru každých 30 minut by lékaři měli prostřednictvím malých elektronických přístrojů – v podobě smartphonů – zaznamenávat údaje, co konkrétně dělají, například zda jsou s pacientem v ambulanci nebo na lůžkové stanici, nebo zda právě odpočívají či rozmlouvají s rodinnými příslušníky nemocného apod. Někteří lékaři na toto opatření reagují slovy o tom, že do budoucna půjde o „nemocnice á la Orwell“ (smartphony lze totiž využít i ke sledování osob bez jejich vědomí).

Komoře je jasné, že úsporná opatření, k nimž vídeňští radní prostřednictvím svazu nemocnic sáhli už na konci roku 2015 (v jedné z obecních nemocnic se uzavřela stanice pro péči o pacienty po mozkové mrtvici), budou pokračovat. Někteří její členové uvádějí, že do poloviny nového roku mají být uzavřena nebo přemístována další lůžková pracoviště, včetně ortopedických, ač hrozí prodloužení čekacích dob na endoprotézy. Dokumentování činnosti lékařů při nočních službách na tyto snahy o úspory ve zdravotnictví podle nich vyústí v další pokusy redukovat pracovní místa v ústavních zařízeních.

Rakouští politici nedávno prosadili do předpisů zásadu, podle níž lékaři nesmějí překročit limit týdenní pracovní doby 48 hodin. Členové komory poukazují na to, že nyní musejí zaměstnanci nemocnic stihnout v kratší době větší zátěž. (via)

## Norsko: Snazší změna pohlaví

Norské ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo návrh, podle něhož má být jednodušší změnit pohlaví, respektive přihlásit se ke své nové identitě.

Vedení resortu, jenž je v rukou Konzervativní (středopravicové) strany, prohlašuje, že stávající systém v této oblasti je nevyhovující – nebyl měněn zhruba 60 let. Zcela nový systém má umožnit snazší právní změnu pohlaví a akceptovat svobodu osobnosti. Medicínská léčba a postupy, jimiž se dojde k právní změně pohlaví, budou jasně odděleny, oznámil ministr Bent Hoie. O právní změně své identity rozhodne sám občan, nikoli zdravotnické zařízení, uvedl.

Ministerstvo navrhuje, aby mladiství ve věku od 16 let mohli o změnu požádat sami. Děti mezi 7 a 16 roky tak mohou učinit naopak pouze se souhlasem rodičů. Jedinec, který o změnu pohlaví usiluje, v podstatě jen vyplní stanovené dokumenty a formuláře a zašle je příslušné instituci – právní změna bude vedena v národním registru. Na rozhodnutí člověka pak bude, nakolik v této souvislosti využije určitou zdravotní péči. Podkladem k rozhodnutí



Ilustrační foto: Shutterstock

novém statutu osoby mění pouze jméno, někdy je třeba doplnit nebo zcela vyměnit původní rodný list, jindy naopak není možné měnit rodný list. Ve většině západních zemí je snadno dostupná veškerá zdravotní a na ni navazující péče, nicméně podle různých informačních zdrojů současný vývoj v oblasti změny pohlaví potlačuje roli zdravotnictví a ponechává rozhodnutí na jedinci, jehož se nová identita týká. V minulosti lidé museli před uvažovanou právní změnou absolvovat některé zdravotnické výkony či si vyžádat názor odborníků a v některých zemích je tomu tak zatím dosud.

ministerstva byla i zpráva expertů, jež analyzovala dosavadní zkušenosti z této oblasti.

Problematika změny pohlaví je v jednotlivých zemích upravena různými způsoby, někdy musela legislativa reagovat na výroky soudů (např. v USA, Kanadě a Německu). V některých státech se při

Přísná pravidla muselo pod tlakem soudních instancí nedávno eliminovat např. Německo. Původně člověk nesměl získat novou identitu před dovršením 25 let, o změně rozhodoval soud. Nyní se věková hranice zrušila. V Kanadě se po zásahu soudu eliminovala chirurgická léčba. (via)

**ezú** elektrotechnický  
zkušební  
ústav

**Jsmo notifikovaná osoba pro zdravotnické prostředky  
a rozšiřujeme náš tým odborníků**

**LÉKAŘ**  
hodnotitel  
klinické dokumentace

Budete posuzovat  
klinickou dokumentaci  
zdravotnických prostředků,  
psát hodnotící zprávy  
a spolupracovat  
s externími lékaři.



**EXPERT**  
na zdravotnické  
prostředky

Budete posuzovat  
technickou dokumentaci  
zdravotnických prostředků,  
shodu zdravotnických prostředků  
s požadavky norem a legislativy  
a provádět audity u výrobců.

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

## ZE SPOLEČNOSTI

# Vědecký tým z 1. LF UK obdržel Cenu ministra za výzkum a vývoj

Řešitelský tým z Centra kardiovaskulární prevence 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze v čele s prof. MUDr. Renatou Cífkovou, CSc., obdržel Cenu ministra zdravotnictví za mimořádné výsledky ve zdravotnickém výzkumu a vývoji.

Toto ocenění tým získal za projekt Sekundární prevence a prognóza nemocných po cévních mozkových příhodách (CMP). „Cenu ministra zdravotnictví chápou jako ohodnocení práce celého našeho výzkumného týmu. Je potvrzením, že i relativně malé pracoviště může konku-

rovat velkým klinikám,“ uvedla prof. Cífková. „Právě kvalitní vědecká práce a její produktivita řadí naši fakultu nejen mezi ‚top ten‘ vědecko-výzkumných institucí v České republice, ale i mezi celosvětově respektovaná pracoviště,“ doplnil děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.



Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček předává cenu profesorce Renatě Cífkové. | Foto: 1. LF UK

Cílem projektu bylo zjistit význam základních rizikových faktorů u ischemických a krvácivých cévních mozkových příhod a analyzovat implementaci doporučení pro sekundární prevenci CMP v klinické praxi. Dalším cílem bylo zjistit přežívání pacientů po CMP a analyzovat faktory s tím související. „Naše výsledky jednoznačně ukazují, že péče o pacienty po CMP není ideální, většina z nich je pouze v péči praktických lékařů. Chybí specializovaná centra pro dlouhodobé sledování těchto vysokorizikových nemocných, kde by byla uplatňována režimová doporučení i farmakoterapie,“ uvedla prof. Cífková. Dodala, že pouze malá část pacientů je začleněna do rehabilitačních programů a psychoterapie je téměř opomíjena. (red)

## 2P SERVIS dáva práci především zdravotně postiženým

Česká oděvní firma 2P SERVIS zaměstnává 86 pracovníků, z nich 70 má změněnou pracovní schopnost. O postojí k nim, ale i o úrovni výrobků firmy, svědčí mimo jiné i udělená prestižní ocenění.

Společnost je držitelem ochranné známky Česká kvalita a Práce postižených udělené Nadačním fondem pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Projekt ochranné značky Práce postižených nemá obdoby v žádné ze zemí EU. Klade si za cíl upozornit na lidi, kteří i přes své zdravotní postižení a ztížené podmínky při uplatňování na trhu práce dokážou vykonávat stejně dobrou a konkurenceschopnou práci jako zdraví spoluobčané. Stejně tak je jeho cílem vyzdvihnout společnost, které jsou kvalitními zaměstnavateli osob se zdravotním postižením. Hlavním výrobním programem sušické firmy 2P SERVIS je výroba profesních oděvů a textilu především pro zdravotnictví, pečovatelské a záchranné služby. Společnost má ve svém portfoliu širokou nabídku nejen profesních oděvů a textilu, ale i domácího a hotelového textilu, jednorázových oděvů a lůžkovin, nabízí i obuv nebo například hygienický sortiment.



baleném či kompletovaném výrobku svou práci podílely zdravotně postižené osoby alespoň 75 %. Firma 2P SERVIS v současné době zaměstnává 86 zaměstnanců, z toho je 70 osob se změněnou pracovní schopností. „Osoby se změněnou pracovní schopností jsou lidé, kteří jsou často hůře uplatnitelní na trhu práce. Jejich zdravotní potíže jim mimo jiné komplikují pracovní docházku, to ovšem neznamená, že nejsou schopni odvést kvalitní práci,“ říká obchodní zástupkyně 2P SERVIS Monika Flosmanová. Často tomu bývá právě naopak a ocenění, které tato firma získala, je toho důkazem. Odběratelé, kteří zde nakupují, se mohou těšit nejen z kvalitních výrobků a služeb, ale rovněž mít dobrý pocit z určité formy podporování zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním. Další informace najdete na: [www.zpservis.cz](http://www.zpservis.cz).

### Pomoc a kvalita se nevyklučují

Práce užívat ochrannou známku Práce postižených má zaměstnavatel, který zaměstnává zdravotně postižené osoby a prokáže, že se na poskytnuté službě, vyrobeném,

(red)

## První centralizovaný urgentní příjem pro dospělé ve FN Brno

Poprvé ve své historii má bohunická nemocnice centralizovaný urgentní příjem. Znamená velký přínos pro pacienty i pro zdravotníky Fakultní nemocnice Brno.

Dospělým akutním pacientům FN Brno přinese využívání této nové přístavby vyšší komfort poskytované péče, lepší dostupnost zobrazovacích metod a zkrácení ošetřovací doby. Pro zdravotníky pak nové prostory a optimalizace poskytované péče znamenají vyšší kvalitu pracovního i odborného zájmu. Nové přístavby k pavilonům La CH za více než 41 milionů korun, z nichž dotace ze státního rozpočtu poskytnutá ministerstvem zdravotnictví činila 21 milionů korun, umožní FN Brno zásadní reorganizaci příjmových ambulancí pro dospělé, akutní pacienty.



Foto: FN Brno

V části připojené k budově L byl vybudován interní příjem sestávající ze tří interních ambulancí a jedné

neurologické. Příjmová ambulance pro vstupní vyšetření a přiřazení kategorizace je využitelná i pro konziliární vyšetření a disponuje dvěma monitorovanými lůžky s rozvodem medicijních plynů a jedním pracovním místem. Další čtyři expektační monitorovaná lůžka s jedním pracovním místem a rozvodem medicijních plynů jsou pak v části observace. V části připojené k pavilonu CH je pro pacienty s traumatologickou a chirurgickou problematikou připraveno pět ambulancí Kliniky úrazové chirurgie FN Brno a jedna Chirurgické kliniky FN Brno. (red)

## Speciální taxi svezlo první seniory a handicapované

Přesně týden před Štědrým dnem nasedli do Taxíku Maxíku první starší a zdravotně postižení cestující. Jednalo se o obyvatele Liberce, kde oficiálně začne služba fungovat v letošním lednu.

Speciálně upravené a označené taxi libereckým seniorům za symbolickou částku zlepší především dostupnost lékařské péče. Slavnostním předáním automobilu Ford Tourneo Custom předcházelo na vánočně vyzdobeném náměstí před radnicí půvabné vystoupení malých zpěváčků z liberecké mateřské školy Kytička. Hned nato se slova chopili zástupci institucí, jejichž spolupráce pomohla projekt Taxík Maxík úspěšně odstartovat. S myšlenkou přišla společnost Česká lékárná

na holding (ČLH), která provozuje lékárny Dr. Max, a Konto Bariéry Nadace Charty 77. Prodej jakéhokoliv produktu privátní značky Dr. Max přinášel od prvního září automaticky jednu korunu na zvláštní účet určený k nákupu automobilů upravených pro přepravu starších a handicapovaných lidí. Takto se podařilo získat 1 661 000 korun, které darovala společnost ČLH Kontu Bariéry Nadace Charty 77. To z daru zafinancovalo nákup dvou zmíněných mikrobusek, které bude v Liberci provozovat místní

příspěvková organizace – komunitní centrum Kontakt. Generální ředitel ČLH Daniel Horák popřál přítomným seniorům mnoho usnadněných cest za službami, které potřebují, a vyjádřil naději, že se v budoucnu do pokračování projektu zapojí větší počet měst než dvě. Bude ovšem velmi záležet na tom, zda se stane Taxík Maxík inspirujícím i pro další partnery, nejen společnost ČLH. Vedle Liberce bude obdobná služba v roce 2016 k dispozici potřebným i v Prachaticích. (red)

# Cena za záchranu života v Plzeňském kraji

Plzeňský kraj každoročně vyhlašuje Cenu hejtmana za záchranu života. Do konce ledna krajský úřad přijímá návrhy na nominace za rok 2015.

Nominováni mohou být všichni, kteří vloni na území Plzeňského kraje neváhali poskytnout první pomoc či přivolat záchrannou službu a tím přispěli k záchraně lidského života.

Nominace na Cenu hejtmana Plzeňského kraje 2015 za záchranu života lze ještě nyní zasílat na vyplněném formuláři staženém z webu Plzeňského kraje: [www.plzensky-kraj.cz](http://www.plzensky-kraj.cz). Vyplněný formu-

lář zašlete na e-mail: [cenahejtmana@plzensky-kraj.cz](mailto:cenahejtmana@plzensky-kraj.cz) do 31. ledna 2016. V nominaci je kromě popisu výjimečného činu třeba uvést kontakt – jméno, příjmení, adresu, telefon, popřípadě e-mail na nominovaného i na navrhujičího. Cenu hejtmana Plzeňského kraje 2015 předá hejtman Václav Šlajs na krajském úřadu začátkem března. Na základě došlých nominací, které posílali obyvatelé Plzeňského kraje

za rok 2014, převzal bronzovou pamětní medaili a šek v hodnotě 10 tisíc korun Václav Houlík z Oselců a Tobiáš Bebr z Kralovic. Tehdy osmiletý Tobiáš Bebr zachránil během letních prázdnin u babičky v Kolečově pětiletého topičího se chlapce za cenu ohrožení vlastního života. Václav Houlík zachránil v lednu život šedesátipětiletému muži, který se v noci topil v ledovém rybníku v obci Klášter u Nepomuka. (red)

## 1x denně, po celý rok

Kalendář na rok 2016 s momentkami hlavních sester Thomayerovy nemocnice pokřtil primář Mázl z Růžové zahrady.



Herec Petr Rychlý při křtu kalendáře | Foto: Thomayerova nemocnice

Humorný a trochu nostalgicky „retro“ nástěnný kalendář pro všechny dny tohoto roku pokřtil v kavárně Thomayerovy nemocnice herec Petr Rychlý alias primář MUDr. Čestmír Mázl ze seriálu TV Nova Ordinance v růžové zahradě. „Přeji kalendáři úspěch a je mi velkou ctí, že jej mohu takto osobně podpořit,“ řekl na křtu herec Petr Rychlý. Kalendář, který nafotily hlavní sestry Thomayerovy nemocnice, vznikl na podporu Centra podpůrné péče při této pražské nemocnici. Na podporu centra putuje výtěžek z jeho prodeje. Kalendář lze zakoupit v lékárně Thomayerovy nemocnice, cena je 200 Kč. (red)

## FN Plzeň otevřela nejmodernější heliport v republice

Od prosince začaly ve Fakultní nemocnici Plzeň přistávat vrtulníky na novém heliportu. Především se díky němu zkrátí doba přesunu pacienta.

FN Plzeň má statut traumacentra, které zajišťuje komplexní péči pro pacienty s mnohočetnými poraněními při bezprostředním ohrožení života. Toto centrum je jediným na západě Čech, se spádovou oblastí milion obyvatel.

„Podmínkou provozu traumacentra je heliport umožňující noční příjem a zároveň musí mít dané zdravotnické zařízení další plochu jako záložní. Nový heliport zajistí podstatné zkrácení doby transportu pacienta, sníží se počet jeho překladů a umožní rychlé pře-

vzetí v předávací místnosti. Transport z vrtulníku je krytou cestou bez nutnosti použití sanitního vozu či výtahu a dochází ke zkrácení doby přesunu až o 5 minut – minut, které zachraňují lidské životy. Díky spojovacímu tunelu nyní stačí k převozu pacienta desítky vteřin,“ popisuje důvody nutnosti stavby nového heliportu ředitel FN Plzeň MUDr. Václav Šimánek, Ph.D. Nový heliport je vybaven tak, aby zajistil letový provoz vrtulníků. Letecké záchranné služby za meteorologických podmínek ve dne i v noci a po-

mocí nového ovládacího pultu je zajištěno samostatné nezávislé dálkové ovládání světelného vybavení obou (dosavadního a nového) heliportů. Předávací místnost navazuje na provoz urgentního příjmu a traumacentra. Součástí komplementu je i hygienické zázemí pro letecké záchranáře a volné prostory pod provozní plochou heliportu jsou připraveny pro 58 parkovacích stání, která jsou určena pro potřeby klinik či oddělení. Využití je v kompetenci jednotlivých přednostů či primářů. (red)

Inzerce M161000016

Landeskliniken-Holding

IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.

## NABÍDKA VOLNÝCH MÍST LÉKAŘ/KA VŠEOBECNÉ MEDICÍNY

**Zemská klinika Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, pracoviště Gmünd** v současné době disponuje kapacitou 169 lůžek. Na klinice jsou v provozu následující oddělení: interní odd. inkl. sledování srdeční činnosti, ortopedie, chirurgie, remobilizace a odd. následní péče, anesteziologie a odd. intenzivní péče, stejně jako institut zobrazovací diagnostiky.

**Zemská klinika Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, pracoviště Gmünd** stejně jako 26 dalších pracovišť kliniky jsou právními subjekty Dolnorakouské země. Provoz klinik je řízen holdingem Dolnorakouských zemských klinik. Jsme moderní a dynamické zdravotní zařízení kladoucí důraz na potřeby pacientů. Kromě toho nabízíme inovativní pracovní prostředí, které se vyznačuje dobrou pracovní atmosférou, a svým zaměstnancům a zaměstnankyním nabízíme široké možnosti rozvoje.

S okamžitou platností nabízí **Zemská klinika Gmünd-Waidhofen/Thaya-Zwettl, pracoviště Gmünd** následující pracovní místo:

**lékař/ka všeobecné medicíny pro oddělení remobilizace a následné péče**

**Nabízíme Vám:**

- odborný růst
- inovativní, pestrou a náročnou činnost v týmu
- možnosti osobního růstu a rozvoje
- možnost konsekventního odborného a osobního vzdělávání (vzdělání, další vzdělávání)
- smluvní pracovní poměr dle Dolnorakouského zákona o nemocničních lékařích 1992 (NÖ Spitalsärztegesetz 1992)
- roční hrubý příjem € 50.778,00, v závislosti na individuálně započitatelné předchozí praxi stejně jako v závislosti na profesní kvalifikaci a zkušenostech

Aplikace týkající se dolnorakouského zákona o rovnoprávném zacházení je pro nás samozřejmá ([www.no.e.gv.at/gleichbehandlung](http://www.no.e.gv.at/gleichbehandlung)). V oblastech s podílem žen pod 45 % je nabízena podpora.

Těšíme se na Vaše žádosti o práci na internetových stránkách: <http://www.no.e.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> ([www.noel.gv.at](http://www.noel.gv.at) → menu Jobs) Bližší informace ohledně pracovních míst a žádostí o práci najdete na internetových stránkách: <http://www.no.e.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html> ([www.noel.gv.at](http://www.noel.gv.at) → menu Jobs)

Odborné informace Vám podá vedení oddělení remobilizace a následné péče, prim. Dr. Peter Kellner, na tel. č. +43(0)2852/9004-0, vedoucí pobočky pro oblast lékařské péče, prim. Dr. Michael Böhm, na tel. č.: +43(0)2852/9004-0 stejně jako lékařský ředitel, prim. prof. univ. – doc. Dr. Manfred Weissinger, na tel. č.: +43(0)2822/9004-8001.



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

## NOVÉ KNIHY

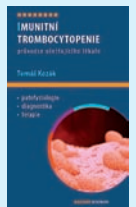
### Dana Göpfertová, Petr Pazdiora a kolektiv 100 infekcí – epidemiologie pro praxi



Rozsah:  
288 stran  
Cena: 139 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-846-7  
Vydavatel:  
Triton

Kniha určená k rychlé orientaci praktických lékařů podává přehled o etiologii, výskytu, diagnostických možnostech, epidemiologických charakteristikách a zejména protiepidemických preventivních i represivních opatřeních u širokého spektra infekčních nemocí. Do stovky infekcí jsou vybrány a zahrnuty nákazy běžné v našich evropských podmínkách a další, které mají epidemiologický význam v ostatních podnebných pásmech a jsou nebo mohou k nám být pouze zavlečeny cizinci nebo osobami vracejícími se z bytu v těchto oblastech. Nákazy jsou řazeny abecedně, výskyt exotických infekcí je dokumentován aktuálními kartogramy. V přílohách jsou uvedeny zásady odběrů biologického materiálu k mikrobiologickým vyšetřením, dále vybrané právní předpisy, seznam infekcí, při nichž se nařizuje izolace a povinné léčení, a platný očkovací kalendář.

### Tomáš Kozák Imunitní trombocytopenie



Rozsah:  
136 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-370-1  
Vydavatel:  
Maxdorf

Autor seznamuje s klinicky významnými typy trombocytopenie, zaměřuje se na imunitní trombocytopenii a její moderní komplexní farmakologickou i nefarmakologickou terapii.

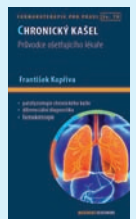
### Kamil Kalina a kolektiv Klinická adiktologie

Rozsah: 696 stran  
Cena: 999 Kč  
ISBN: 978-80-247-4331-8  
Vydavatel: Grada



Autoři usilují o rozšíření a prohloubení všech rozměrů integrovaného bio-psycho-sociálního modelu závislosti látkové i nelátkové a její léčby, v jejímž ohnisku věda i praxe vždy vidí konkrétního člověka, pacienta či klienta, s jeho jedinečným příběhem. Kniha je určena jak studentům, tak začínajícím i pokročilým odborníkům.

### František Kopřiva Chronický kašel



Rozsah:  
72 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-450-0  
Vydavatel:  
Maxdorf

Kašel je na první pohled banální příznak, ale jeho správná léčba, tedy léčba orientovaná na pacienta, je velmi obtížná. Lékař, který od studentských let vnímá důraz na prioritu kauzálního přístupu k terapii oproti „pouhé“ léčbě symptomů, snadno zapomene, že zatímco pro něj může být kašel pouhým projevem základního onemocnění (který při kauzální terapii postupně ustoupí), pro nemocného je kašel často tím, co jej trápí především. Praktický průvodce racionální farmakoterapií kašle toto lékařům připomíná a shrnuje léčebné možnosti.

### Bohumil Seifert a kolektiv Screening kolorektálního karcinomu 2., rozšířené vydání



Rozsah:  
128 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-444-9  
Vydavatel:  
Maxdorf

V publikaci je popsán kolorektální karcinom, jeho etiopatogeneze, epidemiologie, diagnostika a možnosti prevence s ohledem na všeobecné praktické lékaře. Kniha uvádí vědecké podklady pro screening, strategie a používané metody u nás i v zahraničí, popisuje roli lékařů primární péče ve screeningu a přináší informaci o aktuálních vý-

stupech a perspektivě screeningu kolorektálního karcinomu v České republice. Kniha rovněž poskytuje lékařům v praxi podklady pro vysvětlení screeningu pacientům a podávání informací při provádění testů na okultní krvácení do stolice nebo při odeslání a přípravě na kolonoskopii.

### Jiří Mazánek a kolektiv Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky



Rozsah:  
288 stran  
Cena: 395 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4865-8  
Vydavatel:  
Grada

V učebnici je popsána historie oboru stomatologie, velmi stručně základy anatomie a fyziologie tkání a orgánů ústní dutiny, vyšetření nemocného, zubní instrumentárium a zařízení ordinace, zobrazovací metody ve stomatologii, anestezie. Dále základy zachovného zubního lékařství, protetiky, ústní chirurgie, ortodontie, parodontologie, onemocnění dutiny ústní a zvláštnosti práce s dětským pacientem. Součástí je základní problematika preventivní stomatologie, způsoby provádění orální hygieny a přehled současné zdravotnické legislativy. Uvedena je i kapitola o kardiopulmonální resuscitaci a poskytování neodkladné první pomoci při náhlých příhodách v ordinacích.

### Vladislav Hytych VATS lobektomie krok za krokem



Rozsah:  
218 stran  
Cena: 695 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-449-4  
Vydavatel:  
Maxdorf

VATS (video-asistovaná thorakoskopická) lobektomie je jednou z nejmodernějších technik miniinvazivní plicní resekce. Kniha je praktickou učebnicí indikací, technik a taktiky operací, rozdělených do pěti kapitol odpovídajících plicním lalokům. V každé kapitole je popsána cesta klasická, cesta s minithorakotomií s hrudním rozvěračem, způsob VATS

bez hrudního rozvěrača a čistá cesta VTS (videothorakoskopická). Vlastní postup je shrnut v heslech a jsou zdůrazněny klíčové momenty operace. Text a poznámky jsou doplněny schémata a hlavně fotografiemi z vlastních operací.

### Marcelo F. Vela, Joel E. Richter, John E. Pandolfino a kolektiv Refluxní choroba jícnu – GERD



Rozsah:  
280 stran  
Cena: 699 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4063-8  
Vydavatel:  
Grada

Gastroenterologové, praktičtí lékaři i internisté najdou v publikaci aktuální návody pro léčbu choroby a komplexní péči o nemocného, doporučení, algoritmy vhodných postupů, kazuistiky, ale také upozornění na úskalí a možné komplikace medikamentózní i chirurgické léčby. Část knihy je věnována vedení speciálních klinických případů (refrakterní GERD, laryngofaryngeální reflux, nekardiální bolest na hrudi, s GERD sdružená dysfagie), poslední část se týká souvislosti Barrettova jícnu s GERD (diagnóza, sledování a léčebné možnosti).

### Jarmila Kelnarová a kolektiv Ošetřovatelství pro SZŠ – 1. ročník 2., přepracované a doplněné vydání



Rozsah:  
248 stran  
Cena: 289 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-5332-4  
Vydavatel:  
Grada

Druhé vydání základní učebnice ošetřovatelských postupů a témat z předmětu Ošetřovatelství pro 1. ročník oboru zdravotnický asistent. Obsahuje i pracovní postupy při péči o pomůcky a jejich dezinfekci, při polohování nemocných, hygienické péči, výživě a informace o obvazovém materiálu a obvazové technice.

### Jan Lebl, Jiřina Zapletalová Turnerův syndrom 4. vydání



Rozsah:  
62 stran  
Cena: 145 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-446-3  
Vydavatel:  
Maxdorf

Cílem autorů je přinést informace a poučení rodičům děvčat s tímto syndromem, dívkám a ženám samotným, ale také jejich lékařům, kteří se s Turnerovým syndromem nesetkávají často.

### Pavla Kudlová Ošetřovatelská péče v diabetologii



Rozsah:  
212 stran  
Cena: 269 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-5367-6  
Vydavatel:  
Grada

Učebnice z edice Sestra sleduje cíl specifického vzdělání ošetřovatelského personálu, na jehož znalostech a zkušenostech často závisí kvalita života a prognóza pacienta s diabetem.

### William McGuire, R. F. C. Hull (eds.) Rozhovory s C. G. Jungem

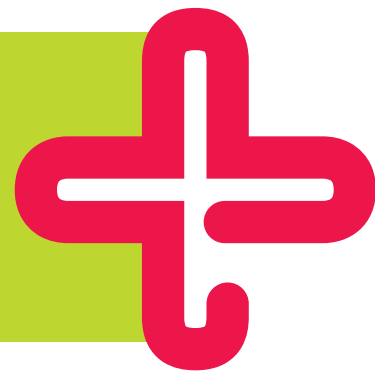


Rozsah:  
304 stran  
Cena: 465 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0914-0  
Vydavatel:  
Portál

Rozhovory z let 1933–1961 zachycují vývoj osobnosti C. G. Junga a jeho ducha. Soubor tvoří zhruba 20 interview pro noviny, časopisy, rozhlas i televizi. Obsažen je i pověstný rozhovor s Johnem Freemanem pro televizní stanici BBC, v němž se Jung slavnou větou „Nemusím věřit, ale vím“ vyjadřuje k víře v Boha. Jung v rozhovorech např. popisuje svůj vztah s Freudem a postoj ke klasické psychoanalýze, vyjadřuje názory na válečnou a poválečnou dobu (včetně odkazů na Československo), na německou mentalitu, odpovídá na obvinění, že kolaboval s nacismem, vysvětluje základní alchymické koncepty, pojem archetypu či téma osobnostní typologie, zmiňuje se o své rodině.



# NOVOROČNÍ PŘÍLOHA



**NOVOROČNÍ BILANCE**  
Přehled hlavních událostí  
v domácím i zahraničním  
zdravnictví

str. 18–20



**Z HISTORIE**  
Pohled do historie  
a budoucnosti  
dialyzační léčby

str. 22–23

## Na zdraví, doktore!

Karel stál u okna a díval se na ruch v ulici dole, na padající sněhové vločky velikosti poštovní známky a na lidi klouzající po chodníku sněhovou břečkou s ledovým podkladem. Ulice byla pokrytá dobře prosolenou sněhovou kaší, která tolik neklouzala, ale na chodnících se skoro dalo bruslit. Bylo to dobře vidět na pohybu chodců, kterých sice nebylo mnoho, ale jejich vrávorání, mávání rukama a snaha o udržení rovnováhy různými pohyby trupu dopředu a dozadu připomínala jakýsi slavnostní tanec primitivních národů z dávnověku.

Karel si při tom hrál svá stará kolena o radiátor ústředního topení pod oknem. Na gramofonu, stojícím za ním na hudebním stoleku ve stylu *art deco*, se točila deska a pokojem zněla skladba *Saint Louis Blues* od Bennyho Goodmana. Karel byl milovníkem doby, která už byla dávno pryč, ale kterou považoval za pozoruhodnou a vlnivou.

V jeho povaze a přístupu k životu se tyto atributy objevovaly častěji, než by si sám přál. Někteří lidé z okolí mu dávali najevo, že se takové chování do současné doby přes nehodí, ale on se přesto držel svých návyků z minulosti.

Zahlédl, že se po ulici ze strany od náměstí blíží auto jedoucí poněkud rychleji než ta, která jezdila předtím, a že současně přechází přes ulici nějaká žena. Zaměřil pohled na tuto situaci a uviděl, že auto rozstříkne sněhovou břečku na obě strany a že ta žena běží k chodníku ve snaze uniknout nepříjemné sprše, a jak ji auto zachytilo a odhodilo na chodník s ledovatým povrchem. Karel neváhal a vypnul gramofon, vzal ze skříňky lékařský kufřík s pohodovostním obsahem, oblékl si zimní kabát a boty a spěchal dolů z druhého patra po schodech. V ulici uviděl, že chodník na jeho straně ulice je již posypaný a silnice pořád plná sněhové kaše. Rozhodl se rychle přeběhnout

na druhou stranu, aby té nešťastné ženě poskytl první pomoc.

Na protějším chodníku o kus dál od předpokládaného místa pádu přebíhající ženy seděl nějaký zarostlý chlápek a zapaloval si cigaretu. Karel zvsoka našlapoval, aby si příliš nenamočil boty, a pokoušel se k němu přejít. Nedokázal udržet rovnováhu a jen se svalil na druhý chodník, když mu na obrubníku obě nohy uklouzly. Kufřík mu vylétl z ruky a přistál před sedícím mužem.

„Už jste druhý,“ řekl ten člověk a vyfoukl oblak cigaretového kouře. „Před chvílkou tu sebou praštila nějaká holka.“

„Mělo by se to posypat. Ale kde je? Přišel jsem jí pomoci,“ konstatoval Karel a snažil se vstát.

„Ona to řekla skoro stejně, jen k tomu dodala ‚konečně‘ a nakonec ještě ‚do prdele‘.“

Karel se zvedl na jednu nohu, a když chtěl přinést druhou, ta první mu podjela a on se znovu svalil, tentokrát vedle sedícího vousáče.

„A kde je ta žena? Viděl jsem támhle z toho okna, že ji srazilo auto.“ Karel se už nepokoušel vstát a klečel na kolenou.

„Kde by byla? Ulevila si a odešla. Po čtyřech. Jinak se to nedá. To auto ji vyhnalo ze silnice, a když uskočila na chodník, tak sebou praštila. To je všechno.“

„Hele,“ dodal zarostlý muž a ukázal prstem.

Po svažitém chodníku od náměstí sjížděl pes po svých nohách jako na bruslích.

Karel otočil hlavu tím směrem a řekl: „To je správná metoda. Jistota čtyř opěrných bodů. Jinak to nejde.“

Pes dokluzal k oběma mužům, lehl si k vousáči a olízl mu tvář. „To je můj pes. Jmenuje se Hafík,“ řekl zarostlý muž.

„Ahoj Hafíku, já jsem Karel,“ řekl Karel a vztáhl k němu ruku. Pes zvedl packu a krátce štěkl.

Karel podal ruku Hafíkovu pánovi a řekl: „Jmenuju se Karel Voborský a jsem ortoped, už v dů-

chodu. Seběhl jsem dolů, když se mi zdálo, že tu holku porazilo auto. No a proto jsem teď tady.“

„Já jsem Tonda Finn. Původně jsme se jmenovali de Finn a já bych byl Anthony de Finn, ale v tom minulém režimu se to nějak nehodilo, tak otec to de nechal vymazat. Předkové sem přišli s Napoleonem. A už pak neodešli. Fakt nechápu proč.“

„Čechy jsou krásná země, naše krajina se líbí mnoha cizincům.“

„Já už žádný cizinec nejsem, i můj praděd se narodil tady. Stejně mi není jasné, odkud všichni Češi přišli. S tím praotcem. A je tu taková národnostní míchanice. Asi vznikala převládáním armád při spoustě válek od středověku po dnešek. Dnes lidi taky migrují sem a tam. A přínášejí různé názorové proudy a s tím i národnostní třenicemi.“

„Vy mluvíte jako filozof.“

„Ale ne, to nejsem. Jen se koukám kolem a sem tam si něco přečtu. Každý průměrný stařík, jako jsme asi my dva, si vzpomene na feudální vlády Franze Josefa, kterého sám nezažil, ale jeho rodiče ano. To jsou přenesené vjemy a vzpomínky. Před Rakouskem-Uherskem tu byly bojůvky a potyčky ze všech světových stran. Lituju ty lidi, kteří žili například 30 let ve třicetileté válce. A pak první světová. Nevídaný masakr takových lidí, jako jsme my dva. Vy byste byl ve první, do kterých by se protivník střelil nebo je otrávil nějakým plynem. Já jako Francouz původem bych šel do první linie.“

„Nechte toho, to už je dávno pryč a lidstvo si dá pozor. Trvala jen nějakých pět let a pak bylo dobře.“

„První republika. Československo. Máte pravdu. Světly okamžik v dějinách. Jen si všimněte, že ani Československo už není. A to bývalé Československo zažilo poválečný boom na výsluní podnikavosti obyvatel. Ale pak také fašistickou okupaci ve druhé světo-

Ilustrační foto: Shutterstock



vé válce, po ní poválečnou euforii a nástup komunistické vlády. Socialismus. Socialismus s lidskou tváří a reálný socialismus. No prostě osvícení socialismem, které trvalo přes čtyřicet let.“

„To je produktivní život jedné generace. Dost dlouho, abych si všiml, že o něco šlo. Prožil jsem to celé, se první republikou neznám, já jsem se narodil až po druhé válce.“

„Máte nějaký vzpomínky od rodičů, já je mám taky.“

„Otec byl lékař v nemocnici v první republice i za okupace. To léčil německé vojáky. Vzpomínal na to nerad. A po válce byl zase nemocniční lékař. Maminka byla před válkou sestra a pak v domácnosti. Byli jsme tři pováleční kluci, synové. Moji rodiče žádné závrtné štěstí nepožili ani v jednom období téhle republiky.“

„Nebyli sami, myslím si, že mnoho generací tohoto národa mělo život plný útrap a málo šťastných dnů. Bohužel.“

Tonda Finn sáhl do náprsní kapsy a vytáhl placatou láhev s nápisem Kola-fa-limonáda.

„Tak to zapijeme. Dáme si na zdraví. Je to léčivé,“ a sáhl do postranní kapsy, kde měl dva náprstkové kelímky. Nalil do prvního a podal ho doktorovi.

Na chodníku za nimi se objevil městský policista, opírající se o dvě lyžařské hole.

„Popíjet alkoholické nápoje na veřejnosti je zakázáno,“ řekl.

Pes Hafík zaštěkal.

„Domácí zvířata, zejména psi, musejí mít náhubek a být uvázaní na vodítku,“ řekl policista.

Karel obrátil nalitý kelímek do sebe, polkl, zvedl hlavu a podíval se na policistu.

„Kofeinová příchut' se známkami máty, heřmánku, levandule, pryskyřníku, ořešáku – asi sója, něco lesních bobulí jako borůvka a brusinka se stopou česneku. Všechno léčí. Jako lékař to poznám.“

„A co ten pes?“ zeptal se policista. „Ten je můj,“ řekl Tonda Finn, „neurčitá rasa z čeledi nekousavých. Obojek má, ale košík není nutný, má totiž zuby z umělé gumy. Ty bývaly zavedené ve třicátých letech v Americe a on to nějak zdědil. Chcete je vidět?“

„Nechci,“ řekl policista, „ale přivažte si ho. A žádné popíjení, já vím svoje,“ dodal, otočil se a upadl na kolena.

„Ta holka, co tu sebou taky sekla, říkala, že by se to do prdele už mělo posypat. A proto my tu sedíme i se psem a posilujeme se zdravotním nápojem,“ řekl Tonda. „Čekáme na posyp.“

Policista se zvedl a klouzavým krokem odešel, ani se neohlédl. Tonda vytáhl placatou láhev a nalil do dvou kelímků.

„Ten odhad byl skoro správný. Je v tom čtyřicátka slivovice a trochu máty a oříškového extraktu. Zaručeně nezávadné pití. Tak na zdraví, doktore.“

Oba pozdvihli své pohárky a symbolicky si přitukli.

„Na tvoje zdraví, de Finne,“ řekl Karel.

„Na tvoje zdraví, doktore,“ řekl de Finn.

Pes Hafík zatím hlídal, jestli se policista nevrací.

Jiří Štyblo

## PŘEHLED ROKU 2015

## České zdravotnictví v roce 2015

## Leden

◆ **Úhradová vyhláška** přidala systému **10 miliard navíc**, resort měl pro rok 2015 celkem 239 miliard korun, dle ministerstva zdravotnictví má zaručit 5% navýšení platů a mezd všech zdravotníků.

◆ Ministerstvo zdravotnictví zahájilo na popud ministerstva financí **centrální nákupy** ve svých přímo řízených nemocnicích (začalo jednotným nákupem energií a vybraných zdravotnických prostředků).

◆ **Lékárny** se od ledna začínají vyrovnávat se **zrušením regulačních poplatků 30 Kč za recept** a snížením DPH z 15 na 10 % u registrovaných léků.

## Únor

◆ **Nemocnice** začaly přidávat zaměstnancům 5 % na tarifní složce platu. Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) ale tvrdí, že úhradová vyhláška nárůst platů neumožnila.

◆ **Česká onkologická společnost** v čele s předsedou Jiřím Vorlíčkem vyjádřila nesouhlas s iniciativou **Transparentní spolupráce**, ke které se do konce roku přihlásilo 41 farmaceutických společností a ke zveřejnění finančních toků dalo svůj souhlas přibližně 40 % českých lékařů.

◆ Lékárny uzavírají dodatky se zdravotními pojišťovnami, které jim začaly vyplácet **signální kód** jako kompenzaci za zrušený poplatek.

## Březen

◆ Ministr zdravotnictví **Svatopluk Němeček** jmenoval nové náměstkyni – Lenku Ptáčkovou Melicharovou pro sekci strategií (koncepte zdravotní péče) a Lenku Taie Kolaříkovou pro majetek a mezinárodní věci.

◆ Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN spustila v rámci projektu **ODDICUS** **prospektivní observační studii o umírání v terciárním zdravotnickém zařízení** – jejím cílem je snažit zmapovat kvalitu a dopady umírání u 1000 pacientů, kteří v průběhu roku v nemocnicích zemřeli.

◆ Proběhla mezinárodní konference **Léčebné konopí a kanabinoidy**, kterou podpořila řada zástupců odborné veřejnosti a na níž byla založena **Mezinárodní koopná koalice pacientů (IMCPC)**.

◆ Ministerstvo financí v čele s Andrejem Babišem zveřejnilo analý-

zu, která srovnávala nákupy zdravotnických prostředků v letech 2009 až 2013 v českých nemocnicích. Podle dat pořizovaly nemocnice defibrilátory a další zdravotnické prostředky pro léčbu srdce nehospodárně.

## Duben

◆ Nabyt účinnost nový **zákon o zdravotnických prostředcích**, v jehož rámci Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vytvořil registr zdravotnických prostředků.

◆ Začal 9měsíční pilotní projekt úhrady **mobilní paliativní péče**. Všeobecná zdravotní pojišťovna v 9 domácích hospicích zaplatí péči 380 pacientům.

◆ **Skončila hlavní sestra ČR** a zároveň ředitelka odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ Alena Šmídová, důvod ukončení svého působení neuvědla.

◆ **Nemocnice Na Homolce** ukončila spolupráci s dceřinou firmou **Holte**, která pro ni zajišťovala účetnictví za 40 milionů ročně.

◆ Vznikla **Asociace provozovatelů lékárenských sítí (APLS)**, členy jsou Česká lékárna holding (Dr. Max), Benu ČR a Devětsil JST.

## Květen

◆ **Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra** ohlásila, že **neuplatní regulace za rok 2014** vůči smluvním lékařům gynekologům, ambulantním specialistům a praktickým lékařům (již třetí rok v řadě neprováděla regulace ani **Všeobecná zdravotní pojišťovna**).

◆ Pražští radní po 16 letech **odvolali** po vleklých sporech s odbory **z funkce ředitele Zdravotnické záchranné služby** hlavního města Prahy Zdeňka Schwarze. Novým ředitelem byl na základě výběrového řízení odborné komise pražského magistrátu doporučen MUDr. Petr Kolouch.

◆ **Jesenická nemocnice začala volala stát** kvůli financování soukromých nemocnic, zejména za to, že stát odmítá vícezdrojové financování těchto zařízení.

## Červen

◆ **Čínští** zdravotničtí experti navštívili ČR, vrata u vstupu **čínských generik** na český trh se otevírají. Spolu s generiky se české zdravotnictví za podpory ministerstva zdravotnictví otevřelo i **čínské medicíně**, když bylo na univerzitní půdě (při Fakultní ne-

mocnici Hradec Králové) otevřeno výzkumné centrum čínské tradiční medicíny. Do 3 let zde vyroste za čínské peníze klinika tradiční čínské medicíny.

◆ Poslanecká sněmovna schválila vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů – tzv. **transparentní novela**. Posílí státní dozor nad finančními toky zdravotního pojištění a nad fungováním zdravotních pojišťoven, které budou povinně zveřejňovat smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb.

◆ Vznikl nový **akční plán kvality a bezpečí ve zdravotnictví**, který bude součástí zákona o zdravotních službách. Jeho úkolem je formalizace řízení kvality a bezpečí.

◆ Vznikla **Česká společnost regenerativní medicíny ČLS JEP**, která bude shromažďovat, rozvíjet a uplatňovat poznatky regenerativní medicíny a dbát na využívání léčebných postupů podložených vědeckými důkazy.

## Červenec

◆ **Masarykova univerzita** získala již potřetí v řadě **prestižní grant Marie Curie**, který jihomoravskému regionu zajistí pro vědu a výzkum prostřednictvím programu SoMoPro dotační prostředky ve výši **100 milionů korun**.

◆ **Česká lékárnická komora** vyzvala ministra zdravotnictví Němečka, aby se opatření ke **zvýšení platů** všech zdravotníků (které má pro rok 2016 zajistit úhradová vyhláška) dotklo nejen státních, ale i **soukromých poskytovatelů** zdravotní péče.

◆ Vláda schválila **navýšení výměřovacího základu u osob**, za které je plátcem pojistného stát, o **1,8 miliardy korun**.

## Srpen

◆ Organizace HealthCare Institute (HCI) předložila dílčí výsledky průzkumu „**Zdravotní pojišťovna roku 2015**“, kde jako první respondenti volili nejlepší pojišťovnu ředitelem nemocnic, u nichž vyhrála Zaměstnavatelská pojišťovna Škoda. Celkovým vítězem se stala Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra.

◆ Předseda Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP **Petr Popov** upozornil, že v ČR stále chybí **ambulantní péče o děti**, které se kvůli **intoxikaci alkoholem** dostanou do péče protialkoholní zá-

chytné stanice, kde ročně končí 1000 z nich.

◆ Zdravotní pojišťovny sečetly přechody pojištěnců. Největší **záporné saldo** (rozdíl mezi příchoďy a odchody klientů) postihlo **OZP** (-19 954), **VoZP** (-9207) a **VZP** (-6678), nejvyšší kladné saldo znamenala **ZPMV** (17 581) a **Česká průmyslová ZP** (15 052).

## Září

◆ **Senátoři** žádali **přímou volbu do dozorových orgánů** zaměstnavatelských zdravotních pojišťoven, požadavek byl ve formě stížnosti zaslán **ústavnímu soudu**, který jej následně **zamítl**.

◆ Státní ústav pro kontrolu léčiv a VZP vyčísly úspory vzniklé tlakem na **snížení cen léků** v ČR. **SÚKL** uspořil na hloubkových i zkrácených revizích 1,8 miliard, **VZP** přibližně 640 milionů, většina úspor plyne z pozitivních listů.

◆ **Reexport** léků určených českým pacientům stále stoupá, z analýzy zveřejněné v září vyplynulo, že jeho objem je ve výši 5 miliard.

◆ Generální ředitel ZPMV **Jaromír Gajdáček** ukončil své působení ve funkci a opustil také post **prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven (SZP)**, vystřídal jej **David Kostka** (ZPMV) a **Ladislav Friedrich** (SZP).

## Říjen

◆ Je hotova vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 – tzv. **úhradová vyhláška**. Zajistí systému 9,2 miliardy navíc. Přinesla mírný růst ve všech segmentech a podle MZ její zdroje zajistí i 5% navýšení tarifní složky platů v lůžkovém segmentu. Vyhláška vyřadila všechny screeniny z regulací, MZ z dokumentu vyřadilo koeficient přechodu pojištěnců, zavedlo sankci za výrazný nárůst účelových překladů a bezlimitní úhradu stanovilo pro péči o novorozence a rodičky a HIV pacienti.

◆ MZ ve spolupráci s MPSV připravilo nové nařízení vlády o **odškodňování bolesti a ztížení uplatnění** způsobené úrazem či nemocí z povolání. Hodnota jednoho bodu odškodňovací metodiky byla valorizována ze 120 na 250 korun.

◆ Vzniklo **Sdružení zdravotnických asistentů ČR**, které chce jako zastřešující organizace obhajovat roli asistentů v systému zdravotní péče.



Ilustrační foto: Shutterstock

## Listopad

◆ MZ iniciovalo změnu zákona o specifických zdravotních službách, aby lékař kromě soudu (jako doposud) informoval také policii, pokud **pacient s psychickým onemocněním** nenastoupí k nařízené léčbě.

◆ Vznikla **Asociace výdejců a prodejců zdravotnických prostředků (AVZP)**, zastupuje registrované výdejny a prodejny zdravotnických potřeb a jejich zájmy chce hájit na nepřehledném poli výdejců, jimž komplikuje život nový **zákon o zdravotnických prostředcích**.

◆ Delegáti na sjezdu České lékařnické komory (ČLKN) zvolili nové vedení. Prezidentem se opět stal Lubomír Chudoba, viceprezidentem Aleš Krebs. Komora prosazuje, aby odměňování lékařů bylo stále méně závislé na marži z léků, podporuje roli lékárníka-zdravotníka.

◆ V rámci konference **Zdravotnictví 2016** bylo vyhlášeno ocenění **Manažer roku ve zdravotnictví**, jež získal ředitel Nemocnice Strakonice **Tomáš Fiala**.

## Prosinec

◆ **Nemocnice Na Homolce** porušila v letech 2011–2013 předpisy o zadávání veřejných zakázek a od finančního úřadu hl. m. Prahy dostala pokutu ve výši 3 miliardy korun. Odvolala se ke generálnímu finančnímu ředitelství, pokud to pokutu neodpustí, je ministr financí ochoten uhradit částku ze státních peněz.

◆ Prezidentem **České lékařské komory** byl opět zvolen Milan Kubek, viceprezidentem Zdeněk Mrozek. Komora chce **prosadit pacienta** jako hybatele systému, pravidelnou 10% **valorizaci ceny práce lékaře a změnu seznamu výkonů** směrem k reálným nákladům poskytovatelů péče.

◆ **Nemocnicí roku** byla vyhlášena Nemocnice **České Budějovice**, následovaná Nemocnicí Prachatice a Vojenskou nemocnicí Olomouc, HCI vyhlásoval vítěze již podesáté.

# Světové zdravotnictví v roce 2015

## Leden

◆ Asociace **německých** veřejných zdravotních pojišťoven pozastavila úhradu provozních nákladů ve výši 60 milionů eur na elektronický zdravotní průkaz, jímž se tamní pacienti musejí povinně prokazovat u lékaře. Důvodem byla nefunkčnost průkazu, který měl zajistit vydávání elektronických předpisů a nahrávání digitálních chorobopisů na čip ukrytý v kartě.

◆ **Ruský** premiér Dmitrij Medvedev připustil, že kvůli západním sankcím a znehodnocení rublu může země čelit vážnému nedostatku léků – především onkologických, které se z velké části dovážejí.

## Únor

◆ Soud v americké **Virginii** přiznal kompenzaci asi 7 tisícům obětí nucených sterilizací, k nimž v USA docházelo od 20. let minulého století při uplatňování „eugenického“ zákona. Právníci vyhráli spor trvající 3 roky, každá z obětí má nárok na náhradu ve výši 25 tisíc dolarů.

◆ **Velká Británie** se stala první zemí na světě, jež schválila zákon umožňující početí dětí s DNA od tří lidí (dvou žen a jednoho muže). Cílem je zamezit přenosu genetických nemocí z matky na dítě. Odpůrci se obávají zneužití legislativy pro snahu o „děti na míru“.

◆ **Turecký** soud zastavil stíhání desítek zdravotníků, kteří v červnu 2013 pomáhali ošetřovat demonstranty zraněné během protivládních protestů. Trestní oznámení na lékařskou komoru podalo ministerstvo zdravotnictví, podle něhož lékaři poskytováním první pomoci demonstrantům „napomáhali zločincům“.

◆ **Kanadský** nejvyšší soud povolil lékařskou pomoc při eutanazii u dospělých lidí, kteří jasně projevili zájem dobrovolně ukončit svůj život kvůli nevléčitelné nemoci způsobující trvalou a nesnesitelnou bolest. Výkon svého rozhodnutí soud pozastavil na dobu jednoho roku, aby zákonodárci zrevidovali příslušný zákon.

## Březen

◆ Desítky lékařů a sester z nemocnice v **Žilíně** podaly výpovědi kvůli nevyhovující situaci v péči o pacienty a špatným pracovním pod-

mínkám v tamním zdravotnickém zařízení.

◆ **Francouzští** poslanci schválili návrh zákona, který má dát nevléčitelně nemocným právo, aby je lékaři až do smrti udržovali v bezvědomí. Kritici normy tvrdí, že jde o skrytou formu eutanazie.

◆ Všechny sestry, porodní asistentky i zubaři ze zemí EU musejí od března absolvovat přísný test jazykových znalostí, než budou moci začít pracovat v **Británii**. Dosud povinnost platila pro lékaře.

◆ **Pákistánská** policie pozatýkala na severozápadě země 471 rodičů odmítajících dát své děti očkovat proti obrně. Zadrženi čelili obvinění z veřejného ohrožení. Ti, kteří s očkováním posléze souhlasili, byli obratem propuštěni.

## Duben

◆ Světová zdravotnická organizace oznámila, že **Severní a Jižní Amerika** se staly prvními regiony světa, které vymýtlly zarděnkou. Všechny případy onemocnění jsou na kontinent zavlečeny z jiných částí světa.

◆ Vedení **Světové zdravotnické organizace** (WHO) přiznalo, že několikrát vážně pochybilo při zvládnutí epidemie Eboly v západní Africe. WHO v dokumentu mimo jiné píše o nedostatečně rychlé reakci na šíření nemoci, chybách v koordinaci a v komunikaci.

◆ **Australská** vláda rozhodla, že zastaví vyplácení státní sociální podpory těm rodičům, kteří své děti odmítnou nechat očkovat. Rodiny tak mohou přijít o více než 11 tisíc australských dolarů ročně.

## Květen

◆ **Europoslanci** odhlasovali usnesení týkající se bezpečnějšího zdravotnictví v Evropě. Vyjádřili v něm znepokojení nad infekcemi ve zdravotnických zařízeních, které postihují 8–12 % pacientů v EU. Podle expertů je možné 20 až 30 % těchto případů zabránit.

◆ Rozsáhlou unikátní transplantaci krku pacienta postiženého rakovinou provedli s úspěšným výsledkem **polští** lékaři. Transplantace se kromě hlasivek týkala průdušnice, jícnu, štítné žlázy a přilehlých žláz, svalů, nervů, cév a kůže.

## Červen

◆ Nejvyšší soud **Spojených států amerických** podpořil celostátní dostupnost státních subvencí, které jsou klíčovou součástí Obamovy zdravotnické reformy z roku 2010. Potvrdil tak, že jejich poskytování na celém území USA je v souladu s americkou ústavou.

◆ **Americká** policie zatkla 243 lidí a obvinila je z účetních podvodů při využívání vládního zdravotnického programu Medicare. Podle vyšetřovatelů docházelo ke zbytečnému předepisování léčby či proplácení léčby, jež se neuskutečnila. Škoda dosáhla 712 milionů dolarů.

## Červenec

◆ **Izraelský** parlament odhlasoval zákon, jenž umožňuje nařídít nucenou výživu vězňů, kteří drží hlavovku a jsou ohroženi na životě. V izraelských věznicích se k tomu často uchylují Palestinci.

◆ Z pokusu o zabití 31 pacientů obžalovalo státní zastupitelství v **Lipsku** 2 bývalé lékaře místní univerzitní nemocnice, kteří zfalšovali dokumentaci 38 pacientů čekajících na transplantaci jater tak, aby se jejich stav zdál vážnější než ve skutečnosti. Celkem 23 pacientů pak dostalo nová játra dříve, než měli, čímž byli někteří vážně nemocní posunuti na spodní místa čekací listiny.

◆ **Polský** prezident Bronislaw Komorowski podepsal zákon o umělému oplodnění metodou *in vitro*. Nový zákon mimo jiné stanovil, že metodu mohou využít i nesezdané páry.

◆ **Francouzský** odvolací soud rozhodl, že německá společnost TÜV, která odpovídá za plnění evropských norem u vyráběných a prodávaných prsních implantátů v Evropě, v aféře s implantáty francouzské firmy PIP nijak nechybovala.

◆ Světová zdravotnická organizace (WHO) oficiálně prohlásila **Kubu** za první zemi světa, které se podařilo vymýtit přenašeni viru HIV a syfilis z matky na dítě. WHO dává úspěch do souvislosti s přístupem všech obyvatel ke zdravotní péči.

## Srpen

◆ **Slovenské** ministerstvo zdravotnictví šokovalo záměrem po-

sílat zdravotníky na povinné protikorupční školení, jež by bylo podmínkou pro výkon povolání. Lékařské odbory návrh kritizovaly a upozornily, že do afér spojených s nevhodnými transakcemi ve slovenském zdravotnictví bylo prý zapleteno hlavně vedení nemocnic, nikoli zdravotníci.

## Září

◆ Kvůli podvodům s léky bylo v **Rumunsku** zatčeno a vzato do vazby 13 osob včetně lékařů a lékárníků. Zločinecká organizace podle prokuratury způsobila od roku 2011 státu mnohamilionové škody. Případ se týká falešných receptů na onkologické léky nebo přípravky pro lidi s duševními poruchami.

◆ Tisíce sester se sjely do **Varšavy**, kde před sídlem vlády a parlamentu demonstrovaly za zvýšení platů a zlepšení pracovních podmínek. Podle médií chtěly přidat 1500 zlotých po etapách během příštích 3 let. Svůj protest opřely o statistické údaje, podle nichž v Polsku na 1000 obyvatel připadá něco málo přes 5 sester.

## Říjen

◆ **Japonsko** poprvé uznalo případ onemocnění rakovinou jako důsledek úniku radiace z jaderné elektrárny Fukušima, poškozené při zemětřesení a tsunami v roce 2011. Pacientem je bývalý dělník pracující ve Fukušimě, jemuž lékaři diagnostikovali leukemii.

◆ **Americké** letectvo údajně v důsledku lidské chyby bombardovalo nemocnici organizace Lékaři bez hranic (MSF) v severoafghánském Kunduzu. Při útoku zemřelo více než 30 osob a statisíce lidí přišly o přístup k péči zachraňující životy. MSF odmítli závěry oficiálního vyšetřování americké armády a požadují nezávislé vyšetření případu.

◆ **Kalifornský** guvernér Jerry Brown podepsal zákon umožňující eutanazii. Lékaři tak mohou těžce nemocným pacientům předepsat přípravky k ukončení života. Nárok na eutanazii budou mít ti, u nichž nejméně dva nezávislí lékaři potvrdí, že nemocnému nezbývá více než půl roku života. Psychicky nemocní na eutanazii právo mít nebudou.

◆ **Slovenští** zdravotníci začali shromažďovat podpisy pod podá-

ní hromadných výpovědí na protest proti chystaným změnám jejich odměňování. Sestrám či laborantům se nezamlouvalo, že připravovaná novela zákona se mimo jiné bude vztahovat pouze na platy zdravotníků v nemocnicích a že mzdy nezohlední praxi.

## Listopad

◆ Sestry na **Slovensku** začaly hromadně podávat výpovědi. Ministr zdravotnictví Viliam Čisliák v reakci uvedl, že péče o pacienty ohrožena nebude. Prvních 200 výpovědí podaly sestry ve fakultní nemocnici v Žilíně.

◆ Za poskytování zpoplatněné pomoci při sebevraždě budou v **Německu** hrozit až 4 roky vězení, rozhodl Spolkový sněm, který však odmítl požadavek na úplný zákaz asistované sebevraždy. Aktivní usmrcení vážně nemocných zůstává nadále zakázané a trestní zákoník na ně stále pohlíží jako na vraždu.

◆ **Francie** se rozhodla zrušit více než 30 let starý zákon, který zakazoval homosexuálním mužům darovat krev. Původně vešel v platnost kvůli obavám z možného šíření nemocí jako například viru HIV.

## Prosinec

◆ Gayové ve **Spojených státech amerických** mohou po 32 letech úplného zákazu darovat krev, pokud neměli v uplynulém roce pohlavní styk s mužem.

◆ **Slovenská** policie obvinila 6 pracovníků tamního Národního onkologického ústavu z krádeže léků. Obviněným v případě prokázání viny u soudu hrozí až desítky let vězení.

◆ **Slovenský** prezident Andrej Kiska vetoval novelu zákona týkající se odměňování pracovníků ve zdravotnictví kromě lékařů, kvůli níž začaly sestry hromadně podávat výpovědi. Hlava státu zákonodárcům navrhla, aby při opětovném projednání z předlohy některé změny vypustili.

◆ **Polský** ministr zdravotnictví nové konzervativní vlády Konstanty Radziwill oznámil, že stát vbrzku přestane financovat oplodnění *in vitro*. Díky metodě se od poloviny roku 2013 v Polsku narodilo skoro 4000 dětí. V současnosti program využívá zhruba 17 tisíc lidí a další mají zájem.

## PŘEHLED ROKU 2015

## Lékařská ocenění a další pocty v roce 2015

## Nobelova cena

Za úspěchy v boji s nemocemi sužujícími především obyvatele méně rozvinutého světa získali ocenění švédské Královské akademie věd – Nobelovu cenu – v kategorii fyziologie a medicíny tři lékaři-výzkumníci. Americký vědec **William Campbell** a Japonci **Satoshi Omura** stojí za vývojem léku proti hlísticím. Jejich objev – antiparazitická látka ivermektin – se hlavně měrou zasloužil o to, že nemoci způsobované hlísticemi jsou celosvětově na ústupu a téměř vymýceny. Čínská výzkumnice **Jou-jou Tchu** našla v tradiční čínské medicíně poznámky o účinnosti pelyňku ročního proti horečce a malárii a následně dokázala určit, která látka v rostlině je biologicky aktivní. Tak vzniklo zatím neúčinnější a široce používané antimarialikum artemisinin.

## Státní vyznamenání

Medailí I. stupně Za zásluhy o stát v oblasti vědy ocenil prezident republiky Miloš Zeman 28. října 2015 při slavnostním ceremoniálu ve Vladislavském sálu Pražského hradu čtyři osobnosti medicíny a lékařského výzkumu. Vyznamenání obdrželi: plastický chirurg **MUDr. Bohdan Pomačač**, internista-diabetolog **prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc.**, zakladatelka českého hospicového hnutí **MUDr. Marie Svatošová** a „první dáma“ české anesteziologie a intenzivní péče **prof. MUDr. Danuše Táborská, DrSc.** Stejně ocenění převzal i zakladatel oboru elektronová mikroskopie v Československu **prof. Ing. Armin Delong, DrSc.**

## 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 tito významní odborníci:

- ♦ **prof. Ing. Armin Delong, DrSc.**, zakladatel elektronové mikroskopie v Československu,
- ♦ **RNDr. Jiří Hejnar, CSc.**, vedoucí oddělení virové a buněčné genetiky Ústavu molekulární genetiky Akademie věd ČR, zaměřující se ve své práci především na retroviry,
- ♦ **prof. MUDr. Josef Hyánek, DrSc.**, lékař a expert v oblasti klinické biochemie, jenž převážnou část profesní dráhy zasvětil výzkumu dědičných poruch metabolismu,

- ♦ **Alena Jančíková**, ředitelka České asociace paraplegiků,
- ♦ **prof. Ing. Pavel Jandera, DrSc.**, přední světový odborník v oblasti analytické chemie, prioritně se zabývající vysokoúčinnou kapalinovou chromatografií, kterou lze využít např. pro odhalování některých typů rakoviny,
- ♦ **prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc.**, mezinárodně uznávaný internista-diabetolog,
- ♦ **prof. MUDr. Josef Syka, DrSc.**, lékař a neurofyziolog, specializující se zejména na poruchy sluchu,
- ♦ **prof. Ing. Karel Ulbrich, DrSc.**, jedna z vůdčích osobností makromolekulární chemie.

## 22. rytíř lékařského stavu

„Děkuji životu, že jsem se dožila tohoto dne a této pocty a že jsem se jich dožila tak, že tu mohu být s vámi,“ řekla v Tereziánském sále Břevnovského kláštera v Praze při pasování na v pořadí již 22. rytíře lékařského stavu dvaadevadesátiletá oftalmoložka a neurooftalmoložka **MUDr. Jaroslava Vladyková, DrSc.** Doktorka Vladyková je teprve druhou rytířkou v historii udílení této pocty, první se v roce 2003 stala odbornice na popáleninovou medicínu profesorka Radana Königová.

## Cena Jana Evangelisty Purkyně



Nejvyšší ocenění České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP) bylo v rámci 57. Purkyňova dne na zámku v Libochovicích uděleno emeritnímu přednostovi Stomatologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze **prof. MUDr. Jiřímu Mazánkovi, DrSc.** „Bez jeho práce si nelze představit současnou podobu čelistní a obličejové chirurgie,“ zdůraznil předseda ČLS JEP profesor Štěpán Svačina.

## Ceny ministra zdravotnictví za výzkum

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček předal 17. prosince v Martinickém paláci v Praze již potřinácté ocenění za mimořádné výsledky ve zdravotnickém

výzkumu a vývoji řešitelům projektů, které jsou podporovány Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví z veřejných zdrojů. Cenu získali tito vedoucí výzkumných týmů:

- ♦ **prof. MUDr. Jiří Bártek, CSc., dr. h. c.**, z LF UP Olomouc,
- ♦ **prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.**, přednosta Kliniky nefrologie Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze,
- ♦ **prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.**, vedoucí Centra kardiovaskulární prevence 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze. Čestná uznání obdrželi:
- ♦ **prof. MUDr. David Školouřík, Ph.D., FESO**, z Fakultní nemocnice Ostrava,
- ♦ **prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D.**, přednosta Ortopedické kliniky LF UP a FN Olomouc,
- ♦ **doc. MUDr. Ondřej Hrušák, Ph.D.**, z 2. LF UK v Praze,
- ♦ **doc. MUDr. Bohumír Kříž, CSc.**, z Centra epidemiologie a mikrobiologie Státního zdravotního ústavu.

## Cena prezidenta České lékařské komory



Rehabilitační lékařka **doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc.**, převzala z rukou prezidenta České lékařské komory MUDr. Milana Kubka cenu za přínos v oblasti celoživotního vzdělávání. Slavnostní večer v observatoři žižkovské televizní věže v Praze organizovala divize Mladá fronta Events & Congresses – Medical Services.

## Cena Nadačního fondu Neuron

Mezi laureáty Ceny Nadačního fondu Neuron za přínos světové vědě v oboru medicína se v roce 2015 zařadil zakladatel české dětské onkologie **prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc.**

## Výroční cena České transplantáční nadace

Výroční cena České transplantáční nadace Karla Pavlíka byla v historické aule pražského Karolina předána švédskému lékaři **profesoru Matsu Brännströ-**

**movi**, a to za sérii transplantací dělohy u 11 žen, které vedl v roce 2013. Čtyři z žen otěhotněly a donosily zdravé děti.

## Cena Společnosti pro vědy a umění

Neurochirurg **prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc., plk. ve výslužbě**, se stal nositelem ocenění udělovaného pražskou skupinou Společnosti pro vědy a umění a Senátem PČR významným osobnostem české kultury a vědy.

## Cena Celestýna Opitze

Ocenění řádu Milosrdných bratří v Čechách a na Moravě za vzor v péči o nemocné a jinak potřebné připadlo v roce 2015 **České nemocnici sv. Karla Lwanga v Ugandě** a **P. Mariánu Kuffovi** – slovenskému římskokatolickému knězi, který se věnuje lidem na okraji společnosti.

## Cena Bedřicha Hrozného

Cenu Bedřicha Hrozného, již uděluje rektor Univerzity Karlovy za významný tvůrčí počín, obdrželi děkan 1. LF UK **prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.**, a **prof. Dr. rer. nat. Rolf Mentlein** z Christian-Albrechts-Universität in Kielu za editaci a spoluautorství monografie *Glioma Cell Biology* (Biologie gliomové buňky).

## Discovery Awards

Laureáty čtvrtého ročníku vyhlášení cen Discovery Awards společnosti Novartis, určených osobnostem medicínského a farmaceutického výzkumu do 40 let věku, se v roce 2015 stalo těchto pět mladých vědců: **doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.**, z 1. interní – kardiologické – kliniky LF UP a FN Olomouc, **Ing. Jan Rusz, Ph.D.**, z katedry teorie obvodů Elektrotechnické fakulty ČVUT a Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze, **Mag. Jan Pěničik** z Institutu Ludwiga Boltzmann pro výzkum rakoviny a Institutu klinické patologie Všeobecné nemocnice ve Vídni, **MUDr. Ester Mejstříková, Ph.D.**, z Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol a **Mgr. Lenka Kyjácová, Ph.D.**, z Ústavu molekulární genetiky AV ČR.

## Cena Olgy Havlové

Jedenadvacátou výroční Cenu Olgy Havlové udělil Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové handicapované **Olze Joklové ml.** z Jihlavy, která trpí vrozeným ge-

netickým onemocněním *epidermolysis bullosa* („nemoc motýlích křídel“) a navzdory tomu se intenzivně věnuje pomoci dalším pacientům a osvětě přispívající ke zkvalitnění jejich života.

## Sestra roku 2014

Výsledky 15. ročníku prestižní soutěže Sestra roku, kterou organizovalo vydavatelství Mladá fronta, divize Mladá fronta Events & Congresses – Medical Services, byly 17. března 2015 vyhlášeny v prostorách Hudebního divadla Karlín v Praze.



Titul Sestra roku v kategorii přímé ošetrovatelské péče získala **Bc. Jitka Fikarová**, vrchní sestra Zdravotnického zařízení Ministerstva vnitra ČR; Jitce Fikarové náleží rovněž ocenění Sestra mého srdce, udělované na základě hlasování široké veřejnosti na webových stránkách [www.sestramehosrdce.cz](http://www.sestramehosrdce.cz). Sestrou roku v kategorii managementu a vzdělávání odborná porota vyhlásila **Mgr. Jindru Kracíkovou**, mentorku Vysoké školy zdravotnické Praha. Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství obdržela od redakce časopisu *Zdravotnictví a medicína* **Dana Pilátová** z 1. interní kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze.

## Nejlepší VŠ pedagog

Cenu Wernera von Siemense, vyhlášenou již posedmnácté společností Siemens ČR pod záštitou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstva průmyslu a obchodu ČR pro nejlepšího vysokoškolského učitele, obdržel **prof. MUDr. Stanislav Štípek, DrSc.**, z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze.

## Manažer roku ve zdravotnictví a sociálních službách

Primářka a ředitelka Rehabilitačního ústavu Brandýs nad Orlicí **MUDr. Michaela Tomanová, Ph.D., MBA**, uspěla ve 22. ročníku soutěže Manažer roku; zvítězila v kategorii zdravotnictví a sociálních služeb. (sta)

# Pět největších chorob českého zdravotnictví a jejich řešení

Podle zakladatele Kanceláře Ombudsmana pro zdraví **MUDr. Martina Jana Stránského** je systém zdravotnictví handicapován setrávající nesystematičností a absencí jasné koncepce a kontroly. „Nabubřelý byrokratický aparát, v němž se během 26 let vystřídalo 23 ministrů zdravotnictví, nade vše podporuje fragmentaci zdravotnictví do skupin, z nichž každá bojuje o vlastní přežití,“ píše.



Foto: archiv

## 1. Absence standardu zdravotní péče

Možnosti zdravotní péče pro každého pacienta se mnohdy dramaticky liší. Poskytovatelé nabízejí to, „na co mají“, nikoli to, co by v rámci stejné péče pro každého nabízet měli. Nikde není specifikováno, jakou zdravotní péči má pacient pro dané onemocnění dostat. Stejně tak není řečeno, kde a kdy jí má dostat. Výsledkem je, že si každý poskytovatel zdravotních služeb vysvětluje pravidla po svém. Právě to je příčinou vzniku komického pojmu „nadstandardní péče,“ kterou ovšem samozřejmě ve skutečnosti nelze korektně stanovit bez definice standardu. Na opačném konci stejné problematiky stojí machinace, jejichž příkladem může být pražské protonové centrum, které již léta válčí s pojišťovnamí o úhrady za neopodstatněnou a předraženou péči. **Řešení:** Vytvoření jasné definice standardní zdravotní péče by srovnalo podmínky léčby v celé republice a navíc by implicitně stanovilo, že vše ostatní je „mimo standard“. To by otevřelo dveře pro legislativně schválená volitelná připojištění (viz další bod). Současný termín „nadstandard“, který zkresluje možnosti a je nepřesný, by zanikl.

## 2. Absurdní systém pojišťoven

Nikdy nebylo prokázáno, že existence více než jedné zdravotní pojišťovny šetří výdaje do zdravotnictví. Pojišťovny nic nepojišťují, pouze vybírají peníze a poté pracují s přerozdělenými penězi z tzv. zvláštního účtu. Vzhledem k legislativním omezením se ale 7 existujících pojišťoven od sebe neliší. Rozsahem a kvalitou svých služeb si konkurují nemohou. Jediné rozdíly jsou v tom, zda a kolik přispívají na prevenci, jaké mají speciální programy a balíčky pro klienty a jak odměňují ředitele a politiky ve svých správních radách. V současném systému rozhodují o tom, s kterým poskytovatelem zdravotních služeb uzavřou smlouvu, pouze pojišťovny. Ten-

to způsob vytváří optimální prostředí pro korupci vedoucí k udržování již zavedených, avšak třeba již nekvalitních lékařů a služeb. Zdravotní pojišťovny navíc nepokrývají území České republiky rovnoměrně. Například fúze společnosti AGEL s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou v Moravskoslezském kraji umožnila vznik monopolu dodavatelů zdravotních služeb. Celostátně dominantní VZP pak na druhé straně udržuje nabubřelé majetkové portfolio s byrokratickým aparátem, je propletena politikou a politiky a četnými kauzami pochybného financování a hospodaření.

**Řešení:** Skutečná konkurence mezi pojišťovnamí může vzniknout jen tak, jak vzniká všude jinde. Zákazník, tedy poskytovatel zdravotních služeb, si vybere z nabídky. Podmínky smlouvy, včetně hrazení péče, určí pojišťovna, což vytvoří v rámci konkurenčního prostředí její nabídku. Na jejím základě si pak bude poskytovatel vybírat, se kterou pojišťovnou chce smlouvu uzavřít. Právě to vytvoří její konkurenceschopnost. Další řešení spočívá v proměně pojišťoven samotných. Republika, která má méně občanů než Londýn, stačí jedna zdravotní pojišťovna, která bude hradit poskytovatelům zdravotních služeb státem garantované služby nejen na základě množství výkonů, ale i jejich kvality. S touto pojišťovnou bude moci uzavřít smlouvu automaticky každý poskytovatel, pokud o to bude mít zájem. Ostatní pojišťovny by se soustředily na tvorbu konkurenčních nabídek „připojištění“, čímž by vytvořily skutečný prostor (a tím rovněž definici) nabídky „mimostandardních“ služeb, včetně jejich hrazení. Taková nabídka vytvoří pracovní pozice pro zdravotníky zajišťující „mimostandardní“ služby, kteří odvádí daně z příjmů do státní pokladny. Pacienti, kteří si za vlastní peníze tyto služby nepřiplatí, zůstávají plátcí do povinného systému veřejného zdravotního pojištění, i když z něj téměř nebo vůbec nečerpají. Zůstává tedy ví-

ce peněz pro méně lidí, což automaticky zvedne kvalitu státní „síť“, která zůstává otevřená všem.

## 3. Úhradový systém jako brzda

Rok co rok jsou pacienti nevědomými účastníky „zákazů“ léčení v důsledku smluv mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnamí. Úhrada péče je stanovena v závislosti na výdajích z minulého roku a neodráží skutečnou a potřebnou péči v roce aktuálním. Když v listopadu „docházejí peníze“, musí si zdravotníci vybrat, kterým z pacientů poskytnou péči odpovídající, kterým nedostačující a které odmítnou. Pokud by to neudělali, čekala by poskytovatele zdravotních služeb pokuta od pojišťovny za překročení limitů. V důsledku jsou vlastně zdravotníci osobně penalizováni za to, že se snaží poskytnout státem garantovanou péči všem! Navíc úhrada výkonu pojišťovnou může být u různých poskytovatelů jiná podle toho, jakou cenu se jim podařilo s pojišťovnou vyjednat.

**Řešení:** Založení úhradového systému, z něhož by byla placena standardní péče (rozměří se ta státem hrazená) na základě reálných nákladů, přičemž by zdravotníci mohli získat odměny při šetření a dosažení lepších výsledků. Každá léčba by byla hrazena stejně po celém území. Taková homogenizace by přinesla transparentnost, kontrolu a přehled nejen do financování zdravotnictví obecně, ale i v rámci jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče.

## 4. Pacient na posledním místě

Pozůstatky systému a hlavně přístupu k pacientům z minulého režimu stále nezmizely, a to jak ze strany servilního chování pacientů, tak mnohdy i z hlediska neblahého přístupu zdravotníků. Vše je podchyceno univerzální ignorancí týkající se možnosti a práv pacientů. Téměř 60 % Čechů rozumí otázkám zdraví jen omezeně, ČR stále zbytečně lpí na ústavní péči o děti s postiženími (místo rodinné), úřady neposkytují handica-

povaným lidem patřičné služby. Budeme poslední zemí v EU, která, snad jednoho dne, zavede protikuřácký zákon.

Snad největším nešvarem je nepropojenost mezi zdravotní a sociální péčí. To se týká především dlouhodobé péče o seniory, v níž podle četných místních i mezinárodních organizací ČR naprosto zaostává. Přes 20 let komise stanovené vládou a ministerstvem zdravotnictví v této oblasti absolutně nic nevyřešily.

**Řešení:** Vybrané normy právního řádu ČR se musí stát povinnou příručkou pro všechny účastníky českého zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví musí, navzdory vyhlášeným cílům, mnohonásobně více propagovat plány a vize ve zdravotnictví, zároveň však také agresivně upřednostňovat a podporovat preventivní péči. Stejně jako v jiných zemích musí mít každé střední a větší státní zdravotnické zařízení oddělení sociálních služeb. Kromě důchodového a nemocenského pojištění by se součástí sociálního pojištění mělo stát na dobrovolné bázi i pojištění ošetrovatelské. Dvoukolejnost v úhradách poskytování ošetrovatelských a zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb musí zmizet a vše musí být hrazeno zdravotními pojišťovnamí.

## 5. Konsolidace místo fragmentace

Z předchozích bodů vyplývá, že naše zdravotnictví zůstává řízeno politickými, místními a osobními zájmy, které tvoří „státy ve státech“, v nichž každý jedná a nakupuje zvlášť. Ministerstvo zdravotnictví kontroluje pouze minoritní část poskytovatelů zdravotních služeb v nerovné územní distribuci. Fragmentace bez definice jasných poměrů s nutnou centrální kontrolou tvoří prostor pro bujnou korupci, která okrádá sektor zdravotnictví o neuvěřitelných zhruba 20 % celkového objemu financí. Důsledkem je mimo jiné i výrazné zvýšení stresu a napětí zdravotníků a pacientů.

**Řešení:** Řešení souvisí s výraznou konsolidací státního sektoru

a zároveň diverzifikací toho zbývajících. Při tvorbě definice standardu péče automaticky vznikne mapa územního pokrytí státními službami. Tím budou zároveň zmapovány mezery, jež existují převážně vně velkých aglomerací, kde chybí poskytovatelé zdravotních služeb, jejichž zřizovatelem je stát. Proto bude nutné, aby v těchto lokalitách stát poskytování svých služeb smluvně zajistil s jinými poskytovateli zdravotních služeb.

## A jedna choroba navíc

Jestliže je členství povinnou podmínkou pro výkon lékařské profese, nelze opomenout současný stav České lékařské komory (ČLK). Na jednu stranu usiluje komora o zvýšení mezd pro zdravotníky a stanoví určitá profesní a ekonomická pravidla. Na stranu druhou si však, po putinovské změně stanov kvůli možnosti zvolit již potřeť stejného prezidenta, pevně dotvořila profil politické organizace, která se nezdáráhá útočit ani na vládní činitele. Tím porušuje vlastní statut. Výsledkem je, že se většina lékařů ke komoře obrací zády, protože nesouhlasí s odborářskou tváří ani s politikou komory a opomíjením cest vedoucím k posilování etických a morálních zásad, které s medicínou skutečně souvisí.

**Řešení:** Kvalitu ČLK a současně i měření její účinnosti lze objektivně posoudit pouze zavedením dobrovolného členství, a to prostřednictvím již mnohokrát apeloované změny zákona o komorách. Jednací pozici lékařů zlepšit posílením etického a profesionálního obrazu komory i obecně profese. Registraci lékařů by mělo převzít ministerstvo zdravotnictví. Je nutné, aby se určité zákony a statut komory „morálně zmodernizovaly“. Například i tak, aby odsouzení lékaři jako Jaroslav Barták (sexuální obtěžování) či David Rath (korupce) nemohli zůstat aktivními členy komory.

## Z HISTORIE

# Pohled do historie a budoucnosti dialyzační léčby

Historie umělé ledviny je již téměř stoletá. Využití laboratorní metody dialýzy popsal již v roce 1861 skotský chemik Thomas Graham. V České republice je historie umělé ledviny (UL) spjata především s II. interní klinikou tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK a VFN Praha.

První dialyzační přístroj sestavili v roce 1913 američtí badatelé John J. Abel, L. G. Rowntree a B. B. Turner, kteří jej použili u psa. U člověka umělou ledvinu poprvé použil během 2. světové války v roce 1943 holandský lékař Willem Johan Kolff u 29leté pacientky, ale neúspěšně. Úspěch přišel až v roce 1945. Pacientka s náhlým selháním ledvin byla napojena na UL a stala se důkazem, že tento typ léčby funguje. Vedle zdokonalování UL, kterou později mohli pacienti používat i doma, vyvinul Willem Johan Kolff i umělé srdce a začal být nazýván „otcem umělých orgánů“. Od té doby se UL stala přínosem pro nemocné s akutním selháním ledvin, což potvrdily i úspěchy Američanů během korejské války, kdy úmrtnost vojáků s těžkým zraněním a se selháním ledvin klesla z 80 na 50 %. Na vývoji umělé ledviny současně pracoval také Švéd Nils Alwall a právě jeho typ UL se po dlouhých vyjednáváních podařilo dostat k nám. V letech 1945–1955 byla UL v Evropě jen v Lundu, Vídni, Curychu a Hamburku.

## Severin Daum a jeho odkaz

Největší zásluhu na zavedení léčby umělou ledvinou u nás měli medik Severin Daum a přednosta kliniky prof. Antonín Vančura, kteří byli „posedlí“ mít UL v Praze. Na setkání s profesorem Vančurou v září 1953 MUDr. Daum vzpomíná takto: „Profe-

sor Vančura okamžitě oživil, očividně se radoval, že se chci pokusit o sestavení ‚umělé ledviny‘. Nebyl jsem první, který se měl o tuto věc pokusit. Profesor Vančura jednal ohledně umělé ledviny již s doktorem Langendorffem a doktorem Heyrovským, kteří však úkol pokládali za neproveditelný.“

Iniciativa zůstala na doktoru Daumovi. Fakta o začátcích extrakorporální hemodialýzy na II. interní klinice FVL UK v Praze pocházejí z jeho písemných vzpomínek. Severin Daum je rozděluje na 3 fáze. První fáze hovoří o intenzivním studiu literatury, finančním zajištění a bohaté korespondenci s Willemem Johannem Kolffem, Johnem Merillem (stál u první úspěšné transplantace ledvin jednovaječnému dvojčeti v Bostonu v prosinci 1954) a Nilsem Alwallem. Na podzim 1954 došel dopis od prof. Alwala, že firma Avesta má ze čtyř exemplářů jeden volný – za cca 40 tisíc devizových korun – a došlo k vyjednávání s různými institucemi. Nejefektivnější byla návštěva dr. Dauma u tehdejšího ministra zahraničního obchodu Františka Hamouze, který umělou ledvinu vzal jako „politickou věc“, protože úspěch by znamenal mít umělou ledvinu jako první ze všech socialistických států. Krátce po Novém roce 1955 podnik KOVO dovezl UL na pražské nádraží Žižkov.

V další fázi se píše o výstavbě ledviny, která probíhala od ledna do

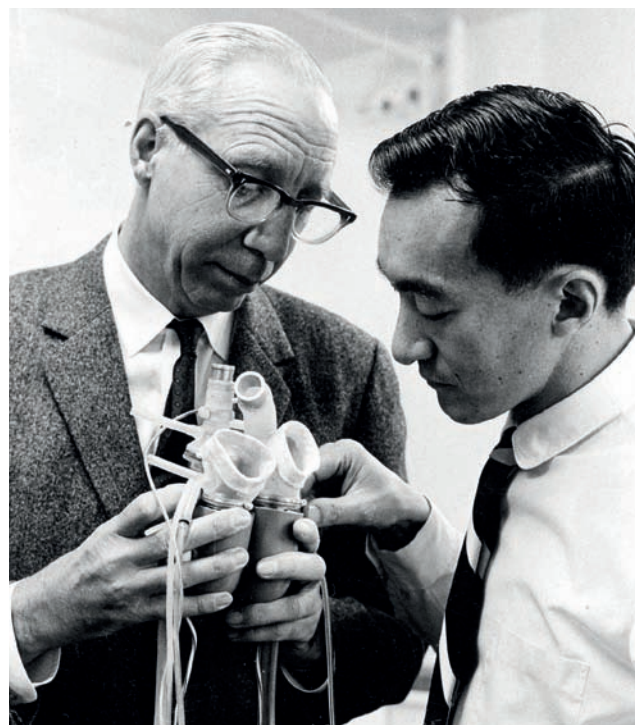
září 1955 v přízemí II. interní kliniky, v místnosti po bývalé dietní kuchyni. Instalace vyžadovala řadu úprav (zvláště pro umístění 700litrové nádrže z nerezavějící švédské oceli a úpravu „postele“). Topenáři nemocnice, jak se ukázalo, byli nejšikovnějšími řemeslníky (např. pan Valenta). V poslední fázi se hovoří o první úspěšné hemodialýze v Československu, která byla provedena 10. prosince 1955. Pacientkou byla 18letá žena otrávená sublimátem. Praha se tak stala pátým městem v Evropě, které mělo umělou ledvinu a prvním v „socialistickém táboře“.

## „Již se nic nedá dělat“

Podle zápisků doktora Dauma skončila v roce 1957 jedna etapa historie UL a začalo nové, profesionální období umělé ledviny s vysokou výkonností, novou historií a s jinými lidmi. MUDr. Daum byl v roce 1957 novým přednostou kliniky prof. Herlesem přeznačen do kardiopulmonální laboratoře se slovy: „Ledvina je zaběhnuta, tam se nedá již nic výzkumného dělat“. Severin Daum dále vzpomínal: „Litoval jsem velice, že musím opustit ‚umělou ledvinu‘, která se mi stala děckem. Věnoval jsem jí všechn svůj volný čas a stál jsem u její kolébky. Viditelné úspěchy u těžce nemocných naplňovaly nás zadosťučiněním a byly nám milou odměnou. Oficiálně nám nepodal nikdo ani ruku.“ Od roku 1968 žil Severin Daum v Německu a věnoval se kardiopulmonální problematice po celý zbytek života. Stal se profesorem v Mnichově a po roce 1989 i mimořádným profesorem Karlovy univerzity a čestným členem České nefrologické společnosti. Zemřel na jaře 2005.

## Limitace věkem a diagnózou

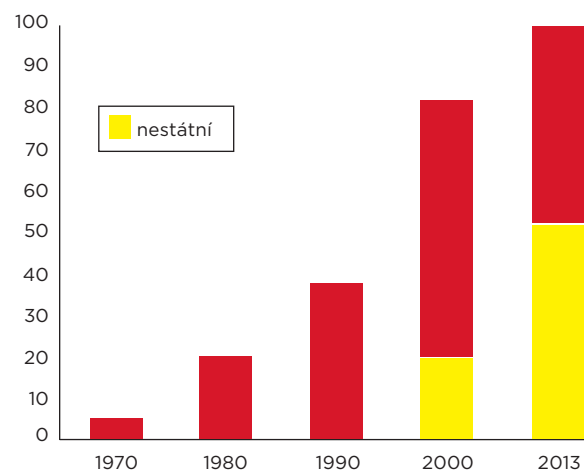
Koncem 60. let byla vyřešena problematika opakovaného napojování nemocných na UL pomocí arteriovenózní fistule, jejíž autorství patří Italům (Cimino a Brescia). Od té doby se rozvíje-



Willem Johan Kolff (vlevo) | Foto: utah.edu

Tab. 1 Ukazatelé HD léčby v letech 1991 a 2014

ukazatelé HD léčby	1991	2014
prevalence/1 mil. K 31,12	201	569
počet léčených v roce	2064	7756
počet zemřelých/1 mil. (celkově)	25 (251)	120 (1257)
mortalita %	12	18
počet diabetiků %	8	43
počet pac > 60r %	25	72
EPO léčba	13 %	71 %
1. RRT (noví pac.)/1 mil.	63 (655)	190 (1995)
z ulice (neví o nemoci)	24 (247)	86 (898)
z amb	37 (379)	104 (1097)



Graf 1 Počet HDS v jednotlivých letech



Vlevo první dialyzační tým – zleva medik Horných, MUDr. Cholínský, MUDr. Chytil, medik Daum, MUDr. Fialová-Přecechtelová a vrchní sestra II. interní kliniky M. Mrowcziková; vpravo MUDr. Chytil u pacientky a medik Daum u umělé ledviny

Tab. 2 Počet léčených jednotlivými metodami RRT ve světě

RRT ve světě (populace = 7 miliard)	
HD	1 929 000
PD	235 000
TPL	622 000
RRT	2 786 000

(HD + PD - 2 164 000, 48 % pac je z USA (19 %) + EU (15 %) + (14 %) Japonsko)

Tab. 3 Počet léčených metodami RRT v ČR 2014

ukazatelé HD léčby	
Počet pac. léčených (HD +PD)	6405
- 610/1 mil.	
Počet pac. po úspěšné TPL	4526
- 431/1 mil.	
Celkem léčeno 10 931 pac.	1041/1 mil.

la i léčba pacientů s chronickým selháním ledvin. Počet nemocných v ekonomicky vyspělých zemích rychle narůstal a současně se zlepšovalo technické zázemí dialyzační léčby. V zemích bývalého východního bloku to ale bylo jinak. Ještě v roce 1970 u nás působila 4 hemodialyzační střediska (HDS) - v Praze ve VFN, ve FN v Hradci Králové, FN Plzeň, v Ostravě-Vítkovicích, kde se léčili pacienti s akutním selháním ledvin, nemocní s chronickým selháním byli stále výjimkou. Další střediska vznikala velmi pomalu. Léčba nebyla dostup-

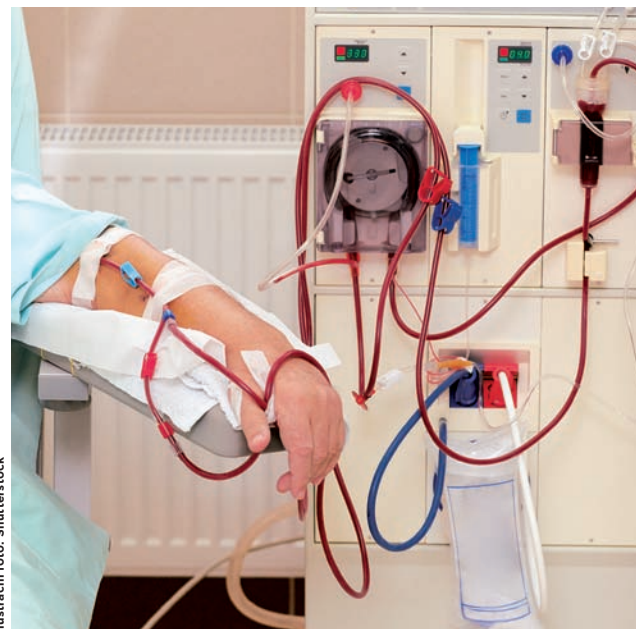
ná všem potřebným. Byla limitována věkem a diagnózou. Byla dostupná jen pacientům mladším 50, později 60 let a jen s primárním onemocněním ledvin. Zcela vyřazení byli například diabetici. Významný rozvoj této léčby přichází až se změnou politického systému v 2. polovině 90. let, kdy vznikají HDS (viz graf 1) a též se výrazně zlepšuje technické vybavení. Dnes už se neliší od středisek v ekonomicky vyspělých zemích. Srovnání v nejrůznějších ukazatelích mezi lety 1991 a 2014 uvádí tabulka 1.

## Metody náhrady funkce ledvin

Selhání ledvin se léčí metodami náhrady funkce ledvin (*renal replacement therapy*, RRT), tj. hemodialýzou (HD) nebo podobnými metodami (hemofiltračí, hemodiafiltračí), peritoneální dialýzou (v tzv. PDP) a transplantací ledvin (TPL) ze zemřelého anebo i živého (příbuzenského dárce). Počet léčených ve světě a u nás a uvádějí tab. 2 a tab. 3. Léčba hemodialýzou patří i dnes mezi mimořádné léčebné metody a je dostupná v ekonomicky vyspělých zemích i u nás bez limitace, tedy všem, kdo ji potřebují. Výsledný efekt, tj. pacient se nevyvíjí, jen se prodlouží délka jeho života (a jaké kvality život bude), nelze předem odhadnout. Cílem této léčby by měl být úspěšně dialyzovaný pacient, který „žije svůj druhý život“ stejně kvalitně jako před léčbou.

## Co přinesla léčba UL?

Dialýza přinesla především pokrok v léčbě selhání ledvin, kdy byl životně důležitý orgán nahrazen přístrojem. „Akutním“ pacientům vrátila zdraví a umožnila návrat mnohdy do zcela normálního života. Pacientům „chronickým“ prodloužila život,



Ilustrace foto: Shutterstock

často různé kvality. Přinesla ovšem i nové problémy - ekonomické (pro finanční náročnost) i etické, což však pokrok v medicíně přináší vždy.

## Co nás čeká v nejbližší budoucnosti?

Bude přibývat nemocných z nevyšších věkových kategorií a s dalšími komorbiditami, včetně nezměněné mortality, a to i přes

technický a farmaceutický pokrok. Pro převahu geriatrických pacientů bude nutné budovat HDS přímo v LDN nebo v seniorských domech, a tak finanční náklady budou narůstat i z těchto sociálních důvodů, nejen pro technický pokrok dialyzační léčby.

MUDr. Jana Lachmanová,  
primářka Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFN Praha

## Vzpomínka na Dagmar Kalouskovou

Devátého prosince 2015 náhle zemřela moje bývalá kolegyně a dlouholetá přítelkyně **Dagmar Kalousková**, rozená Mokřýšová.

Na internetu se její jméno vyskytuje jako Dagmar K. Kalousek ve spojení se jmény víc než dvou set spoluautorů publikací na poli patologie a genetiky a s titulem profesora na University of British Columbia. Její *alma mater* však byla Palackého univerzita v Olomouci, kde jsme obě v šedesátých letech získaly základy patologie od vynikajících a pro patologii nadšených kolegů, jichž jsme si obě navždy vážily.

Dagmar byla nejen velmi inteligentní, neuvěřitelně pracovitá, plná energie, organizovaná a houževnatá, ale také neobyčejně cílevědomá. Již tehdy se rozhodla, že se chce věnovat genetice, která tehdy v Československu jako samostatný obor ještě neexistovala.

### Úspěšná žena v mužském světě

V roce 1968 se život mnoha lidí změnil. Dagmařina ovdovělá matka se provdala za Angličana českého pů-

vodu a Dagmar s Jožkou odešli do Kanady, kde oba začali znovu. Nebylo to snadné. Titul promované lékařky z Československa na registraci v Kanadě nestačil, zkoušky a *internship* v cizím jazyce vyžadovaly obrovské vypětí a brány pro imigranty nebyly dokofán. Terminologie byla jiná, slovní zásoba v angličtině v prvních letech emigrace nedostačující, ztráta zázemí a nejistota, zda člověk obstojí a zvítězí v konkurenci a boji o místo nad kandidáty z jiných zemí, kteří také byli svým způsobem výjimeční, to všechno vyžadovalo obrovské úsilí a alespoň trochu štěstí.

Tehdy jsem se dověděla, že Dagmar nacházela duševní sílu a morální podporu v četbě feckých klasiků, samozřejmě v angličtině, později to byla jóga. Měla úspěch, překonala mnohá úskalí a dostala místo na ústavu patologie McGillovy univerzity v Montrealu. Po dalších letech tréninku, zkouš-



kách, výzkumu ve svém zvoleném oboru, přednáškách na domácích i mezinárodních fórech a mnoha publikacích se stala vedoucí oddělení genetiky a profesorkou na University of British Columbia (UCB) ve Vancouveru - v místě tak krásném, že většina lidí,

kteří je navštíví, by tam chtěla žít. Je zjevné, že konkurence na takové místo musela proto být opravdu tvrdá. Jak další léta ukázala, vedení UBC určitě nemuselo litovat, že na vedoucí místo v genetické diagnostice a výzkumu přijalo ženu a matku dvou dětí, což bylo v té době dost neobvyklé.

### Objevitelka placentálního fetálního mozaicismu

V letech 1981 až 2002 byla Dagmar spoluautorkou publikací s 238 kliniky a výzkumníky a její jméno je citováno v 5249 publikacích. Zabývala se genetickým a morfologickým studiem chromozomálních abera-

ci, které vedly ke ztrátě plodu, jako první popsala placentální fetální mozaicismus, který identifikovala ve 2 % vzorků placentální tkáně přezívajících plodů, a v roce 1996 také publikovala článek o efektu trizomie 7 a 16 na intrauterinní vývoj plodu. Participovala na embryoskopických studiích a v pátrání po příčinách spontánního potratu začala používat novou molekulární techniku FISH a CGH.

### Autorka přelomové publikace

V cytogenetice dosáhla vůdčího postavení nejen na UBC a v Kanadě, ale i jinde ve světě. Její bohatě ilustrovaná kniha „*Pathology of Human Embryo and Preivable Fetus*“ je atlas a učebnice určená patologům, která poskytuje informace jak vyšetřovat placentu a materiál ze spontánních a habituálních potratů a získat tak údaje, které často pomohou stanovit riziko dalších, budoucích ztrát plodu. Až do publikace této knihy v roce 1990 byl spontánní potrat považován za sporadickou událost a vyšetřování placenty se nevěnovalo moc po-

zornosti. Dagmar v této učebnici zdůrazňuje koncept, podle něhož by mělo být jednou z povinností patologa hledat příčinu vývojové abnormality ve fetální tkáni a materiálu, který je po potratu k dispozici.

Tato kniha je nejlepším odkazem ženy, která se již jako studentka medicíny rozhodla pro genetiku a která svou prací, obětavostí a laskavostí k začínajícím patologům dovedla povzbudit, ocenit a inspirovat novou generaci mladých výzkumníků. Mnozí z nich budou pokračovat v dalšímu vývoji diagnostických metod, které Dagmar vyzkoušela a zavedla.

Během své úspěšné kariéry v Kanadě se Dagmar Kalouskové dostalo mnoha uznání včetně BC Women of Distinction Award in Health Sciences and Technology v roce 1996. Zemřela náhle, daleko od své rodné země, kam se často vracela a kterou proslavila. V Kanadě se o ní jeden z kolegů v kondolenci vyjádřil následovně: „*Life properly spent.*“ Takového ocenění bych si vážila nejvíc.

MUDr. Milena Lesná

# Kuriózní dotazy klientů VZP

Od loňského února, kdy VZP zavedla pro své klienty nové call centrum, vyřídili jeho pracovníci více než 650 tisíc telefonických a na 130 tisíc e-mailových dotazů.

Nejčastěji se v uplynulém roce lidé ptali na zdravotní péči, platnost a výměnu průkazů pojištěnce či třeba na finanční příspěvky, které VZP nabízí svým klientům na prevenci. Nechyběly ale ani kuriózní otázky, z nichž šla občas operátorům hlava kolem.

## Zazněly tak například i následující otázky:

- ◆ Poskytuje VZP příspěvek na nákup Venušinych kuliček? (Nikoli, na erotické pomůcky pojišťovna nepřispívá.)
- ◆ Proplatí VZP nákup značkové teplákové soupravy, kterou bude klientka používat při kojení?

(Na pomůcky ke kojení sice VZP příspěvek nabízí, ale jsou jimi míněny např. odsávačky mateřského mléka, laktační pomůcky, prsní vložky aj.)

◆ Co mám dělat, když lékař chce, abych mu přinesl průkaz pojištěnce, ale vy říkáte, že je nepřenosný?

(Nepřenosný v tomto případě neznamená, že by klient musel mít průkaz uložený doma a nesměl ho nikam přenášet, ale že platí jen pro konkrétní osobu, na jejíž jméno byl vystaven.)

◆ Mám nárok na preventivní prohlídky u zubaře, i když už nemám vlastní zuby?

(Ač to možná mnohé překvapí, na preventivní zubní prohlídku by



Foto: Tomáš Novák / Euro

měl chodit i ten, kdo už nemá ani jeden vlastní zub. Lékař totiž prohlédne celou dutinu ústní, kde může objevit např. i přednáškové změny apod.)

◆ Půjčuje VZP peníze na ošetření zubů a na jaký úrok? (Pokud nejsou konkrétní stomatologické výkony zařazeny do seznamu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, nemůže je VZP hradit, ani na ně klientům půjčovat.)

◆ Přispěje VZP na mobilní telefon s velkými tlačítky, protože na ten s malými už starší klientka špatně vidí?

(Mobilní telefon nepatří mezi zdravotnické prostředky, a to ani ten s velkými tlačítky. Pojišťovna na něj proto přispívat nemůže.)

◆ Lze donutit praktického lékaře, aby klientovi předepsal léky pro psa? (Nelze, zvířata nemohou být klienty VZP.)

(Zdroj: VZP)

(red)

## Paní chirurgie

Před Vánocemi vyšla kniha Paní Chirurgie. Je plná vzpomínek na prof. MUDr. Marii Peškovou, DrSc, jejíž životní příběh patří k nejpozoruhodnějším lékařským osudům české chirurgie přelomu 20. a 21. století.

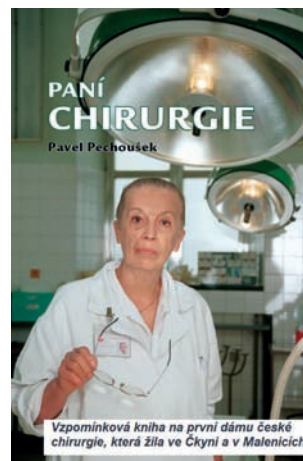
Profesorka Pešková se narodila v roce 1935 ve Čkyni na Prachaticku. V Praze nejprve vystudovala zdravotní školu. Jako sestra pracovala až do přijetí ke studiu na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze v roce 1961. Nejprve pracovala na II. chirurgické klinice. V roce 1975 přešla s částí kolektivu na I. chirurgickou kliniku ve Všeobecné nemocnici. Jejím zájmem byla hrudní chirurgie, nicméně protože ta v té době již byla personálně obsazena, svou pozornost Marie Pešková upřela k chirurgii břicha.

V roce 1985 byla jmenována docentkou v oboru chirurgie, v roce 1989 obhájila doktorskou práci „Chirurgie nádorů jícnu a kardie“. V roce 1990 byla jmenována zastupující a v roce 1991 definitivní přednostkou I. chirurgické kliniky. V roce 1990 se stala profesorkou chirurgie.

Celý život kromě operačního sálu strávila mezi studenty lékařství na fakultě i v postgraduální výuce chirurgie. Na operačním sále se zabývala problémy urgentní chirurgie, velkou část života věnovala problémům hepato-pan-

kreato-biliární chirurgie. Ale zabývala se i chirurgií jícnu, žaludku a tlustého střeva. Své bohaté zkušenosti shrnula ve 200 odborných článcích, v odborném tisku a zhruba ve stejném počtu přednesených prací na sjezdech a konferencích. Své vědomosti a poznání uložila do závěrů řady výzkumných úkolů a záměrů v léčbě karcinomu jícnu, pankreatu a tlustého střeva či v léčbě obezity. Stála u zrodu Pražských chirurgických dnů.

Až do roku 1992 zastávala funkci sekretářky nejprve Českosloven-



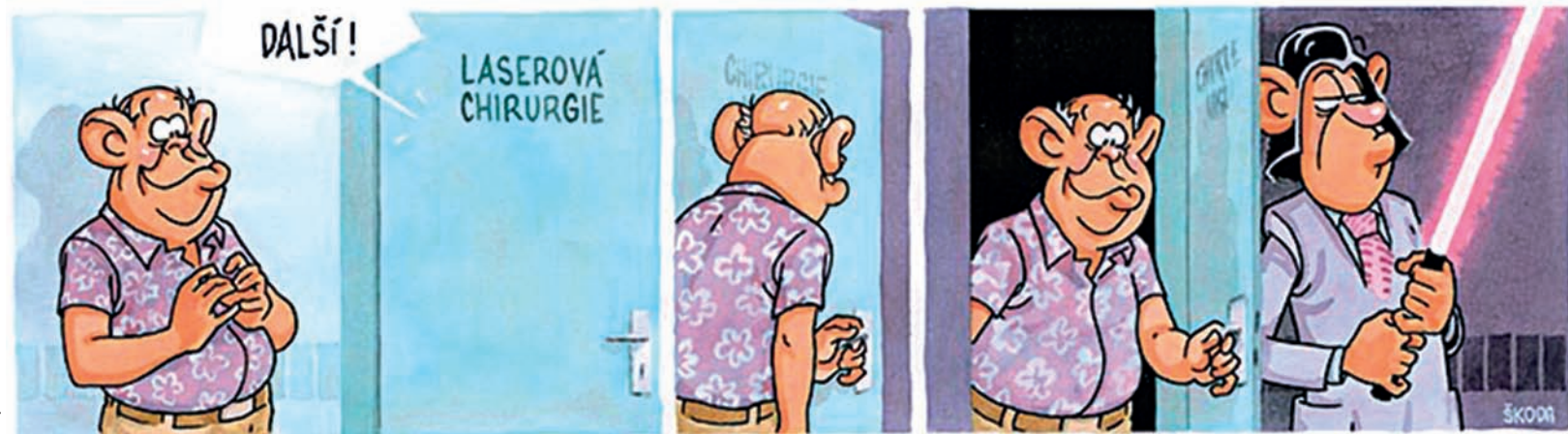
Vzpomínková kniha na první dámu české chirurgie, která žila ve Čkyni a v Malenicích

ského federálního výboru chirurgické společnosti, poté výboru České chirurgické společnosti. Profesorka Pešková byla sedmým přednostou I. chirurgické kliniky v Praze. Ve svém životě zvládla obor náročný na fyzic-

kou a psychickou zátěž, se kterou mají i muži co dělat.

Rodačku ze Čkyně, která po svatbě s akademickým malířem Jaroslavem Peškem strávila celý svůj život v Malenicích, znali místní většinou jen od vidění. Kým ale byla doopravdy, věděl málokdo. Na Šumavě žila pouze o víkendech a nedostatek času jí nedovoľoval nějaké dlouhé vysedávání a vyprávění. Navíc nebyla z těch, kteří se rádi chlubí. V roce jejích nedozitých osmdesáti se podařilo důsledky její skromnosti napravit. Kdo si přečte, jak na ni vzpomínají její kolegové (například Pavel Pařko, Jan Šváb, Martin Fried) i nejbližší přátelé (za všechny zmíním herečku Ivu Janžurovou, Jiřinu Jiráskovou a televizní hlasatelku Olgu Čuříkovou), uvědomí si, co byla vlastně zač.

Pavel Pechoušek

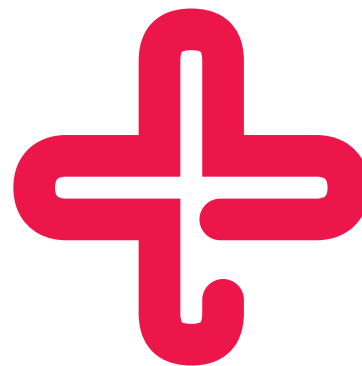


Filip Škoda



# Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



## 26 / Prevence

Rizika infekčních onemocnění přenášených krví při poranění zdravotníků

## 30 / Osteologie

Životní styl a osteoporóza

## 34 / Algeziologie

Kvalita života osob s chronickou nenádorovou bolestí

# Rizika infekčních onemocnění přenášených krví při poranění zdravotnických pracovníků

Zdravotníci jsou vystaveni riziku infekcí přenášených krví při poranění ostrým předmětem. Nejčastěji se jedná o perkutánní poranění injekčními jehlami. Nejohroženější profesní skupinou jsou sestry. Prevencí je dodržování bezpečných postupů při používání a likvidaci ostrých zdravotnických prostředků a pomůcek a používání osobních ochranných pracovních prostředků.

**Z**dravotníci se při výkonu svého povolání zabývají mnoha činnostmi, při nichž jsou vystaveni působení řady rizikových faktorů, zejména biologickým činitelům. Mezi významné rizikové faktory se řadí infekce přenosné krví. Za potenciálně infekční je třeba pokládat veškerý biologický materiál každého pacienta. Význam parenterálně přenosných infekcí se zvyšuje v souvislosti s rizikem poranění ostrými kontaminovanými předměty. Při běžné praxi může být zdravotnický personál při poranění ohrožen zejména virovou hepatitidou typu B (VHB), virovou hepatitidou typu C (VHC) a infekcí HIV/AIDS.

## Riziko infekce

Branou vstupu infekce je porušená kožní bariéra. Typická cesta přenosu je parenterální, která je spojena s bodným poraněním, píchnutím nebo říznutím o ostré předměty kontaminované krví. Nejrizikovější je rána způsobená píchnutím použitou jednorázovou injekční jehlou a poranění způsobená kontaminovanými chirurgickými nástroji. Riziko infekcí přenosných krví je významně ovlivněno množstvím přenesené infikované krve, zvyšuje se s tloušťkou jehly. Velice důležitý je časový faktor – doba od použití jehly nebo nástroje do poranění. Je známo, že viry infekčních hepatitid jsou velmi odolné na zevní prostředí, viry HIV/AIDS infekce jsou mnohem citlivější.

## Riziko poranění

Riziko bodného poranění závisí na druhu vykonávané práce. Nejvíce ohroženou skupinou jsou sestry. Vysoká míra ohrožení je též u lékařů a ošetrovatelů. Z ostatních profesí ve zdravotnictví jsou riziku poranění vystaveni především pracovníci úklidu a v menší míře pomocný technický personál. Do ohrožené skupiny je třeba zahrnout také studenty při praktické výuce a na odborných stážích. Patří

sem zejména studující středních zdravotnických škol a lékařských fakult a dále studenti jiných středních a vysokých škol, kteří se připravují na práci v zařízeních sociálních služeb.

K poranění nejčastěji dochází v souvislosti s chybami při práci s ostrými pomůckami, tzn. při nedodržení standardních pracovních doporučení a postupů, dále před znehodnocením ostrého předmětu a při manipulaci se samotným ostrým odpadem. Určitá míra rizika souvisí s menší zručností a nezkušeností u začínajících zdravotníků a u praktikujících studentů.

## Prevence poranění

Vyloučení rizika přenosu krevních patogenů prostřednictvím poranění je obtížné, existuje však řada opatření, která toto riziko významně snižují. Patří mezi ně především zavedení bezpečných postupů při používání a likvidaci ostrých zdravotnických prostředků a pomůcek, likvidace jednorázových stříkaček a jehel bez ručního oddělování, zákaz vracení krytů na použité jehly s výjimkou jehel inzulinových per, kde je vracení krytů legislativně povoleno vyhláškou č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Další opatření spočívají v bezpečném ukládání ostrého odpadu do správně označených a nepropíchnutelných obalů, ve zlepšení kontroly nad odpadem, v řádné dezinfekci předmětů a ploch potřísněných krví a především v používání osobních ochranných pracovních prostředků (OOPP) v rozsahu, jaký určuje výkon a s ním spojené riziko. Při práci s krví nebo tělními tekutinami je vždy nutné použít jednorázové rukavice, plášť, masku a brýle k ochraně očí.

Zdravotnický personál se musí podrobit preventivnímu očkování proti VHB. Tato povin-

nost je stanovena vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 537/2006 Sb.“), podle které se provede zvláštní očkování proti VHB u všech osob pracujících na pracovištích s vyšším rizikem infekčních nemocí a u všech studujících na lékařských fakultách a zdravotnických školách a u dalších studujících, kteří se připravují na práci ve zdravotnictví nebo v sociálních službách. Do očkování nejsou zahrnuti osoby s prokazatelně prožitým onemocněním VHB a osoby, které mají titr protilátek anti-HBs (proti HBsAg) přesahující 10 IU/l.

Preventivní opatření je nutné doplnit poskytnutím informací o možných rizicích a školením. Postupy, které směřují k ochraně personálu i pacientů před riziky souvisejícími s biologickými činiteli, musejí být v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 258/2000 Sb.“) zapracovány do provozního řádu, který formou rozhodnutí schvaluje orgán ochrany veřejného zdraví.

## Vyšetření při poranění, postexpozici profylaxe

Způsob vyšetření osob, které se poranily o použitou injekční jehlu, a systém epidemiologické bdělosti akutní virové hepatitidy B, virové hepatitidy C a nákaz vyvolaných virem lidského imunodeficitu (HIV/AIDS) stanoví vyhláška č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 473/2008 Sb.“). Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni při poranění pracovníka, které bylo exponováno krví pacienta, anebo došlo k závažné kontaminaci kůže a sliznic, zajistit u poraněné osoby provedení odběrů krve k laboratornímu vyšetření a jejich trans-

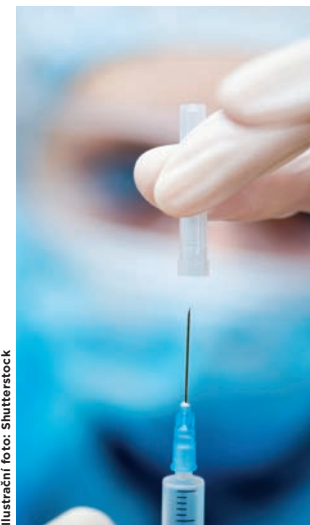
port do vyšetřující laboratoře. Rozsah vyšetření krve při poranění je uveden v tab. 1.

Nedílnou součástí vyšetření musí být zjištění subjektivních potíží a klinických příznaků, které mohou souviset s onemocněním virovou hepatitidou, a laboratorní vyšetření aminotransferáz. Vyšetřování markerů VHB u poraněné osoby se dále neprovádí, pokud v prvním odběru je titr protilátek anti-HBs minimálně 10 IU/l. Sledování poraněné osoby se ukončí v případě, že u známého potenciálního zdroje je výsledek markerů HBsAg, anti-HCV a anti-HIV negativní. Postexpozici profylaxe proti VHB se zahajuje v případě, že zdravotnický pracovník, který se poranil nebo u něhož došlo k závažné kontaminaci kůže a sliznic, nebyl proti VHB očkován, byl očkován neúplně nebo je u něhož známa neschopnost tvorby anti-HBs protilátek. V těchto případech vyhláška č. 473/2008 Sb. stanoví podání jedné dávky specifického hyperimunního globulinu proti VHB, a to v souladu se souhrnným údajů o přípravku. Následně se provede očkování proti VHB (dle hladiny protilátek v krvi) v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb. a podle údajů o přípravku. Údátost se vždy zaznamená do zdravotnické dokumentace poraněné osoby.

Orgán ochrany veřejného zdraví (OOVZ) při každém poranění ostrými předměty zajišťuje provedení epidemiologického šetření a u poraněné osoby rozhoduje o nařízení lékařského dohledu.

## Postup OOVZ při evidenci a hlášení výskytu poranění

Evropská unie přijala 10. 5. 2010 směrnici č. 2010/32/EU, kterou se provádí Rámcová dohoda o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Do českého právního řádu byla směrnice č. 2010/32/EU začleněna v roce 2013 novelou zákona č. 258/2000 Sb., do kterého byl nově vložen § 75b Postup při poranění ostrými kon-



Ilustrace foto: Shutterstock

taminovaným předmětem nebo nástrojem, podle kterého poskytovatelé zdravotních služeb plyne zákonná povinnost bezodkladně oznámit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví každé poranění zdravotnického nebo jiného odborného pracovníka, které vzniklo při manipulaci s ostrým kontaminovaným předmětem nebo nástrojem použitým k provádění zdravotních výkonů během poskytování zdravotní péče a v jehož důsledku by mohlo dojít ke vzniku infekčního onemocnění přenosného krví. Způsob a ani rozsah hlášení zde však není konkrétně upřesněn. Ministerstvo zdravotnictví (MZ) proto v souladu se směrnicí č. 2010/32/EU vydalo 6. 2. 2014 k postupu podle § 75b zákona č. 258/2000 Sb. a vyhlášky č. 473/2008 Sb. metodický návod, podle kterého došlo v rámci struktury OOVZ ke sjednocení postupu při hlášení výskytu poranění ostrými kontaminovanými předměty a k zavedení jednotného systému sběru a evidence dat o poraněních vzniklých v nemocnicích a v ostatních zdravotnických zařízeních.

Všechna poranění ostrými kontaminovanými předměty se registrují a sumarizují na odděleních epidemiologie územních pracovišť krajských hygienických stanic (KHS) v tomto rozsahu: identifikace osoby, datum a čas poranění, název a oddělení poskytovatele zdravotních služeb, pracovní zařazení poraněné osoby, popis mechanismu poranění (činnost, při které k poranění

došlo, a předmět, který poranění způsobil). Jednotlivé KHS zasílají požadované údaje za celé území kraje a kalendářní rok na MZ – oddělení hygieny práce a pracovního lékařství. Zde se data sumarizují a analyzují za celou Českou republiku pro další využití a zpracovávají se hlášení pro příslušné evropské instituce.

### Přehled hlášených poranění v Moravskoslezském kraji za rok 2014

V prvním roce jednotného systému sběru dat o poraněních ze zdravotnických zařízení bylo v Moravskoslezském kraji registrováno celkem 323 poranění ostrým kontaminovaným předmětem. Nejvíce poranění (118) bylo nahlášeno na oddělení epidemiologie v Ostravě, což představuje 37 % z celkového počtu poranění, nejméně poranění bylo evidováno na protiepidemickém oddělení v Bruntále (26), tj. 8 %. Počet hlášených poranění je ovlivněn počtem a velikostí nemocnic a dalších zdravotnických zařízení ve spádových oblastech jednotlivých územních pracovišť. Počet hlášených poranění podle územních pracovišť je uveden v tab. 2 a v grafu 1.

Z hlediska vykonávané práce jsou jednoznačně nejrizikovější profesní skupinou sestry (56 % poranění) a lékaři (19 % poranění).

Zvýšenému riziku poranění jsou vystaveny také ošetřovatelky (5 % poranění) a pracovníce úklidu (4 % poranění). Rizikovou skupinou jsou dále zaměstnanci záchranné zdravotní služby (mimo lékaře) se 3 % poranění a pracovníci laboratoří (2 % poranění). V ostatních případech došlo k poranění u pracovníků pomocného technického personálu (1 % poranění). Nezanedbatelnou rizikovou skupinu (10 % poranění) představovali studenti při praktické výuce. Převážně se jednalo o žáky středních zdravotnických škol a v menší míře o posluchače lékařských fakult. Počet poranění podle profese je v tab. 3 a v grafu 2.

Nejvyšší počet poranění byl zapříčiněn píchnutím o kontaminované jehly (78 % poranění). Nejčastěji se jednalo o jednorázové injekční jehly při odběrech žilní nebo kapilární krve a při aplikaci léčiv, dále o jehly intravenózních katétrů a o nejrůznější punkční jehly, o použité jehly během odkládání do kontejnerů na odpad a dále o popíchnutí při manipulaci se samotným ostrým odpadem. Poranění způsobená operačními nástroji tvořila 10 % všech poranění. Vznikala hlavně při šití nebo řezání, nejčastěji bylo uvedeno říznutí skalpelem. Jako příčina poranění o ostatní ostré předměty (5 %) byla uváděna

Tab. 1 Vyšetření krve při poranění

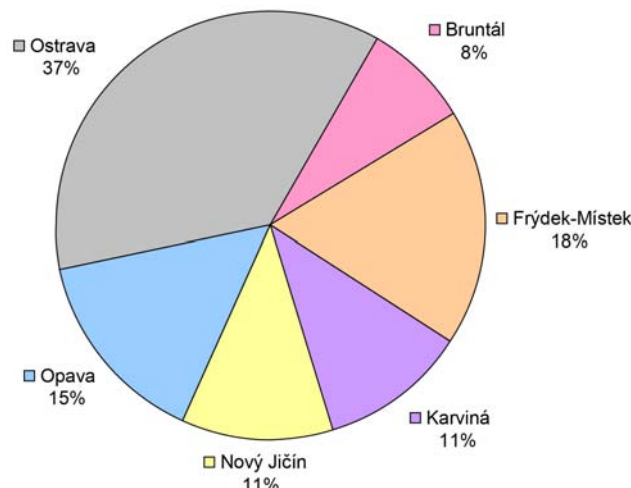
vyšetření	do 72 hodin po poranění	za 90 dnů po poranění	za 180 dnů po poranění
virová hepatitida B	ano*	ano	ano
virová hepatitida C	ano	ano	ano
HIV**	ano	ano	ne

\* při prokázání ochranného titru anti-HBs u poraněné osoby se další vyšetřování markerů VHB ukončí

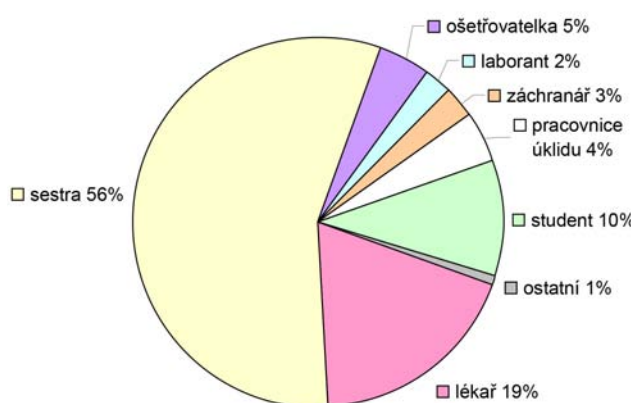
\*\* pouze se souhlasem vyšetřované osoby

Tab. 2 Moravskoslezský kraj – počet poranění podle územních pracovišť, rok 2014

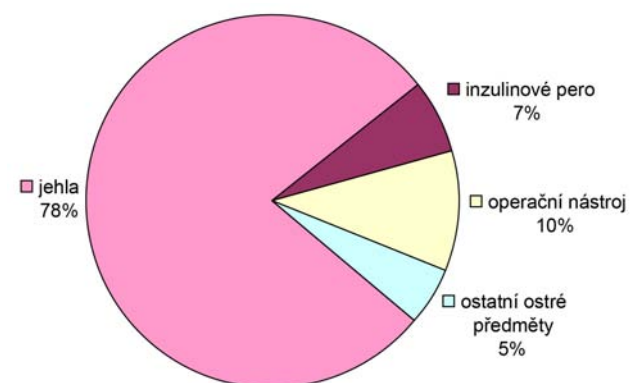
Bruntál	Frýdek-Místek	Karviná	Nový Jičín	Opava	Ostrava
26	57	36	37	49	118



Graf 1 Moravskoslezský kraj – počet poranění podle územních pracovišť, rok 2014



Graf 2 Moravskoslezský kraj – rozdělení poranění podle profese, rok 2014



Graf 3 Moravskoslezský kraj – rozdělení poranění podle způsobu, rok 2014

Tab. 3 Moravskoslezský kraj – poranění podle profese, rok 2014

profese	počet	%
lékař	60	19
sestra	182	56
ošetřovatelka	15	5
laborant	8	2
záchranář	9	3
pracovníce úklidu	14	4
studenti	32	10
ostatní	3	1
celkem	323	100

Tab. 4 Moravskoslezský kraj – poranění podle způsobu, rok 2014

způsob	počet	%
jehla	253	78
inzulinové pero	21	7
operační nástroj	33	10
ostatní ostré předměty	16	5
celkem	323	100

manipulace s různými zkumavkami nebo ampulemi obsahujícími krev nebo jiný biologický materiál a dále poranění o střepy rozbitých zkumavek, např. při mytí laboratorního skla.

Poměrně velký počet poranění (7 %) byl způsoben píchnutím o jehlu inzulinového pera, především v souvislosti s opětovným nasazováním ochranných krytů. Počet poranění podle způsobu poranění je uveden v tab. 4 a v grafu 3.

### Závěr

Zavedením plošného systému hlášení se dají průběžně sledovat počty a četnost poranění. Je proto snazší definovat opatření, která povedou ke zvyšování bezpečnosti zdravotníků a která umožní počty poranění snížit.

Literatura u autorky

MUDr. Vladimíra Chalupová, CSc.,  
KHS Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě,  
vladimira.chalupova@khssova.cz

## NOVÝ AKREDITOVANÝ SEMINÁŘ

## Institutu vzdělávání APSS ČR Pokojná smrt – Akceptace a základy komunikace



### Obsah semináře:

- Proměna pohledu na smrt v historickém kontextu.
- Nové nároky na profesionální pečující, jak se vyrovnat se smrtí kolem sebe, jak o smrti

- a umírání mluvit, základy psychohygieny, jak pracovat se strachem ze smrti.
- Základní zásady práce s rodinou umírajícího, budování důvěry, komunikace, posilování respektu k přání seniora.

- Nastínění nejčastějších etických otázek souvisejících s umíráním a smrtí a hledání odpovědí.
- A další zajímavá témata.

Seminář je určen pro 20–25 účastníků.

Je možné ho pro vaše zařízení realizovat „na klíč“. Pracovníci sociálních služeb i zdravotničtí pracovníci obdrží příslušná potvrzení o celoživotním vzdělávání.

Bližší informace: Institut vzdělávání APSS ČR, +420 724 940 126, institut@apsscr.cz, www.institutvzdelavani.cz

# Ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčelního kloubu

V současnosti se totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu provádí jako rutinní výkon. Na Ortopedické klinice 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce provádíme ročně okolo 500 těchto operačních výkonů. Pacientů, kteří jsou indikováni k náhradě kyčelního kloubu, stále přibývá.

## Historie TEP

O první kloubní náhradu se v roce 1840 v New Yorku zasloužil John Carnochan, který provedl náhradu temporomandibulárního kloubu. Jeho pokus byl ovšem neúspěšný. První kompletní aloplastiku kyčelního kloubu vytvořil roku 1890 německý chirurg Themistocles Glück, který zhotovil jamku i hlavici kosti kyčelní ze slonoviny a oba komponenty upevnil pomocí sádry, pemzy a kalafuny. Roku 1938 navrhl a odoperoval Philip Wiles první endoprotézu.

Velké zásluhy v oblasti totální endoprotézy patří britskému chirurgovi Johnu Charnleymu, jenž jako první roku 1960 použil polyetylenovou jamku a kovový dřík zavedený do dutiny stehenní kosti s hlavici o velikosti zhruba 22 mm. Jednotlivé části do kosti spojil kostním cementem. V 70. letech se v 70. letech o rozvoj totální endoprotézy zasloužil prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc. (Janíček a kol., 2001).

## TEP kyčelního kloubu

Jde o operační výkon, při němž dochází ke kompletní náhradě všech částí kloubu, tedy kloubní jamky i hlavice, umělým materiálem. Totální endoprotéza se skládá ze dvou částí: z acetabulární komponenty, která nahrazuje kloubní jamku, a femorální komponenty, tzv. dříku, který nahrazuje hlavici a krček kosti stehenní (Sosna a kol., 2001).

## Typy totálních endoprotéz

V současnosti známe čtyři typy totální endoprotézy kyčle:

### 1. Cementované náhrady

Kloubní jamka i femorální dřík s hlavici jsou do kosti fixovány pomocí kostního cementu (polymethylmetakrylát – rychle tuhnoucí hmota).

### 2. Necementované náhrady

Kloubní jamka i femorální dřík jsou do kosti fixovány bez použití kostního cementu. Endoprotéza

je ukotvena na základě vrůstání kosti do pórů povrchu endoprotézy. Tento typ se využívá u mladších jedinců.

### 3. Hybridní náhrady

Jde o kombinaci dvou předchozích metod, kloubní jamka se necementuje, dřík je obvykle připraven cementem (Janíček a kol., 2001).

### 4. Hip resurfacing

Operační metoda, která má vzhledem ke konstrukci implantátu větší předpoklad funkčního výsledku. Možné komplikace, kterými může být například uvolnění implantátu, lze řešit klasickou implantací endoprotézy. Je zde snaha o to, aby se implantát co nejvíce podobal zdravému kyčelnímu kloubu. Tato náhrada je upřednostňována u pacientů, kteří nemají velké změny na kyčelním kloubu (Širůčková, 2001).

## Indikace totální endoprotézy

Nejčastější příčiny k provedení TEP kyčle jsou následující:

- vrozené vady dolních končetin (vývojová kyčelní dysplazie),
- degenerativní onemocnění kyčelního kloubu (primární a sekundární koxartroza),
- destrukce kloubu revmatickou chorobou (revmatoidní artritida),
- úraz (zejména zlomenina proximálního femuru),
- nádorové onemocnění (mezi maligní nádory řadíme myelom, osteosarkom /Dungl a kol., 2005/).

Pacienti mimo jiné trpí silnými bolestmi, které mohou být jak námahové, tak i klidové. Dále může docházet k omezení rozsahu pohybu kyčelního kloubu, čímž celkově dochází k omezení pohybové aktivity pacienta (Štědrý, 2002).

## Kontraindikace TEP

Kontraindikace u totální endoprotézy kyčelního kloubu lze rozdělit na lokální a celkové.

K **lokálním** kontraindikacím pa-

tří například dekubitus v oblasti kyčle nebo aktivní infekce kyčle. Mezi **celkové** řadíme uroinfekce, neurologická onemocnění, nevyhovující interní stav, alergie na použitý materiál a jiné (Koudela a kol., 2004).

## Pooperační péče

Pacient po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu je na naší klinice standardně předán z operačního sálu na jednotku intenzivní péče, kde jsou do druhého dne monitorovány jeho fyziologické funkce, dále je kontrolováno krytí operační rány, ztráty do Redonova drénu a celkový zdravotní stav pacienta. Následující den, pokud je vše v pořádku, je pacient přeložen zpět na standardní oddělení. Po předání informací o nemocném je pacient uložen zpět na svůj pokoj, kde je poučen o pooperačním režimu. Pacient leží v poloze na zádech, dolní končetiny jsou v extenzi a mírné abdukci, mezi kolena je umístěn abdukční trojúhelník, špička nohy operované končetiny je ve vnitřní rotaci. Jelikož je pacient omezen zpočátku jen jednou polohou, je zde velice důležitá antidekubitární prevence. Pacientům je proto pod hýždě vkládána antidekubitární podložka, aby nedošlo k jejich otlačení. Antidekubitárními podložkami jsou podložena také kolena a paty.

Pacienta poučíme o základních pohybech, které smí a nesmí vykonávat. Mezi ty, jež vykonávat může, patří například nadzvedávání hýždí pomocí hrazdičky, posazování se do mírného sedu na lůžku, pokrčování zdravé končetiny a přitahování špiček dolních končetin. Pohyby, které pacient nemůže vykonávat, jsou pokrčení operované končetiny nad 90°, dále si pacient nesmí první dny lehat na neoperovaný bok, křížit dolní končetiny přes sebe a posazovat se do praveho úhlu. Dbáme rovněž na prevenci pádu, operovanému zajistíme k lůžku pomůcky a signalizační



Ilustrační foto: Shutterstock

zařízení. O pohybovém režimu a správné technice rehabilitace pacienta ještě důkladně edukuje fyzioterapeut.

## Edukace a farmakoterapie

Poté co je nemocný uložen do správné polohy, změníme jeho fyziologické funkce. Dále sledujeme krytí operační rány a jaké množství odpadu odchází z Redonova drénu. Operační místo ledujeme. Sestra mimo jiné pečuje o periferní žilní katétr, permanentní močový katétr a v některých případech i o katétr epidurální. Nemocného dále poučujeme o medikaci a analgetické terapii. První den po operaci jsou většinou pacientovi aplikovány na základě ordinace lékaře infuzní roztoky, které zajistí dostatečnou hydrataci, dále se mohou pooperačně podávat antibiotika.

Důležitá je prevence tromboembolické nemoci. Pacient má na dolních končetinách elastické punčochy, operovaná končetina je zpočátku zabandážovaná z důvodu otoku. Nemocnému jsou pravidelně podávány antikoagulační léky, na naší klinice podáváme nejčastěji Clexane. Bolest je pravidelně monitorována a zmírňována analgetiky. Na klinice podáváme nejčastěji Dipidolor a Novalgín.

Co se týče dietního režimu, pacient první den po operaci může již přijímat stravu a tekutiny bez omezení. Čeho by se měl však v prvních dvou dnech vyvarovat, je

například ovoce, tučná jídla, luštěniny. Pít by měl zpočátku pouze neperlivou vodu a čaj. Nedoporučují se ovocné džusy ani perlivé vody. Pravidelně zajišťujeme pacientovi hygienickou péči, promazáváme hýždě a dolní končetiny.

## Péče o invazivní vstupy

Periferní žilní katétr pravidelně převazujeme a kontrolujeme dobu jeho zavedení. Pokud není potřeba mít ho nadále zaveden, odstraňujeme ho v co nejkratší době – předcházíme tím vzniku možné infekce.

Permanentní močový katétr ponecháváme do té doby, než je pacient dostatečně soběstačný, zpravidla ho odstraňujeme pátý pooperační den.

## Péče o operační ránu

Redonův drén se odstraňuje standardně druhý pooperační den. Převaz operační rány provádí lékař za aseptických podmínek čtvrtý pooperační den, rána se očistí dezinfekcí a překryje sterilním krytím. Dále operační ránu pravidelně kontroluje a převazuje sestra.

Šestý pooperační den, pokud je operační rána v pořádku, může pacient do sprchy. Operační rána se osprchuje pouze vodou bez mýdla. Stehy se extrahují 10. až 14. den po operaci, většinou již ambulantně.

## Rehabilitační péče

Základním cílem je návrat pacienta k chůzi bez zátěže ope-

rované končetiny, návčik sebeobsluhy a obnovení základních pohybových návyků s důrazem na bezpečné pohyby v kyčelním kloubu, které jsme zmínili výše. Jedná se o prevenci luxace kyčelního kloubu. Za pacientem denně dochází fyzioterapeut. Ten ho seznámí se základními rehabilitačními cviky, posilováním svalstva horních a dolních končetin. Od fyzioterapeuta operovaný zároveň obdrží písemnou edukaci o rehabilitaci po operaci TEP kyčelního kloubu.

Nemocný vstává většinou již první pooperační den. Fyzioterapeut pacienta nejprve posadí (předcházíme tím možnému ortostatickému kolapsu). Pokud se nemocný cítí dobře, s fy-

zioterapeutem pomalu přechází do stoje a následně provedou první kroky. Pacient vstává na operovanou stranu, pokud mu to nevyhovuje jinak. Nejčastěji nemocní chodí o dvou francouzských holích, výjimečně k chůzi používají podpažní berle nebo chodítka. Rychlost pooperační rehabilitace je závislá na doporučeních ortopeda a na zručnosti pacienta.

Nedílnou součástí rehabilitace je návčik sebeobsluhy, zvládnutí samostatné hygieny, oblékání a správné nasedání na WC nástavec. Operovaná končetina musí být natažená dopředu, při sedu nemocný nesmí dát operovanou končetinu pod sebe. Dále se nacvičuje sezení na

židli, pacient by neměl sedět na nízké židli, proto doporučujeme nemocným, aby si na ni položili například silnější deku. Pacient by si také neměl sedat na nízkou postel. Návčik chůze po schodech začíná zhruba sedmý den po operaci. Operovaný by se také neměl předklánět, ani jít do podřepu.

Pacient je obvykle propuštěn sedmý až desátý den po operaci, ale je to velice individuální. Z naší kliniky je nemocný obvykle rovnou přeložen do rehabilitačního zařízení, ve kterém si před nástupem do nemocnice zařídil pobyt. Při propuštění je opět poučen o pohybovém režimu, analgetické terapii a o prevenci tromboembolické nemoci (antikoagulač-

ní terapie pokračuje šest týdnů po operaci).

Z nemocnice by měl pacient odcházet samostatně. Operovanou končetinu zatěžuje asi třetinou své hmotnosti. Kontrola v ambulanci operátora bývá 6 týdnů po operaci. Po zhodnocení pacientova zdravotního stavu je mu umožněna poloviční zátěž o dvou francouzských holích. Další ambulantní kontrola následuje za 3 měsíce, kdy operátor po zhodnocení rentgenových snímků doporučí postupné odkládání berlí. Při nejistotě může pacient přejít na vycházkovou hůl. Délka pracovní neschopnosti je zhruba 3 až 4 měsíce. Automobil se doporučuje řídit až 6 týdnů po operaci. Doporučenými sporty po 6 měsících

od operace jsou golf, turistika či jízda na kole (Dungl a kol., 2005).

## Závěr

Totální endoprotéza kyčelního kloubu umožňuje lidem návrat do běžného života. Člověk může být po výkonu opět zcela aktivní, samozřejmě musí dbát na určité zásady, které musí po operaci totální endoprotézy dodržovat. V podstatě ale není skoro ničím omezen. Totální endoprotéza kyčelního kloubu má a bude mít v medicíně své nezastupitelné místo.

Bc. Veronika Kociánová,  
oddělení aloplastiky,  
Ortopedická klinika 1. LF UK  
a Nemocnice Na Bulovce, Praha,  
veronika.kocianovaa@gmail.com

# Léčba chronické rány larvami bzučivky zelené aneb úskalí veder v nemocnici

Autorka článku se chce podělit o vlastní zkušenosti s larvoterapií. Sdělení popisuje situaci, kdy v loňském tropicky horkém létě došlo ke spontánnímu naklazení larev bzučivky zelené do otevřené rány.

**K**lientka XY, 58 let, invalidní důchodce, opakovaně hospitalizovaná na našem oddělení. Základní diagnóza: arterioskleróza cév DKK, stp. bypassu PDK 2013, stp. amputaci LDK 2013, stp. amputaci PDK 2014, stp. reamputaci PDK 2014. Poslední hospitalizace květen až srpen 2015. Plánovaně byla provedena extrakce cévní protézy pro dlouhodobý infekt nezvládnutelný konzervativní terapií. Již bezprostřední pooperační průběh hojení defektu naznačil dlouhodobější léčbu.

## Léčba chronické rány

V rámci intenzivní lokální terapie jsme pravidelně prováděli *débridement* rány, kdy jsme odstranili nekrotické části tkáně v takovém rozsahu, aby došlo k odkrytí zdravé tkáně na spodině rány s následnou podporou hojení rány. V počáteční fázi hojení jsme zvolili šetrný *débridement* metodou *wet to dry*, která využívá k odstranění nekrotické vlhké gázové kryty namočené v oplachovém antiseptickém roztoku. Na našem oddělení k oplachům využíváme roztok Prontosan. Dále používáme vlhkou terapii firmy Lohmann Rauscher s využitím veškeré nabízené škály prostředků řady Suprasorb. K odstranění odumřelé tkáně jsme použili Suprasorb C v kombinaci se Suprasorb A + Ag (algínátové krytí se stříb-

rem). Přesto došlo k prořezání situačních stehů a následně dehiscenci pahýlu.

Léčba byla komplikována zachycením gramnegativních bakterií produkujících beta-laktamázy ESBL (*extended spectrum-beta-lactamases*). Dle standardu hygienického režimu při výskytu rezistentních bakteriálních kmenů jsme provedli izolaci klientky a zajistili veškerá bariérová opatření.

Přestože klientka byla po vysokých amputacích obou dolních končetin, měla minimální deficit soběstačnosti, byla schopna samostatného přesunu na vozík i zpět na lůžko. Celkový stav klientky byl v negativním smyslu ovlivněn množstvím systémových faktorů v rámci několika přidružených onemocnění, zejména dlouhodobým užíváním návykových látek při léčbě fantomových bolestí, silným nikotinismem, dlouhodobou antikoagulační léčbou, hypoalbuminemií, nízkou tělesnou hmotností a v neposlední řadě také psychickou dysbalancí.

Vzhledem k nelepšení celkového stavu rány jsme provedli nekroktomii pahýlu i defektu v třísele v celkové anestezii. Bezprostřední pooperační hojení nesplynulo naše očekávání, pahýl byl i nadále povleklý, s hnisavou sekrecí, i přes použití vlhké terapie nedocházelo k celkovému zlepše-

ní. Zajistili jsme centrální žílu, klientka tolerovala kompletní parenterální výživu v kombinaci s doplněním stravy o Nutri-drinky (2 ks/den).

## Nečekaná pomoc

Celkový průběh léčení chronického defektu nám komplikovala loňská vlna veder a bohužel také nedodržování klidového režimu u jinak v podstatě soběstačné klientky. Její časté vyjíždky v areálu nemocnice z důvodu nikotinismu způsobily spontánní naklazení nesterilních larev do nezhojeného defektu. Při jednom z převazů byl defekt poset desítkami larev. Vzorek larvy jsme poslali na parazitologické vyšetření, kde bylo potvrzeno, že se jedná o larvy bzučivky zelené, tedy stejný druh, který se běžně využívá k larvální terapii. Jisté zkušenosti jsme měli i na našem odděle-



Léčba chronické rány larvoterapií

Foto: 3x archiv autorky



Nekróza pahýlu po dvou dnech osazení larvami



Nekróza pahýlu po čtyřech dnech osazení larvami

ní a tuto vzniklou situaci jsme se rozhodli využít.

Trávící enzymy bzučivky zkapaňují nekrotickou tkáň, která se společně s bakteriemi stává pro larvy potravou a zdrojem energie. Larvy jsou schopné zlikvidovat i rezistentní kmeny MRSA, jejich pohyb a migrace zlepšují prokrvení a stimulují tvorbu granulační tkáně. Klientka s ponecháním larev souhlasila a podepsala písemný souhlas. Larvy na ni nepůsobily negativně a bezprostředně po naklazení se celkový stav rány zlepšil, viděli jsme náznaky granule, nekrotické zůstávaly převážně okraje rány.

V dalších týdnech se však celkový stav klientky rapidně zhoršil. Nakonec zemřela v septicém stavu na celkové vyčerpání organismu.

## Závěr

Larvální terapie je moderní účinná metoda, k níž je však vhodné přistupovat v ranější fázi nehojící se rány. V našem případě byly larvy naklazené spontánně, bohužel klimatické podmínky neovlivní ani medicína. Larvy nebyly vypěstovány ve sterilních podmínkách, což byl zajisté jeden z důvodů neúspěchu. Dalším, významnějším faktorem byl celkově neuspokojivý stav klientky, řada přidružených onemocnění, vyčerpání organismus a znatelná podvýživa.

Bc. et Bc. Jarmila Čípová,  
Slezská nemocnice v Opavě, chirurgické oddělení,  
r.o.x.y@seznam.cz

# Životní styl a osteoporóza

Autoři se ve svém příspěvku soustředí na význam zdravého životního stylu v souvislosti s osteoporózou se záměrem poukázat na význam prevence tohoto onemocnění. Popisují klinický obraz osteoporózy – její projevy, příčiny, rozdělení a vyšetřovací metody. Zvláštní pozornost věnují faktorům ovlivňujícím vznik osteoporózy, jako jsou vhodná výživa a fyzická aktivita, s důsledným preventivním kontextem.

V dnešní době je velmi diskutovaným tématem zdravý životní styl. Ovlivňuje naše zdraví až z 50 %. Zbývající procenta jsou dána genetickými dispozicemi, životním prostředím a zdravotní péčí. Mezi hlavní zásady zdravého životního stylu patří vyvážená strava, dostatek pohybu a spánku, vyhýbání se stresu, vyvarování se kouření a pití alkoholu. Životní styl se podílí na vzniku civilizačních chorob (kardiovaskulárních onemocnění, diabetu 2. typu), nádorových chorob, nervových a psychických onemocnění či vředové choroby žaludku.

Zdravým životním stylem můžeme ovlivnit i vznik osteoporózy. Osteoporóza je velmi rozšířené progresivní systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem kostní hmoty a poruchami mikroarchitektury kostní tkáně s následným zvýšením fragility kostí a zvýšeným rizikem zlomenin. Zlomeniny obratlových těl jsou nejčastější klinickou manifestací osteoporózy (Broulík, 2011). Osteoporóza patří mezi nejčastější civilizační choroby. Postihuje asi 8 % obyvatelstva – muže i ženy obvykle po 45.–50. roce věku. Riziko pro ženy je vyšší. Odhaduje se, že v České republice je postiženo až 800 tisíc osob. Výskyt osteoporózy stále stoupá.

## Klinický průběh

Osteoporóza může probíhat bez příznaků a zjistíme ji náhodně při rentgenovém vyšetření. S postupným úbytkem kostní hmoty se objevují bolesti zad, které se zvyšují pohybem nebo zatížením. Dalším příznakem je snižování tělesné výšky, které vzniká v důsledku snížení výšky obratlů a zakřivení v oblasti hrudní páteře. Prudké bolesti vznikají náhle po rychlém pohybu, nejčastěji v oblasti dolní hrudní a lumbální páteře. Mohou vystřelovat do dolních končetin. Nemocní mohou mít i dychač potíže (Broulík, 2011).

Prvním projevem tohoto onemocnění je často zlomenina vzniklá při malém úrazu. Nejčastěji se lá-

mou obratle v dolní části hrudní a horní části bederní páteře. Zlomenina obratle se může projevit náhlou prudkou bolestí, která vystřeluje do hrudníku, břicha nebo nohou. Dále jsou to zlomeniny krčku kosti stehenní, kosti pažní nebo zápěstí.

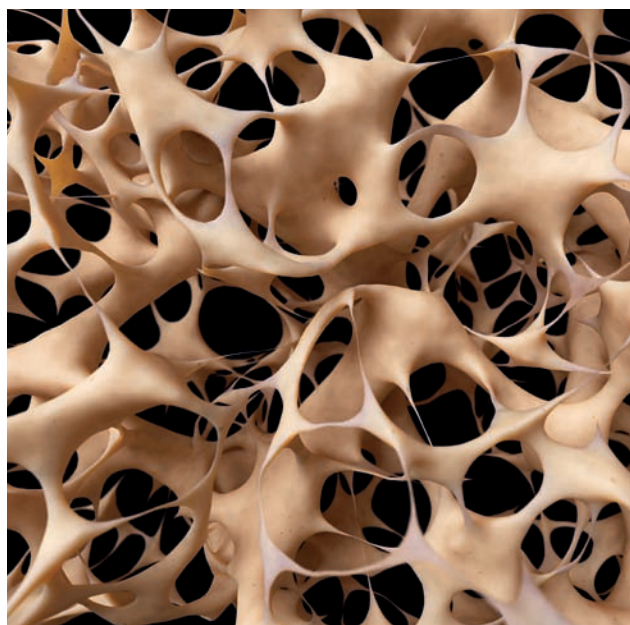
## Příčiny osteoporózy

V kostech probíhají neustálé změny v závislosti na pohybu, stravě a zdraví. Maximální množství kostní hmoty si člověk vytváří do 25 let věku. Po 30. roce z přirozených příčin kostní hmoty pouze ubývá. Kostí začínají ztrácet vápník – minerál, který způsobuje tvrdost – rychleji, než ho mohou nahradit. Přestavba kostí se zpomaluje a kosti začínají řídnout.

Kritickým bodem u žen je pak menopauza, kdy dochází k zastavení sekrece estrogenů (u mužů androgenů), což vede k navýšení kostní resorpce a většímu profidnutí kostí. Největšímu ohrožení jsou vystaveny ženy v přechodu a po něm. Vrchol kostní hmoty je až z 80 % určen dědičnými faktory, ale až 30 % lze ovlivnit tím, jak člověk žije do svých 25 let (Broulík, 2011).

## Rozdělení osteoporózy

Osteoporózu dělíme na primární (je častější u žen, souvisí se ztrátou estrogenů) a sekundární. Souvisí s některými nemocemi, které nepříznivě ovlivňují kostní metabolismus. Je to například hyperfunkce štítné žlázy a příštítných tělísek, revmatoidní artritida, chronické onemocnění ledvin, porucha menstruačního cyklu nebo užívání některých léků. Významným rizikovým faktorem u žen je kromě již zmíněné menopauzy i odstranění vaječníků v plodném věku. Vznik osteoporózy může ovlivnit i nepohyblivost pacienta. Nemocní dlouhodobě upoutaní na lůžku mají velký úbytek kostní hmoty. Faktory ovlivňující osteoporózu rozdělujeme na neovlivnitelné, mezi něž patří genetické dispozice, věk, pohlaví, rasa (největší riziko ke vzniku osteoporózy má bí-



Ilustraci foto: Shutterstock

lá rasa, nejmenší černá), a faktory, které ovlivňují zdravý vývoj kostí v mládí a udržují rovnováhu kostního metabolismu v průběhu života.

## Vyšetřovací metody

Provádíme vyšetření klinické, biochemické, rentgenové a densitometrické, hodnocení rizika fraktur a algoritmus FRAX (*fracture risk assessment tool*).

Přítomnost více rizikových faktorů u jednoho pacienta nemá jen vyslovené aditivní efekt, jako jednotlivé rizikové faktory se i podle jejich klinického významu a hodnoty predikce navzájem potencují. Při kombinaci určitých faktorů je pak výsledné riziko fraktury vyšší, než bychom mohli očekávat při jejich sčítání. Jako příklad uvádíme hodnotu BMD (*bone mineral density*) a její význam v predikci fraktur v závislosti na věku. Osteoporóza definovaná na základě měření BMD umožňuje včasnou diagnostiku a rychlé zavedení preventivních opatření. Je založená na definici osteoporózy jako snížení BMD pod 2,5 SD, což je průměrné BMD mladých osob ve věku 30 let (definice dle Světové zdravotnické organizace, WHO). Pacient s hodnotou T-skóre pod 2,5 SD má v 50 letech

publiky. FRAX je volně dostupný na internetu, je zakomponován i v některých softwarech DXA skenerů a samostatných PC programů bez nutnosti přístupu na internet.

K hlavním nevýhodám FRAX patří:

1. není dostupný ve všech zemích,
2. není použitelný pro už léčené pacienty, ani na monitorování efektivity léčby,
3. nebere ohled na variabilní riziko v jednotlivých oblastech téhož státu (Payer, Killinger et al., 2012).

- **Denzitometrem** měříme kostní hustotu. Jedná se o bezbolestné vyšetření. Vyšetřuje se oblast bederní páteře, horní části kosti stehenní a předloktí. Touto metodou se také sleduje účinnost léčby. Kontrolní vyšetření se provádí po jednom nebo dvou letech léčby.

- **V biochemickém vyšetření** zjišťujeme množství vápníku, fosforu, alkalické fosfatázy, kostní alkalické fosfatázy a osteokalcinu v krvi a vylučování vápníku a fosforu do moči.

## Faktory ovlivňující vznik osteoporózy

Důležitá je prevence a včasné rozpoznání rizikových osob. V primární prevenci je důležitá péče v dětství a dospívání, kdy je vytvářen vrchol kostní hmoty. Vedeme děti a dospívající ke správnému stravování a zdravému životnímu stylu, tedy především k dostatku pohybu a správné výživě bohaté na vitamín D a vápník. Během dospívání má tělo zvýšené požadavky na příjem kalcia.

U starších lidí je to především prevence pádů. Měli bychom dbát na bezpečnost prostředí. Patří sem dostatečné osvětlení, instalace zábradlí ke schodům, protiskluzová podlaha a rohožky, madla ve vaně, nošení pohodlné a bezpečné obuvi s nízkým podpatkem. Pacientům se nedoporučuje zvedat těžké předměty. Úkolem sekundární prevence je vytipovat osoby se zvýšeným rizikem osteoporózy po menopauze, s nevhodným životním stylem s kouřením a alkoholem a při některých onemocněních, která narušují metabolismus kalcia (Roger, 1995).

- **Je důležitá prevence u pacientů se zánetlivým onemocněním střev. Crohnova nemoc a celiakie způsobují zvýšené riziko ztráty kostní hmoty.** Zvýšené riziko vzniku osteoporózy mají i lidé, kteří nemožou konzumovat mléko.

- **Nadměrné množství alkoholu** zatěžuje celé tělo, především játra, nervový systém, ale i kostní tkáň. Dochází k pomalejší regeneraci a obnově kostí.
- **Nadměrné pití kávy** působí negativně na metabolismus vápníku.
- **Kouření** – jednotlivé složky kouře zasahují různě do metabolismu kostní tkáň. Ženy kuřačky ztratí do menopauzy o 5-10 % kostní hmoty více než nekuřačky.
- **Pití kolových nápojů** – kolové nápoje obsahují hodně fosforu, což vede k vyplavování vápníku z těla a dále k osteoporóze.
- **Nízká tělesná hmotnost** – pro vznik osteoporózy je velkým rizikovým faktorem nízká tělesná hmotnost, která je u starších osob spojená se zvýšenou ztrátou kostní hmoty a rizikem zlomenin.
- **U lidí s nadváhou, kteří dodržují redukční dietu, je nutné, aby měli správný příjem vápníku a dostatečnou tělesnou aktivitu.**
- **Omezení příjmu soli v potravě** – vysoký příjem sodíku zvyšuje vylučování kalcia v moči.

## Úprava životního stylu

### Vhodná výživa

Jedním z faktorů v prevenci osteoporózy je výživa. Naše strava musí obsahovat vhodný zdroj a dostatečné množství stavebních látek (vápník, fosfor, hořčík, mangan) a další látky důležité pro zdravé kosti, minerály, stopové prvky a vitaminy (D, A, K1, C, B2, B6).

Náš organismus dokáže využít jen tu část vápníku, která projde střevní stěnou. Z přijatého vápníku se vstřebává pouze část, měli bychom konzumovat asi 1000-1500 mg vápníku denně. 50-70 % denní potřeby hradí mléko a mléčné výrobky. Využitelnost vápníku z mléka je vysoká. Mléko neobsahuje látky, které vážou vápník do nevstřebatelné formy a znemožňují jeho využití, a obsahuje mléčný cukr a některé aminokyseliny, které využitelnost vápníku zvyšují (Svačina, Millerová, Bretšnajdrová, 2012).

Dobrymi zdroji vápníku jsou kyselé mléko, jogurty a zakysané mléčné výrobky. Jejich kyselé prostředí napomáhá zvyšovat jeho využitelnost. Dále se vápník nachází v tvrdých a měkkých sýrech s výjimkou sýrů tavených, protože fosforečnaté soli znemožňují jeho využití v organismu. Bohatým zdrojem vápníku jsou slunečnicová semínka, sója,

jádra lískových ořechů a paraořechů a celé sardinky včetně kostí. Organismus vstřebává vápník z brokolice, kapusty, květáku, pekingského a čínské zelí. Dále můžeme využívat řeřichu, petržel a některé mořské řasy (Svačina, Millerová, Bretšnajdrová, 2012). Nejbohatším zdrojem vápníku je mák, který obsahuje 10krát více vápníku než mléko. Mezi další zdroje patří vejce. Z ovoce je to mango, které obsahuje fosfor a pomáhá udržet vápník v těle. Zelenina a ovoce obsahující šťavelany, jako např. rybíz, špenát, rebarbora a angrešt, snižuje využití vápníku v organismu. Zdrojem vápníku je i chléb a pečivo. Pozor na sůl. Čím více soli, tím vyšší je vylučování vápníku z těla (Štěpán, 2005).

### Vitaminy a minerály

Pro správnou stavbu kostí je nezbytný dostatečný přísun vitamínu D, fosforu a hořčíku. Hořčík, měď a mangan umožňují zpevnění kostní struktury a podporují aktivitu vitamínu D.

Přírodními zdroji hořčíku jsou mandle, grapefruit, citron, jablka a kukuřice.

Působením slunečního světla dochází v těle k tvorbě vitamínu D. Je důležitý pro vstřebávání vápníku do kostí. K jeho dostatku stačí pobyt na čerstvém vzduchu v létě a nošení krátkých rukávů. Ohrožení jsou lidé, kteří nevycházejí z bytu či jsou upoutáni na lůžko.

Tvorbu kostí výrazně podporuje i zinek. Najdeme ho v hovězím masu, játrech, rybách, dýňových, slunečnicových a tykvo- vých semínkách a v sýru.

### Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je velmi důležitá. Nemocní s osteoporózou by neměli provádět švihové cviky, ale spíše tahová cvičení. Vhodné je plavání, jízda na kole a turistika. Mezi nevhodné sporty patří volejbal, fotbal a tenis a jiné sporty se zvýšeným rizikem pádu.

Pacienti se mají vyvarovat zvedání těžkých břemen, poskoků a tvrdých dopadů. Přiměřená fyzická aktivita také zlepšuje činnost srdce a cév, napomáhá mírnit depresivní stavy, zlepšuje držení těla, pomáhá posílit svaly a zpevnit kosti, zlepšuje tělesnou kondici, snižuje hladinu cholesterolu, napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku. Doporučujeme cvičit alespoň 30 minut 4krát týdně. Pravidelná mírná zátěž má lepší výsledky než nepravidelné intenzivní cvičení.

## Prevence osteoporózy

Důležitá je estrogení (substituční) terapie po menopauze. Není ale jednoznačně doporučována. Prevencí je také suplementace vápníkem ve spojení s vitamínem D (když je efekt sporný). Značnou roli v prevenci hraje systematická pohybová aktivita, zejména pravidelná chůze.

## Úloha zdravotnických pracovníků

- Sledování možnosti vzniku osteoporózy u žen v období menopauzy a u pacientů v pokročilém věku.
- Osobám, u nichž je naznačeno vysoké riziko, zajistit stanovení obsahu minerálů v kostech, dle potřeby denzitometrické vyšetření.
- Poučení žen v období menopauzy o možných důsledcích osteoporózy a o rizicích a prospěšnosti substituční hormonální terapie, aby mohly učinit informované rozhodnutí o zahájení této terapie.
- Doporučení nefarmakologických preventivních kroků (Kovář, Provozník, 2011).

## Závěr

Osteoporóza je onemocnění, které se týká především starší generace, ale na správný životní styl je třeba upozorňovat už děti a mládež. Děti často konzumují sladké nápoje, cukrovinky, hranolky či hamburgery. Mléko a mléčné výrobky, ovoce a zelenina se z jejich jídelníčku vytrácejí, a tak mívají ve výživě nedostatek vápníku. Alarmující je stále častější sedavý způsob života a nedostatek pohybu. Z hlediska prevence osteoporózy je dětství a dospívání důležité (Machová, Kubátová, et al. 2010). Velkou pozornost je třeba věnovat již období těhotenství. Dostatečný příjem vápníku v období gravidity je důležitý pro správnou stavbu kostí plodu. Je-li příjem vápníku nedostatečný, vápník se pak uvolňuje ze zásob matky, které je ohrožena osteoporózou a vznikem zubního kazu.

### Literatura u autorů

prof. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.<sup>1,2</sup>,  
Mgr. Lenka Görnerová<sup>2</sup>,  
doc. PhDr. Lada Cetlová, Ph.D.<sup>3</sup>,  
MUDr. Ing. Ján Breza ml., Ph.D.<sup>3</sup>,  
prof. MUDr. Ján Breza, DrSc.<sup>3,4</sup>,  
VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava<sup>2</sup>,  
Vysoká škola polytechnická, Jihlava<sup>2</sup>,  
Urologická klinika s Centrom pre transplantácie  
obličiek, FNŠP Kramáre,  
Bratislava, LFUK, Bratislava<sup>2</sup>,  
SZU Bratislava<sup>4</sup>  
ivica.gulasova4@gmail.com

Inzerce M16100018

 Cadenza®

PROFESIONALITA  
A PRESTIŽ

Vytvořte si svůj styl  
v profesních modelech  
Cadenza.

zelená linka 800 148 830  
www.cadenza.cz



# Konflikty v ošetrovateľskej praxi

Konflikt je všeobecným javom, ktorý je dennodennou súčasťou našich životov. Stretávame sa s ním všade. V sebe samých, v domácnosti, v rodinách či na pracovisku. Práve konflikty, s ktorými sa stretávame na pracovisku, pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sú predmetom tejto práce.

**K**onflikt je definovaný ako určitá forma interakcie, pri ktorej všetci účastníci vnímajú druhú stranu ako určitú prekážku pri dosahovaní svojich vlastných cieľov, pri uspokojovaní svojich vlastných potrieb a svojich vlastných záujmov. Podľa Čakrta (2000) je konflikt určitým procesom, v ktorom jedna strana vynakladá vedomé úsilie vo forme blokačných činov na zmarenie snahy druhej strany a hlavným cieľom v tejto situácii je znemožniť dosiahnutie zámerov druhej strany.

## Rozdelenie konfliktov

Konflikty sa v základnej rovine rozdeľujú na konflikty deštruktívne a konflikty konštruktívne. Konflikt je deštruktívny vtedy, ak sa nenájde uspokojivé východisko, ak neprinesie žiadnu zmenu, ak účastníkom odoberá energiu a ničí morálku, ak polarizuje ľudí a podnecuje správanie.

Podľa počtu zúčastnených osôb konflikty rozdeľujeme na:

- intrapersonálne konflikty – vnútorné konflikty jednej osoby,
- interpersonálne konflikty – konflikty medzi dvoma a viacerými osobami,
- skupinové konflikty – konflikty vo vnútri skupín,
- medziskupinové konflikty – konflikty medzi rôznymi skupinami ľudí.

## Konflikty v ošetrovateľstve

Ošetrovateľstvo je mladým interdisciplinárnym vedným odborom, ktorý má v dnešnej dobe dôležité a nezastupiteľné miesto v systéme zdravotnej starostlivosti. Ošetrovateľská starostlivosť je podľa Zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe. To, či je konflikt vnímaný ako priateľský alebo nepriateľský, záleží len na tom, ako človek danú konfliktnú situáciu prežíva, ako naňho pô-

sobí a ako ju rieši. Nie len zdravotníci by sa mali zbaviť dojmu, že všetky konflikty sú zlé a naopak naučiť sa, že správnym riešením a vyriešením môžu potenciálne priniesť nejaké výhody. K morálnemu profilu každej sestry by mala patriť schopnosť predchádzať konfliktom a schopnosť hľadať pri ich prepuknutí kompromis.

## Druhy konfliktov

V ošetrovateľstve sa stretávame s rôznymi typmi konfliktov:

**Profesionálne verzus byrokratické konflikty** – tieto konflikty vznikajú na základe nezlúčiteľnosti nárokov systému a vnímaných profesionálnych zásad a povinností. Patrí tu napríklad nerovnováha moci. Tento typ je často charakterizovaný ako štandardný postup formálneho rozdelenia zodpovednosti, hierarchií a tiež neosobných vzťahmi.

**Konflikty sestra verzus sestra** – vznikajú na podklade rozdielnosti filozofie ošetrovania u jednotlivých sestier, ktoré musia pracovať spolu.

**Konflikty sestra verzus lekár** – tieto konflikty vznikajú na základe rozdielnosti poskytovania starostlivosti v rámci svojich kompetencií, ktoré sú zakotvené v zákonoch, no zároveň ovplyvňované zvyklosťami na daných oddeleniach.

**Konflikty z nedostatku osobných kompetencií** – tieto konflikty vznikajú v situáciách, kedy úroveň schopnosti sestry nekorešponduje s jej očakávaním v praxi. S týmto konfliktom sa stretávame najčastejšie na pracoviskách s vysokými nárokmi kladenými na sestru.

**Konflikty konkurenčných rolí** – tieto konflikty sa prejavujú, pokiaľ osoba neplní len rolu sestry, ale zároveň aj rolu napríklad matky, študentky, manželky...

**Expresívne verzus inštrumentálne konflikty** – pramenia z rozpoltenia sestier medzi technickými nárokmi na starostlivosť a ľudskými potrebami pacientov. V tomto druhu konfliktov hrajú rolu etické a právne otázky, požiadavky pacienta a jeho rodiny, osobná filozofia a hodnoty danej sestry.



Ilustrácia foto: Shutterstock

## Riešenie konfliktov

Základným krokom v riešení konfliktu je nechať sa strhnúť citmi, ale riadiť sa rozumom. Poradiť si s konfliktom, aby viedol k správnejmu riešeniu, ale nie je vôbec jednoduché. Vyžaduje si to nielen umenie komunikovať, ale aj ochotu a určité sebavedomie.

## Nástroje riešenia problémov

V súčasnosti existuje niekoľko nástrojov na riešenie vzniknutých problémov, ktoré sa efektívne využívajú pri problémových situáciách s cieľom zabrániť konfliktu.

Nástroje riešenia konfliktov sú nasledovné:

- **brainstorming** – „búrka mozgov“, znamená skupinové, tvorivé a aktívne uvažovanie, vzájomné komunikovanie a prepájanie súvislostí pri riešení problémov,
- **clustering** – tzv. zoskupovanie, umožňuje skupine triediť a zoskupovať myšlienky.
- **myšlienková mapa** – podporuje štruktúrovanie myšlienok a pochopenie vzťahov medzi myšlienkami,
- **graf rybiej kosti (Ischikava diagram/fish bone)** – kreatívna technika, ktorá umožňuje oddeľovať príčiny a dôsledky s cieľom vytvorenia jasnej štruktúry,
- **SWOT analýza** – metóda analýzy, v ktorej sa sústreďujeme na silné a slabé stránky a na

príležitosti a hrozby daného problému,

- **situačná analýza** – nástroj na identifikáciu problému a určenie priority riešenia,
- **analýza silového poľa** – technika, ktorá vizualizuje problémy,
- **graf šiestich zmyslov** – technika, ktorá získava odpovede kladením otázok tak, aby sa zabezpečilo pochopenie daného problému.

## Autoritatívne riešenie konfliktov

Autoritatívne riešenie konfliktov sú založené predovšetkým na autorite, sile a moci, ktorou jedna zo zúčastnených strán disponuje. Takéto riešenia stavajú obe strany do nepriateľských pozícií. Výsledkom je vždy nespokojnosť jednej zo sporiacich sa strán, a to je dôkazom nesprávneho riešenia a vyriešenia konfliktu.

## Medzi takéto spôsoby autoritatívneho riešenia konfliktov patrí:

- **Autorita** – o vyriešení sporu rozhoduje autorita, a to spôsobom vlastného uváženia alebo podľa pravidiel, ktoré si sama stanovila a uznáva. Záujmy strán, ktoré sa s ňou dostali do konfliktu, neberie do úvahy.
- **Sila** – silnejšia strana presadzuje svoje názory bez dohody a bez ohľadu na záujmy druhej strany.
- **Súd** – o spore rozhoduje súd alebo senát. Takéto riešenie je vysoko formalizované a musí

sa riadiť právom a zákonmi. Rozhodnutie musia obe strany rešpektovať.

- **Arbitráž** – rozhodcovské konanie, po vypočutí oboch strán arbitier nájde riešenie a oznámi ho sporiacim stranám. Riešenie musí byť podľa platného právneho poriadku.

## Alternatívne riešenia konfliktov

Alternatívne spôsoby riešenia konfliktov sú typické tým, že sa snažia vytvoriť rovnováhu medzi stranami. Pri tomto spôsobe sa pomocou kompromisov snažia obe strany dospieť k záveru, ktorý by uspokojil obe z nich.

## K takémuto spôsobu riešenia konfliktov patrí:

- **vyjednávanie** – tento spôsob je založený na záujmoch a je to spôsob riešenia priamou komunikáciou, kde prostredníctvom argumentovania, zjedňovania a ujasňovania sa obe strany snažia dospieť k spoločnej dohode,
- **facilitácia** – spôsob riešenia prostredníctvom tretej nezávislej osoby, ktorej úlohou je poskytnúť stranám postupy a pravidlá, ktoré by uľahčovali vzájomnú komunikáciu, vyjednávania a dohadovanie riešenia,
- **zmierovanie/konziliácia** – tento spôsob riešenia konfliktov je zameraný na vytvorenie alebo znovuoobnovenie medziľudských vzťahov a snaží sa vytvoriť na základe porozumenia psychologické prepojenie strán,
- **mediácia** – spôsob riešenia, do ktorého vstupuje mediátor, teda tretia nezávislá osoba, ktorá napomáha k uzavretiu dohody. Mediátor pomáha stranám uvedomiť si svoje záujmy a na ich základe vyjednať dohodu výhodnú pre obe zúčastnené strany.

Konflikty sa medzi ľuďmi objavujú neustále, vždy tu boli, sú aj budú. Tak, ako sa s nimi stretávame v súkromí, tak sú súčasťou aj našich pracovných životov. Výnimkou nie je ani nemocničné prostredie. Je veľmi dôležité, aby zúčastnené strany vedeli konfliktne situácie správne zvládať.

Literatúra u autorky

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.,  
 Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove



# Rizikové faktory artériovej hypertenzie

Autorky sa v príspevku zaoberajú faktormi, ktoré zvyšujú riziko vzniku artériovej hypertenzie, a analyzujú neovplyvniteľné i ovplyvniteľné rizikové faktory. Osobitnú pozornosť venujú významnému rizikovému faktoru obezite. V závere analyzujú pridružené závažné faktory ovplyvňujúce prognózu pacienta s artériovou hypertenziou ako je cerebrálna či kardiovaskulárna postihnutie, renálne postihnutie a retinopatie.

**A**rtériová hypertenzia je ochorenie nesprávneho životného štýlu. Napriek nárastu diagnostických metód a skvalitneniu liečebných postupov, artériová hypertenzia predstavuje vážny medicínsky, sociálny a ekonomický problém. I keď sa čoraz častejšie preukazuje, že zníženie tlaku krvi podstatne znižuje kardiovaskulárne riziko, značná časť ľudí s hypertenziou si závažnosť svojho ochorenia nevedomuje a preto sa nelieči.

## Rizikové faktory

I keď príčinu artériovej hypertenzie vo väčšine prípadov nepoznáme, rozoznávame mnohé rizikové faktory, ktoré podstatne zvyšujú riziko vzniku hypertenzie. Tieto faktory rozdeľujeme na neovplyvniteľné a ovplyvniteľné. Hypertenzia vystupuje ako samostatný rizikový faktor pri kardiovaskulárnych ochoreniach (Srnčák, 2005, s. 40).

Posledné európske odporúčania v manažmente artériovej hypertenzie z roku 2003 uvádzajú ako najčastejšie rizikové faktory poškodenia cieľových orgánov, diabetes mellitus, klinické stavy, ktoré sa používajú pri stratifikácii. Pokles mortality

a morbidity môžeme znížiť vďaka ovplyvniteľným rizikovým faktorom.

Primárna prevencia rizikových faktorov je identifikácia a eliminácia - zameriava sa na úpravu telesnej hmotnosti, udržanie normálnych hodnôt tlaku krvi, glykémie a lipidov. Sekundárna prevencia sa zameriava na skorú diagnostiku, predchádzanie komplikáciám, spomalenie alebo zastavenie rozvoja ochorenia.

## Neovplyvniteľné faktory

### Genetické faktory - dedičnosť

Väčšina štúdií podporuje koncepciu multifaktoriálnej dedičnosti, alebo potom existuje viacero génových defektov. Dedičná zložka, definovaná ako vloha, sa môže prejaviť pri zmene štýlu života, (pomer príjmu sodíka a draslíka). Pre dedičnosť svedčia odchýlky:

- funkčné: zvýšená cievná reaktivita na rôzne druhy stresu,
- biochemické: znížená produkcia a močová exkrécia kalikreínu - vazodepresor,
- poruchy transportných mechanizmov: Na/Li transport.

Genetický marker je znak s jednoznačne dokázanou dedičnosťou, prítomnosťou od narodenia.

Zvýšená aktivita sympatikového nervového systému - prejaví sa na začiatku.

### Vek

So stúpajúcim vekom sa zvyšuje riziko artériovej hypertenzie. U žien je rizikový vek nad 65 rokov a u mužov vek nad 55 rokov.

### Pohlavie

Mužské a ženské po menopauze.

## Ovplyvniteľné rizikové faktory

### Fyzická aktivita

Je činnosť so zvýšeným výdajom energie. Fyzická aktivita a kardiorespiračná tréningovosť majú inverzný vzťah k výške krvného tlaku. Pri štúdiách sa potvrdil zvýšený výskyt artériovej hypertenzie u ľudí s nízkou fyzickou aktivitou. Pri fyzickej aktivite sa znižuje systolický aj diastolický tlak krvi (Smetanová, 2006, s. 28).

### Fajčenie

„Je najrozšírenejším a najnebezpečnejším zlozvykom, ktorým si súčasná spoločnosť ohrozuje zdravie. Fajčenie je silný nezávislý faktor najmä na periférnych tepnách, zvyšuje výskyt kompli-

kácií hypertenzie.“ (Riečanský, 2009, s. 86)

### Alkohol

Zníženie nadmernej konzumácie alkoholu do 30 g/deň - muži, 20 g/deň - ženy. Alkohol znižuje účinok farmakologickej liečby hypertenzie (Srnčák, 2005).

### Príjem kuchynskej soli

Počas vývoja ľudstva sa zvýšil príjem soli v potrave. Dnešný priemerný príjem NaCl v potrave predstavuje 10-13 g/deň. Preukázala sa závislosť výskytu hypertenzie od výšky príjmu kuchynskej soli. Odporúčané je znížiť príjem na 4-5 g/deň (Smetanová, 2006, s. 29).

## Nadváha a obezita

Pre človeka platia termodynamické zákony tak isto ako pre iné systémy - nadmerný príjem energie prevyšujúci výdaj vedie k ukladaniu energie vo forme tukov. Obezita je dôsledkom nezdravého spôsobu života, rozvojom mechanizácie a automatizácie. Obezita je nadmerné uloženie tuku v organizme, u mužov je podiel tuku do 15-20 %, u žien 25-30 %. Nadváha a obezita je vyšší stupeň rizika artériovej hypertenzie.

### Kvantifikácia obezity

• **Body mass index (BMI) = hmotnosť v kg/m<sup>2</sup>** - sa delí na tri stupne:  
1. stupeň: BMI = 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>,  
2. stupeň: BMI = 35,0-39,9 kg/m<sup>2</sup>,  
3. stupeň: BMI = ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>, označuje sa ako morbidná obezita (Souček, Kára, et al., 2002).

Normálna hmotnosť: BMI = 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>, hodnota pod 18 je podváha, BMI = 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> je nadváha, BMI = ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> je obezita.

• **Centrálna obezita - index pásu/bokov:** muži viac ako 0,9, ženy viac ako 0,8.

• **Obvod pásu - ≥ 94 cm muži, ≥ 80 cm ženy** (Riečanský, 2009).

### Stres

Sa zúčastňuje na vzniku hypertenzie, ale jeho úloha je nejasná v neskorších štádiách hypertenzie. (Riečanský, 2009)



Ilustrácia foto: Shutterstock

### Iné faktory

Striedme pitie kávy nemá významný vplyv na krvný tlak, orálne kontraceptíva ho však zvyšujú.

### Diabetes mellitus

S hypertenziou sa považujú za klinické prejavy metabolického syndrómu v súvislosti s inzulínovou rezistenciou (Souček, Kára et al., 2002).

## Pridružené závažné faktory ovplyvňujúce prognózu pacienta s artériovou hypertenziou:

- **cerebrovaskulárne postihnutie** (ischemická cievná príhoda, mozgová hemoragia, tranzitózny ischemický atak),
- **kardiovaskulárne postihnutie** (infarkt myokardu, angína pectoris, koronárna revaskulizácia, kongestívne zlyhanie srdca),
- **renálne postihnutie** (diabetická nefropatia, renálna insuficiencia, obliterujúca ateroskleróza, hypertrofia ľavej komory),
- **retinopatie** (hemorágie, exsudáty, papiledém).

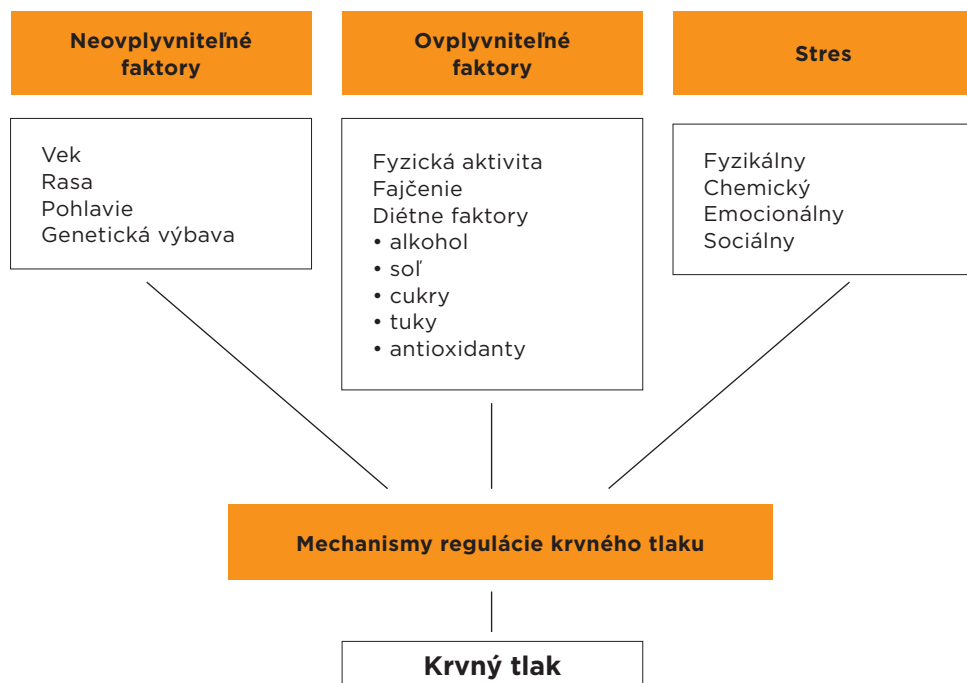
(Srnčák, 2005, Riečanský, 2009, Smetanová, 2006)

## Záver

Dôležité je získať vedomosti o rizikových faktoroch a o zdravom životnom štýle. Prevenciou vzniku hypertenzie by sme mohli predchádzať aj iným závažným ochoreniam. Účelom je znížiť mortalitu a morbiditu obyvateľstva a zlepšiť ich kvalitu života. Aj edukácia a výchova k zdraviu je jednou z úloh sestry v liečebnom procese.

### Literatúra u autoriek

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.,  
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Bratislava,  
Mgr. Klaudia Glodová,  
V. interná klinika LF UK a UNB,  
Ružinov, Bratislava,  
ivica.gulasova4@gmail.com



# Kvalita života osob s chronickou nenádorovou bolestí

Chronická nenádorová bolest je v současné společnosti stále větší a závažnější problém. V posledních desetiletích zaznamenáváme trend enormního vzestupu chronických nenádorových bolestivých stavů, vázajících se především na muskuloskeletární systém. Výrazný dopad chronické nenádorové bolesti odborníci vidí nejen v oblasti kvality života trpících, ale také v rozvoji algeziologie v Evropě a na celém světě.

**P**acienti trpící chronickou nenádorovou bolestí se přizpůsobují změnám svého zdravotního stavu velmi rozdílným způsobem, přičemž tuto rozmanitost není možné vysvětlit pouze medicínskými faktory. Důležité je také monitorovat, jaké faktory se podílejí na udržování funkčnosti těchto pacientů a schopnosti přizpůsobit se chronické nemoci, a tak přispět ke zlepšení jejich celkové kvality života. Chronická nenádorová bolest doprovází onemocnění, která sice nebývají život ohrožující, ale svým působením mění kvalitu života pacienta.

## Definice a monitoring kvality života

Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb, a je předpokladem uspokojení subtilnějších potřeb. Známá je charakteristika kvality života Světové zdravotnické organizace (WHO): „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (WHO, 1997)

Monitorování úrovně kvality života, která bývá různým způsobem poznamenána nástupem onemocnění, se považuje ve vyspělých systémech zdravotní péče za standardní součást poskytování ošetrovatelské péče. Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu charakterizuje, co subjekt prožívá jako následek choroby a poskytování zdravotní péče. Bech (1996) vypracoval škálu kvality života sestávající ze šesti položek: P – somatické problémy, C – kognitivní problémy, A – emoční problémy, S – sociální dysfunkce, E1 – ekonomické problémy, E2 – osobnostní problémy. Kvalita života jako multidimenzionální pojem se podle Ondřejky, Drímalové a Frankla (2000)

skládá z pěti základních oblastí: fyzický stav, psychický stav, funkční stav, oblast sociálních vztahů, ekonomicko-finanční oblast. V 80. letech 20. stol. byl vypracován systém dotazníku SF-36, jehož klíčem je osm domén kvality života podmíněných zdravím: fyzické funkce, fyzická omezení rolí, emocionální omezení rolí, fyzické a emocionální omezení sociálních funkcí, bolest, vitalita, celkové mentální zdraví, celkové vnímání vlastního zdraví.

## Dělení metod monitorování kvality života

### 1. Metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba:

- APACHE II (*acute physiological and chronic health evaluation system*) – systém hodnotící akutně a chronicky změněný zdravotní stav.
- Karnofského index – PSI (*performance status index*) – symbolické vyjádření kvality života, slovní vyjádření kvality života.

### 2. Metody, kde je hodnotitelem sama daná osoba:

- DRRS (*distress and disability rating scale*) – posuzovací škála stresu a nespokojenosti.
- SWLS (*satisfaction with life scale*) – stupnice spokojenosti se životem.
- SEIQoL (*schedule for the evaluation of individual quality of life*) – systém individuálního hodnocení kvality života.

### 3. Smíšené metody, které vznikly kombinací metod typu 1 a 2:

- MANSA (*Manchester short assessment of quality of life*) – krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru.
- LSS (*life satisfaction scale*) – škála spokojenosti (Křivohlavý, 2002).

V monitoringu kvality životy se používají 3 typy dotazníků:

- **dotazníky globálního hodnocení kvality života** – u kte-

rých není možné identifikovat odlišnosti v jednotlivých doménách,

- **generické dotazníky** – umožňující demonstrovat podobnost anebo rozdílnost mezi jednotlivými populačními podskupinami a tím i porovnat jednotlivé domény,
- **specifické dotazníky** – vytvořené pro jednotlivé typy onemocnění anebo pro specifický aspekt kvality života (Petr, 2001).

Podle Slováčka (2005) je kvalitu života možné všeobecně hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnějším je subjektivní hodnocení pacienta tak, jak sám vnímá vlastní životní situaci včetně schopností svého sebeuplatňování v pracovním, rodinném i sociálním prostředí.

## Stručná analýza a problém výzkumu

Podle Mezinárodní asociace pro studium bolesti IASP (International Association for the Study of Pain) je bolest „nepříjemný pocit anebo emocionální zážitek spojený se skutečným anebo potenciálním poškozením tkání anebo popisovaný v termínech takového poškození“. Z definice vyplývá, že bolest je vždy subjektivní a nepříjemný vjem. Je symptomem, který provází člověka v průběhu života. Bolest je to, co pacient říká, a existuje, pokud to pacient tvrdí.

Pacientům s chronickou nenádorovou bolestí musí sestra věnovat zvláštní pozornost. Zde je naší snahou eliminace nepříjemných vjemů a snaha o zapojení pacienta do normálního života v takové míře, jak mu to dovoluje jeho základní onemocnění. Abychom však uměli konkrétnímu pacientovi pomoci, musíme znát, ve kterých aspektech života vyžaduje pomoc a jaký význam sehrává jí v jeho subjektivním prožívání.



ilustrační foto: Shutterstock

Proto náš výzkum prezentuje problematiku chronické nenádorové bolesti a porovnává kvalitu života u pacientů před a po zavedení lékové pumpy (LP).

## Cíle výzkumu

- Porovnat kvalitu života u pacientů s chronickou nenádorovou bolestí před a po zavedení lékové pumpy „Codman“.
- Posoudit funkční stav a fyzickou způsobilost k jednotlivým denním činnostem prostřednictvím standardizovaných diagnostických škál.
- Zjistit informovanost pacientů o onemocnění a možnosti implantace LP.
- Zjistit úroveň reintegrace a zaměstnanosti pacientů s implantovanou LP do pracovního života.

## Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum jsme realizovali na neurochirurgické klinice v Kramárech v Bratislavě a v ambulanci chronické bolesti. Výběr vzorku byl záměrný – pacienti trpící chronickou nenádorovou bolestí s implantovanou lékovou pumpou „Codman“. Výzkum jsme realizovali od 1. 1. 2008 do 31. 12. 2009. Výzkumný

soubor tvořilo 33 respondentů, z toho 23 pacientů bylo bez lékové pumpy, 10 respondentů tvořili pacienti s implantovanou LP (pacienti obou pohlaví). Vzhledem k tomu, že pacienti s implantovanou LP byli ve věkovém rozpětí 25–61 let, museli jsme pro zjištění relevantních informací a údajů ve výzkumu porovnávat stejnou věkovou skupinu pacientů bez LP.

## Výsledky výzkumu

Zkoumaný soubor tvořilo 23 respondentů bez LP (12 mužů, 11 žen), 10 respondentů s implantovanou LP (9 mužů, 1 žena). Pacienti byli ve věku 25–61 let. Průměrný věk v souboru pacientů před zavedením lékové pumpy byl 47,3 a po zavedení LP 49,1 let. Soubor tvořilo 31 ženatých (vdaných) a 2 svobodní respondenti.

**U pacientů s nezavedenou LP** byla zastoupena tato somatická onemocnění: chronickou bolestí zad trpělo 56,5 %, artrózou 21,7 %, poúrazové stavy mělo 21,7 % pacientů.

**U pacientů s implantovanou LP:** chronická bolest zad u 30 % pacientů, poúrazové stavy 30 % pacientů, FBSS 40 % pacientů. Před zavedením LP: 43,5 % pacientů

uvedlo, že s chronickou bolestí bojují 3-6 let, 56,5 % pacientů trpí chronickou bolestí 7 a více let. Po zavedení LP: u 70 % pacientů trvá chronická bolest 3-6 let, u 30 % pacientů 7 a více let. Pacienti s neimplantovanou LP: 60,9 % pacientů uvedlo středně silnou bolest (č. 5-7 VAS), 39,1 % pacientů nesnesitelnou bolest (č. 8-10 VAS). Pacienti s implantovanou LP: všichni pacienti (100 %), kterým byla implantovaná LP, uvedli před implantací intenzitu bolesti č. 8-10 VAS. Na otázku, jak pacienti vidí současný stav po implantaci LP vzhledem k předcházejícímu období, všichni respondenti (100 %) uvedli, že po zavedení LP se bolest výrazně zmírnila a zlepšila. Na VAS označili č. 3-4, mírnou bolest. Při hodnocení neurotic-

kých tendencí pacienti označovali více symptomů, které provázejí chronickou bolest před a po zavedení LP. Do hodnocení jsme vybrali nejčastěji se vyskytující symptomy: poruchy spánku, ospalost přes den, únava a vyčerpání, špatná výkonnost, bolesti hlavy, pocit na zvracení a zvracení, pocit tepla anebo chladu, nespavost a nesoustředěnost, podrážděnost a rozčilenost, nechutenství, průjem nebo zácpa, lítostivost a přecitlivělost, smutná anebo špatná nálada a nepříjemný pocit omámenosti (viz tab. 1).

**Funkční schopnost** respondentů v souvislosti s vykonáváním denních aktivit jsme hodnotili Bartelovým testem základních denních aktivit. V naší práci jsme

vybrali ty, při kterých měli respondenti největší problémy. Z jednotlivých základních aktivit jsme vybrali: oblékání, osobní hygiena, obtíže s konzumací jídla, použití WC, přesun z postele na židli, chůze po rovině, chůze po schodech (viz tab. 2).

Co se týká **aktivit zajišťujících chod domácnosti**, naši respondenti měli problémy v těchto aktivitách: transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce okolo domu (viz tab. 3). Zjistili jsme, že ženy i muži jsou schopni vykonávat běžné denní aktivity s velkými obtížemi. Můžeme také říci, že čím je vyšší úroveň vzdělání, tím lépe je zachována funkční schopnost pacienta. Také převládá tendence snižování funkčního statusu se stoupajícím věkem. U pacientů před zavedením LP jsme u 65,2 % osob zjistili mírnou závislost, u 21,7 % závislost středního stupně. U pacientů s implantovanou LP jsme zjistili mírnou závislost u 30 % z nich.

V našem souboru zkoumaných jsme se z **psychosociálních faktorů** zaměřili na strach, úzkost a rodinnou podporu. Zjistili jsme, že pacienti uvádějí tyto nejčastější reakce a změny v chování: přecitlivělost, neurčitou úzkost a pocit napětí, neodůvodněný strach vázaný na určitou situaci, nepříjemný strach z budoucnosti, strach o svůj život, pocitu nejistoty před lidmi (viz tab. 4).

**Situace zaměstnanosti** je u pacientů s chronickou bolestí složitá. Zjistili jsme, že před zavedením LP 13 % z nich pracuje a 87 % je v invalidním důchodu. Po zavedení LP v současnosti studuje 10 % pacientů, do původního zaměstnání se vrátilo a pracuje 30 % pacientů a 60 % pacientů je v invalidním důchodu. Z našich výsledků vyplývá, že většina respondentů (před LP 87 %, po LP 100 %) má zájem vrátit se do pracovního života, ale i přes jejich dobrý zdravotní stav se jim to nepodaří. Jako příčinu uvádějí nedostatek příležitostí získat adekvátní zaměstnání. Významným faktorem ovlivňujícím reintegraci pacientů s chronickou bolestí do pracovního života je vzdělání. Z našeho výzkumu se opětovně zaměstnali pouze respondenti s VŠ vzděláním (30 %). Změněná pracovní schopnost pacientů s chronickou bolestí je častou překážkou v uskutečňování práce v původním zaměstnání. Tito pacienti si velmi obtížně nacházejí práci, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu.



Ilustrační foto: Shutterstock

## Diskuse

Změny tělesné výkonnosti ukazují na provázanost mezi funkční schopností a výskytem bolesti, únavy, fyzické schopnosti. Výskyt bolesti snižuje kapacitu pacienta plnit sociální i profesní role, což má za následek výrazný dopad na zhoršení psychické pohody. K podobným závěrům dospěl i výzkumný tým Kovářové v roce 2003.

Lister a spol. (1993) uskutečnili výzkum v souvislosti se zaměstnáním pacientů s revmatoidní artritidou, který ukázal, že při desetiletém trvání onemocnění je 50 % pacientů trvale praceneschopných. Analýza markerů v 15 studiích zaměřených na pracovní disabilitu, kterou uskutečnili Sokka a Pincus (2001), indikuje, že demografické ukazatele, jako jsou věk, zaměstnání, úroveň edukace, trvání onemocnění i funkční stav v aktivitách denního života prezentované pacientem, identifikují pracovní status více než fyziologické ukazatele. Na podkladě zjištěných výsledků se ztotožňujeme s názorem více autorů, že disabilita není osobní charakteristika, ale rozdíl mezi osobní schopností a požadavky prostředí. Pacienti udávající vyšší úroveň sociální podpory mají optimističtější náladu, vyšší úroveň sebeúcty, vyjadřují lepší subjektivní pohodu.

Sociální podpora a dobře vytvořená sociální síť hrají důležitou roli ve zlepšení kvality života pacientů s chronickou bolestí,

protože umožňují správně využít funkční schopnosti pacientů, pomáhají udržovat sebevědomí a snižují stres vyvolaný onemocněním.

## Doporučení pro praxi

- Změnit způsob života, sestavit si svůj vlastní hodnotový žebříček, v němž bude na prvním místě zdraví.
- Přesvědčit pacienty, že vlastním přičiněním mohou pozitivně anebo negativně ovlivnit průběh onemocnění.
- Nepodceňovat význam komunikace s rodinnými příslušky pacienta.
- Zvýšit podíl sester na edukaci pacientů a rodinných příslušníků.
- Vypracovat v ambulancích chronické bolesti standardní edukační plány pro pacienty.
- Rozvíjet multiresortní spolupráci lékař - sestra - sociální pracovník při vytváření pracovních míst pro pacienty s chronickou bolestí.
- Po dobu studia medicíny a ošetřovatelství formovat studentův osobní postoj k chronické bolesti pacienta.
- Vytvořit klub pro pacienty s chronickou bolestí a organizovat setkání s nimi.

Literatura u autorky

PhDr. Hilda Balková, Ph.D.,  
ÚOS, Národní ústav srdcových  
a cievnych chorôb, a. s., Bratislava,  
hilda.balkova@post.sk

Tab. 1 Hodnocení neurotických tendencí

Neurotické tendence	Před LP v %	Po LP v %
Poruchy spánku	78,3	30
Ospalost přes den	65,2	10
Únava	60,9	2
Špatná výkonnost	82,6	40
Bolesti hlavy	56,5	30
Pocit na zvracení	52,2	38,2
Nespokojenost	73,9	20
Podrážděnost	56,5	10
Nečutenství	30,4	10
Průjem nebo zácpa	90	32,1
Špatná nálada	91,3	8,7
Pocit omámenosti	100	10

Tab. 2 Základní denní aktivity

Základní denní aktivity	Před LP v %	Po LP v %
Oblékání	60,9	38,2
Osobní hygiena	91,3	52
Použití WC	52,2	25
Přesun z postele na židli	87	20
Chůze po rovině	73,9	25
Chůze po schodech	78,3	50

Tab. 3 Aktivity pro chod domácnosti

Aktivity pro chod domácnosti	Před LP v %	Po LP v %
Transport	90	10
Nakupování	78,3	35
Vaření	13	8
Domácí práce	21,7	18
Práce okolo domu	95,7	50

Tab. 4 Psychosociální faktory

Psychosociální faktory	Před LP v %	Po LP v %
Přecitlivělost	52,2	20
Úzkost	52,2	30
Neodůvodněný strach	56,5	30
Strach z budoucnosti	43,5	10
Strach o život	78,3	50
Pocit nejistoty před lidmi	100	80

# Povědomí mladých lidí o těhotenství a vlivu rizikových faktorů na vývoj plodu

Těhotenství a mateřství je logickým vyústěním milostného partnerského vztahu. Někteří považují těhotenství za přirozený proces, na který není nutno se předem připravit, jiní se staví k tomuto stavu zodpovědně a již před otěhotněním nebo v prvních týdnech gravidity se zajímají jak se správně chovat, aby se plod úspěšně vyvíjel a těhotenství skončilo porodem zdravého dítěte. Postojem k těhotenství se zabýval náš výzkum provedený mezi mladými lidmi nad 18 let.

**T**ěhotenství je v životě žen a mužů významným životním mezníkem. Plánování založení rodiny je důležitým rozhodnutím páru, které vyžaduje přípravu. Jedná se o zajištění vhodných sociálních podmínek, ve kterých bude rodina své dítě vychovávat, nebo také ekonomické zajištění rodiny, jež má velký vliv na její další fungování. Velmi důležitá je však také samotná příprava na těhotenství, kdy vhodné chování budoucích rodičů v době před otěhotněním, ale i během samotného těhotenství může mít vliv na psychický a somatický stav dítěte. Nedostatek informací ve zkoumané oblasti může mít za následek poruchy vývoje dítěte, které mohou ovlivnit fungování celé rodiny.

Vývoj plodu v těhotenství z velké části závisí na chování budoucích rodičů, především matky dítěte. Její nevědomost, či dokonce nezájem o problematiku zdravého životního stylu v průběhu gravidity může vést k poškození plodu, jež může mít vážné důsledky na pozdější život dítěte, jeho sociální začlenění nebo fungování rodiny. Gravidita je stav, kdy splynutím ženské a mužské gamety (pohlavní buňky) vznikne zárodek lidského plodu. Zároveň se v organismu ženy vytvářejí nutné podmínky pro vývoj tohoto zárodku. Existuje řada vnějších faktorů, teratogenů, které jsou schopné způsobit vznik vrozené vývojové vady nebo riziko takové vady významným způsobem zvyšují. Proto je třeba mít o těchto teratogenech dostatek informací, abychom udělali vše pro to, aby se dítě narodilo zdravé. Péče o postižené či chronicky nemocné dítě je složitá, finančně nákladná a způsobuje zhoršenou kvalitu života.

## Cíle výzkumu a respondenti

Cílem výzkumu bylo zjistit míru povědomí mladých lidí ve věku od 18 let o těhotenství a rizikovém chování, které může negativně ovlivnit vývoj plodu. Dále porovnat úroveň vědomostí jednotlivých

věkových skupin o zkoumané problematice a zjistit, zda existují rozdíly v kvalitě znalostí problematiky především u studentů humanitních oborů Ostravské univerzity a studentů technických oborů Vysoké školy báňské – Technické univerzity Ostrava.

Základní soubory dotazovaných tvořilo 388 respondentů, 125 studentů z řad dívek a chlapců technických oborů Vysoké školy báňské – Technické univerzity v Ostravě a 131 studentů z humanitních oborů Ostravské univerzity. Třetím sledovaným vzorkem bylo 132 mladých lidí ve stejné věkové skupině jako vysokoškolské studenti, kteří splňovali stejná kritéria pro výběr. Dotazování z třetí skupiny byli vybráni na různých místech, kde se mladí lidé často pohybují, aby byla zajištěna rozmanitost vzorku.

Do výzkumu bylo zapojeno 388 (100 %) respondentů z řad studentů a mladých lidí. Zúčastnilo se 176 (45 %) mužů a 212 (55 %) žen. Ke splnění cílů výzkumu byl použit standardizovaný dotazník, který vytvořila Christine E. F. Delgadová.

## Respondenti podle věku

Věkově nejvíce zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku 20–22 let (34 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořila kategorie ve věku 22–24 let (23 %), v 21 % byla ve věku 18–19 let, věková kategorie 24–26 let byla zastoupena 14 % respondentů. Nejméně zastoupenou skupinou oslovených byli lidé starší 26 let (7 %).

## Vzdělání účastníků

Nejpočetnější skupinou oslovených respondentů byli studenti zmíněných vysokých škol – 256 (65 %) respondentů, kteří tvořili dva výzkumné vzorky. Z třetího výzkumného vzorku byli nejčastěji zastoupeni respondenti s ukončeným středoškolským vzděláním – 48 (13 %) účastníků. Střední školu bez maturity jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo v dotazníku 26 (7 %) lidí, vysokoškolsky vzdělaných oslovených bylo 19 (5%) a nejmenší počet respondentů – 2

(1 %) – uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní školu. V době provádění výzkumu studovalo 37 (9 %) respondentů.

## Znalost negativních vlivů na vývoj plodu

Většina oslovených 276 (71 %) respondentů je si spíše vědoma potenciálních negativních vlivů na vývoj plodu, což je ve výsledku zajímavé zjištění, když celkové hodnocení dotazníku vykazovalo podprůměrné vědomosti. 70 (18 %) oslovených si spíše není vědomo možných rizik, 35 (9 %) dotazovaných je přesvědčeno, že ve zkoumané problematice se orientují a jsou si rizik zcela vědomi. Pouze 7 (2 %) dotazovaných přiznává nevědomost v této problematice. Mladí lidé v počtu 267 (69 %) uvádějí, že jsou si problematiky fyziologického prenatálního vývoje spíše vědomi. 72 (18 %) mladých dotazovaných přiznává, že si spíše nejsou vědomi činností, které by mohly negativně ovlivnit vývoj plodu. Celých 42 (11 %) respondentů je přesvědčeno, že jsou v problematice vývoje plodu dostatečně vzdělaní, a jsou si tedy zcela vědomi všech rizik. Naopak 7 (2 %) respondentů si je zcela nevědomo rizik, které by mohly vývoj plodu negativně ovlivnit.

První návštěva gynekologa by měla proběhnout před otěhotněním, odpovědělo správně 244 (63 %) respondentů. 144 (37 %) dotazovaných se domnívá, že není nutná návštěva gynekologa před otěhotněním a z toho 23 (6 %) si myslí, že načasování návštěvy gynekologa v případě snahy o graviditu není nutné.

## Faktory nejvíce ohrožující plod

Na otázku, během kterého z období těhotenství je vývoj plodu nejvíce ohrožen poškozením, např. léky, drogami nebo vlivem toxinů z životního prostředí (např. arzen, rtuť), odpovědělo 175 (45 %) respondentů, že riziko je stejné po celou dobu gravidity. Správnou odpověď, a to, že nejrizikovější je první trimestr gravidity, uvedlo 165

(43 %) respondentů, 31 (8 %) se domnívá, že riziko je největší ve druhém trimestru a 17 (4 %) dotazovaných ve třetím trimestru.

Dále jsme se dotazovali, kdy dochází k organogenezi u plodu, z čehož logicky vyplývá, že v této době je plod nejvíce ohrožen teratogeny zvenčí. V této oblasti respondenti prokázali nedostatečné znalosti v oblasti prekoncepční přípravy a významu kyseliny listové pro vývoj plodu. Nejvíce respondentů 232 (60 %) zvolilo odpověď, že vápník se významně podílí na snížení rizika výskytu defektu neurální trubice u plodu. Správnou možnost, a to kyselinu listovou, uvedlo 97 (25 %) dotazovaných respondentů. 20 (5 %) dotazovaných se domnívá, že riziko výskytu rozštěpu páteře snižuje železo a 39 (10 %) oslovených uvedlo vitamin A, který má ve zvýšené míře teratogenní účinek na plod.

Z důvodu makrosomie plodu v případě matky, která trpí diabetem mellitem v průběhu gravidity, lze očekávat, že spontánní průběh porodu bude probíhat obtížněji. Správnou možnost zvolilo 141 (36 %) dotazovaných, 109 (28 %) oslovených se domnívá, že těžší průběh porodu bude u matek trpících anemií, 72 (19 %) respondentů špatně předpokládá, že obtížný porod dítěte bude u matek trpících hypertenzí. 57 (15 %) oslovených uvedlo možnost, ve které se špatně domnívá, že těžký porod lze očekávat u matek trpících nemocí štítné žlázy a 9 (2 %) respondentů otázku nezodpovědělo.

## Obezita a hypertenze

Ideální váhový přírůstek v těhotenství je v průměru 12 kg. (Weiss et al 2010, s. 295). Respondenti u této otázky nejčastěji volili správnou odpověď, a to přírůstek váhy v rozmezí 9–12 kg 247 (64 %). Možnost 13–18 kg zvolilo 108 (28 %) dotazovaných, 5–8 kg za optimální váhový přírůstek považuje 19 (5 %) dotazovaných a zbylých 14 (3 %) se domnívá, že nevhodnější je přibrat 18 a více kg v průběhu gestace. Hypertenze, tedy vysoký krevní tlak, je velmi často spojována

s obezitou. Této problematice je věnováno mnoho preventivních programů. Mladí respondenti tedy nejčastěji uvažovali správně, 130 (33 %) z nich uvedlo, že komplikace výskytu nízkého krevního tlaku je méně častá. Naopak těhotenská cukrovka je s obezitou gravidních často spojována. Tuto možnost špatně označilo 115 (30 %) dotazovaných. Jako další nemoci označilo 30 (8 %) respondentů spontánní potrat, předčasný porod a 104 (27 %) respondentů uvedlo defekty plodu. Vůbec nezodpovědělo 9 (2 %) respondentů.

## Závěr

Prvotním článkem, kde se dítě o partnerském a sexuálním životě a o těhotenství dozvídá, je rodina. Rodiče jsou ti, kteří formují názor jedince, poskytují mu informace a prostor k získávání těchto informací, které by měly být podstatné a pravdivé, avšak s ohledem na věk dítěte. Formují v něm nejen názory o zkoumané problematice, ale i postoj ke zdravému životnímu stylu, který bude jejich život provázet, a který se významně dotýká úspěchu při otěhotnění a donošení zdravého a životaschopného plodu. Především otevřený přístup rodičů a relevantní informace s podloženými důkazy mohou ovlivnit chování dítěte v pozdějším věku a současně tak vytváří pocit důvěry dítěte k rodičům a otevírá prostor ke komunikaci. Dnešní rodiče mají nepřehledné množství možností jak dítě např. o těhotenství poučit. Existuje mnoho literatury, která se touto problematikou zabývá, je přizpůsobena věku dítěte, a dokonce i náboženskými idejemi, stejné možnosti poskytuje internet. Dítě pak může na informace, které získalo v dětství, nabalovat další znalosti a tím se v problematice dokonale orientovat.

Závěrem lze tedy shrnout, že tento výzkum pomohl odhalit úskalí ve znalostech mladých lidí o problematice těhotenství, rizikovém chování, které může negativně ovlivnit vývoj plodu, a v oblasti prekoncepční přípravy. Na základě tohoto zjištění lze tento nepříliš pozitivní fakt zlepšit a zvýšit povědomí mladých lidí o zkoumané problematice, která se v reprodukčním období týká každého člověka, který plánuje v budoucnu početí dítěte.

Literatura u autorek

Mgr. Jana Němečková,  
vedoucí zdravotního úseku, Grand Park Havířov,  
PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.,  
Porodnicko-gynekologická klinika,  
Fakultní nemocnice Ostrava,  
bohdana.dusova@email.cz

# Co je vlastně celková anestezie?

Celková anestezie je cíleně navozená ztráta vnímání veškerého čítí (dotyk, bolest, teplo, chlad). Cílem celkové anestezie je vyřadit vědomí pacienta, zajistit bezbolestnost operace a zabezpečit vhodné operační podmínky (svalová relaxace, nehybnost operačního pole) a tím zajistit neurovegetativní stabilitu pacienta během stresujícího operačního zákroku.

Celková anestezie musí obsahovat následující složky:

- **Ztráta vědomí (složka hypnotická)** – umožní nevnímat čítí včetně bolesti. K dosažení ztráty vědomí se užívají intravenózní anestetika (barbituráty, propofol, etomidát, ketamin a benzodiazepiny) nebo inhalační anestetika (isofluran, sevofluran).

- **Analgezie** – je odstranění vnímání bolesti a nežádoucí reflexní odpovědi na bolest provázené tachykardií, hypertenzí a pocením. Dosahuje se jí pomocí silných analgetik působících celkově (opioidy) nebo pomocí lokálních anestetik.

- **Svalová relaxace** – dosahuje se jí útlumem motorických center v mozgovém kmene i motorických drah v míše inhalačními anestetiky a benzodiazepiny (centrální relaxace) nebo pomocí periferně působících relaxancií, tzv. kurarimimetik, na nervosvalové ploténce. Nutnost svalového uvolnění závisí na typu operace, zcela nezbytná je u operací v tělesných dutinách, např. u břišních a hrudních operací.

- **Lokální (místní, regionální) anestezie**, při které je vědomí zachováno, je vyvolaná působením lokálních anestetik na různých úrovních vedení nervových vzruchů až po úroveň míšni.

- **Doplňovaná (balancovaná) anestezie** je v praxi nejčastěji užívaný typ celkové anestezie, kdy je celková anestezie dosaženo kombinováním a doplňováním podáváním různých anestetik, analgetik, hypnotik.

- **Kombinovaná anestezie** znamená současné podání celkové a lokální anestezie. Užitím některých technik lokální anestezie, např. epidurální blokády, lze snížit dávky celkových anestetik a dosáhnout dokonalé anestezie. Navíc kontinuální techniky lokální anestezie lze dále využít k řešení pooperační analgezie.

- **Bazální anestezie** je stav povrchního bezvědomí, které je navozeno například rektálním podáním barbiturátů, a dříve se užívala u dětí k usnadnění úvodu do celkové anestezie. Dnes je tato metoda nahrazena inhalačním úvodem do anestezie.

- **Sedace** je stav mírného útlumu centrálního nervového systému se zachovaným vědomím pacienta vyvolaný benzodiazepiny nebo jinými hypnotiky v nízkých dávkách, například propofolem. U benzodiazepinů je využíván účinek anxiolytický (snížení emoční reakce a strachu) i amnestický, při vyšších dávkách je dosahováno vyššího stupně sedace. Při současném podání sedativ se silnými analgetiky typu opioidu se tato metoda nazývá **analgesedace**. Analgesedace má široké využití pro řadu bolestivých diagnostických i terapeutických výkonů, jako jsou například kolonoskopie, gastrokopie, ERCP, bronchoskopie, katetrizace.

- **Trankvalgezie** je použití anestetika ketaminu s benzodiazepinem. Ketamin výborně potlačí somatickou bolest, netlumí spontánní dýchání a zachovává ochranné dýchací reflexy. Při současném užití ketaminu s benzodiazepiny se sedativní účinky potencují a jsou potlačeny nepříjemné účinky ketaminu (halucinace).

## Dělení celkové anestezie

Celková anestezie i další výše jmenované postupy analgesedace či sedace při vědomí v kombinaci s lokálním způsobem znecitlivění jsou v dnešní anesteziologii využívány nejen pro operační výkonů různé náročnosti, ale také pro řadu bolestivých diagnostických výkonů a v některých případech (děti, nespoupracující pacienti) i pro nebolešivé diagnostické či terapeutické postupy s nutnou nehybností, např. CT vyšetření, magnetická rezonance, scintigrafie, ozařování. U dospělých a nespoupracujících pacientů je metodou volby sedace či analgesedace, u malých dětí a kojenců většinou volíme celkovou anestezii.

Celkovou anestezii lze rozdělit podle cesty vstupu anestetika do organismu na:

- **inhalační anestezii**, kdy plyny a páry těkavých kapalin vstupují do organismu plicemi, přestupují do krve a působí v centrálním nervovém systému;

- **intravenózní anestezii**, kdy jsou farmaka podávána přímo do krevního oběhu.

Ostatní cesty podání farmak (intramuskulární, rektální, perorální) jsou využívány pouze v premedikaci před úvodem do anestezie a jsou použitelné jen pro některá farmaka.

## Teorie účinku anestetik

I přes řadu výzkumů není mechanismus celkové anestezie zcela objasněn. Anestetický účinek farmak je spojen se změnami na buněčné membráně, což ovlivňuje činnost synapsí v CNS, dochází ke snížení aktivity mozku a tím útlumu mozkové činnosti, EEG a snížení metabolismu mozku. Opioidy jako silná analgetika působí přes opioidní receptory.

## Hodnocení hloubky anestezie

Jednotlivé části CNS jsou různé citlivé na anestetika, což ukazuje stadia celkové anestezie.

- **I. stadium (usínání)** – dochází k útlumu buněk mozkové kůry, která je nejcitlivější k tlumi-

vým účinkům anestetik (stadium analgezie, usnutí pacienta).

- **II. stadium (excitační)** – dochází k excitaci pacienta s motorickým neklidem, oběhovou nestabilitou a zvýšením zvracívého reflexu. Útlumem nižších oblastí CNS nastupuje:

- **III. stadium (tolerance)** – s dobrou somatickou analgezií, automatickým dýcháním a snížením svalového napětí. Toto stadium je cílem celkové anestezie pro provedení chirurgických výkonů.

- **IV. stadium (intoxikační)** – dochází k útlumu mozkového kmene a vegetativních center a tím k zástavě dýchání, ztrátou cévního tonu pak k oběhovému zhroucení.

V dnešní době má Guedelovo schéma jednotlivých stadií anestezie jen historický a didaktický význam, při nejčastěji užívané doplňované anestezii nejsou známky jednotlivých stadií tak vyjádřeny. K hodnocení správné hloubky anestezie používáme klinické známky (nelze hodnotit při užití kurarimimetik), dále vegetativní odpověď



Ilustrační foto: Shutterstock

(pocení, reakce zornic, hodnoty teploty a krevního tlaku).

Při užití inhalačních anestetik monitorujeme koncentraci anestetika ve vdechované a vydechované směsi.

Velmi spolehlivou metodou monitorování hloubky anestezie je měření na základě vyhodnocení EEG křivky snímané pacientovi během anestezie. Tato metoda zatím není v ČR součástí standardní monitorace pacienta při anestezii, ale určitě je i přes zkušenosti anesteziologa a dostatečné dávkování farmak dokladem správné hloubky anestezie.

Věra Jandurová,  
Kamila Vomastová,  
všeobecné sestry,  
anesteziologicko-resuscitační oddělení,  
Krajská zdravotní, Nemocnice Most,  
bartpes@seznam.cz

## Snadná komunikace s cizojazyčným pacientem

Výrazné usnadnění komunikace s cizojazyčnými pacienty přináší nová aplikace, která je po několika úspěšných testech uvedena do běžného užívání. Jejím hlavním přínosem je, že umožňuje rychlý překlad mezi zdravotnickým personálem a cizojazyčným pacientem.

Aplikace Rebo nabízí efektivní řešení situace, kdy jazyková bariéra znemožňuje základní komunikaci s nemocným. Obsahuje 586 slov a frází, tematicky seřazených do 25 souborů vycházejících z nemocniční praxe (bolest, spánek, jídlo, vyšetření atd.). Každá tato položka obsahuje audio funkci, jež umožní dané slovo či frázi přehrát přímo u nemocného. Velká většina dotazů v překladači jsou otázky uzavřené – to znamená, že nemocný na ně odpovídá „ano“ nebo „ne“. U zbylých dotazů jsou uvedeny možné odpovědi.

Aplikaci je možné používat na osobním počítači, tabletu a chytrém telefonu – zdarma a bez nutnosti registrace. Rebo obsahuje v současné době 5 aktivních řečí,

5 pasivních a dalších 10 je v přípravě. Zaměřuje se i na jazyky málo rozšířené, u kterých je problém rychle zajistit tlumočnicka.

Nápad sestavit mluvící jednoduchou aplikaci vznikl před 2 lety, právě u lůžka nemocného s akutními bolestmi a nemožností navázat jakoukoli uspokojivou verbální komunikaci. Prvním krokem ve vývoji bylo sestavení souborů s nejčastějšími dotazy ze strany zdravotnického personálu. Následovalo hledání rodilých mluvčích ochotných soubory přeložit a posleze je i namluvit. Překladačelé, kteří se doposud na aplikaci podíleli, pracovali stejně jako autoři bez nároků na mzdu. V tomto duchu bude Rebo pokračovat i nadále.

Pro další usnadnění komunikace připravuje tým Rebo knihu, která bude obsahovat piktogramy a ilustrace spojené s komunikací v nemocničním prostředí. Využití najde nejen u cizojazyčného pacienta – stejně tak bude nápomocná u komunikaci u osob s postižením sluchu či apoplexií.

Rebo-tým tvoří tři zakládající členové. Sestra Jarmila Druláková sestavila 25 tematických souborů, ilustrátor Lukáš Hudec je doplnil kresbami a informatik Martin Hlahůlek uvedl vše do chodu po stránce technické.

Více informací o projektu Rebo na: [www.rebomedic.cz](http://www.rebomedic.cz)

Aplikace: <http://rebo.rebomedic.cz/>

(red)

# Kdy a proč zavádět potenciální alergeny do jídelníčku kojence

Dlouhá léta se tradovalo, že příliš brzký kontakt kojenců s určitými druhy „nebezpečných“ potravin může vyvolat alergii. A tak maminky podávání některých pokrmů svému dítěti oddalovaly. Současný trend však některé skutečnosti přehodnocuje a ukazuje, že naopak včasný kontakt s danou potravinou může alergii předcházet. Kde je pravda a kdy potenciální alergeny do jídelníčku kojence zavádět?

V prvních měsících života dítěte prochází jeho imunitní systém řadou změn v důsledku kontaktů s vnějším prostředím. Tyto změny „naprogramování imunity“ by měly vést k tomu, aby dítě bylo později schopné bezproblémově přijímat všechny druhy potravin, tedy nereagovat na konzumaci některých jídel alergicky. Nejvhodnější dobou pro prevenci alergických onemocnění, astmatu a atopického ekzému je období mezi 4 a 6 měsíci života, kterému se říká „imunitní okno“.

## Nemléčná strava od 4 měsíců

Aby byla imunita kojence správně naprogramována, důležité je správné načasování kontaktu jeho střevní sliznice s látkami způsobujícími imunitní odezvu a alergickou reakci. Pokud začneme možné alergeny postupně zavádět do jídelníčku v období mezi dokončeným 4. a 6. měsícem života, výrazně tím snížíme pravděpodobnost vzniku alergií a naopak se tím zvýší pravděpodobnost větší potravinové tolerance.

Dříve se někteří rodiče i lékaři odborníci domnívali, že příjmem nemléčné stravy (vejce, ryby, obilniny, ovoce) by měl být u kojenců oddálen až na období po půl roce života, dnes se však tento postup považuje za chybný a doporučuje se zavádění těchto složek potravy právě v období „imunitního okna“. Výlučné kojení bez nemléčných přísadků je z hlediska prevence alergie vhodné pro první 4 měsíce života.

## Odborný pohled na výživu kojence

Vhodná výživa kojence je jednou z důležitých podmínek pro jeho zdravý vývoj. Její složení a věk dítěte při zavádění jednotlivých potravin do jídelníčku mají vliv na riziko rozvoje alergických onemocnění v budoucnosti. Jde zejména o vývoj průduškového astmatu, život ohrožující anafylaxe, atopický ekzém a některé další

chronické vyrážky, potravinové alergie se zažívacími i jinými projevy, chronické alergické rýmy (často s nosní neprůchodností) a další alergické nemoci.

K problematice kojenecké stravy zaujaly postoj Evropská výživová komise při ESPGHAN (Evropská společnost pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu) a Americký výbor pro výživu při Alergologické a imunologické sekci Pediatrické akademie. Vyšla i německá doporučení pro prevenci alergie. Také existují významné studie z posledních let, které mají na podobu správné výživy kojenců rozhodující vliv.

Podle oficiálních zpráv uvedených společností nebylo prokázáno, že by oddalování zavádění nemléčných přísadků stravy za věkovou hranici 4–6 měsíců napomáhalo ke snížení rizika výskytu alergických onemocnění. Podle rozsáhlé holandské studie (prováděné u 6905 dětí) nebylo zavedení bílkoviny kravského mléka, slepičích vajec, arašídů, vlašských ořechů, sóji a lepek z obilnin před 6 měsíci života spojeno se zvýšeným rizikem atopického ekzému či hvízdatých bronchitid ve 2, 3 a 4 letech života. Při současném pohledu na vývoj imunitní tolerance je navíc dostatečně doloženo, že opožděné (nebo v některých případech také příliš brzké) zavádění nemléčné stravy může vést k častějším alergickým onemocněním. Z těchto studií jednoznačně vyplývá, že kojení i nekojené děti by měly od 4 měsíců života dostávat nemléčné přísadky stravy.

## Slepičí vejce ve stravě kojence

Zavádění vajec i s bílky se dosud někde v ČR tradičně oddaluje až do věku 9–12 měsíců. Jinde se ale kojencům podávají do půl roku života, což odpovídá současným trendům i poznatkům. Přidávání tepelně zpracovaných vajíček do jídelníčku kojence ve věku 4–6 měsíců několikanásobně snižuje riziko alergie na vaječné i jiné bílkoviny i ri-



Ilustrace foto: Shutterstock

ziko přecitlivělosti na inhalační alergeny, např. z roztočů, pylů nebo zvířat.

Podle studie u 2589 kojenců z r. 2010 zavedení vajec až v 10–12 měsících života dětí s běžným rizikem alergie zvyšuje výskyt alergie 3,3krát oproti zavedení v období 4–6 měsíců. V jiné studii zavedení vajec ve 4–6 měsících života snížilo riziko alergie na vejce o 80 % oproti prvnímu kontaktu s vaječnými bílkoviny až v pečených pokrmech. V britské studii dokonce zavedení vajec až po 10. měsíci vedlo k 50% navýšení rizika vzniku přecitlivělosti na vdechované alergeny roztočů, pylů nebo zvířat.

## I kojenci mohou rybí maso

Požívání mořských ryb, zavedených zavčas do jídelníčku, může obecně riziko alergie snížit. Pro rybí maso ve stravě kojence se předpokládají stejná pravidla jako pro vejce. Mořské ryby by měly zaujmout své místo v jídelníčku dítěte nejspíše do půl roku života. Jejich zavedení po 8 měsících vedlo již ke 2,5krát většímu výskytu jakékoli potravinové alergie a k 1,5krát vyššímu rizi-

zvětšujících se malých a středních dávek lepku společně s kojením, které má ochranný vliv, mezi 4.–7. měsícem života dítěte. Náhlé zavádění velkého množství lepku nebo jeho pozdní zavádění do stravy dítěte riziko celiakie i cukrovky zvyšuje.

## Arašídy a ostatní druhy ořechů

Dětem nejméně do 3 let jsou všechny ořechy a z nich připravované pokrmy zakázány, pokud je jejich konzistence nebezpečná z hlediska vdechnutí. Z hlediska alergie by však ořechy v přijatelné formě měli kojenci konzumovat tak jako ostatní alergeny, tedy od 4–6 měsíců života. I pro snížení rizika alergie na arašídy je tedy důležité období „imunitního okna“, doporučení k vyřazení arašídových pokrmů ze stravy malých dětí a těhotných žen již bylo zrušeno. Ve světle novějších poznatků přibývají důkazy, že používání produktů z arašídů může být významné pro navození aktivní imunitní tolerance.

## Výrobky z kravského mléka

Tvaroh, jogurt a další výrobky z mléka včetně mléčných kojeneckých nápojů se zařazují do jídelníčku dítěte podle stejných principů jako ostatní potraviny s potenciálními alergeny. Děti s včasným zařazením běžných kojeneckých mlék do svého jídelníčku mají mnohonásobně nižší výskyt alergie na bílkovinu kravského mléka než při jejich pozdním zavedení.

## Sójová „mléka“ v kojeneckém věku

Sójový extrakt není mlékem, svým složením se od mlék zásadně liší. Alergie na alergeny sóji se také vyskytuje, i když poslední zprávy udávají, že u kojenců nejsou tak časté, jak se předpokládalo. Neexistuje racionální důvod, proč by sója neměla být, tak jako ostatní druhy potravin, občas do jídelníčku kojence zařazena. Pravidelná výživa sójovým „mlékem“ namísto přípravků z kravského mléka je však zcela chybná a není pro prevenci alergie doporučena. Sójové extrakty totiž nejsou plnohodnotnou stravou.

## Hypoalergenní mléčné přípravky

Jde o chemicky upravená kojenecká mléka s rozloženými mléčnými bílkoviny, proto se také nazývají „mléčné hydrolyzáty“. Jejich prostřednictvím se výrazně snižuje množství mléčných aler-

gie na inhalované alergeny. Ryby jsou důležitou složkou stravy kojenců i těhotných žen také podle dalších studií. Jde však i o výživové návyky – opožděné podávání ryb může vést k jejich nežádoucím odmítání v dětství i dospělosti.

## Pšenice, žito, oves a rýže

Časné zavedení pšenice (0–3 měsíce) a také pozdní (po 6 měsících) znamená zvýšení rizika alergie na pšeničné bílkoviny. Přidávek pšenice po 6 měsících života způsobil 3,7krát vyšší riziko alergie na pšeničici než její zavedení do 5 měsíců. Také pozdní zavedení ovsa a rýže vedlo k významně vyššímu riziku alergie na pšeničici. Alergeny žita a ovsa jsou s pšeničnými prakticky totožné.

## Celiakie, cukrovka a zavedení lepku

Lepk je bílkovina obsažená v obilných zrnech. Jeho pozdní zavádění – po 6. měsíci – může vést ke vzniku alergie na obilniny a také zvyšuje riziko vzniku onemocnění zvaného celiakie a dětské cukrovky. Za optimální z hlediska prevence celiakie se považuje postupné zavádění

genů. Proto byly původně hypoalergenní mléčné přípravky (HA mléka) zavedeny k léčbě již vzniklé alergie na kravské mléko. Myslénka na prevenci alergie jejich pomocí však vznikala dříve, než bylo zjištěno, že je nutné zařazovat do stravy kojence alergenů včetně bílkovin kravského mléka včas a že při jejich odkládání na pozdější věk se riziko alergie paradoxně zvyšuje. Zpočátku se prevence alergie prostřednictvím HA mléka zdála být slibná, ale v posledních letech studie GINI i další ukázaly opak. Důležité je jejich správné pochopení a racionální výklad. Hypoalergenní mléka nejenže nejsou pro prevenci alergických onemocnění dostatečně účinná, ale navíc mohou mít opačný účinek. U zdravých dětí krmených některými HA mléky bylo zjištěno výrazně zvýšené riziko rozvoje průduškového astmatu. Snížení rozvoje atopického ekzému u rizikových dětí pomocí HA mlék je málo přesvědčivé, navíc ve významné holandské studii KOALA bylo u dětí s HA mléky opět zjištěno silně zvýšené riziko ekzému a bronchitidy astmatického cha-

rakteru. Přesto bývají HA mléka zdravým dětem běžně doporučována. Stručně se tak dá shrnout, že výživa hypoalergenními mléky neodpovídá dnešním poznatkům o prevenci alergie, a to už vůbec ne u dětí s jejím zvýšeným rizikem (výskyt v rodině).

### Jak na výživové doplňky

Probiotika, prebiotika, anti-oxidancia, flavonoidy či karotenoidy. Když k tomu přidáme polynenasycené omega-3 mastné kyseliny a vitamíny, můžeme se domnívat, že tyto výživové doplňky budou mít pozitivní vliv na vývoj imunity dítěte. Ale pozor! Jejich role v rozvoji alergických reakcí není dosud dostatečně objasněná. Navíc jejich přirozený obsah v doporučené kojenecké stravě bývá dostatečný. Početné studie neprokázaly účinek doplňování těchto látek do stravy kojenců. Pokud by z nějakých zvláštních důvodů bylo potřeba jejich dávku navýšit, pak je v první řadě nutné zvýšit jejich přísun v přirozených zdrojích. Uměle připravované prostředky totiž někdy nejeví stejné účinky a v některých případech

je jejich působení dokonce opačné. Například syntetický beta-karoten se od toho přirozeného ve svých účincích velmi liší, což je dáno spolupůsobením dalších látek, které přirozené zdroje potravin obsahují.

### Mylné diagnózy alergie

Diagnóza potravinové alergie se u kojenců stanovuje v praxi mnohokrát častěji, než odpovídá skutečnosti. K takovému omylům dochází nejčastěji u domnělých reakcí na mléko, ale velmi často i na vejce, ovoce a obilniny. Nesprávně zavedená dieta potom mnohdy vede ke zbytečnému zvyšování rizika opravdového alergického onemocnění.

### Doporučení pro rodiče

Všem rodičům kojenců je třeba na závěr poradit, aby opustili představu, že menší výskyt potenciálních alergenů ve stravě jejich dítěte bude znamenat menší výskyt alergických onemocnění v budoucnosti. Není to tak. Současné studie prokazují přesný opak, tedy zavádění potenciálních alergenů v nemléčné stravě do jídelníčku zdravého kojence

mezi dokončeným 4. a 6. měsícem je tou nejvhodnější strategií. Přidávky kojení mají obsahovat zeleninu, ovoce, maso včetně ryb, slepičí vejce, mouku z obilovin, brambory, rýži, oves a výrobky z mléka. Nové potraviny by se měly zavádět jednotlivě (nikdy ne najednou a ve velkém množství), jejich pořadí není stanovené. V případě zpožděného zavádění uvedených potravin dochází nejen k významně častější alergii na potraviny, ale také na alergenů inhalačních, tedy na roztoče, pyl, plísň a zvířata.

### Výživa ženy a prevence alergie u dítěte

Je nesporné, že četné látky, vnímané imunitním systémem plodu či kojence, přecházejí přes placentu těhotné ženy do krve dítěte nebo mléčnou žlázu do mateřského mléka. Z důvodu prevence alergie u dítěte by těhotná a kojící ženy neměly ze svého jídelníčku alergenů vyřazovat, což platí i pro dříve nejvíce zakazované arašidy. V zemích, kde byly arašidy těmto ženám nedoporučovány, se výskyt alergie na arašidy velmi vysoce navýšil. Proto se

od zákazů arašidů a arašidového másla celosvětově ustoupilo. Svěvolné „preventivní“ zakazy mléka, vajec, ryb a ovoce kojícím matkám už vůbec neodpovídají současným poznatkům. Jednoznačně postojí všech klíčových světových institucí nedoporučují preventivní vyřazování alergizujících potravin ze stravy těhotných a kojících žen. Pestrou stravu matek s dostatečným zastoupením mléčných výrobků, ovoce, zeleniny, obilnin i živočišných bílkovin z masa a ryb není třeba (pro obavu z alergie u dítěte či jiných důvodů) preventivně doplňovat nějakými umělými přísadami. Přirozené zdroje vitamínů, probiotik, flavonoidů, antioxidantů, nenasycených mastných kyselin a dalších nepostradatelných složek potravy jsou podstatně účinnější než jejich syntetické náhrady. Lidský organismus se během svého vývoje nastavil na uvedenou smíšenou stravu, umělými prostředky a příkazy či zakazy není co vylepšit, spíše naopak.

MUDr. Jiří Novák,  
pediatr a alergolog-imunolog,  
NZZ Praha 6

Inzerce M161000054

**Hamánek**  
péče v každé lžičce



www.hamaneck.cz

## To nejlepší pro děti

Vyvážená strava dětí v prvních měsících ovlivňuje zdraví dítěte po celý další život.

Nejnovější světové i domácí studie dokazují, že nejenom správný výběr stravy, ale především správné načasování jejího zavedení hraje velmi důležitou roli. **V období tzv. okna imunologické tolerance, které spadá do období od ukončení 16. týdne až do 26. týdne biologického věku dítěte, by měly být zaváděny všechny základní potraviny včetně obilovin s lepkem, ryb, vajíček či mléčných bílkovin.** Současně je však třeba respektovat případnou citlivost či skutečnou potravinovou alergii.

Proto jsme ve spolupráci s vámi, pediatry a odborníky na výživu, připravili výrobky Hamánek tak, aby plně odpovídaly novým výživovým doporučením. Můžete si být tak spolu s rodiči malých dětí jisti, že jim nabízíte s maximální péčí to nejlepší pro jejich správný růst a vývoj. **Hamánek příkrmy můžete s čistým svědomím doporučovat.**



LAHODNÁ  
CHUŤ





30. BŘEZNA 2016  
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

# roku Sestra 15



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

16. 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](http://www.sestramehosrdce.cz)**

Stránky pro hlasování spustíme **1. 2. 2016**, od kdy tam najdete i medailonky a fotografie kandidátů na toto ocenění. Hlasování končí 29. 2. 2016.

**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](http://www.sestraroku.cz)

Generální partner



O krok dál  
pro zdraví

Hlavní partneři



Partneři galavečera



Záštitu



Mediální partneři



Odborný garant



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







## Vážené kolegyně, vážení kolegové,

moderní medicína s sebou přináší jak nové poznatky a objevy, tak nové výzvy. Populace stárne, polymorbidní pacienti se díky úspěchům akutní medicíny dožívají podstatně vyššího věku. Čelíme narůstajícímu počtu zhoubných nádorů, vzrůstá počet pacientů s neurodegenerativními onemocněními, jako je Alzheimerova demence, potýkáme se s důsledky polypragmatie, iatrogenních poškození, infekčních epidemií či antibiotické rezistence. A jako by to nebylo málo, pacienti začínají zpochybňovat ověřené léčebné postupy a utíkají od lékařů k léčitelům. Pokroky i rezervy medicíny založené na důkazech jsou

v superspecializaci oborů, která s sebou bohužel nese nedostatečně celostní pohled na pacienta a nedostatečnou komunikaci ve vztahu lékař – pacient. Avšak zatímco léčitelé mají často zaručený recept na zdraví, ale žádnou právní odpovědnost, lékaři jsou nuceni kromě běžné administrativy nadměrně papírovat i za účelem ochrany vlastní osobnosti před případnou patientskou žalobou. Mnoho práce je za námi, ale stejně tak před námi. Věřím však, že současná a nastupující generace lékařů uchopí tyto výzvy se zanícením a ctí a naváže tak na stavovskou tradici svých předků.

MUDr. Andrea Skálová

# Alternativní medicína – ano, či ne?

Alternativní medicína je termín, který se vžil pro označování všemožných tzv. léčebných metod nesplňujících kritéria západní vědecké medicíny, respektive medicíny založené na důkazech.

**S**kutečnost, že nemálo nemocných vyhledává primárně léčitele, přičemž řada alternativních metod může škodit – zejména tím, že pacienta odvádí od účinné lékařské pomoci – je důvodem, proč se problematikou alternativní medicíny začíná vážně zabývat Česká lékařská společnost JEP, Ministerstvo zdravotnictví ČR a další zdravotnické a lékařské autority. Otázkám spojeným s tím, do jaké míry může alternativní me-

dicína pomáhat či škodit a co je třeba udělat pro větší bezpečnost pacientů, se věnovali také účastníci semináře „Alternativní medicína v Čechách“, který proběhl v rámci tradičních Medialogů na půdě děkanátu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

### Definice pojmu

S pozvanými hosty – děkanem 1. LF UK profesorem MUDr. Aleksi Šedem, DrSc., ředitelem Fakultní nemocnice Hradec Králové

prof. MUDr. Romanem Prymulou, CSc., Ph.D., a psychiatrem a pedagogem z Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK MUDr. Radkinem Honzákem, CSc. – diskutovali nad uvedeným tématem odborníci z různých oblastí zdravotnictví. Mezi otázkami, na které hledali společně odpověď, zaznělo: Co je alternativní medicína? Proč pacienti vyhledávají léčitele a šarlatány? Co mohou udělat lékaři pro to, aby jim pacienti více důvěřovali? Lze práv-

ně postihnout léčitele za újmu na zdraví?

Diskutující se již v úvodu shodli, že panuje určitý nepořádek v pojmech. V zásadě jasný je termín „medicína založená na důkazech“ (*evidence based medicine*, EBM), označovaná také jako vědecká medicína (někdy i oficiální, moderní, školní či západní), pro niž při rozhodování o léčebné péči platí využívání současných vědeckých důkazů a poznatků. Méně jasno je v tom,

jak definovat medicínu alternativní. V zásadě se do ní zahrnují všechny metody nevědecké medicíny. To znamená, že jí užívané postupy nejsou testovány na bezpečnost a účinnost způsobem, jaký je obvyklý v moderní medicíně, případně v tomto testování selhaly.

Ve snaze zbavit některé tradiční léčebné metody nádechu pejorativnosti se v posledních letech užívají také pojmy nekonvenční medicína a komplementární medicína, které nejsou uznány jako metody *lege artis*, avšak jsou „prověřeny empirií“ a řada lékařů je ve své praxi s efektem využívá. ▶

## ODBORNÉ AKCE



Profesor Roman Prymula, děkan Aleksí Šedo a MUDr. Radkin Honzák | Foto: archiv 1. LF UK

Příkladem může být tradiční čínská medicína či homeopatie.

### Kontroverzní počín hradecké nemocnice

Podle profesora Prymuly není rozdělení na klasickou a alternativní medicínu optimální, lepší by bylo dělení na medicínu založenou versus nezaloženou na důkazech. Sám se pokládá za odpůrce relativně rozšířené léčebné metody, jakou je homeopatie, naproti tomu uznává tradiční čínskou medicínu – o čemž svědčí fakt, že centrum této „výchozí“ metody vzniklo na půdě fakultní nemocnice, jejímž je ředitelem. Na obhajobu uve-

deného kroku, za nějž sklídl vlnu kritiky ze stran odpůrců, uvedl: „Jsme napadáni, že čímšší lékaři, kteří v naší fakultní nemocnici pracují, nemají licenci. Přitom mají 5 let vzdělání v tradiční čínské medicíně. Naproti tomu mnozí naši lékaři obdrží licenci pouze na podkladě absolvovaného kurzu. To považují za neracionální.“

Podle Romana Prymuly není možné všechny alternativní metody házet do jednoho pytle. „Víme, že v EBM je nedosta- tečná interakce a komunikace s pacientem. Alternativní medicína toto poskytuje. Je třeba v tom hledat poučení. Dále je

nepopiratelné, že EBM selhává v řadě diagnóz a pacient logicky hledá další možnosti, zejména u nevléčitelných chorob. Stejně tak je hledá věda. Měli bychom z osvědčených systémů využívat to pozitivní, co může být doplňkovou alternativou v dobrém slova smyslu tam, kde západní medicína selhává a výchozí má prokazatelný efekt,“ pokračoval prof. Prymula a dodal: „Akupunktura je z pohledu EBM složitá záležitost, avšak bylo publikováno na 40 tisíc prací, z nichž mnohé potvrdily její efekt. Navíc centra tradiční čínské medicíny existují při mnoha fakultních nemocnicích v celém světě.“

Profesor Aleksí Šedo se na založení prvního centra tradiční medicíny při fakultní nemocnici dívá smířlivě: „Aktivity hradecké nemocnice vítám. Myslím, že tento krok má racionální bázi a přístup k uvedeným metodám je vědecký.“

K otázce využívání akupunktury (která je součástí tradiční čínské medicíny spolu s fytoterapií a dalšími léčebnými postupy) se pozitivně vyjádřil také předseda ČLS JEP prof. MUDr. Štěpán Svachna, DrSc. „Akupunkturistická společnost je právoplatnou součástí České lékařské společnosti, akupunktura pracuje vědeckými způsoby a využívá se ve vybraných indikacích,“ uvedl.

### Psychosomatika není alternativní medicína

Podobný postoj k rozdělení na alternativní a vědeckou medicínu zaujímá Radkin Honzák: „Je nesmysl stavět proti sobě alternativní medicínu a medicínu založenou na důkazech. Lepší by bylo EBM rozšířit tak, aby do sebe pojala i alternativní metody, které v praxi fungují.“ Znamý psychiatr poukázal na to, že i psychosomatika byla dlouho považována za pavědu, nyní je však vnímána jako samostatný medicínský obor.

Radkin Honzák dále namítl, že EBM se zaměřuje jen na objektivní popis nemoci a nebere v úvahu subjektivní pocity pacienta. Psychosociální faktory a spirituální rozměr člověka je podle něj v současné vědecké medicíně absentován: „Psychosomatické aspekty onemocnění nelze vnímat ani jako nadstavbu, ani jako něco pouze psychického. Člověk není racionální bytost. Bylo prokázáno, že je navigován mnoha nevědomými signály, rozhoduje se na základě iracionálních podnětů, funguje v psychosociálních souvislostech a vztazích, které je třeba hledat a nevidět jen symptomy,“ zdůraznil psychiatr a připomenul, že více než polovina lékařů ve své praxi vědomě používá placebo efekt. Metodám používaným lékaři by se podle něho nemělo říkat medicína, neboť se tím dostáváme do pastí. Odborníci se nicméně shodli na tom, že psychosomatika není považována za alternativní medicínu.

### Stížnosti na lékaře

Existuje však množství metod, které jsou nabízeny nemocným a jejichž efekt je přinejmenším sporný. Mnohé postupy, aplikované namísto účinné léčby důvěřivými a málo edukovanými pacienty, pak mohou vést až k ohrožení nemocného na životě. Ministerstvo zdravotnictví eviduje v současné době desítky stížností na lékaře, které obdrželo prostřednictvím speciální e-mailové schránky. V některých jsou uvedeny případy až bizarních léčebných metod, které pacientovi nejen nepomohly, ale přímo mu uškodily – především tím, že opominul správnou léčbu. Účelem zřízené schránky je získat představu o fungování lékařů v České republice.

Podle náměstkyne ministra zdravotnictví a odborné asistentky Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK JUDr. Lenky Tesky Arnoštové,

Ph.D., však léčitelé, kteří způsobí svým konáním újmu nemocnému, nejsou v současnosti právně postižitelní. Soudní spory kvůli ublížení na zdraví léčitelem jsou ojedinělé a v podstatě se nedají vyhrát. Určitou cestou k nápravě by mohla být úprava českého právního řádu týkající se lidového léčitelství. Zde by mělo být definováno, které metody a postupy jsou nepřijatelné, a léčitelé by měli povinnost vést záznamy o svých pacientech. Profesor Šedo se ale domnívá, že legalizace léčitelů a léčebných metod by byla velice obtížná a že je lepší apelovat na zdravý rozum pacientů. Podle něj je třeba zlepšit dialog mezi lékaři a pacienty a také zvýšit zdravotní gramotnost obyvatele, která je dosud nedostatečná.

### Postoj České lékařské společnosti

Česká lékařská společnost (ČLS JEP) doporučuje lékařům zdrženlivý až odmítavý přístup k alternativní medicíně. Stanovisko společnosti lze nalézt na: [www.cls.cz/stanovisko-k-alternativni-medicine](http://www.cls.cz/stanovisko-k-alternativni-medicine). Lékař by se měl vyhýbat metodám, jejichž účinnost je sporná či nulová. Pečlivě je podle ČLS JEP třeba volit jak komplementární metody, tak i záměrně využití placebového účinku. Za šarlatánské metody označila Česká lékařská společnost například scientologii, naturopatii, aromaterapii, léčbu kovy a drahokamy, živou vodou či barvami.

„Největší riziko využití alternativních metod je v tom, že mohou pacienta odvést od lékařské pomoci, kterou v daném okamžiku potřebuje,“ uvedl Aleksí Šedo. S nejtragičtějsími důsledky takového rozhodnutí se pak lze setkat zejména v onkologii. Podle děkana pacientů vkládají svou důvěru v lékaře proto, že lékař na ně má často málo času, nemá dostatek trpělivosti a ochoty vysvětlit nemocnému, proč onemocněl a jaké postupy by měl dodržovat, aby se uzdravil. Pacient se pak raději obrátí na lékaře, který mu nabídne jednoduché vysvětlení a řešení. „Na tom, aby se zlepšila komunikace mezi lékaři a pacienty, je třeba pracovat již v průběhu studia medicíny. Budoucí lékaři musejí pochopit, že pro úspěšnou léčbu je stejně důležitá komunikace jako správnost léčebných metod,“ vysvětlil profesor Šedo. Současně uvedl, že 1. lékařská fakulta zvažuje rozšířit výuku o trénink v komunikaci s pacientem v simulovaných ordinacích.

MUDr. Andrea Skálová

## System ověřování léků má pomoci proti padělkům

Čeští zástupci výrobců a distributorů léčiv podepsali na začátku ledna Memorandum o porozumění, kterým se připojují k evropskému systému ověřování léků ESM (European Stakeholder Model). Do dvou let se v českých lékárnách začnou objevovat krabičky léků se speciálními 2D kódy, které umožní ověřit jejich původ a pomohou ochránit pacienty před padělkami léků.

Počet zachycených padělků v Evropské unii narůstá. Loni zaznamenala Světová zdravotnická organizace (WHO) několik závažných incidentů. V květnu 2015 byl hlášen výskyt falzifikátů meningokokové vakcíny a podezření na padělky vedlo i k preventivnímu zastavení výdeje přípravku indikovaného při chronickém přetížení organismu železem. Objevily se i krádeže několika šarží léků, čímž došlo k přerušování distribučního řetězce.



Ilustrace: foto: Shutterstock

### Pomůže 2D kód

Padělané léky představují vážnou hrozbu pro pacienty a poškozují i výrobce léčiv a distributory. Z tohoto důvodu vznikl evropský model ověřování léků ESM. Projekt sdružuje subjekty napříč dodavatelským

řetězcem tak, aby bylo možné sledovat cestu léku od výrobce až k pacientovi. Samotné ověření původu léku bude prováděno pomocí speciálního 2D kódu umístěného na balení. Po načtení se zobrazí údaje o původu léku, a tak bude mož-

né odhalit případnou neoprávněnou manipulaci.

V České republice zaštiťuje implementaci evropského modelu ověřování léků ESM Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP). Začátkem ledna podepsali její zástupci spolu se zástupci Asociace evropských distributorů léčiv (AEDL), Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) a České asociace farmaceutických firem (ČAFF) Memorandum o porozumění, kterým se všechny strany zavázaly k účasti na ESM. Projekt byl konzultovaný i s Českou lékařskou komorou. V příštím roce bude spuštěna pilotní fáze projektu, ověřování by mohlo začít fungovat od roku 2019.

(Zdroj: AIFP)

(red)

# Psychobiografický model v péči o klienty s demencí

Divize Medical Services Mladé fronty, a. s., ve spolupráci s Erwin Böhm Institut uspořádala konferenci „Psychobiografický model péče – specializovaná péče pro klienty s demencí – BIOGRAFIE v procesu změny péče“. Konference se uskutečnila 11. prosince 2015 v prostorách Magistrátu hlavního města Prahy.

I u odborné zdravotnické veřejnosti někdy přetrvává názor, že klient postižený demencí je nekomunikativní na kognitivní úrovni, což je ostatně i jeden z faktorů způsobujících tak velkou náročnost péče o něj. Důležité je najít klíč k jeho emočnímu životu, odhalit obraz života, jímž klient prošel. Klíčem může být biografie, která odhalí pole působnosti pro reaktivizační péči a je pomocným nástrojem pro individuální komunikaci. K vytvoření i uplatnění takového nástroje slouží psychobiografický model péče, jehož zakladatelem je rakouský profesor Erwin Böhm. Právě on osobně přiblížil účastníkům konference teorii modelu.

Biografie v jeho pojetí vytvoří životopis, svého druhu osobní vyprávění, které ve výsledku umožňuje zjistit, co klient od nás jako pečujících potřebuje. Nejde pouze o ošetřovatelskou péči, ale i respektování osobnosti, návyků a rituálů, co má rád a co mu

naopak vadí, potřebovat může i úpravu prostředí. S těmito zjištěními lze zahájit reaktivizační péči, jejímž smyslem je kompenzace disharmonie duševního života klienta a nacházení opor v jeho světě, vnitřním i okolním.

Na úvod konference navázala Marianne Kochanski. Představila Evropskou organizaci pro vzdělávání a výzkum psychobiografického

modelu péče. Tato organizace zajišťuje mezinárodní distribuci modelu, vzdělávací aktivity, ale i teoretický vývoj a praktickou aplikaci péče podle Böhma. Obě přednášky tlumočila do češtiny PhDr. Eva Procházková, Ph.D., spolupracovnice profesora Böhma a certifikovaná lektorka s mezinárodní akreditací. Na závěr první části programu konference byla slavnostně po-

křtěna knížka „Psychobiografický model péče podle Böhma“. Jde o český překlad zásadního díla profesora Böhma a vydavatelem je divize Medical Services Mladé fronty, a. s.

## Uplatnění modelu v České republice

V odpolední části programu následovaly příspěvky věnované zejména příkladům z zkušenostem z praxe, tedy přímé práci s biografií klienta. O tom jak se změnou začít hovořila ředitelka Domova pro seniory Tovačov Mgr. Lenka Olivová. Plánováním péče o klienty v kontextu biografie se zabýval příspěvek čerpající ze zkušeností v Domově důchodců Bechyně. Práci s biografií klienta z pohledu sociálního pracovníka, včetně porovnání péče před zavedením tohoto modelu, nastínila Mgr. Eliška Gregorová z Domova pro seniory Velké Meziříčí. Velmi zajímavé byly také příspěvky,



Profesor Erwin Böhm | Foto: Zx archiv MF

kteřé prezentovaly konkrétní zkušenosti. Působily jako velmi přesvědčivá ukázka toho, že využití psychobiografie u klientů s demencí má zcela konkrétní pozitivní výsledky. Všechny přednášející zdůrazňovaly, že základem je vnímat člověka jako osobnost, tedy ne jako klienta, pacienta, či dokonce jen zákazníka.

Konferenci uzavřela svým příspěvkem doktorka Procházková, která představila další projekty implementace tohoto modelu péče v České republice a možnosti vzdělávání v dané oblasti v roce 2016. Konference měla obrovskou účast, největší sál pražského magistrátu byl zcela zaplněn posluchači. Za partnerství na této akci a její velký úspěch je třeba poděkovat nejen Institutu Erwina Böhma, ale také společnosti SCA – zastoupení ČR Tena, a firmě zP Servis, s. r. o., která program konference oživila módní přehlídkou pracovních oděvů. (D)



PhDr. Eva Procházková, Ph. D., s profesorem Erwinem Böhmem

## Postgraduální akademie se věnovala potravinovým alergiím u dětí

Poslední akce Postgraduální akademie v loňském roce byla věnována pediatrii. Symposium zabývající se problematikou potravinových alergií se uskutečnilo 15. prosince v Erbia Congress Centrum, budova City Tower.

Akce se konala v souvislosti s plánovaným vydáním nového knižního titulu Mladé fronty, a. s.,

edice Postgraduální medicíny, s názvem **Potravinová alergie a intolerance**, který vznikl pod edičním vedením MUDr. Martina Fuchse.

Alergie a její projevy se v dnešní době staly břemenem v životě jednotlivce i celé společnosti. Evropská akademie alergologie a klinické imunologie spočítala, že alergií je v Evropě postiženo 150 milionů lidí všech věkových skupin; alergie se tak zařadila nejen mezi nejčastější neinfekční chronická onemocnění, ale i mezi příčiny náhlých úmrtí v alergickém šoku. Do popředí se v současnosti dostává alergie potravinová, která je také hlavní

příčinou šokových reakcí. Reakce na potraviny však nemusí být pouze specifickou odpovědí našeho imunitního systému, ale také projevem potravinové nesnášenlivosti – intolerance.

Všem těmto otázkám byl věnován program akce, jehož odborným garantem byl právě autor knihy MUDr. Martin Fuchs. Ten symposium zahájil svou přednáškou „Potraviny – imunologické pasti kladené malým dětem“. Následovaly příspěvky MUDr. Veroniky Horákové „Očkování, stále více otázek než odpovědí“ a MUDr. Pavla Frühaufa „Autista v ordinaci dětského gastroenterologa“. V odpoledním bloku zazněly příspěvky prof. MUDr. Petra Po-

hunka, CSc., „Pneumologické minimum pro pediatri (pro maximum znalostí)“, doc. MUDr. Tomáše Honzíka, Ph.D., „Jsou metabolické vady stále ještě pediatričkou popelkou?“ a MUDr. Simony Bělohávkové, koordinátorky projektu DAFALL (Databáze potravinové alergie), „Potraviny – imunologické pasti kladené malým dětem“.

(red)



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání.

Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)

## ROZHOVOR

# HIPEC je mnohem menší riziko než přítomnost nádoru

O hypertermické intraperitoneální chemoterapii (HIPEC) jako o šanci při léčbě některých druhů malignit jsme hovořili s **prof. MUDr. Zdeňkem Krškou, CSc., MUDr. Davidem Hoskovcem, Ph.D., a MUDr. Petrem Dytrychem** z 1. chirurgické kliniky hrudní, břišní a úrazové chirurgie 1. LF UK a VFN v Praze.

## V čem spočívá princip HIPEC?

Hypertermická intraperitoneální chemoterapie, zkráceně HIPEC, je metoda, která kombinuje extenzivní chirurgický výkon, při němž odstraníme maximum nádorových ložisek, s intraoperačním podáním chemoterapie do dutiny břišní. Dutina břišní je totiž oblast, kam cytostatika přes peritoneální membránu za standardních podmínek pronikají obtížně. Při laváži je tam koncentrace podávaného roztoku podstatně vyšší, než by byla u systémové chemoterapie. Hypertermií má roztok větší cytotoxický účinek sám o sobě a navíc se tak zvyšuje jeho průnik do nádorových buněk. To je onkologická zkušenost. Již před HIPEC se laváž prováděla u některých nádorů, například u sarkomů dolních a horních končetin, kdy se končetina perfundovala horkými roztoky. Dosáhlo se tím velké účinnosti podání. Podílí se na ní jak tepelný, tak destruktivní efekt chemoterapeutika.

## U nádorů v břišní dutině je podávání hypertermického cytostatika zcela novou metodou?

Ne, úplná novinka to není. Vyvinul ji už na konci 20. století americký lékař Paul Sugarbaker. Široce akceptovanou léčebnou modalitou peritoneální diseminace některých malignit se ale stala až v posledních letech, a to jak v Americe, tak i v Evropě, Japonsku a Austrálii. V České republice se stal průkopníkem HIPEC profesor František Antoš, aplikoval ji v klinické praxi na Chirurgické klinice 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce a nyní tam s ní mají již značné zkušenosti. Jako družijí jsme HIPEC zavedli my, u nás na klinice máme program HIPEC od poloviny roku 2014. Nyní zavedení HIPEC zvažuje také Thomayerova nemocnice a FN Olomouc.

## V jakých případech tuto léčebnou modalitu volíte?

Zcela jednoznačně jsou indikací

dvě diagnózy: pseudomyxom peritonea a mezoteliom, tedy raritní nádory postihující přímo peritoneum. Incidence je u obou 1 : 1 000 000, jde tedy o velmi malou skupinu pacientů. Pak je široká zóna, kde je možné o použití hypertermické chemoterapie uvažovat, například u pacientů s kolorektálním karcinomem s postižením peritonea. Podle studií k němu může dojít u 10–20 procent pacientů. U nás je výskyt kolorektálního karcinomu asi 4 tisíce případů ročně, takže z HIPEC by teoreticky mohlo profitovat dalších 200–300 pacientů. Diskuse se vedou kolem použití HIPEC u karcinomu ovaria. U gynekologických nádorů je totiž účinek systémově podávané chemoterapie podstatně lepší než například u nádorů trávicí trubice. Po peritoneu často metastázuje karcinom žaludku, to však už je HIPEC v podstatě metodou paliativní. Ve světě se ale nyní hodně hovoří o tom, že by se metoda posunula do profylaxe, konkrétně při karcinomu žaludku ještě bez rozvinutého postižení peritonea by se prováděla laváž jako součást operace. Metoda by sloužila ke snížení incidence rozvoje metastáz. V této souvislosti je ale zatím nutné chápat použití HIPEC jako experimentální metodu, čeká se na výsledky probíhajících studií. Indikace se stále rozšiřují.

## Jsmo na chirurgické klinice, ale stejně – opravdu jsou chirurgické výkony se všemi svými riziky jedinou skutečnou kurativou zhoubných nádorů?

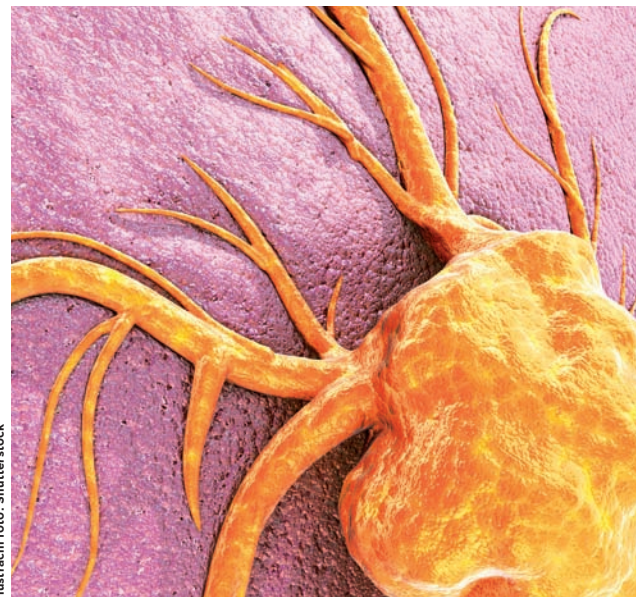
Víme, že u morfologických tumorů je jejich chirurgické odstranění jedinou možnou kurativní léčbou, která je schopná onemocnění vyřešit, pokud je ovšem včas zachyceno. Jiná je situace jen u hematologických nádorů. Zároveň u řady morfologických nádorů často i jen zmenšení jejich velikosti chirurgickou cestou sníží množství cytostatika nezbytného k eliminování zbytků

ku nádoru. Chemoterapie, ozarování, biologická léčba a další metody jsou bohužel pouze paliativní terapií. V České republice je nových morfologických nádorů 50–60 tisíc ročně. To chirurgickým klinikám přináší obrovský nápor pacientů. Řešit ale musíme i problémy recidiv či metastáz. Některé metody, o nichž jsme předpokládali, že by mohly být kurativní, jako například radiofrekvenční ablace či ireverzibilní elektroporace, bohužel neprokázaly vyřešení maligního nádoru, skutečně je nutné ho odstranit chirurgicky. Rozhodně se ale neříkáme spolupráce s onkology, naopak, je nezbytná. Každý týden se s nimi na indikačních seminářích opakovaně a systematicky pacienty s karcinomem zabýváme a indikujeme je na jiné léčby – jsou situace kdy, zejména kvůli pokročilosti nádoru, není indikace k chirurgickému výkonu, ale nádor by bylo možné onkologickými postupy ovlivnit.

## Proč tedy tak značný podíl pacientů, které po onkologický nádor chirurg úspěšně odoperuje, musí následně podstoupit další velmi invazivní terapii?

Protože my jsme schopni odstranit jen to, co je patrné makroskopicky. Diseminace ovšem může hrozit i z ojedinelých buněk, mohou už být například v lymfatických uzlinách nebo zanešené jinde. Na této úrovni má onkologická léčba jednoznačný efekt. U řady nádorů právě vzhledem k diseminaci musí razantní neoadjuvantní onkologická léčba operaci předcházet, nádor musí zmenšit. Chirurgický zásah má smysl, když je nádor nebo jeho větší část dostupná. U morfologických nádorů je spolupráce chirurga a onkologa zásadní. I proto vznikl v rámci chirurgie obor onkologická chirurgie, zakončený atestací.

## Vraťme se k HIPEC. Může posloužit i při paliativě maligního ascitu?



Ilustrační foto: Shutterstock

Ano, používáme ho u pacientů s rozvinutou peritoneální karcinomatózou provázenou neustále se doplňujícím peritoneálním ascitem. Jedinou jinou metodou jsou neustále opakované punkce. Zde se ukazuje jako efektivní relativně jednoduchý výkon, který spočívá ve vypláchnutí dutiny břišní, provádí se laparoskopickou cestou. Produkci ascitu dramaticky snižuje. V této indikaci metoda sice nezlepšuje přežití, ale pacientovi zásadně zvyšuje kvalitu života.

## HIPEC prý zabere chirurgům více času než většina jiných výkonů břišní chirurgie, na celý den zpravidla zablokuje i operáční sál. Je to pravda?

Ano. Je několik výkonů, které na klinice rádi indikujeme, ale ne vždy u nich s nadšením ty hodiny a hodiny stojíme, je to i velká fyzická zátěž. Mezi ně patří právě metoda HIPEC, která u extenzivního nádoru představuje velice zdoluhavý výkon. Multiviscerální resekce, která použití pumpy předchází, totiž může trvat i šest nebo sedm hodin. U difuzního postižení celého peritonea (to má plochu 1,5–2 m<sup>2</sup>) může redukce nádoru trvat i 12 hodin. Operovat musí extrémně zkušený chirurgové, kteří jsou školení na práci se všemi orgány v dutině břišní. Cílem cytorédukční chirurgie (CRS) je odstranit všechny viditelné nádory postižených orgánů a peritonea, které vyžadují resekci. „Prostoj“

operace s laváží oproti operaci stejného typu bez laváže je asi dvě hodiny. Je pravda, že pokud provádíme HIPEC, neplánujeme na tento sál ve stejný den žádný další výkon v pracovní době. Počítáme zároveň s možností, že kvůli časové náročnosti se práce protáhne přes standardní pracovní dobu.

## Co následuje po resekci postižených tkání?

Po dokončení CRS se posuzuje stav resekce. V ideálním případě je dosaženo kompletní cytoredukce. Bez následné laváže chemoterapeutikem by ale nespĺnila terapeutický účel. Po resekci jsou umístěny přítokové a odtokové katétry k provedení peritoneální perfuze. K monitorování pacienta a teploty roztoku (standardně bývá 42 °C) se zapojují teplotní sondy. Kožní incizi v abdominální stěně je před laváží třeba dočasně uzavřít. Existuje sice i technika „otevřená“, ale „zavřenou“ techniku preferujeme, a to především z bezpečnostních důvodů. Následuje priming, kdy se vytvoří perfuzní okruh s pumpou a výměníkem tepla. Průtokovou rychlost udržuje válcová pumpa. Do již stabilního okruhu s teplotou 42 °C se přidává chemoterapeutikum, nejčastěji jde o platinové deriváty a mitomycin. Roztok je napuštěn standardně na 90 minut. Potom se dutina břišní uzavře a pacient je odeslán na pooperační oddělení.

**Jaké má HIPEC výsledky?**

U nádorů pobříšnice se posouvá přežití z týdnů až měsíců na roky. Tam je pro pacienta jednoznačný profit a přežití je lepší než při jakékoli jiné chemoterapeutické nebo onkologické metodě, HIPEC je metodou první volby léčby. Po nich následuje „šedá zóna“, tedy nádory trávicího ústrojí a gynekologické nádory. Ale vždy jde o dohodu mezi chirurgem, onkologem, radiologem a dalšími lékaři v rámci multidisciplinárního týmu, zda pacientovi HIPEC může, či nemůže pomoci. Prospěch z ní pravděpodobně může mít i určitá skupina pacientů s kolorektálním karcinomem. Velké zkušenosti s prováděním i efektivnosti metody jsou v USA, v Německu a ve Francii, ale je velice obtížné v rámci studie o HIPEC postavit skupiny tak, aby byly statisticky a medicínsky srovnatelné. Nesporné je, že stran kvality života výsledky pro pacienta vycházejí

dobře. HIPEC také lze kombinovat se systémovou chemoterapií, rozhodně se navzájem nevylučují, ať už u karcinomu žaludku nebo u kolorektálního karcinomu či u gynekologických nádorů. U primárních nádorů je podle zkušenosti profesora Sugerbakera u určité části nádorů, kdy nelze resekovat celé postižení (třeba u rozsáhlého nádoru tenkého střeva, v tomto případě ovšem hraniční indikace), tudíž tam jeho malou část ponecháme a provedeme následnou laváž zahřátým cytostatikem, pravděpodobnost zhojení se a přežití pacienta vysoká. Vzhledem k ponechání části nádoru je to překvapivý fakt.

**Hradí použití metody zdravotní pojišťovny?**

Nejde o výkon zařazený do sazebníku, ale je pro něj připraven kalkulační list. Rozhodně ho ale neprovádíme na úkor péče o jiné pacienty. Výkon jako takový lze

rozložit na mechanické odstranění velkého nádoru z dutiny břišní a aplikaci roztoku. Je velmi důležité, aby HIPEC byla prováděna v rámci činnosti komplexního onkologického centra. Jak už jsme zdůraznili, jde o týmovou spolupráci a jednou z kompetencí onkologa je i volba cytostatika, určí ho na základě řady kritérií (typu nádoru, senzitivity a řady dalších) podle potřeb konkrétního pacienta. Důležité je (v souvislosti s náklady) sdělit i fakt, že se při HIPEC zpravidla používají platinové deriváty a mitomycin. Co do nákladů jsou velmi nenáročné, tedy při porovnání se spektrem onkologických možností léčby jinou cestou. Nejsou to nové léky, i od toho se odvíjí jejich cena. HIPEC je metoda, která je oproti standardní onkologické farmakoterapii rozhodně levnější. Výhodou je, že jde o dvě léčby v jedné, prováděné během jedné operace, jedním přístupem a za jedné hospitalizace.

**Pacientova dutina břišní je na velké ploše poraněna, následuje chemoterapie... Jak je to s pooperačními komplikacemi?**

HIPEC pacienta ohrožuje mnohem méně než přítomnost nádoru. Komplikace nejsou tak frekventní jako u systémové chemoterapie, ale samozřejmě se jich nabízí víc. Poranění při resekcí může být na ploše až 2 m<sup>2</sup> a roztok se zčásti resorbuje do krevního oběhu, což následně vyvolává nežádoucí účinky. Po operaci je nezbytné sledovat funkci zejména jater a ledvin. Celý systém už je vypracován, používá se dlouhodobě a metoda je standardní. K předcházení komplikací je nutné mít jak výborně fungující pooperační oddělení, tak 24 hodin denně fungující tým chirurgů, který je připraven v případě potřeby kdykoli zasáhnout – atakovány byly všechny orgány v dutině břišní... Klinika musí disponovat týmem intenzivistů i anesteziologů, kteří

komplikaci zvládnou. HIPEC je nutné provádět zásadně ve velké nemocnici.

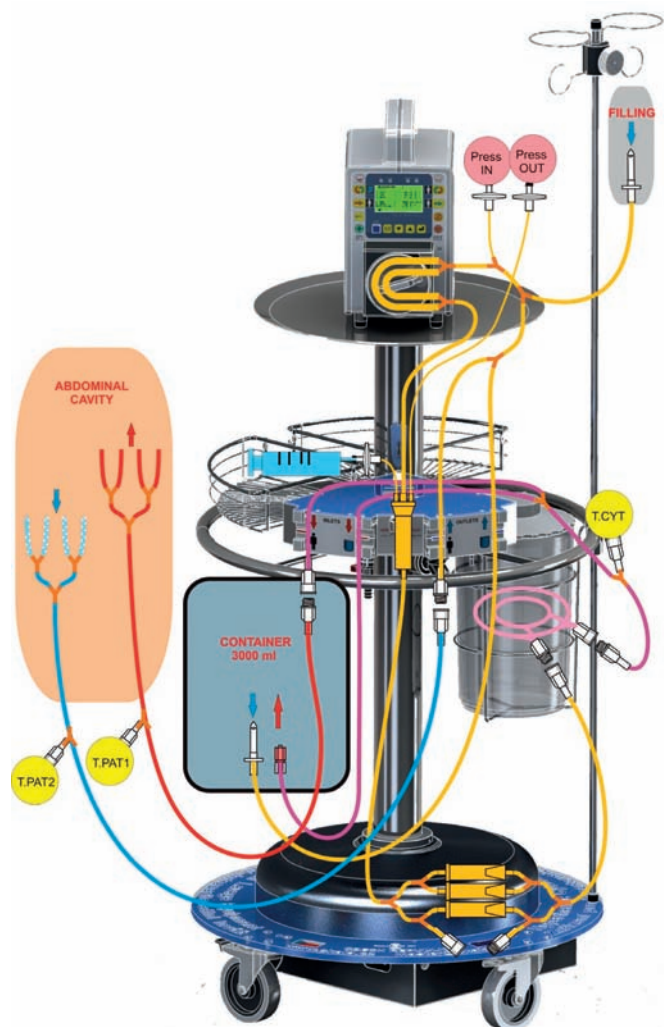
**Jak dlouhé jsou čekací listy?**

Čekací doby jsou minimální, u nás jsme schopni pacienta na program zařadit během dvou až tří týdnů. Doporučen k HIPEC by měl být z příslušného komplexního onkologického centra. Nejen na české, ale i na světové podmínky je pak odoperován v extrémně rychlé lhůtě. V současné době pro Českou republiku není potřebných víc center s HIPEC než jedno pro Čechy a jedno pro Moravu a Slezsko. To ovšem bude platit jen do doby, než se u nás rozšíří indikace použití metody. Ve Spolkové republice Bavorsko nám už v roce 2014 sdělili, že provádějí 1600 výkonů HIPEC ročně. V České republice se zatím pohybujeme jen maximálně v desítkách těchto výkonů ročně.

PhDr. Jana Jilková

KOMERČNÍ PREZENTACE

# Zařízení pro HIPEC



Lavážní zařízení SKALA LA-1 s vloženým lavážním setem

ěžná zařízení pro HIPEC obsahují alespoň 1 čerpadlo – zpravidla peristaltické, s průtokem 0–1500 ml/min, které zajišťuje recirkulaci cytostatického roztoku (dále jen CR). HIPEC dále obsahuje sterilní ohřev fyziologického roztoku, do kterého je přimíchán koncentrát CR. Výsledný naředěný CR, jehož koncentrace je 800x až 1000x vyšší než při systémové chemoterapii, je stabilizován zpravidla na 42,5 °C. V praxi bývá nastavení teploty CR v rozsahu od 41 °C do 43 °C podle místa postižení, druhu nádoru a specifických parametrů pacienta (povrch těla, objem břišní dutiny...), ale i reakce na druh a koncentraci CR. Nezbytnou výbavou HIPEC jsou i minimálně 2 měřiče tlaku. Měřič před peristaltickým čerpadlem zastaví čerpadlo (sání), pokud hrozí ucpání nasávací perforované koncovky měkkou tkání. Oproti tomu měřič tlaku za peristaltickým čerpadlem indikuje tlak na filtru. Filtr zachytává především koagulanty vzniklé při chirurgickém zákroku, čímž chrání tepelný výměník a ostatní části setu před ucpáním. Dojde-li k výraznému zanesení filtru, což indikuje uvedený tlak, lze jednoduše provést bypass filtru přidavným filtrem. Zařízení je vybaveno i spektrometrickým detektorem úniku krve, jehož přesnost je cca 3 %. Při

překročení bezpečnostních mezí ovládá příslušné ochranné prvky a informuje včas personál na kolizi (uvolnění stehů teplým oplachem apod.).

Teplota, jako rozhodující prvek HIPEC, je měřena minimálně na 3 místech (zpravidla před pacientem, v pacientovi a za pacientem), přičemž žádná nesmí překročit stanovenou horní mez. V zařízení SKALA LA-1 je možné použít měření teploty CR v až 6 bodech břišní dutiny.

Každé lavážní zařízení je vybaveno zpravidla 4 bezpečnostními klapkami, které automaticky odpojí pacienta od přístroje, dojde-li k závažné poruše, například k překročení hodnoty 43 °C některé teploty CR. Obdobně je tomu i při překročení limitní hodnoty úniku krve pacienta do cytostatického roztoku. Pokud taková porucha nastane, je hlavní cirkulační okruh pacienta přepnut do bypassu mimo pacienta. Po návratu parametrů do normálu je roztok opět cirkulován přes pacienta.

Dále bývá lavážní zařízení zabezpečeno systémem sekundárních ochranných kontrolujících funkcí prvotních bezpečnostních a regulačních okruhů. To se týká především části ohřevu CR, bezpečnostních klapek, překročení mezních tlaků a podobně.

Na obrázku je znázorněno lavážní zařízení SKALA LA-1 s vloženým lavážním setem, který je jednorázovým spotřebním materiálem. Lavážní zařízení i set je produktem výzkumu a vývoje fir-

my SKALA-Medica s.r.o. a Gamy Jimramov. Tato koncepce vznikla a je rozvíjena na základě světové analýzy stávajících lavážních zařízení od roku 1999 do současnosti, ale také – a to zejména – na základě vlastních zkušeností z přibližně 200 asistencí u operací s HIPEC jak u nás (Nemocnice Na Bulovce, VFN v Praze, Thomayerova nemocnice) či na Slovensku (NOÚ Bratislava, FN Žilina, Nemocnice Poprad), tak i v Německu a Turecku.

V současné době vyvíjíme ve spolupráci s VFN Praha lavážní zařízení SKALA LA-3c, jehož koncepce přináší nové kvalitativní prvky v HIPEC. Nyní je nová koncepce předmětem patentového řízení. Snažíme se na „věc“ dívat nejen přes byznys, ale především tak, aby zdravotníci dostali do rukou zařízení, které zlepšuje kvalitu stávající léčby, o čemž se sami brzy přesvědčí. Podobné zařízení, které vyvíjíme ve spolupráci s VFN Praha, není prozatím v žádné dostupné nabídce jiných dodavatelů.

Nová koncepce přináší výrazné zlepšení užitných parametrů a snížení pořizovacích i provozních nákladů a je předpokladem pro zkvalitnění celkové HIPEC metody zavedené do širší klinické praxe profesorem Sugarbakerelem.

Ing. Miroslav Skála,

SKALA-Medica s.r.o., pobočka,

59204 Fryšava pod Žákovou horou,

Centrum výzkumu, vývoje, servisu a výroby

HIPEC zařízení,

e-mail: master@skala.cz

## ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

# Organizaci transplantačního programu ČR zabezpečuje Koordinační středisko transplantací

Národní institucí s hlavním úkolem koordinovat odběr orgánů a tkání a alokovat je k transplantacím je Koordinační středisko transplantací (KST). Funguje 24 hodin denně, 365 dní do roka. Sídlí v horním patře Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a spíše než zdravotnické zařízení připomíná telefonní ústřednu nebo pracoviště IT.

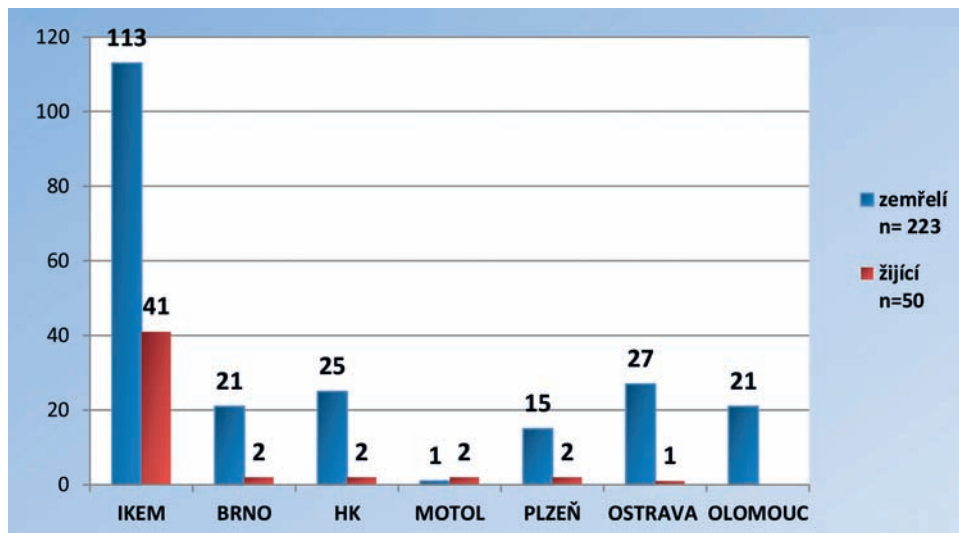
### Správa transplantačních registrů

Ředitelem KST je prof. MUDr. Miloš Adamec, CSc., náš přední transplantolog, který v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) samostatně provedl více než tisíc orgánových transplantací. Nicméně podíl KST na transplantačním programu České republiky je především organizační.

Statutárně je Koordinační středisko transplantací úřadem přímo řízeným Ministerstvem zdravotnictví ČR, který sleduje všechny odběry orgánů a transplantace v ČR, zajišťuje veškerou statistiku ve své oblasti a dohleduje 7 transplantačních center, která u nás působí. Největší z nich je Institut klinické a experimentální medicíny, kde transplantují srdce, játra, ledviny, pankreas, Langerhansovy ostrůvky a tenké střevo. Následují FN Motol (plíce, dětským příjemcům srdce a ledviny), Centrum kardiologicko-ateriální a transplantační chirurgie Brno (srdce, játra a ledviny). Další 4 centra transplantují pouze ledviny (Urologická klinika FN Hradec Králové, FN Plzeň, FN Olomouc a FN Ostrava).

KST působí nejen na národní úrovni, ale je součástí evropského transplantačního programu, kde jeho zástupce vznášá návrhy za Českou republiku k projednávání evropského norem. Podílí se rovněž na řadě mezinárodních projektů na podporu přeshraniční spolupráce v oblasti výměny orgánů, jako je například projekt FOEDUS. „Jedná se o mezinárodní program výměny orgánů, který pomáhá zvýšit šanci českým pacientům, že jim bude nalezen vhodný orgán pro transplantaci v zahraničí. Tato spolupráce je samozřejmě oboustranná. Orgány, které aktuálně nenajdou uplatnění v ČR, mohou pomoci pacientům mimo republiku. Kooperace v předávání orgánů probíhá ve velké míře se Slovenskem a připravuje se i s Polskem,“ vysvětluje profesor Adamec.

Zejména po praktické stránce činnost KST zajišťuje skupina koordinátorek, které přijímají telefonáty z regionálních transplantačních center, informace vkládají do systému a na základě počítačového



Počet dárců v jednotlivých TC ČR v období 1. 1. do 30. 11. 2015 | Foto: archiv KST

vyhodnocení kontaktují příslušná pracoviště. Jejich práci přibližuje národní koordinátorka transplantací Petra Novotná, DiS.: „Základem je správa transplantačních registrů. Ty zahrnují nejen čekací listiny na všechny orgány, ale i registr dárců a provedených transplantací. Registry aktualizujeme 24 hodin denně, 365 dní v roce. Nedílnou součástí naší práce je také koordinace a výběr vhodných příjemců na transplantaci orgánů a v neposlední řadě rovněž administrativa spojená s procesem transplantace.“

### Ani kadaverózních dárců není dost

Zatímco u žijícího dárce je možné transplantaci předem naplánovat, u kadaverózního dárce jde vždy o náhle vzniklou situaci. Informaci o potenciálním kadaverózním dárci orgánů podávají regionální nemocnice do příslušného transplantačního centra a odtud je zpráva okamžitě podána do KST. Z dárcovství jsou vyloučeni lidé, kteří za života vyjádřili nesouhlas s posmrtným darováním orgánů, u ostatních česká legislativa zakotvuje institut předpokládaného souhlasu. Samotný odběr orgánů musí proběhnout velmi rychle, například u srdce musí být transplantace provedena do 4 hodin od vyjmutí z těla dárce. Právě u srdce ale nebývá příliš komplikované najít vhodného příjemce, jenom v IKEM na něj čeká několik desítek lidí.

Dlouhodobě jsou o několik procent lepší výsledky transplantací orgánů od žijících dárců. V těchto případech jde o zdravé dárce, kteří jsou vyšetřeni s předstihem, u příbuzenských výkonů může být i vyšší imunologická shoda.

Nejen žijících, ale ani kadaverózních dárců orgánů není dost. „Počet kadaverózních dárců v posledních letech stagnuje. Dáno je to zdokonalováním medicíny, nemocní na ARO jsou tak dlouho ‚léčeni‘, že pak nesplňují kritéria dárcovství. Počet kadaverózních dárců je těmito faktory limitovaný, do určité míry by ale jeho nárůst ovlivnila především větší finanční podpora ze strany pojišťoven a MZ ČR,“ předpokládá ředitel KST. Za stávající situace dostávají nemocnice za péči o dárce určitou úhradu, ale v příjmu zdravotnického zařízení se to projevuje až v následujícím roce, což nepůsobí motivačně. „Pojišťovny by měly být regulátorem zdravotnictví a jejich úkolem by mělo tudíž být i motivovat dárcovský program v nemocnicích, což se neděje. Teď se připravuje změna. Již výtípkování potenciálního dárce bude okamžitě ohodnoceno signálním kódem. Jde o částku 10 tisíc korun, což není mnoho, ale nám to pomůže už i tím, že zjistíme, které nemocnice jsou v dárcovském programu aktivní. Tuto povinnost samozřejmě mají ze zákona, ale z centra nelze důsledně vysledovat, zda se v té

kteří nemocníci potenciální dárce vyskytl. Pojišťovny by při rozvaze o podpoře dárcovství měly víc brát v potaz například poměr nákladů na dialýzu a na transplantaci ledviny, když už v druhém roce jsou náklady na pacienta po transplantaci poloviční,“ upozorňuje profesor Adamec. Problém financování ale není to jediné, co dárcovský program v nemocnicích limituje. Podle nemocnic nebývá vždy jednoduše přesvědčovat o dárcovství pozůstalé, a také pokud by v souvislosti s odběrem nastaly právní spory, jdou za nemocnicí.

### Jen osvěta nestačí

Na čekací listině je nyní v průměru asi 1000 lidí a na vhodný orgán průměrně čekají dobu kratší než jeden rok, ať už jde o jakýkoli orgán. Jsou tam ovšem lidé, kteří jsou transplantováni do 2 nebo 3 měsíců, ale jiní čekají třeba 2 roky, například kvůli vzácné krevní skupině, nebo jsou komplikovaní imunologicky. „V současné době máme na čekací listině i člověka, který čeká na multiviscerální transplantaci. Pokud se najde optimální dárce, i on se do roka dočká, ale je to velmi komplikovaná situace, jde o čtyři či pět orgánů a všechny musejí být schopné transplantace,“ vysvětluje profesor Adamec. Nejvíce lidí čeká na dárce ledviny, doba čekání může být i dva nebo tři roky. U orgánů pro ortotopické transplantace,

jako je srdce, plíce nebo játra, je zásadní i otázka jejich velikosti. U ledviny tomu tak není, vkládá se do jámy kyčelní, čili i velkou ledvinu lze dát dítěti, obdobně tolik nezáleží na velikosti u slinivky.

Součástí personálně nepočteného KST je i advokát. Podle množství právních stanovisek na webových stránkách se za KST musí vyjadřovat k celé řadě otázek. Ochránit se Česká republika musí i před transplantační turistikou. „Vylučuji, že by u nás proběhlo tajné dárcovství a tajné transplantace. Nehrozí to nejen z legislativních, ale i technických důvodů. Je velmi komplikované správně odebrat orgán a transplantovat ho. Navíc pacienta musíte dlouhodobě sledovat a podávat mu imunosupresiva. Jinou záležitostí jsou výjezdy za transplantacemi do některých rozvojových zemí, hovoříme o tom na evropských setkáních center a snažíme se před tímto nebezpečným byznysem varovat,“ dodává ředitel KST.

Stejně jako v ostatních klinických oborech i v oblasti transplantací může přibývat právních sporů, například profesor Adamec připomíná několikaletou kauzu v USA, kdy se manželka, dárkyně ledviny manželovi, domáhala po rozvodu vrácení své ledviny. Dárcovství může vážně poškodit i korupční skandál, jako se to stalo nedávno v Německu, kdy mimo transplantační koordinační centrum došlo k posunu na čekací listině na transplantaci jater (falšováním výsledků vyšetření pacienta). Důsledkem byla ztráta důvěry žijících dárců a masivní pokles dárcovství. KTS již zná výsledky za rok 2015, ten předchozí byl v historii českého transplantu absolutně neúspěšnější. V KST registrovali 263 kadaverózních dárců, to je 26 dárců na 1 milion obyvatel. Je to opravdu hodně, v sousedním Německu to bylo 16 : 1 000 000. Nejvíce dárců orgánů je ve Španělsku. Tam má každá nemocnice svého „dárcovského konzultanta“ a stát ho financuje. Velmi dobře je na tom s dárcovstvím Chorvatsko, kde již úhrada za „signální kód“ platí a pomohlo to. „V České republice se v oblasti motivace k dárcovství dosud šlo především cestou osvěty, jistě i to je dobrá možnost. Ale ono nejde jen o dobrou vůli, je s tím okamžitě spojena celá řada úkonů a nákladů. Pouhé vypsání úmrtního listu je samozřejmě rychlejší a levnější,“ uzavírá profesor Adamec. **Jana Jilková**

# Onkologická sympozia přinesla novinky z uroonkologie a mamologie

Koncem listopadu proběhly v pražském hotelu Olympic Artemis 23. onkologicko-urologické sympozium a 19. mamologické sympozium. Edukačně zaměřená sympozia jsou tradičně určena nejen onkologům, ale všem zájemcům z široké lékařské veřejnosti.

**I**nformace o akcích nám poskytl prezidentka sympozií, primářka Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze **prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.**

## Stoupá incidence, klesá mortalita

První z uvedených sympozií se letos zaměřilo na problematiku karcinomu prostaty, jeho detekci, epidemiologii a možnosti léčby. „Nepříznivým trendem je vzestup incidence tohoto karcinomu a přesun zachytu do nižších věkových kategorií, jak vyplývá z dat Národního onkologického registru. Naopak příznivou skutečností je, že klesá mortalita na tento zhoubný nádor a častěji jsou zachycovány nádory v časném stadiu, které je dobře léčitelné,“ uvedla profesorka Abrahámová.

K dispozici je dnes řadu léků ovlivňujících prognózu pacientů s pokročilým karcinomem prostaty a je zde snaha přesunout léčbu využívavanou v pozdějších stadiích do stadií časnějších – s cílem zabránit další progresi nádoru. Ač-

koli posledně zmíněné postupy nejsou zatím *lege artis*, výsledky recentních studií by mohly přinést změnu v aktuálních léčebných doporučeních.

Léčba se však nenasazuje vždy a za každou cenu. V některých případech se u nepokročilého lokalizovaného karcinomu prostaty u starších mužů uplatňuje přístup vyčkávání a sledování (*watchful waiting*). „Ukazuje se, že u části mužů, kteří zemřeli na jiné onemocnění, je karcinom prostaty náhodně nalezen při pitvě. Odstranění takového karcinomu, který nejeví známky agresivního růstu, nemá žádný velký význam. Naopak radikální operace s sebou nese mutující poškození a mnohá rizika,“ vysvětlila profesorka Abrahámová.

## Nové cílené léky a imunoterapie

V oblasti nádorů varlat, kterými se zabývala další část sympozia, nedošlo k zásadním léčebným pokrokům. V brzké době by se však podle profesorky Abrahámové mohl objevit na trhu první cílený lék pro tuto diagnózu.

Přednášky z této oblasti se zaměřily na epidemiologii nádorů testis, tým lékařů z FN Motol pak referoval o zkušenostech s testikulárními a paratestikulárními nádory u dětí, adolescentů a mladých dospělých v letech 2000–2013. Další přednášející seznámili účastníky s technikami laparoskopické retroperitoneální lymfadenektomie v léčbě testikulárních nádorů. Minisymposium se zaměřením na renální karcinom představilo imunoonkologické novinky v léčbě tohoto zhoubného nádoru. „Dříve byla prognóza pokročilého a metastatického renálního karcinomu zcela infaustní. V současnosti máme k dispozici řadu cílených molekul, bohužel stále nedokážeme identifikovat prediktivní marker pro jejich léčebný efekt, takže nasazované biologické léky nejsou účinné u všech pacientů. V klinickém testování je nicméně nadějný lék na imunoonkologické bázi, který by mohl tuto situaci zlepšit,“ prozradila profesorka Abrahámová. Imunoterapie se v onkologii již využívá u melanoblastomu a bronchogenního karcinomu.

## Stoupá zachyt časných stadií

19. mamologické sympozium se zabývalo problematikou karcinomu prsu z pohledu epidemiologie, prediktivní genomiky a časného zachytu, možnostmi neoadjuvantní systémové léčby, hormonální léčby premenopauzálních pacientek, karcinomem prsu u těhotných a kojících žen a nádory prsu u dětí a adolescentů. „Hovořili jsme rovněž o výsledcích mamografického screeningu, který probíhá již několik let, a souvisejících epidemiologických parametrech. Zdá se, že dosavadní stoupající incidence dosahuje v posledních letech fáze platů a nemuselo by tedy docházet k dalšímu nárůstu. Data z registru BREAST pak dokladují častější zachyt stadií I a II karcinomu prsu. Je to dáno jednak samotným mamografickým screeningem, jednak tím, že ženy o sebe začaly více pečovat,“ vysvětlila prof. Abrahámová a dodala, že přes veškeré snahy odborníků oslovit širokou veřejnost bohužel v populaci zůstává část pacientek, které na *screening* nechodí a chodit nebudou.

Dalším pozitivním trendem je fakt, že se prodlužuje celkové přežití pacientek s karcinomem prsu a snižuje úmrtnost na tento zhoubný nádor. Důvodem je již zmíněný častější zachyt časných stadií karcinomu, navíc je k dispozici účinná léčba umožňující i pacientkám s pokročilým nádorem žít kvalitní život. Vedle bezpečnosti a účinnosti léčby se kvalita života onkologických pacientů dostává stále více do popředí při výběru vhodné léčby.

„Významným přínosem v léčbě karcinomu prsu je zejména neoadjuvantní léčba u HER2-pozitivních pacientek s lokálně pokročilým nádorem. Zde je možné dosáhnout kompletní patologické remise onemocnění, což zjednodušuje následnou chirurgickou léčbu. Patologická remise znamená zároveň delší dobu do progresu, a některé studie poukazují dokonce na delší přežití těchto pacientek. Za zmínku stojí i to, že trendem jsou v současnosti záchranné operace a ablace prsu se již neprovádějí standardně,“ shrnula profesorka Abrahámová.

Na organizaci sympozií se podílely Nadační fond onkologie pro 21. století, Onkologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Česká onkologická společnost ČLS JEP a Česká urologická společnost ČLS JEP. Spolupřezidenty sympozií byli prof. MUDr. Marek Babjuk, CSC., a doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA. **MUDr. Andrea Skállová**

# Existuje asexualita?

Občas mi v ordinaci muži, kteří nějakou dobu pozorují snížení své sexuální apetence, položí otázku, zda se z nich nestávají asexuálové.

**V**šudypřítomný internet jim většinou dostatečnou odpověď neposkytne, a tak se nakonec ocitnou v našem ústavu. Nutno říci, že mnohdy stačí otevřený rozhovor, který osvětlí některá zákoutí tohoto stavu, a muž odchází ujištěn a současně uspokojen tím, že o asexualitu nejde.

## Chybění sexuální touhy či orientace

Pro odborníka přítom není zase tak obtížné u pacienta asexualitu diagnostikovat. Zcela nepochybně je velmi důležitá především osobní anamnéza, zaměření na sexuální aktivitu, a to nejen na vlastní realizaci sexu, ale také na vnímání případných sexuálních objektů ve svém okolí. Asexualitou označujeme nejen chybění sexuální touhy,

ale také chybění sexuální orientace, případně obojího.

Jednoduše řečeno se jedná o jedince, kteří po sexu netouží a ani jej nerealizují. Nemají prostě o něj zájem. Nepřítahuje je, ani je neláká. Jsou většinou bez sexu velmi šťastní a svůj život si užívají díky jiným aktivitám, práci a také koníčkům a zábavám. Není výjimkou, že se věnují například charitativním nebo sociálním programům. Velmi často necítí ani nějaký sexuální deficit. Obvykle nemají rádi sex jako takový. Spíše mají zájem o dotyky. Výrazné uspokojení jim přináší například polibky. Polibky a laskání na obličeji, maximálně laskání prsou, většinou ani nemusí jít o nejintimnější partie lidského těla.

Jeden můj pacient byl připraven líbat se s muži i ženami. Ale nic víc.

Dokonce dával přednost především hezkým ženám a hezkým mužům, protože mu to přinášelo daleko výraznější vnitřní uspokojení. Ale pokud by dostal nabídku k sexuálnímu styku, v tu chvíli by přestal mít zájem. Falopletismografické vyšetření (PPG), kterým dobrovolně prošel, potvrdilo jednoznačně zájem o muže i ženy bez ohledu na věk, spíše ale s přihlédnutím k mladším osobám a velmi pohledným (tedy pokud takto můžeme okomentovat fotografickou vybavenost naší PPG projekce v ústavu).

## Musí se vše točit kolem sexu?

Někteří odborníci tvrdí, že asexualita jako taková je vlastně další sexuální orientací. Jiní ji zase zcela odmítají. Jeden z názorů hovoří o tom, že rozlišujeme heterosexu-

ály jako jedince se silnou přitažlivostí k opačnému pohlaví, homosexuály ke stejnému, bisexuály k oběma pohlavím a asexuály k žádnému pohlaví. Jiní odborníci hovoří o asexuálech jako u další sexuální menšině.

Faktem ale je, že všichni moji pacienti, které bych do této pomyslné skupiny zařadil, hovořili většinou velmi podobně: „Víte, pane doktore, v takto složitě době 21. století přece mohou existovat i lidé, jako jsem já, kteří vnímají svět poněkud jinak. Copak se opravdu musí vše točit kolem sexu? Copak není možné vnímat i jinou krásu a jiné vjemy?“

Něco na tom je. Doba je silně stresující, neskutečně rychlá, mnohdy velmi povrchní a také svým způsobem zlá až krutá a tito lidé nejsou určitě sami, kteří ji takto vnímají. Jen to prostě vyjadřují po svém. A vycházíme-li ze statistik, že v lidské populaci je asi 3–5 % asexuálů, tak to zase nemusí být jen hlas volajícího na poušti. Nejsme si jisti, jakou dobu vlastně asexualita existuje, může tady být

již dlouhá léta. Zcela určitě ale prezentuje naprosto odlišný pohled na lidskou sexualitu jako takovou, ale také na vnímání našeho současného světa. A určitě se shodneme na tom, že není deviací, natož aby škodila lidskému zdraví a působila společenské problémy.

**MUDr. Luděk Fiala,**  
gynekolog, sexuolog,  
Sexuologický ústav Praha



Zveme Vás na  
**XXII. Sympozium  
o morfologii a funkci střeva,**

kteří se koná v termínu  
21.–23. 4. 2016 v hotelu Bezděz,  
Staré Splavy, Máchovo jezero.

Sympozium je započítáváno  
do postgraduálního vzdělávání  
lékařů a sester. Více informací  
na [kristyna.pilarova@forsapi.cz](mailto:kristyna.pilarova@forsapi.cz)  
nebo na

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

## AKTUALITY

Naděje pro pacienty s **Marfanovým syndromem**

Zcela nový princip léčby začal nabízet Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) nemocným s prokázaným genetickým onemocněním pojiva, ve většině případů tedy pacientům s tzv. Marfanovým syndromem.

Vůbec poprvé v Česku zde kardiologické preventivně operovali pacienta, kterému hrozilo v budoucnu nebezpečí rozšíření, nebo dokonce prasknutí aorty, jež je ve většině případů smrtelné. Pacientovi na jeho aortu našli na míru vytvořenou zevní výztuhu – Exstent, který dokáže těmto závažným komplikacím souvisejícím s diagnózou Marfanova syndromu prokazatelně zabránit.

**Výztuha pro aortu**

Petr Sejk z Prahy se stal prvním pacientem, který tento preventivní zákrok podstoupil. „Já o své nemoci vím už od dětství, kvůli nebezpečí prasknutí aorty – jedné z komplikací Marfanova syndromu – byla operovaná už moje ba-

bička i máma. Věděl jsem, že je jen otázka času, kdy budu muset na operaci jít. Lékaři mě varovali, že moje aorta už nemusí dlouho vydržet, byl jsem proto rád, když mi lékaři v IKEM řekli, že existuje možnost, kdy se aorta jen preventivně obalí výztuhou, že do ní nebudou muset zasahovat nebo že nenastane chvíle, kdy aorta dokonce praskne a já bych mohl zemřít,“ popisuje Petr Sejk.

Jedním z typických příznaků Marfanova syndromu je disekce aorty (její postupné odlepení) a rozšiřování. „U těchto pacientů časem hrozí, že aorta praskne, což je ve většině případů, bez okamžitého náročného chirurgického zákroku, smrtelné. Právě protržení aorty je jedním z důvodů, proč se pa-

cienti s Marfanovým syndromem dožívají průměrně jen 35 let věku. Díky Exstentu teď mají naději, že k těmto život ohrožujícím problémům nemusí dojít. Ve Velké Británii, odkud tato metoda pochází, za posledních 15 let operovali již více než 60 pacientů a ani u jednoho z nich pak k prasknutí aorty nedošlo, což nás přesvědčilo, že je tato metoda relativně bezpečná a pro pacienty výhodná,“ vysvětluje přednosta Kardiocentra IKEM prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc.

**Výhodná metoda i pro pojišťovny**

Exstent je na míru vytvořený funkční obal pro největší tepnu lidského těla. „Každému pacientovi s prokázaným genetickým one-

mocněním pojiva uděláme nejprve velmi podrobný CT obraz jeho aorty. Ten poté posíláme do Velké Británie, kde podle něj vytvoří přesný model – jakousi šablonu aorty konkrétního pacienta – a podle této šablony se následně vyrobí ze speciálního materiálu Exstent. Samotný operační výkon, kdy je Exstent zafixován přímo na aortu pacienta, trvá kolem dvou hodin a je prováděn ve většině případů bez mimořádného oběhu,“ popisuje zástupce přednosta Kardiologické kliniky IKEM MUDr. Jiří Malý, Ph.D. Zajímavostí je, že Exstent vyvinul ve Velké Británii Tal Golesworthy, muž, který sám Marfanovým syndromem trpí. Byl zároveň i prvním pacientem, který si nechal Exstent na aortu před téměř 15 lety našít.

Institut klinické a experimentální medicíny chce v budoucnu provádět tyto preventivní zákroky u jednotek přesně indikovaných pacientů ročně, kteří mají jasně prokázané genetické onemocnění. „Aktuálně jednáme s pojišťovnami, aby Exstent začaly hradit. Je to totiž metoda, která je výhodná nejen pro pacienty, kterým tímto výkonem můžeme prodloužit život o desítky let, ale i pro pojišťovny samotné. Preventivní zákrok je vždy levnější, než když lékaři musejí řešit prasklou aortu akutně. Navíc tím, že se nám podaří tyto pacienty soustředit do jednoho kardiocentra v České republice, budeme jim moci nabídnout specializovanou péči a především rozsáhlé zkušenosti, které jsou u této diagnózy více než potřebné,“ doplňuje ředitel IKEM MUDr. Aleš Herman, Ph.D.

(Zdroj: IKEM) (red)

KOMERČNÍ PREZENTACE

Češsky chtějí děti **příliš pozdě**

Třicet let se MUDr. Petr Uher, Ph.D., věnuje reprodukční medicíně a souvisejícím metodám léčby neplodnosti žen i mužů. V 80. letech byl členem brněnského týmu doktora Pilky, který přivedl na svět vůbec první „dítě ze zkumavky“ v tehdejší Československu. Vedl porodnice v rakouském Dornbinu i Zell am See či reprodukční centra ve švýcarském Niedeuwillu a Plzni. Dnes je Petr Uher vedoucím lékařem v karlovarské klinice Karlsbad Fertility a vědeckým ředitelem jedné z nejlepších klinik v Praze, IVF Cube.

**Jak se za těch 30 let, co se reprodukční medicíně věnujete, tento obor změnil?**

Dramaticky, ale především se výrazně změnila důvody, proč se léčbou neplodnosti vůbec zabýváme. Zatímco před lety byly nejčastějším důvodem neplodnosti různé dysfunkce, dnes je to jednoznačně vysoký věk, ve kterém ženy začínají o otěhotnění usilovat. Ten se během několika posledních desetiletí velmi výrazně posunul. Jde o všeobecný sociální jev související s postavením ženy ve společnosti a nároky, které jsou na ni dnes kladeny v oblasti profesního života. Velmi zjednodušeně se dá říci, že kdyby většina žen otěhotněla kolem 20. roku života, jak tomu bylo v minulém století, tak by lékaři specializující se na reprodukční medicínu měli výrazně méně práce.

**Nejčastější příčinou, proč dnes páry vyhledávají pomoc odborníků na neplodnost a repro-****dukčních center, je tedy odkládání mateřství?**

Ano, a náš obor se na tento fakt v posledních 20 letech musel adaptovat. Věk má na ženskou fertilitu samozřejmě velmi významný vliv, řada průzkumů však ukazuje, že velká část Čechů žije v naivní iluzi, že spontánní otěhotnění ve věku po 35. roku života je u ženy zcela přirozené. Stejně tak lidé přeceňují možnosti dnešní reprodukční medicíny. Proto všem ženám bez rozdílu věku doporučujeme, ať se o svoji plodnost zajímají minimálně do té míry, že podstoupí test plodnosti, což je neinvazivní ambulantní vyšetření. V případě nízké aktivity vaječníků tak mohou začít terapii co nejdříve.

**V čem takový test plodnosti spočívá a kolik stojí?**

Takzvaný fertility check se skládá, kromě základního gynekologického vyšetření a obecné hormonální analýzy, ze stanovení antimüllerianského hormonu (AMH)



Foto: IVF Cube

v krvi a z ultrazvukového vyšetření pro určení počtu antrálních folikulů. My se na tuto problematiku snažíme neustále upozorňovat, a i proto test plodnosti nabízíme ženám na našich klinikách dvakrát ročně zcela zdarma. Jde o formu osvětové činnosti a zvyšování povědomí veřejnosti o tomto problému. Než jsem založil svůj vlastní institut, působil jsem již jako vedoucí lékař na jiných klinikách v Rakousku a Německu, kde jsou právě privátní kliniky těmi hlavními subjekty, jež tato témata otevírají v médiích a otevřeně o nich mluví.

**Je to proto, že privátní IVF centra mají v oblasti reprodukční medicíny více praktických zkušeností než akademické instituce?**

Je to tak, díky tisícům provedených reprodukčních cyklů jak v Karlsbad Fertility, tak na naší partnerské klinice IVF CUBE v Praze máme mnohem více dat než například státní nebo fakultní nemocnice, které se primár-

ně na IVF terapii nespécializují. Tyto zkušenosti a data o pacientech jsou pro akademiky velmi zajímavé, proto spolupracujeme s mnoha klinikami a univerzitními zařízeními. Společně se Sexuologickým ústavem UK v Praze například vyvíjíme nové moderní techniky v diagnostice spermií. Uvědomujeme si, že privátní sféra v reprodukční medicíně se musí aktivně podílet na zvyšování povědomí veřejnosti o příčinách a hrozbách neplodnosti. Ale nejde jen o pozdní věk otěhotnění, těch společenských témat je v oblasti fertility celá řada.

**Můžete zmínit nějaká další?**

Například aktuální trend, kdy velké korporace nabízejí svým zaměstnankyním úhradu nákladů se zamražením vajíček a odložení těhotenství na pozdější věk. „Social freezing“ se může na první pohled zdát jako vypočítavý, bezohledný krok zaměstnavatele, který vytváří tlak na zaměstnankyni, aby odložila mateřskou dovolenou na později kvůli profesní kariéře. My reprodukční specialisté ale tento koncept nevnímáme negativně – odběr vajíček se v tomto případě provádí v optimálním věku a jejich pozdější použití představuje výrazně větší šanci otěhotnět s použitím vlastních vajíček. V opačném případě, tedy kdy žena protáhne kariéru až k 40. roku života a následně se snaží spontánně otěhotnět, často nezbyvá než k otěhotnění použít oocyty dárkyně. (akt)



# HEATON, partner ve vzdělávání zdravotnických odborníků

**Společnost HEATON je mezinárodní farmaceutickou akciovou společností, s výhradně českým kapitálem se sídlem v České republice. V současnosti HEATON disponuje rozsáhlým portfoliem léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, ve kterém jsou perspektivní molekuly z oblastí jako je gynekologie, transplantologie, urologie, nefrologie a onkologie.**

Společnost si klade za cíl být kvalitním partnerem jak odborné, tak i široké laické veřejnosti. V letošním roce se rozhodla navázat na již v minulosti s úspěchem realizované vzdělávací projekty. Opětovně byla navázána spolupráce s renomovanou společností Doškolení lékařů Levret s. r. o. a spolu s ní HEATON organizuje vzdělávací cyklus pro lékaře gynekology – Malé doškolovací dny. Semináře budou probíhat postupně od března do května v 8 českých městech. Na jednotlivých seminářích zazní v podání předních českých odborníků přednáška na téma infekce v těhotenství, přednáška o trendech v antikoncepci a další. Vysoká odborná úroveň je zaručena garantem Malých doškolovacích dnů, kterým je prof. MUDr. David Cibula, CSc. Podrobné informace o připravovaném cyklu lze najít na webových stránkách [www.levret.cz](http://www.levret.cz) nebo na [www.heaton.cz](http://www.heaton.cz).

Další vzdělávací projekt je určen pro lékaře nefrology. Společnost HEATON je partnerem České nefrologické společnosti a pod její záštitou, zejména pak pod patronátem **prof. MUDr. Ivana Rychlíka, CSc., FASN, FERA**, pořádá v Praze 17. února 2016 Partnerský den

– přednáškový večer, který nese název Současné kontroverze a otázky v diagnostice a terapii infekcí močových cest. V rámci večera se o své zkušenosti s diagnostikou a terapií infekcí močových cest podělí lékaři z různých oborů – urologie, gynekologie, infektologie. Bližší informace o Partnerském dnu můžete najít na webových stránkách České nefrologické společnosti [www.nefrol.cz](http://www.nefrol.cz) nebo na stránkách společnosti HEATON [www.heaton.cz](http://www.heaton.cz).

V neposlední řadě se společnost chce přiblížit i odborné veřejnosti z řad farmaceutů. Pro tyto odborníky připravuje HEATON, ve spolupráci se společností Angis, dva vzdělávací projekty. Jedním z nich je e-learningová forma vzdělávání, kde se farmaceut přes webový portál [www.angiseducare.cz](http://www.angiseducare.cz) vzdělává z pohodlí svého domova. Pro tento projekt bylo zvoleno téma diagnostiky a terapie vaginálních infekcí. Dalším vzdělávacím projektem jsou farmaceutické konference, které společnost Angis již tradičně pořádá po celé České republice. Letos je HEATON jedním z partnerů, kteří podporují tuto formu vzdělávání. Informace o konferencích lze najít opět na webu [www.heaton.cz](http://www.heaton.cz) a také na [www.angis.cz](http://www.angis.cz)

Společnost HEATON chce být vnímána jako seriózní partner odborníků působících ve zdravotnictví. V letošním roce se HEATON, kromě nabídky kvalitního portfolia léčivých přípravků, více soustředí i na oblast vzdělávání zdravotnických odborníků a nabídne odborné veřejnosti podporu vzdělávání, kterou vnímá jako smysluplnou součást svých činností.

# Heaton

HEALTHCARE GROUP

## PARTNERSTVÍ S RESPEKTEM A DŮVĚROU

- Gynekologie
- Onkologie
- Nefrologie
- Urologie
- Transplantologie
- ATB

### HEATON k.s.

 Na Pankráci 14  
140 00 Praha 4  
Česká republika

 +420 242 428 690

 [info@heaton.cz](mailto:info@heaton.cz)



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

# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Výběrové řízení

### Primář/-ka

#### NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE, A. S.,

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice, Pardubická nemocnice, vypisuje výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

- primář/primářka Anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru

ru anesteziologie a intenzivní medicíny,

- minimálně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon funkce primáře, příp. splnění podmínek pro její vydání,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- řídicí a organizační schopnosti,
- schopnost koordinace a týmové práce,
- komunikační schopnosti.

Detailní informace k výběrovému řízení jsou uvedeny na:

<http://www.nempk.cz/vyberova-řízení-pardubicka-nemocnice>

Uzávěrka písemných přihlášek je 29. 2. 2016 ve 12.00 hodin.

Kontakt: Nemocnice Pardubického kraje, a. s., úsek personálního ředitele, Ing. Pavlíková, Kyjevská 44, 53203 Pardubice.

M161000070

## Volná místa

### Revizní lékař

#### OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

hledá pro centrálu v Praze:

- revizního lékaře – agenda regresů na poloviční úvazek
- revizního lékaře pro chirurg. obory na plný nebo částečný úvazek
- revizního lékaře na problematiku DRG na plný nebo částečný úvazek

V případě zájmu pište na e-mail: [daria.studena@ozp.cz](mailto:daria.studena@ozp.cz) nebo tel.: 261 105 252.

M161000046

### Sekundární lékař/-ka

#### FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5,

přijme pro Kardiologickou kliniku 2. LF UK a FNM sekundárního lékaře/-ku.

Požadavky: absolvování spol. int. kmene a příprava ke kardiol. atestaci výhodou, event. akceptujeme i absolventa LF.

Nabízíme: prof. růst, plný úvazek (zástup za MD), ubyt. pro mimopražské, zam. benefity, nástup ihned.

Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail: [josef.veselka@fnmotol.cz](mailto:josef.veselka@fnmotol.cz), [pavla.dlouha@fnmotol.cz](mailto:pavla.dlouha@fnmotol.cz). Info na tel.: 224 434 901.

M151001008

### Fyzioterapeut/-ka

#### MĚSTSKÁ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE (PRAHA 9)

přijme vedoucího fyzioterapeuta/-ku na malé oddělení fyzioterapie (5 fyzioterapeutek).

Požadujeme registraci v oboru a pět let praxe ve funkci vedoucího fyzioterapeuta.

Nabízíme klidnou práci v malém kolektivu, příjemné pracovní prostředí, velmi dobrou dopravní dostupnost (areál je přímo u stanice metra Českomoravská), nadstandardní platové ohodnocení a benefity (příspěvky na stravování a penzijní připojištění).

Kontakt: MUDr. Andrllová, tel.: 284 000 895, e-mail: [andrllova@mnnp.cz](mailto:andrllova@mnnp.cz)

M161000007

### Psychiatr

#### DŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V OSTRAVĚ

přijme:

- psychiatra s psycho-terapeutickým vzděláním

Informace: Ing. A. Beránek, mobil: 603 702 698, e-mail: [ddz@ddz.cz](mailto:ddz@ddz.cz)

M151000567

### Lékaři

#### FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE, V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5,

přijme pro Klinikou dětské a dospělé ortopedie a traumat. 2. LF UK a FNM lékaře/-ky (bez at., nejlépe absolv.), na úvazek 0,5 v kombinaci s postgraduálním studiem.

Požadavky: zájem o obor; zájem o vědecko-výzkumnou, publikační a prezentační činnost; praxe na klinickém pracovišti (i během stu-

## Oborová zdravotní pojišťovna

vyhlašuje výběrové řízení na pracovní pozici:

## Náměstek zdravotního ředitele pro zdravotní služby

- tvorba koncepce zdravotní politiky a úhradové strategie
- řízení útvarů

Podmínka: VŠ vzdělání lékařského směru

Bližší info na [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz)  
V případě zájmu pište na e-mail: [daria.studena@ozp.cz](mailto:daria.studena@ozp.cz)

Inzerce M161000046

dia) vítána; od event. zahraničního zájemce požadujeme perfektní znal. ČJ slovem i písmem. Nabízíme: možnost prof. růstu, ubyt. pro mimopražské, zam. benefity. Písemné nabídky s CV zasílejte na e-mail: [michaela.bezroukova@fnmotol.cz](mailto:michaela.bezroukova@fnmotol.cz)

M161000053

### Praktický lékař

MĚSTSKÁ POLIKLINIKA PRAHA přijme do svého kolektivu všeobecného praktického lékaře pro dospělé s atestací či bez atestace a lékaře na pracovnělékařské služby s atestací z pracovního či všeobecného praktického lékařství. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Nabízíme zavedenou ordinaci v centru Prahy, přátelský kolektiv, zaměstnanecké stravování a příspěvek na vzdělávání. Kontakty: tel.: 222 924 214, e-mail: [t.brunerova@prahamp.cz](mailto:t.brunerova@prahamp.cz)

M161000066



**Pomozte lidem dívat se do dálky**

Jste týmový hráč? Baví vás kontakt se zákazníky? Vystudoval jste obor optometrista? Tak hledáme právě vás. Na pozici odborný zástupce optiky, HM Ostrava-Hrabová.

**TESCO**

Kontakt: 11009mhr@cz.tesco-europe.com, tel.: +420 601 385 003

Inzerce M161000003

## ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA

### ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 1/2016

#### Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: [miksova@mf.cz](mailto:miksova@mf.cz)

#### Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: [klusakova@mf.cz](mailto:klusakova@mf.cz)  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: [havlova@mf.cz](mailto:havlova@mf.cz)  
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)  
tel. 225 276 432, e-mail: [jilkova@mf.cz](mailto:jilkova@mf.cz)  
MUDr. Andrea Skállová  
(Medicina a kongresové zpravodajství)  
tel. 225 276 418, e-mail: [skalova@mf.cz](mailto: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](mailto: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 Kršiák, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poleďné, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtíšková  
Mgr. Alena Srnidová  
Ing. Bc. Irena Kouřilová  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

#### OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

#### Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová  
tel.: 225 276 355  
e-mail: [kupcova@mf.cz](mailto:kupcova@mf.cz)

#### Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl  
tel. 225 276 255, 602 208 624  
e-mail: [kratochvil@mf.cz](mailto:kratochvil@mf.cz),  
[personalni.inzerce@mf.cz](mailto:personalni.inzerce@mf.cz)



MILADÁ FRONTA

#### Generální ředitel

Ing. David Hurta

#### Ředitel divize Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

#### DTP

Retušeré: Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubicka, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

#### MARKETING

Ředitelka marketingu Hana Holková

#### DISTRIBUCE A VÝROBA

Ředitelka distribuce a výroby  
Soňa Starhová  
Koordinační výroby a distribuce divize  
Medical Services  
Lucie Bittnerová, e-mail: [bittnerova@mf.cz](mailto:bittnerova@mf.cz)  
Předplatné  
Monika Snaidrová  
tel. 225 276 392, e-mail: [snaidrova@mf.cz](mailto:snaidrova@mf.cz)

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.  
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4  
IČ: 01847082

Adresa 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](mailto: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](mailto:mladafronta@predplatne.cz),  
[www.mf.cz](http://www.mf.cz)

Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., Zákaznické centrum,  
Videňská 995/63, 639 63 Brno,  
tel. 532 165 165, e-mail: [export@mediaservis.cz](mailto:export@mediaservis.cz)

#### Objednávky SR:

Mediapiřít 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.sk](mailto:predplatne@abompkapa.sk)

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

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

Tisk EUROPRINT a. s.  
Číslo dáno do tisku 21. 1. 2016

Přetisk 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

## Endokrinolog

Hledám lékaře endokrinologa pro práci v diabetologické a endokrinologické ambulanci.

Úvazek 2 dny v týdnu, možnost dalšího rozšiřování. Nástup a mzda dle dohody. Podmínka: atestace v oboru endokrinologie. Oblast Praha 4.

Bližší informace na tel: 605 949 509  
M161000014

## Lékař

Hledám lékaře pro práci v diabetologické, interní a endokrinologické ambulanci.

Podmínka: atestace v oboru interna nebo diabetologie, nebo složená základního kmene.

Úvazek: 3 dny v týdnu. Nástup a mzda dle dohody. Oblast Praha 4. Bližší informace na tel: 605 949 509  
M161000013

## Fyzioterapeut/-ka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE  
NÁSLEDNÉ PĚČE (PRAHA 9)

přijme na lůžkové oddělení fyzioterapeutku/-ta. Požadujeme registraci v oboru.

Nabízíme klidnou práci v malém kolektivu, příjemné pracovní prostředí, velmi dobrou dopravní dostupnost (areál je přímo u stanice metra Českomoravská), motivující platové ohodnocení a benefity (příspěvky na stravování a penzijní připojištění). Částečný úvazek možný.

Kontakt: primářka MUDr. Andrllová, tel.: 284 000 895, e-mail: andrllova@mnnp.cz  
M161000008

## Lékař ARO

NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,  
přijme do pracovního poměru:

## ■ lékaře pro oddělení ARO

Požadujeme:

- specializovaná způsobilost v oboru anestezie a resuscitace vítána,
- uvítáme zařazení v přípravě v oboru anestezie a resuscitace,
- vhodné i pro absolventy VŠ.

Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti,
- nástup ihned nebo podle dohody,
- plný pracovní úvazek,
- po zapracování trvalý pracovní poměr,
- výhodné mzdové ohodnocení v souladu s vnitřními předpisy dle dosažené praxe a kvalifikace,
- možnost absolvování speci-

začního vzdělání bez smluvního závazku,

- možnost dalšího odborného růstu, jsme držiteli akreditace pro další vzdělávání,
- 5 týdnů dovolené + 1 týden navíc,
- pracovní doba, včetně ÚPS, v souladu se zákoníkem práce,
- možnost ubytování na ubytovně v areálu nemocnice,
- cenově výhodné stravování ve vlastní jídelně,
- příspěvek na penzijní připojištění (při plném pracovním úvazku a pracovním poměru trvajícím alespoň 1 rok).

Oddělení ARO má udělenou akreditaci I. stupně pro vzdělávání lékařů v oboru anestezie a resuscitace. Bližší informace podá: MUDr. Radovan Prchlík, primář oddělení, tel.: 381 605 000; 777 634 634, e-mail: radovan.prchlik@nemta.cz  
M161000075

## Více pozic

NEMOCNICE MĚŠICE,  
PRAHA – VÝCHOD,  
přijme do svého týmu lékaře různých odborností. Nástup možný ihned. Bližší informace podá primářka MUDr. R. Štěpánková, tel.: 736 264 266.  
M161000063

## Více pozic

NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,  
přijme do pracovního poměru:

- lékaře pro interní oddělení – gastroenterologie
- lékaře pro plicní oddělení (TRN)

- VŠ lékařství, specializovaná způsobilost vítána
- Akceptujeme zařazení v oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa
- Plný pracovní úvazek
- Dobré mzdové ohodnocení
- Dobré podmínky pro specializační vzdělávání
- Finanční náborový příspěvek

Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci MZ ČR v oboru vnitřní lékařství – II. stupeň – a v oboru gastroenterologie – I. stupeň, a požádáno o prodloužení akreditace v oboru pneumologie a ftyzeologie – II. stupeň.

Nástup dle dohody.

Bližší informace podá: MUDr. Ladislav Douša, primář oddělení INT 1 (gastro), tel.: 381 606 000 e-mail: ladislav.dousa@nemta.cz MUDr. Kamil Kleňha, primář oddělení TRN tel.: 381 606 400 e-mail: kamil.klenha@nemta.cz  
M161000078



Oblastní nemocnice Náchod a. s.  
přijme

## nutričního terapeuta

## Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 96/2004 Sb. v oboru
- specializace v oboru výhodou

## Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- poskytujeme stabilizační odměnu 20 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- nástupní mzda bez praxe od 18 000 Kč + výkonnostní odměny
- mzda nutričního terapeuta se specializací od 20 000 Kč + výkonnostní odměny

## Přihlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000084



přijme

lékaře  
ORTOPEDIE  
ARO  
GYNEKOLOGICKO-PORODICKÉ

do nemocnice Rychnov nad Kněžnou

## Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

## Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditované pracoviště (ORTOPEDIE)
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč, příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

## Přihlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000085

## Nemocnice Písek, a. s.

přijme

všeobecné  
sestryzdravotnické  
asistenty

## Nabízíme:

- zajímavé finanční ohodnocení
- práci na akreditovaném pracovišti
- možnost bezúplatného profesního růstu
- zaměstnanecké benefity
  - zajištění ubytování (1+1, garsonka)
- nástup možný ihned

## Kontakt:

Nemocnice Písek, a. s.,  
Karla Čapka 589  
tel.: 382 772 017,  
382 772 020  
e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce M161000060

## Nemocnice Písek, a. s.

přijme

## lékaře, absolventy fakult nebo specialisty

pro oddělení:

gynekologicko-porodnické • interní  
• neurologické • ORL • radiodiagnostické

## Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení • pracovní pozici na akreditovaném pracovišti • možnost bezúplatného profesního růstu • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování (1+1, garsonka) • nástup možný ihned

## Kontakt

Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589  
tel. 382 772 017, 382 772 020, e-mail: personalni@nemopisek.cz

Inzerce M161000059

Inzerce M161000086

# Odborné symposium Kardiologie pro interní praxi

Symposium se koná v úterý  
**23. 2. 2016 od 14.00 hodin**  
v Erbia Congress Centrum,  
27. patro budovy City Tower

## GARANTI ODBORNÉHO PROGRAMU:

**prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA**  
Česká kardiologická společnost

**prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM**  
Česká internistická společnost ČLS JEP

# Inzulínová senzitivita

společný problém diabetologa  
a endokrinologa

Symposium se koná ve čtvrtek  
**11. 2. 2016 od 14.00 hodin**  
v Žižkovské věži  
(Mahlerovy sady 1, Praha 3)

## GARANTI ODBORNÉHO PROGRAMU:

**doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.**  
III. interní klinika metabolická a gerontologická,  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

**prof. MUDr. Jan Čáp, CSc.**  
IV. interní hematologická klinika,  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

- 13.30–14.00 registrace účastníků
- 14.00–14.25 **prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM**  
Farmakoterapie hyperlipoproteinémie v roce 2016\*
- 14.30–14.55 **prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.**  
Úloha gastroenterologa v diferenciální diagnostice bolesti na hrudi\*
- 15.00–15.25 **doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.**  
Kardiovaskulární bezpečnost antidiabetické léčby\*
- 15.30–15.55 přestávka
- 16.00–16.25 **prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA**  
Jak správně léčit pacienta s fibrilací síní v běžné klinické praxi\*
- 16.30–16.55 **doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.**  
Pacient s obtížně korigovatelnou hypertenzí – co pro něj můžeme udělat?\*
- 17.00–17.25 **doc. MUDr. Martin Hutýra, Ph.D.**  
Screening pacientů s plicní arteriální hypertenzí a současné možnosti jejich léčby\*
- 17.30–17.40 závěr

\* Diskuse následuje po každé přednášce

- 13.30–14.00 registrace účastníků
- 14.00–14.05 úvodní slovo předsedajících
- 14.05–14.25 **prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA**  
Hodnocení inzulínové senzitivity a jeho význam v klinické praxi\*
- 14.30–14.50 **doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.**  
Význam inzulínové senzitivity ve strategii léčby inzulínovými analogy\*
- 14.55–15.15 **MUDr. Věra Olšovská, Ph.D.**  
Insuficience růstového hormonu a inzulínová senzitivita\*
- 15.20–15.45 přestávka
- 15.45–16.05 **prof. MUDr. Michal Kršek, CSc.**  
Cushingův syndrom a diabetes mellitus\*
- 16.10–16.30 **MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.**  
Steroidní diabetes, diagnostika a léčba\*
- 16.35–16.55 **prof. MUDr. Jan Čáp, CSc.**  
Mužský hypogonadismus a inzulínová senzitivita\*
- 17.00–17.10 závěr

\* Diskuse následuje po každé přednášce

## PŘIHLÁŠENÍ NA AKCI:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese **WWW.LKCR.CZ** – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je **59/16**  
Své evidenční číslo (EČ) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.

### ÚČASTNICKÝ POPLATEK: 350 Kč

Číslo účtu: **19-1083620217/0100**; variabilní symbol: **5916** (číslo kurzu).

Útržek složenky, kopii výpisu z bankovního účtu nebo příkaz k úhradě prostřednictvím e-banking je nutné předložit při registraci.

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

**Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 4 kredity.**

## PŘIHLÁŠENÍ NA AKCI:

V případě zájmu svou přihlášku vyplňte na adrese **WWW.LKCR.CZ** – sekce vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu je **50/16**  
Své evidenční číslo (EČ) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.

### ÚČASTNICKÝ POPLATEK: 350 Kč

Číslo účtu: **19-1083620217/0100**; variabilní symbol: **5016** (číslo kurzu).

Útržek složenky, kopii výpisu z bankovního účtu nebo příkaz k úhradě prostřednictvím e-banking je nutné předložit při registraci.

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

**Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena 4 kredity.**



Postgraduální medicína  
JE OFICIÁLNÍM TITULEM  
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LÉKAŘŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR  
a pořadatel kongresů, konferencí a symposií



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, www.medical-services.cz  
mobil: +420 724 726 726, telefon: 225 276 438, kostelecka@mfcz, www.kongres-medical.cz



Postgraduální medicína  
JE OFICIÁLNÍM TITULEM  
CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
LÉKAŘŮ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY



Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR  
a pořadatel kongresů, konferencí a symposií



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, www.medical-services.cz  
mobil: +420 602 208 624, telefon: 225 276 255, kratochvil@mfcz, www.kongres-medical.cz