



# ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



4/2015

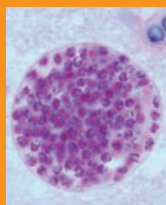
MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 20. 4. 2015



**Z DOMOVA**  
Biologická léčba  
Odborníci se shodují  
na systémové podpoře

STRANA 8



**Z MEDICÍNY**  
Toxoplasmóza  
Máme se bát parazitů?

STRANA 55



**SESTRA**  
Sestra roku 2014  
Příloha věnovaná  
slavnostnímu vyhlášení  
výsledků

STRANA 33

## ČLS JEP jako **protipól** **nevědecké medicíny**

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) pod novým vedením začala odbornou i laickou veřejnost seznamovat s postoji k odborně i společensky kontroverzním tématům, jako jsou léčba kmenovými buňkami, přístup k očkování a domácím porodům nebo využívání léčebného konopí.

Nově zvolený předseda ČLS JEP profesor Štěpán Svačina podtrhl, že jedním ze základních posláních lékařské společnosti je důraz na rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařských věd a příbuzných oborů a využívání těchto znalostí v péči o zdraví občanů se zvláštním akcentem na preventivní činnost. „ČLS JEP dbá na to, aby byly používány pouze takové diagnostické, preventivní a léčebné metody, jejichž povaha a účinek jsou podloženy v současnosti uznávanými vědeckými důkazy,“ řekl prof. Svačina. „Jedna z prvních věcí, na které jsem se dohodl s Českou lékařskou komorou, bylo ustavení společné komise pro nevědeckou medicínu,“ uvedl s tím, že konkrétní činnost komise bude v dohledné době zveřejněna. Novináře seznámil také se záměrem pravidelně vypracet vědecky nepodložené diagnostické postupy a klinickými studiemi nepotvrzené léčebné metody.

### **Kmenové buňky u ischemie nohy**

Jednou z dosud nedostatečně potvrzených metod je například aplikace kmenových buněk při kritické končetinové ischemii

a syndromu diabetické nohy, který je hlavní příčinou netraumatických amputací a postihuje až 8 % diabetiků. Běžná léčba kritické ischemie nohy probíhá formou katetrizační či chirurgické revaskularizace, ale u 20 % pacientů není revaskularizace možná. Právě zde se hledají nové cesty a aplikace kmenových buněk je jednou z možností. Protože ale prozatím nepanuje mezi lékaři o této metodě shoda, ČLS JEP nevyjádřila definitivní podporu úhradě z veřejných zdravotních prostředků. „Pro trvající rozpaky ve výsledcích a hlavně pro nedostatečný definitivní průkaz pozitivního účinku (tedy na základě metodicky validních studií) se neobjevila metoda aplikace kmenových buněk do svalů ohrožených končetin dosud v žádných mezinárodních, oficiálně doporučených postupech pro léčbu kritické končetinové ischemie a diabetické nohy. Proto se domníváme, že jde stále o metodu experimentální, se slibnými výsledky, která by měla být podporována v rámci grantů a výzkumných projektů, ale v tuto chvíli ji nelze prohlásit za metodu *lege artis*,“ potvrdila doc. Debora Kare-

tová z II. interní kliniky kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN.

### **Zatím jen experimentálně**

Studie, které léčbu kmenovými buňkami prověřují, lze dle doc. Karetové považovat za seriózní výzkum, jsou publikovány v renomovaných odborných časopisech s odpovídající recenzí odezvou. Lze jim ale vytknout fakt, že nejsou multicentrické – jde o data malého počtu nemocných s malou silou statistické validity. Většina studií není zaslepená, není randomizovaná a probíhá jako kontrovaná studie, kde se neporovnává léčba kmenovými buňkami s placebem, ale s konvenční léčbou.

Docentka Karetová citovala z vyjádření Cochranova institutu, který se soustředí na zpracování metaanalýz. „V roce 2014 z institutem vyhledaných 38 studií na toto téma neměly pouze dvě takzvaný bias. Závěr institutu zní, že neexistuje dostatečný průkaz benefitu této léčby,“ uvedla doc. Karetová a dodala: „Nutno konstatovat, že tyto práce vycházejí pro kmenové buňky převážně (pokračování na straně 2)



**Prof. Štěpán Svačina:**  
„ČLS JEP dbá na to, aby byly používány pouze metody, jejichž účinek je podložen vědeckými důkazy.“

Foto: Hynek Glis

## Z DOMOVA

# ČLS JEP jako protipól nevědecké medicíny

(pokračování ze str. 1)

pozitivně, a to jak v dílčích parametrech průkazu účinku, tak v zábraně amputace. Existují ale i práce, jež pozitivní výsledky nepřinesly. Proto není v současnosti ani etické, ani ekonomicky racionální podpořit úhradu této metody z prostředků veřejného pojištění.

V ČR se výzkumem kmenových buněk u ischemie nohy zabývá FN Ostrava a Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM). Léčba je pacientům hrazena z prostředků určených na výzkum. Jak doc. Karetová dodala, ani v Itálii či Německu není tato léčba dosud hrazena z veřejných prostředků.

## Konopí nepodávat dětem

Z důvodu nedostatečné průkaznosti nepodporuje ČLS JEP například ani podávání konopí dětem a mladistvým, a to i přesto, že současná předloha novely zákona o používání léčebného konopí to umožňuje. Člen předsednictva ČLS JEP a České farmakologické společnosti ČLS JEP prof. Jan Švihovec obecně používání léčebného konopí podpořil. „Oproti běžným farmaceutickým přípravkům se může konopí chlubit řadou výhod – léčba vykazuje u mnoha nemocí lepší výsledky, riziko předávkování vedoucí ke smrti je oproti opiátům či steroidním analgetikům limitně blízké nule, je levnější a výskyt nežádoucích účinků je nižší,“ uvedl prof. Švihovec a doplnil, že z hlediska psychotropního účinku lze vydělit kanabinoid THC, biologicky aktivní látku s psychotropními účinky, oproti kanabinoidu CBD, který má sedativní, analgetické a antibiotické účinky, ale psychoaktivní efekt nemá. Dávkování konopí bude podle prof.

Švihovce velmi individuální, dle stavu pacienta a stadia nemoci. Podávání formou kouření má být pouze výjimečné, nahradit by jej měla vaporizace, u níž odpadají vedlejší účinky způsobené spalováním, další formou léku budou výtahy a masti.

Dětem ale ČLS JEP léčbu prozatím nedoporučuje. „Po odborné diskusi, zejména se zástupci pediatri, jsme došli k jednoznačnému závěru, že ČLS JEP nemá doporučit podávání konopí u dětí. Mělo by být podáváno pouze v naprosto výjimečných, specifických situacích. Obava plyne z nedostatku informací o léčbě dětí, a to i v zahraničí. Zkušenosti jsou spíše izolované a neexistuje ucelený přehled o tom, jak by podávání u dětí mělo vypadat. Pokud je konopí v dětském věku podáváno, objevují se také náznaky možnosti vzniku psychických onemocnění, která mohou přetrvávat i do dospělosti,“ řekl profesor Švihovec.

## Zachovat racionální přístup

Stanovisko České vakcinologické společnosti ČLS JEP a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP k odmítání očkování přednesl člen předsednictva ČLS JEP a místopředseda Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP MUDr. Otto Herber. Jak zdůraznil, stanoviska obou odborných společností stojí na zásadách *evidence based medicine*. Preventivní vakcinační program v ČR označil za jeden z neúspěšnějších, oceňovaný i v evropském kontextu. „Ke zvládnutí infekčních onemocnění v moderní společnosti je vakcinace nutná, a to zejména v době, kdy můžeme očekávat další mutace a nové zdroje infekcí. Vakcinační programy zde mají své racionální opodstatnění,“ potvrdil Otto Herber. V posledních 3 letech ale v ČR klesá základní proočkovanost populace, v současnosti dosahuje 77 %, přičemž odborníci považují za optimální hodnotu přes 95 %. Tento trend přičítá MUDr. Herber nástupu antivakcinačních aktivit, jež podle něj způsobují jedinci, kteří nejsou schopni dodržovat autoritativní metody a postupy. „Základní proočkovanost populace lze udržet důrazem na prevenci i rizika propuknutí řady infekčních onemocnění, kterým by společnost čelila. Pozitivní je, že dosud je proočkovanost vysoká, výskyt infekčních onemocnění je nízký, svou funk-

ci plní také hygienická služba, povinnost očkování je dána legislativně, funguje síť praktických lékařů i distribuční síť vakcín, které jsou v základní sadě zdarma pro všechny, funguje i systém vzdělávání zdravotníků,“ uvedl Otto Herber.

## Jak motivovat k očkování

Naopak mezi negativní aspekty zařadil klesající trend proočkovanosti, náročnou administrativu, nedostatečné personální obsazení hygienické služby – zde by lékaři uvítali lepší návaznost na epidemiologická data. Praktici zaznamenávají také nedostatečnou motivaci k očkování. „Setkávám se s názory, že úhrada výkonu očkování s ohledem na odpovědnost, možné komplikace, soudní dohry, které mohou nastat, je pro praktické lékaře nedostatečná,“ podotkl MUDr. Herber a zdůraznil, že základním legislativním článkem systému vakcinace je ministerstvo zdravotnictví. Připomenul také vyjádření Ústavního soudu, který ve svém rozhodnutí z února letošního roku uvedl, že ministerstvo zdravotnictví může očkování nařídít. „Pokud ale stát rozhoduje, měl by mít také odpovědnost a stanovit míru kompenzací těm, kteří budou v důsledku neočkovaných poškozeni,“ pootvěřel problematiku odškodňování v souvislosti s očkováním Otto Herber.

Systémovým nedostatkem je podle něj absence registru očkování, který by lékaři uvítali pro zpřehlednění informací, pokud chybí očkovací průkazy a pacienti běžně migrují. Lékařům také chybí interpretace nežádoucích účinků a jejich vyhodnocování. Svou úlohu hraje i vzdělávání budoucích lékařů. „Bohužel se setkáváme s lékaři, kteří se k očkování staví negativně. Lékaři by měli naopak o významu prevence přesvědčit rodiče vlastním nasazením, měla by jim pomoci schopnost správné komunikace a dostatek argumentů,“ uvedl MUDr. Herber.

## Ne porodům doma

Stanovisko k domácím porodům, podpořené 26 odbornými společnostmi ČLS JEP, vzniklo na půdě sekce porodnické analgezie a anestezie (SPAA) při České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. „Pokud považujeme porodnictví za lékařský obor, je povinností lékaře vyjádřit po-



Jakub Dvořáček | Foto: archiv AIFP

stoj k tomu, zda domácí porod je, nebo není pro matku a dítě rizikový. Ve stanovisku z roku 2012 jsme uvedli, že domácí porod je rizikový jak z hlediska matky, které hrozí akutní vykrvácení, tak z hlediska novorozence z důvodu akutní hypoxie či asfyxie. Dnes je již prokázáno, že porod je nejbezpečnější v porodnickém zařízení, kde je možná resuscitace matky a zejména dítěte. Porodnická obec bojuje proti domácím porodům proto, že v domácím prostředí není zajištěna bezpečnost dítěte,“ uvedl předseda SPAA doc. Antonín Pařízek a připomněl pravidlo, že u porodu musí být minimálně dvě osoby, z nichž jedna musí ovládat resuscitaci novorozence. Pokud tomu tak není, je podle něj porod nebezpečný a riskantní. Přesto zdůraznil, že domácí porod není nelegální, místo porodu zůstává na rozhodnutí ženy, ale úkolem odborníků je podle doc. Pařízka informovat veřejnost o tom, že domácí porod je z hlediska matky a zejména dítěte nebezpečný. Lékařská společnost je proto nedoporučuje.

## ČLS JEP chce transparentní spolupráci

Lékařská společnost již řadu let podporuje otevřenou kooperaci mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem. Jak připomněl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček, díky ČLS JEP pod vedením jejího bývalého předsedy prof. Jaroslava Blahoše před časem vznikl projekt *disclaimer* (zveřejnění spolupráce s farmaceutickou společností pod odborným textem). Nyní ČLS JEP na tuto spolupráci navazuje podporou iniciativy Transparentní spolupráce. Jde o zveřejnění přenosu veškerých hodnot mezi lé-

kařem a farmaceutickou společností. Zveřejněny budou dary, granty, registrační poplatky, odměny za konzultace na úrovni *advisory board*. Dohromady budou vyčísleny investice a spolupráce v oblasti vědeckého hodnocení a neinterventních studií. „Farmaceutický průmysl přistoupil na jednotný postup, kdy ve všech evropských státech firmy připravují smlouvy, jež obsahují individuální souhlas lékaře. Od roku 2016 budou informace o vzájemné spolupráci veřejně dohledatelné. V České republice již nyní nadpoloviční většina oslovených lékařů individuální souhlas poskytl,“ uvedl Jakub Dvořáček.

## Korektní požadavek

„Z hlediska ČSL JEP je iniciativa Transparentní spolupráce zcela korektní, stejně jako v ostatních evropských zemích. Je otázkou, co může vyvolávat odpor k iniciativě, jak jej vyjádřila například Česká onkologická či Česká pneumologická společnost. Dle jejich právního hlediska je celý přístup zveřejnění finančních toků neústavní. To by jistě byl, pokud by společností nevyžadovaly zmíněný individuální souhlas lékaře. Takto aplikováno je to ale zcela korektní,“ podpořil transparentnost předseda ČLS JEP prof. Svačina s tím, že ve většině evropských zemí proběhla implementace bez větších problémů. Důvodem, proč některé společnosti iniciativu odmítají, je podle něj například fakt, že v ČR interakce mezi lékaři a farmaprůmyslem neprodukuje negativní aféry a lékaři si tak kladli dotaz, proč právě oni mají jít příkladem v transparentnosti. Jak Štěpán Svačina v této souvislosti uvedl, vzhledem k míře korupce by bylo adekvátnější, kdyby zveřejňování smluv zavedly na evropské úrovni například stavební firmy nebo dodavatelé zdravotnické techniky. Další důvod k nesouhlasu podle něj může pramenit z úrovně financování českého zdravotnictví, které je ve srovnání s Evropou významně podfinancováno. Některé částky za spolupráci jsou na evropské úrovni, tedy vyšší, než je v ČR běžné. Lékaři se proto obávají individuální závisti. Jak ale předseda ČLS JEP uzavřel, zprůhlednění spolupráce lékařů vítá a předpokládá další úspěchy spolupráce na poli vědy a výzkumu, které českému zdravotnictví, respektive pacientům, poplynou.

Petra Klusáková



Debora Karetová | Foto: Leoš Chodura



# Symbolické dvě miliardy

Nemocniční péče se v Česku nezhroutí, kompenzace za hospitalizační poplatky budou. Účet za ministra Němečka samozřejmě přechoťně zatáhne daňový poplatník. Něco málo však přece jen přiteče i odjinud. Konkrétně ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), jemuž se na účtech povalovaly dvě miliardy. Jejich odsátí do státního rozpočtu na poplatkové kompenzace stvrdil začátkem měsíce prezident Zeman podpisem pod příslušný zákon.

Peníze na účtu SÚKL pocházejí hlavně od farmaceutických firem z poplatků za laboratorní služby a registrační a jiné správní procedury. A můžeme pro lepší pocit pominout kverulantskou námitku, že tyto prostředky beztak šly z kapes řadových spotřebitelů léčiv, kteří je zaplatili promítnuté v koncových cenách. Stejně je to pořád slabá útěcha. Jednak jde o zcela marginální sumu vzhledem k tomu, kolik budou Němečkovy kroky v dalších letech stát, a jednak jde o příliš okatou ukázkou vyhození peněz oknem.

## Bohapusté utrácení

Když Němeček ještě šéfoval ostravskou fakultní nemocnici, nepochybně si musel být vědom pro-

pastného rozdílu mezi investicí a utrácením. S nástupem do ministerské funkce na tento rozdíl zjevně zapomněl. Ty dvě miliardy se v SÚKL neválely pro nic za nic. Byly připraveny na rozjezd povinných elektronických receptů. Pomineme-li, jako to u nás obvykle s elektronizací českoholici dopadá, byla by to nepochybně investice. Časem by se vrátila v efektivnějších výdajích na léky. Zato poslat ony dvě miliardy do státního rozpočtu je bohapustým utrácením. Jen to zasyčí a nikdo už z nich neuvídí zpátky ani korunu. Multiplikační efekt nula, návratnost nula.



Martin Čaban

Osud dvou miliard z lékového ústavu může bohužel sloužit jako symbol celé Němečkovy politiky. Nic nevmýšlet a lít peníze do černých děr, vlastnoručně vyrobených i jiných, v bláhové naději, že se časem zahltí.

Místo reformy údržba, místo investic utrácení. I kdyby to Němeček stokrát vykládal jako sanaci potíží způsobených minulými vládami, nedělá nic pro to, aby odstranil hlavní systémovou příčinu těchto potíží. Ta není ani v podfinancování systému, ani v netransparentních tocích peněz či v neveřejných smlouvách mezi plátcí a poskytovateli.

## Skok ke státnímu zdravotnictví

Hlavní problém je v tom, že český systém je podivný hybrid, který platí transakční náklady pluralitního systému soutěžících pojišťoven, ale inkasuje výnosy centrálně řízeného zdravotnictví se stoprocentním přerozdělením prostředků a státem jako garantem péče.

Ministr financí Andrej Babiš se nyní snaží stáhnout peníze zdravotních pojišťoven z komerčních bank na účty České národní banky. Pro Babiše je to účetní operace, která mu umožní opticky lépe pracovat se státním dluhem. Pro Němečka by to mohla být příležitost. Znamenalo by to totiž faktickou likvidaci fon-



Ilustrace: foto: Shutterstock

dů prevence, do nichž plynuly úroky z bankovních úložek. Ty ČNB vyplácet nebude. A fondy prevence jsou vedle bezobsažného marketingu jediným nástrojem, jímž si české pojišťovny smějí konkurovat. Tudíž pokud změna projde, jde o obrovský skok směrem ke státnímu zdravotnictví, v němž existence více-  
ra pojišťoven zcela ztrácí smysl. Levicový ministr s výraznou vizí jedné státní pojišťovny (o níž je zmínka i ve vládním programu) by se na takové vlně ochotně svezl i zapracoval by ji do širšího plánu likvidace současného neefektivního systému. Němečkův úřad ale protestuje a bije se za *status quo*. Prostě utrácení je jednodušší.

# Praktici pracují na koncepci pohotovostí, odmítají LSPP

Praktičtí lékaři varují před tendencí oživit Lékařské služby první pomoci (LSPP). Podle delegátů konference Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) jsou LSPP z odborného hlediska nevyhovující, nemají dostatečné zázemí s návazností na laboratoře, rentgeny či lékárny.

„Působení pracoviště LSPP v moderním zdravotním systému nemá místo. Lékařská péče poskytovaná v těchto nevybavených zařízeních je z odborného hlediska nepřijatelná a představuje zvýšené riziko jak pro pacienta, tak – z forenzního hlediska – i pro lékaře,“ ohradili se delegáti celorepublikové konference SPL vůči snaze o znovuzavedení pracoviště známých z dob socialistického zdravotnictví. Sdružení praktiků je v souladu se stanoviskem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Společnosti urgentní medicíny a Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost přesvědčeno, že stavy, které vyžadují ošetření po ukončení běžných ordináčních hodin, musí být řešeny v systému odborně i organizačně odpovídajícímu rozvoji současné medicíny a potřebám nemocných. Pohotovostní pra-

covíště musí disponovat zázemím s laboratorními a zobrazovacími technologiemi, s rychlou návazností na lékárenskou službu a další konziliární vyšetření i lůžka. „Tato kritéria splňují již dnes oddělení urgentních příjmů mnohých nemocnic v ČR. Jejich další rozvoj a posílení plně podporujeme, stejně jako začlenění lékařské pohotovostní služby do jejich činnosti. Na té by se pak kromě všeobecných praktických lékařů měli podílet i ambulantní specialisté. SPL iniciovalo na půdě ministerstva zdravotnictví vznik pracovní skupiny, která se začala budovat koncepci lékařské pohotovostní služby intenzivně zabývat,“ uvedli po konferenci zástupci praktických lékařů.

## Chybné rušení poplatků

Delegáti konference upozornili také na negativní dopady zrušení regulačních poplatků. „Kro-

mě výpadku příjmů ordinací, které alespoň zčásti pokryly rostoucí náklady na provoz, jsme předpovídali i negativní dopad na samotné pacienty. Skutečnost ovšem předčila naše očekávání. V 1. čtvrtletí 2015 došlo k dramatickému zvýšení počtu kontaktů lékaře – pacient, přičemž tyto interakce neměly vždy medicínskou příčinu. Pacienti proto čekají déle na ošetření a prodloužily se objednávací lhůty. Jsme přesvědčeni, že zrušení regulačních poplatků, které ve skutečnosti nikoho neohrožovaly a svůj regulační efekt alespoň částečně plnily, bylo chybou. Kompenzace poplatků ve výši 4,5 miliardy Kč mohly být vynaloženy daleko účelněji. Například na zvýšení dostupnosti biologické léčby, navýšení počtu center pro nemocné s Alzheimerovou nemocí nebo rozšíření hospicové péče,“ zaznělo na konferenci.

Zároveň praktici odmítají navrhovanou formu kompenzace zrušených regulačních poplatků v lékárnách. Lékárníci totiž usilují o zařazení některých lékárenských úkonů do seznamu výkonů. „SPL odmítá hrazení výkonů klinicko-farmaceutické péče poskytované v lékárnách z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nevidíme racionální důvod k poskytování duplicitní zdravotní péče, navíc bez jasně vymezené odpovědnosti. Jsme přesvědčeni, že klinická zdravotní péče patří do rukou lékařů,“ tvrdí praktičtí lékaři.

## Legislativní nedostatky

Kategorický nesouhlas vyjádřili praktičtí lékaři také s návrhem ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí, aby mezi povinnosti praktiků patřilo posuzování následků pracovního úrazu

a hodnocení následného ztížení společenského uplatnění. „Praktičtí lékaři nejsou pro tuto činnost erudováni a znamená pro ně další zvýšení administrativní zátěže, která se již nyní stává zcela neúnosnou. Toto ohodnocení musí provést znalec vyškolený pro tuto činnost,“ shodli se delegáti konference.

SPL trvá na tom, aby v připravované novele zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, byla i nadále zachována povinnost zdravotnických zařízení prokazatelně předávat informace o zdravotním stavu klienta jeho registrujícímu praktickému lékaři. Navrhované přenesení této povinnosti na pacienta podle zástupců praktiků představuje reálné riziko zamlčení důležitých informací o pacientově zdravotním stavu, například při posuzování zdravotní způsobilosti k práci, řízení motorových vozidel či držení zbrojního průkazu.

SPL odmítá záměr sloučit klinický obor dětské lékařství s oborem praktické lékařství pro děti a dorost do jednoho oboru pediatrie. Praktické lékařství pro děti a dorost by jako jeden ze základních pilířů stávající funkční a efektivní primární péče mělo zůstat základním atestačním oborem.

## Z DOMOVA

# Babišův úřad prověřoval nákupy zdravotnické techniky

Ministerstvo financí přineslo koncem března informaci o tom, že nemocnice a zdravotní pojišťovny nepožadovaly hospodárně defibrilátory a další kardiologické zdravotnické prostředky. Analýza ukázala, že zdravotnická zařízení nakupovala od dodavatelů za vyšší ceny a pojišťovny proplácely předražené částky.

Ministr financí Andrej Babiš (ANO) vedení resortu zdravotnictví opakovaně kritizuje a doporučuje změny. „Zdravotnictví je stále málo transparentní, pořád nevidíme konkrétní úhrady poskytovatelů zdravotní péče. Nerozumím tomu, proč privátní zdravotnictví vydělává a je úspěšné, ale krajské a státní ne. Nevím, proč stát a kraje zdravotnické prostředky nenakupují centrálně,“ uvedl Andrej Babiš. Od svého nástupu do funkce se zajímá o zdravotnictví právě proto, že jím proteče ročně kolem 250 miliard korun. V této souvislosti je třeba zmínit, že ministr financí začal před časem podnikat i ve zdravotnictví.

Do správy investičního fondu Hartenberg, který spoluzaložil, patří například centrum reprodukční medicíny ISCARE či poliklinika ve Velkém Meziříčí. Fond soustředil svá zdravotnická zařízení v holdingu FutureLife, na Slovensku a v Česku jich má nyní 16. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček se proti kritice hned ohradil. „Samozřejmě, že změny děláme, oznámili jsme centrální nákupy a další záležitosti, ale ne všechno jde udělat za den. Myslí si, že i zvýšení daňových výnosů o 50 miliard korun, jak bylo avizováno, se také nepovede za několik měsíců,“ uvedl ministr zdravotnictví.

## Nová legislativa

Nemocnice podle autorů analýzy pořídí zdravotnické prostředky (ZP) za určitou cenu, která bývá vyšší, než by musela být. Zdravotnické zařízení pak pojišťovně vykáže ještě vyšší cenu, často maximální možnou. Rozdíl si nemocnice nechá a využije ho třeba ve ztrátových provozech.

Podle právníka ministerstva financí Adama Vojtěcha například maximální cena určitého typu defibrilátoru činila od roku 2008 do roku 2010 kolem 1,25 milionu korun, od září 2013 ale už jen 280 tisíc korun. Za tři a čtvrt roku tak klesla o 78 procent. Fakultní nemocnice Olomouc za defibrilátor vykazala 1,23 milionu, Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) přitom 860 tisíc. Maximální cena od pojišťoven byla 1,25 milionu. Pražská Fakultní nemocnice Královské Vinohrady měla v roce 2010 za defibrilátor od VZP dostat 700 tisíc, od jiných pojišťoven ale 1,15 milionu.

„Nemocnice vykazaly různé ceny různým pojišťovnám. Kdyby pojišťovny data sdílely, zjistily by, že částky jsou mimo realitu. Mělo okamžitě dojít k úpravě ceny,“ uvedl právník Vojtěch.

Podle Ondřeje Dostála z Platformy zdravotních pojištěnců, který na analýze spolupracoval, stál v roce 2011 určitý typ defibrilátoru 255 tisíc. Nemocnice si ale dohodla s dodavatelem cenu 460 tisíc korun a zdravotní pojišťovna jí uhradila 850 tisíc.

Transparentnost nakládání se ZP by měl napomoci nový zákon o zdravotnických prostředcích, který platí od počátku dubna. Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) nyní spouští nový registr ZP, kam budou mít nově přístup také zdravotní pojišťovny. Na SÚKL pravděpodobně v budoucnu spadne také povinnost stanovovat úhrady ZP. *O záměru ministerstva stanovit úhradu obdobně, jako je tomu u léčivých přípravků, se dočtete v příštím čísle ZM.*

## Dojde na inkontinenci

Na pokles cen zdravotnických prostředků tlačí v systému také Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) Podle mluvčího Oldřicha Tichého má pojišťovna od března nový číselník s cenami. „Nově nastavené maximální ceny by měly co nejvíce odpovídat reálné hodnotě na trhu,“ uvedl Oldřich Tichý. Dodal, že s cenami se „skutečně řadu let výrazněji nehnulo“, nyníjší vedení pojišťovny po svém nástupu v roce 2013 na jejich snížení ale tlačí.

„Současné vedení VZP dělá vše proto, aby byl v systému maximální pořádek. Je ale třeba si uvědomit, že před nástupem stávajícího vedení, v době, kdy byla ředitelkou odboru léčiv a zdravotnických prostředků zhruba pět let prakticky nehnulo. Zároveň je třeba mít na mysli, že neustále přibývají nové zdravotnické prostředky, ceny se vyvíjejí, mění. Pořádek v úhradách je proto třeba udržovat neustále,“ vysvětlil naší redakci nápravu maximálních cen ZP mluvčí Tichý.

Další oblastí, kde bude nyní Všeobecná zdravotní pojišťovna ceny maximálně přibližovat reálným cenám, jsou inkontinenční pomůcky, kde je momentálně největší rozdíl mezi nejlevnějšími a nejdražšími výrobky v rámci obdobných kategorií.

(ČTK, klu)

## Skončila hlavní sestra ČR

Hlavní sestra ČR Alena Šmídová odstoupila k 1. dubnu z funkce, zároveň k tomuto datu skončila také jako ředitelka odboru ošetřovatelství a nelékařských povolání ministerstva zdravotnictví. Řízením odboru bude dle informací ministerstva pověřen Zbyněk Podhrázký. Post hlavní sestry zatím resort neobsadil, s jeho zachováním ale počítá.

Alena Šmídová nechtěla svůj odchod nijak komentovat a odvolala se na tiskovou mluvčí ministerstva zdravotnictví. „Odstoupení z funkce ředitelky odboru bylo osobním rozhodnutím Mgr. Šmídové a ministerstvo k němu nemá žádný další komentář,“ uvedla na dotaz redakce ZM tisková mluvčí Štěpánka Čechová a nevyjádřila se ani k dotazu, zda odchod Aleny Šmídové souvisí s rozpory odborné veřejnosti nad přípravou zákona o nelékařských povoláních.

K legislativní normě samé mluvčí sdělila, že na její přípravě se nyní na ministerstvu intenzivně pracuje. „Tato norma má výrazně změnit právní prostředí vymezující vzdělávání a v konečném důsledku i kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. Norma je nyní ve stadiu přípravných prací,“ řekla Štěpánka Čechová.

## MZ chystá organizační změny

Polici hlavní sestry hodlá ministerstvo zachovat i v budoucnu. „Je ovšem třeba podotknout, že v současné době probíhá na

ministerstvu zdravotnictví řada změn v souladu s tvorbou nové organizační struktury, která bude odpovídat zákonu č. 234/2014Sb., o státní službě. Není tedy v tomto okamžiku možné přesně vymezit místo v systému organizace úřadu, kam bude hlavní sestra zařazena,“ vysvětlila mluvčí Čechová. Jak doplnila, do doby jmenování nového ředitele nebo ředitelky odboru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických povolání bude s největší pravděpodobností pověřen řízením odboru Mgr. Zbyněk Podhrázký, který zastává post ředitele odboru vědy a lékařských povolání a je vzděláním právník s dlouholetou praxí na ministerstvu zdravotnictví. „Je podrobně seznámen i s oblastí nelékařských zdravotnických povolání, neboť od roku 2009 vedl oddělení vzdělávání a dotací, které mělo v kompetenci také tvorbu vzdělávacích programů pro nelékařská zdravotnická povolání, přičemž většina programů připravovaných tímto oddělením je stále v platnosti,“ uzavřela Čechová.

(klu)

## AČMN a MZ se prou nad platy dle úhradové vyhlášky

Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) tvrdí, že úhradová vyhláška pro rok 2015 neumožňuje většině nemocnic zvýšení platů a mezd o 5 %. Ministerstvo zdravotnictví opouje, že analýza asociace není založena na realitě.

AČMN ověřila skutečné navýšení úhrad vyhláškou pro rok 2015 zatím za leden 2015. „Tvrdá čísla úhrad skutečně zaplacených zdravotními pojišťovnami za péči poskytnutou v měsíci lednu ukazují, že v akutní péči nedosáhlo 59,6 % nemocnic minimálně 3% navýšení úhrad nezbytného k 5% zvýšení platů. V následné péči pak 67,8 % nemocnic a zařízení následně a dlouhodobě péče nedosáhlo minimálně 5% navýšení úhrad nezbytného k 5% zvýšení platů,“ uvádí se v tiskové zprávě AČMN. Pro vyšší reprezentativnost údajů chce AČMN zveřejnit výsledky úhrad ještě za celé 1. čtvrtletí 2015, jakmile budou pojišťovnami uhrazeny.

Výsledky ankety AČMN zatím ze 47 nemocnic akutní péče ukazují, že předběžná úhrada za měsíc leden 2015 dosáhla v porovnání s průměrnou měsíční úhradou za rok 2014 navýšení na:

- 103 % a více: 19 nemocnic,
- 102–103 %: 18 nemocnic,
- 101–102 %: 6 nemocnic,
- 100–101 %: žádná nemocnice,
- méně než 100 %: 4 nemocnice.

## Stanovisko k tiskovému sdělení AČMN

Ministerstvo zdravotnictví v reakci na údaje AČMN uvedlo, že analyzovalo data navýšení předběžných úhrad za měsíce leden a únor od všech zdravotních pojišťoven za všechny nemocnice akutní lůžkové péče a tato čísla dokládají, že dostatečné navýšení bylo provedeno ve všech krajích a úhradová vyhláška umožňuje navýšení tarifních platů o 5 % a analogické navýšení mezd. „Doposud se na ministerstvo zdravotnictví obrátily

pouze jednotky nemocnic – rozsah případného problému je tedy naprosto minimální. Pracovní skupina bude na svém dalším zasedání analyzovat data za první čtvrtletí. Relevantní data pro skutečný obraz stavu, který již nyní mylně dovozuje AČMN, budou tedy nejdříve koncem dubna,“ uvedlo na svých stránkách ministerstvo. Vedení resortu vadí, že analýza AČMN je anonymizovaná, takže není možné identifikovat konkrétní nemocnici a ověřit na základě dat, které má MZ k dispozici, korektnost předkládaných informací. „Každá nemocnice, která má pocit, že její navýšení úhrad nedovoluje navýšit tarifní platy, má možnost se obrátit na ministerstvo zdravotnictví s žádostí o analýzu jejich úhradových dat a nákladové struktury,“ dodalo MZ.

(klu)



# Je stále obtížnější udržovat dostupnost léků na tuberkulózu

Účinný boj s tuberkulózou (TB) v Evropě v posledních letech způsobuje paradoxní situaci, kdy klesá nejen zájem o výrobu a distribuci léků, ale i motivace k vývoji nových vakcín. Zhoršení dostupnosti zažila v zimě na vlastní kůži také Česká republika, když zde dánský výrobce vakcín zrušil registraci přípravku.

Kvůli přechodnému nedostatku vakcín nyní čekají na očkování stovky dětí se zvýšeným rizikem TB.

## Neatraktivní trh

Problematickou situací, kdy byl kromě vakcíny BCG nedostatek také tuberkulin, tj. kožní test na infekci TB, od ledna 2015 intenzivně řešila Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP (ČPFS) společně s ministerstvem zdravotnictví a Státním ústavem pro kontrolu léčiv. „Dánskému výrobci (*společnost Statens Serum Institut, SSI – pozn. red.*), který doposud BCG vakcínu do ČR dodával, se další export v tak malém množství nevyplácí,“ okomentoval situaci hlavní hygienik Vladimír Valenta. Když společnost SSI zrušila registraci, české ministerstvo požádalo vedení dánského resortu zdravotnictví o intervenci u výrobce, ani tento postup však firmu nepřiměl, aby své rozhodnutí změnila. „Poté, co došlo k úplnému výpadku na českém trhu, jsme hledali optimální řešení a dojednali přechodný dovoz polské vakcíny,“ dodal Vladimír Valenta.

## Bez plošné vakcinace

„Jedná se o několik tisíc dávek, což je pro výrobce nelukrativní. Práce na zajištění náhradního dodavatele vakcíny je nutná, protože rizika onemocnění stále trvají,“ podotkl hlavní hygienik a připomněl šest opatření, pilířů přístupu k TB, kam patří povinnost hlášení TB, aktivní vyhledávání nemocných, léčba ve specializovaných zařízeních, lékařský dohled u nemocných, dispenzarizace pacientů v ambulančních a vakcinace.

Zhoršenou dostupnost vakcín vyvolala mimo jiné skutečnost, že ČR ukončila v roce 2011 plošné očkování dětí. Vakcína se nyní podává pouze u rizikových skupin dětí, tedy těch, které byly v kontaktu s TB nebo se narodily, přičemž nebo jejichž rodiče byli v zemích s vyšším výskytem TB (tj. nad 40 případů na 100 tisíc obyvatel). „Český trh s vakcínami se tak význam-

ně zmenšil. Je stále obtížnější udržovat dostupnost léků, očkovacích látek a diagnostických testů. Tyto situace jsou velmi nebezpečné především s ohledem na ochranu rizikových dětí,“ potvrdil předseda ČPFS a České aliance proti chronickým respiračním onemocněním (ČARO) prof. Vítězslav Kolek.

## Jsme skvělí

To, jak Česká republika s tuberkulózou na svém území bojuje, je hodno obdivu. „Ve srovnání států Evropské unie patříme k zemím, kde je výskyt TB nejnižší. A to i díky kvalitnímu systému hlášení. Lepší výsledky mají pouze Island a Kypr, ČR je na třetím místě, následuje Řecko,“ komentoval evropská data z roku 2013 MUDr. Jiří Wallenfels z Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou Nemocnice Na Bulovce. Jak dodal, registr tuberkulózy, který v ČR spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), hlásí u TB několik let klesající trend. V roce 2014 bylo evidováno 4,9 případů na 100 tisíc obyvatel. „Pokud tento trend udržíme, eliminace TB (stav, kdy je hlášeno méně než jedno onemocnění na milion obyvatel – na ČR tedy max. 10 onemocnění) se dočkáme za 40 let. Tuto dobu by mohla zkrátit účinnější vakcína,“ dodal Jiří Wallenfels. V ČR je také vysoká míra laboratorní ověřenosti *Mycobacteria tuberculosis* (až v 73 %), díky jehož průkazu lze sledovat další významné údaje, jako například míru citlivosti na léky apod. Z takto ověřených TB je asi polovina označena jako tzv. mikroskopicky pozitivní. Jde o nejnakažlivější zdroje infekce TB, kdy není třeba kultivace mykobakterií, protože ty jsou viditelné pod mikroskopem.

## Unikátní systém dozoru

K zemím s nejnižším výskytem TB patří Česká republika i co do počtu dětských pacientů s TB. V loňském roce bylo nakaženo 6 dětí. Takto dobře zvládnutá situace v oblasti TB není samozřejmostí. Jak připomněla primářka Pneumologické kliniky 1. LF UK



Ilustrační foto: Shutterstock

a Thomayerovy nemocnice doc. Martina Vašáková, za první polovinu 20. století zemřelo v ČR na tuberkulózu více než milion osob. Ještě v roce 1957 zemřelo 5 tisíc pacientů, i když skutečný počet byl zřejmě ještě vyšší. Úmrtnost byla v té době extrémní. Díky efektivním vládním opatřením léčebného, hygienického i sociálního charakteru se od 60. let 20. století datuje významný pokles TB.

„V roce 2014 bylo nahlášeno 512 onemocnění TB, což je velmi nízké číslo. Z celkového počtu zemřelo loni 22 pacientů, což je o polovinu méně než v roce 2013. Evidujeme také 6 případů rezistentní TB, tyto pacienti, mezi nimiž není jediný Čech (pacienti ze zemí bývalého Sovětského svazu, Vietnamu a Mongolska), jsou umístěni v centru pro léčbu multirezistentní tuberkulózy. Tři z nich jsou zároveň HIV-pozitivní,“ uvedla doc. Vašáková. Mezi českými osvědčenými nástroji, kterými lze proti šíření TB postupovat, je jeden světovým unikátem. „Jde o výjimečný dozor nad TB. Nemocné po dobu iniciační fáze léčby hospitalizujeme, což je světové unikum. Takový systém izolace umožňuje lepší kontrolu nad nemocí, i když jde o větší zásah do svobody pacienta,“ připustila doc. Vašáková. Jak doplnila, lékaři nyní čekají na nová antituberkulotika, která by byla účinná také na multirezistentní TB. „Zatím

jsou dostupné nové léky (*bedaquilin a delamanid – pozn. red.*), ovšem jsou tak extrémně drahé, že jsou pro nás prakticky nepoužitelné. Velkou výzvou je příprava nové účinné vakcíny, zatím ale bohužel není konstruována. Současné očkování přestalo být příliš protiotupňující proto, že nezabraňuje vývinu TB, pouze zmírňuje výskyt závažných forem,“ dodala lékařka.

## Komplikace TB u jiných typů léčby

Za slabá místa považuje doc. Vašáková import onemocnění ze sousedních zemí. Jak dodala, tyto pacienti jsou v ČR léčeni na státní náklady, a to i v případě, že nejsou v ČR pojištěni. Další hrozbou je podle lékařky již zmíněná rezistence TB, při jejíž léčbě jsou náklady velice vysoké. Např. pro pacientku s multirezistentním kmenem TB a navíc HIV-pozitivitou stojí půlroční léčba TB 600 tisíc korun.

V zemích s nízkým výskytem TB řeší lékaři také problém pacientů, u nichž vlivem jiné léčby propukne TB, která byla dosud v latentní fázi. „Novum, které považují za skutečnou hrozbu, je potenciální TB u pacientů, kteří podstupují biologickou léčbu. Jde zejména o oblasti revmatologie, gastroenterologie, pneumologie, neurologie a nově také u pacientů, kteří jsou v klinických studiích takto léčeni na astma. Tam všude vzniká riziko náklady TB a probuzení

latentní TB infekce. Problém je také u pacientů po transplantaci kostní dřeně a solidních orgánů. Pokud lék podlomí buněčnou imunitu, může dosud spící mykobakterium tuberkulózy dostat šanci a propuknout v TB,“ upozornila Martina Vašáková.

## Doporučené postupy

Jak doc. Vašáková uvedla, odborná společnost ČPFS vydala sérii doporučených postupů diagnostiky a léčby tuberkulózy a latentní tuberkulózní infekce (LTBI), a to jak pro pacienty před a po transplantaci solidních orgánů (SOT) či hematopoetických kmenových buněk (HSCT), tak i pro biologickou léčbu. Tuberkulóza představuje pro imunokompromitované pacienty vážnou, ale klinicky významnou komplikaci. Jak doporučení uvádí, výskyt TB je v posledních desetiletích odhadován jako 20- až 74krát častější u SOT a 2krát častější u HSCT než v běžné populaci. Jak doc. Vašáková upozornila, vzhledem k různým mechanismům vzniku TB u těchto pacientů je nutný pečlivý předtransplantační screening příjemce i dárce.

## Nutnost testování před biologickou léčbou

Sekce pro tuberkulózu při ČPFS vydala v roce 2013 také doporučení pro biologickou léčbu preparáty, které blokují účinek TNF  $\alpha$  (faktor nádorové nekrozy  $\alpha$ ), jež jsou podávány nemocným s revmatickými chorobami, s idiopatickými střevními záněty a pacientům s některými kožními chorobami. „Tyto preparáty přinášejí velký užitek pro nemocné tím, že blokují autoimunitně navozenou zánětlivou reakci. TNF  $\alpha$  je ale nezbytný i k tvorbě granulomů, které slouží k ohrančení infekčního agens. V důsledku léčby mají tyto nemocní výrazně zvýšené riziko onemocnění tuberkulózou. Proto musí být každý pacient před zahájením biologické léčby vyšetřen pneumofitologem za účelem vyloučení latentní tuberkulózní infekce, inaktivní nebo aktivní tuberkulózy,“ uvádí sekce ČPFS ve svém doporučení. Pro zjišťování latentní formy TB je určen právě tuberkulinový test, vhodný pro plošné vyšetřování. Imunologické IGRA testy jsou citlivější a působí na principu uvolňování interferonu gama. Právě kvůli možnosti testování nepovažují latentní TB v souvislosti s biologickou léčbou za vážnější problém zástupci farmaceutického průmyslu.



## Z DOMOVA

# Ordinace jako bezpečné místo

Dalším tématem z ranku bezpečnosti ve zdravotnictví je pracoviště – ordinace lékaře. Příkladem dobré praxe v ochraně zdravotníka, pacienta a potažmo majetku je projekt Bezpečná ordinace, který před několika lety vznikl ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV).

Jak pro naši redakci uvedl mluvčí FNKV Lukáš Matýšek, projekt bezpečná ordinace začala FNKV realizovat na přelomu let 2005 a 2006. Nemocnice tehdy ve spolupráci s firmou Alkom, která v nemocnici instaluje elektrické zabezpečovací systémy, upravila a vybavila vybrané ambulance na několika nejrizikovějších pracovištích, kde statisticky nejvíce docházelo k problémům při příjmu pacientů.

„Projekt vycházel z četných případů napadení zdravotnického personálu. Soustředili jsme se na ordinace, které přijímají v nočních hodinách akutní případy zahrnující opilé, intoxikované návykovými látkami či zraněné během násilných činů. Pro omezení útoku na lékaře či sestry byl už příchod do čekárny nahráván, kamera byla i v samotné čekárně. Veškeré vybavení – stůl, lavice, věšáky – bylo instalováno napevno, aby s ním nebylo možné manipulovat,“ vysvětluje principy projektu ředitel společnosti Alkom Václav Růžička. Komunikace z čekárny do ordinace v zabezpečených prostorech probíhá buď přes dveře, sklo, či kamerovým systémem. Záznam kamery byl převáděn na bezpečnostní centrální areálu. Součástí vybavení ordinace je také pevné či mobilní tísňové tlačítko.

## Preventivní monitoring

Pro nemocnice jsou záznamy z kamer zajímavým nástrojem

v případech, kdy v jejich areálu dojde k nežádoucí situaci, která má případně i soudní dohru. „Záznamy z kamer, které jsou většinou instalovány v přístupových chodbách a čekárnách v režimu on-line, informují o situaci v monitorovaném prostoru a o nestandardním chování zde přítomných osob. Uložené záznamy pak slouží většinou jako důkazní prostředek určený pro orgány činné v trestním řízení. Užití záznamů je možno výhradně v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů,“ upozorňuje mluvčí FNKV Matýšek a dodává, že každý bezpečnostní incident je ve FNKV zaznamenán v systému hlášení nežádoucích událostí. Zde je tato událost popsána a na základě její analýzy jsou přijímána nápravná opatření, jejichž účinnost je dále sledována a vyhodnocována.

## Když napadení, tak beze zbraně

Při zpětném sledování průběhu problematického příjmu může vedení nemocnice ze záznamu například zjistit, jak dlouho pacient na příjmu čekal, než mu byla poskytnuta péče. „Společně se zdravotnickým zařízením jsme podle záznamů schopni krizovou situaci vysledovat a rozhodnout. Setkal jsem se mimo jiné s případem, kdy zdravotníci nezasáhli a na kameře bylo možné vysledovat postupné ochrnutí těla, nebo s případem zraněného pacienta, který v čekárně upadl a sám si způsobil úraz. Pak i nemocnice zjistí, že kamerový systém má svůj význam,“ podotýká ředitel Růžička.

V projektu Bezpečná ordinace byla ale hlavním cílem eliminace útoku na personál nebo alespoň snížení následků agrese ze strany pacienta. „Dříve se mohlo stát, že agresivní pacient popadl nejbližší věc, na kterou dosáhl, zaútočil s ní na lékaře a zranil ho, teď v zabezpečené ordinaci nelze nic použít, takže napadení proběhne beze zbraně, lékař přivolá tísňovým tlačítkem pomoc. Před zavedením bezpečnostních opatření hrozilo, že agresor vážně zraní lékaře například židlí, nyní by ve stejném případě došlo k lehčímu zranění a byla by zajištěna

včasná pomoc,“ doplňuje Václav Růžička.

## Regionální dosah

Nadstavbou monitorování v rámci malých prostor jsou služby řízené z centrálního dispečinku, který má pod kontrolou fungování detektorů umístěných ve střežených prostorech či na rizikových pracovištích. Firma Alkom disponuje multifunkčním monitorovacím centrem s celorepublikovou působností. Jde o dohledový pult centrální ochrany se 70 zaměstnanci, kde zároveň pracuje až 10 dispečerů. „Dispečer má za úkol řídit řešení incidentu. Když například ordinace praktického lékaře ve Strančicích vyše signál tísně, je na dispečerovi, aby postupoval přesně podle stanoveného scénáře, vyslal výjezd, informoval policii, v případě dalších signálů komunikoval s klientem či s lékařem, zda nejde o planý poplach, a podle toho řídil zásah, první pomoc a podobně. Zkušení dispečer řeší přednostně život a zdraví osob, pak až škody na majetku,“ popisuje činnost největšího pracoviště svého druhu v ČR ředitel Růžička s tím, že zdravotnická zařízení tvoří 20 % zákazníků společnosti. Podle něj je zde méně incidentů než v objektech pracujících s financemi nebo drahým zbožím, ale kvůli rozsáhlým areálům se řeší ve vyšší míře vandalismus a technologické problémy, jako jsou například výpadky proudu či zaplavení, jejichž včasné řešení je pro nemocnice důležité.

## Na lokalitě ordinace záleží

Specifická je ochrana bezpečnosti malých ordinací v odlehklých regionech. „Jde o rozdíly v umístění i ve struktuře pacientů. Jinak střežíme ordinaci, která je například v blízkosti obecního úřadu nebo pošty, jež také hlídáme. Jinou ochranu vyžaduje odlehklá ordinace v místě, kde je prokazatelně vyšší kriminalita nebo delší dojezd. Proto je součástí našich návrhů také posouzení kriminální historie objektu. Disponujeme unikátními daty od roku 1991 o tisících objektech a zkušenostmi v práci dispečerů a bezpečnost-



Ilustraci foto: Shutterstock

ních specialistů, kteří se věnují zabezpečení na vědecké úrovni a jsou i spoluautory norem ČSN, ISO a EN. Máme vytipované nejrizikovější lokality pro ordinace v severních Čechách, na severní Moravě, v Praze. K nejkřivnějším lokalitám pak v tomto ohledu patří Vysočina, část jižních Čech a jižní Moravy. Svou roli hraje také konkrétní lokace ordinace, v jejíž blízkosti může být umístěna základna vojenské posádky, věznice, zařízení s velkou migrací zaměstnanců nebo rozsáhlá stavba, kde jsou zaměstnanci zahraniční dělníci,“ říká Václav Růžička.

## Náramky budoucnosti

V pražské Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) jsou od roku 2013 na vybraných a exponovaných klinikách (Společný příjem interně nemocných – SPIN, I. chirurgická klinika, stomatologie a RDG), kde dochází k příjmu opilých, zdrogovaných a agresivních pacientů, instalovaná tlačítka tísňového volání. „Jedná se o náramky, na nichž lze zmáčknout tlačítko, které vyše signál tísně na hlavní vrátnici. Zde se rozezná krabička, která lokalizuje dotčenou ambulanci a strážník se musejí neprodleně dostavit na místo a věc řešit. Pokud nestačí vlastními silami, volají si na pomoc pracovníky policie ČR či městské policie. Stává se také, že zároveň s vozidlem zdravotnické záchranné služby přijíždí i posádka policistů,“ popsal mluvčí VFN Filip Brož.

Zajištění bezpečnosti personálu prostřednictvím kamerových

systémů a monitorů bude dle ředitele Růžičky cestou i v budoucnosti. „Karta nebo náramek bude ukazovat, jak se samotní pracovníci chovají bezpečně, zda je konkrétní pracovník tam, kde má být, jestli se nepohybuje v jiném provozu, kde by mohl například zneužít data či léky. V rámci provozu může být pohyb zaměstnance omezen na určitá pracoviště nebo bude jeho pobyt v některých prostorech monitorován. Buď pak například zjistitelné, zda sestra skutečně za noc třikrát navštívila pokoj, změřila požadované parametry, dala pacientům napít, nebo zda tyto úkony jen zapsala do karty, aniž je provedla,“ domnívá se Václav Růžička.

Již nyní ale sestřím i ošetřovatelskému personálu pomáhá bezpečnostní zajištění v zařízeních seniorského typu, která Alkom také pokrývá. „Spolupracujeme se Seniorparkem, naše dodávka bezpečnostního zařízení je modifikovaná hlavně s ohledem na potřeby seniorů. Jde například o jednoduchou komunikaci mezi pokojem a recepcí, přivolání pomoci v případě tísně, distribuci televizního signálu. Sestřím se tím ulehčí komunikace. Na oddělení dlouhodobě ležících pacientů navrhujeme také kamery a monitory,“ poukazuje na výhody pro ošetřovatelské domy Václav Růžička s tím, že pro zmatené seniory nabízí společnost monitorovací náramek, který kromě tlačítka tísně a dovolání na telefonní linku umožňuje také zjistit polohu nositele.

Petra Klusáková



Václav Růžička: Rozvoj techniky ve spojení s bezpečnostním posouzením a zkušeností dispečerů umožňuje velmi efektivně zvýšit bezpečnost zdravotníků, majetku i dat nemocnic.

Foto: Alkom





**PORADNA** Všeobecné  
zdravotní pojišťovny ČR

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

## Centrová péče: Jak se vyhnout problémům při revizích

*Od roku 2012 vznikly ve VZP zvláštní revizní týmy, které se zaměřují na revize na specializovaných pracovištích – v tzv. centrech. Při tom narážejí na určité typové problémy. Revizní zaměstnanci byli nezdárně zaskočeni tím, že lékaři některých center, a to i na úrovni fakulturních nemocnic, neznali pravidla pro úhradu léčiv, která ordinovali pacientům. Následující text má za cíl upozornit na nejčastěji zjišťované nedostatky.*

Většina center má s pojišťovnou uzavřenou Zvláštní smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Jen tato pracoviště také mohou předepisovat a vykazovat k úhradě vybraná léčiva, která jsou Státním ústavem pro kontrolu léčiv od roku 2006 při registraci označena písmenem „S“. Smyslem revizí bylo ověřit, zda jsou dodržována pravidla SÚKL pro úhradu léčiv a zda jsou veřejné prostředky vynakládány účelně.

### Doporučení v rozporu s předpisy

Revizní pracovníci v centrech opakovaně narazili na to, že doporučení léčebných postupů ze strany některých odborných společností nebyla v souladu s platnými předpisy pro úhradu.

VZP však hospodaří s veřejnými penězi a musí postupovat podle platných předpisů. Pokud kontrola prokáže, že byl léčivý přípravek předepsán v rozporu s podmínkami stanovenými pro úhradu, má pojišťovna nárok na zpětnou úhradu zaplacené částky. Tato zpětná úhrada jde na vrub poskytovatele, který léčivý přípravek v rozporu s pravidly předepsal.

### Chyby, na které je třeba dát pozor

Jak už bylo řečeno v úvodu, některé chyby se poměrně často opakovaly. Šlo zejména o následující problémy:

**Vedení dokumentace**  
Revizní zaměstnanci zjišťovali, že chybějí záznamy dokladující splnění indikačních omezení. Naráželi i na vzájemně si odporující záznamy nebo záznamy, kdy vykázané množství převyšovalo skutečně spotřebované množství léčiva dle dokumentace.

### Algoritmus léčby

Výjimkou nebylo to, že použité léčebné schéma odporovalo úhradovým pravidlům.

### Neukončení léčby při progresi nemoci

Ač může jít o etický problém, úhradová pravidla připouštějí



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

předepisování a úhradu konkrétních centrových léčiv jen tehdy, lze-li očekávat léčebný efekt. Revize ukázaly, že léčba centrovými léčivy často probíhá i tam, kde již efekt přinést nemůže.

### Nadhodnocení úhrad

V některých případech zdravotnická zařízení vykazala maximální, respektive jinou vyšší úhrady

léčiva, než jaká byla jeho skutečná pořizovací cena.

### Různá centra, různá úroveň

Tři roky cílených revizí přinejmenším pomohly zlepšit vedení zdravotnické dokumentace a povědomí o podmínkách pro úhradu centrových léčiv. VZP se navíc podílí na seminářích, které mají přispět k tomu, aby centra navzájem více komunikovala. To by mělo vést ke zvýšení úrovně v přístupu k léčbě, v organizaci práce, ve znalostech pravidel.

Důsledkem revizí je i fakt, že lékaři center mnohem častěji žádají o povolení úhrady léčiv revizním lékařem nad

rámec pravidel (s odkazem na § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Úhradu v těchto případech ale může VZP připustit jen tehdy, jedná-li se o výjimečnou situaci a současně o jedinou možnost léčby z hlediska zdravotního stavu pacienta a existují-li důkazy o účinnosti a bezpečnosti dané léčby.

**VZP nabízí poprvé v historii ambulantním specialistům smlouvu na dobu neurčitou.**

**S námi máte jistotu!**

 **VZP**  
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222  
[www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)

# Odborníci se shodují na podpoře biologické léčby

ČR oproti vyspělým zemím zaostává v počtu pacientů léčených biologickou léčbou. Základem diskuse nad tím, zda a jakým způsobem léčbu zpřístupnit většímu počtu pacientů, musí být povědomí o tom, jak jsou biologická léčba a biologicky podobné léky definovány. V tom však chybují zatím nejen laici, ale i politici a lékaři.

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) provedla mezi českými lékaři i politiky a laickou veřejností průzkum, v jehož rámci byli respondenti dotazováni, zda mají přehled o tom, co je to biologická léčba. V kontextu části laiků, kteří za biologickou léčbu chybně považují například léčbu fytoprodukty či pijavicemi (72 % laiků biologickou léčbu vůbec nezná), přestává být humorné, že v definici vysoce specializované cílené léčby chybovalo i 20 % procent lékařů. V průzkumu jich odpovídalo okolo 700, z celkového počtu padesáti odborností bylo nejvíce lékařů všeobecného lékařství (17 %), 9 % pediatriů a internistů, 7 % gynekologů a chirurgů. V otázce *biosimilars* (podobných biologických léčeb, které přichází na trh až po uplynutí patentu inovativního biologického přípravku) chybovali svorně všichni – laici, politici i lékaři.

## Bez dat a bez diskuse

„Data získaná z průzkumu ukazují, že vnímání biologické léčby je v České republice problematické. Informovanost o biologické léčbě je minimální, a pokud chybí informace, není ani diskuse. To bychom měli zásadním způsobem změnit,“ otevřel odbornou debatu výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček. „Je potřeba zvýšit informovanost a nastavit potřebnou legislativu pro biologickou léčbu, kterou navíc nelze vnímat jako zaměnitelnou,“ dodal. To, že 20 % lékařů nebylo schopno biologickou léčbu přesně definovat, je podle něj zásadní a je třeba to změnit. Přitom biologické léky (modifikátory imunitní odpovědi vyráběné pomocí živých organismů) se již více než deset let používají v řadě oborů, zejména v onkologii, revmatologii, hematologii či neurologii. Jen v loňském roce se na trhu objevilo 15 nových biologických léků. „Dostáváme se do fáze, kdy bez biologické léč-

by nemůžeme léčit. Zatímco v roce 2008 bylo v Evropě mezi nejčastěji používanými léky pouze několik biologických přípravků, v roce 2013 už je to většina. Pokud chceme léčit srovnatelně s Evropou, nezbytvá nám nic jiného než biologické léky používat,“ zmínila Jana Skoupá z Medicínského datového centra 1. LF UK. Dle jejích slov roste objem nových biologických léků na trhu rychleji než je tomu u běžných léků.

## Nízký počet léčených

„V porevolučních desetiletích jsme se v poskytování život zachraňující a diagnostické péče vyrovnali zemím, které investují do zdravotnictví mnohem více než ČR. Nyní jsme znovu na rozcestí, musíme se rozhodnout, jak se postavíme k nákladné biologické léčbě, abychom nezaostávali, což už se nyní děje, protože nejsme schopni držet krok s bohatými ekonomikami a léčit stejné počty pacientů,“ uvedl přednosta Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFN v Praze prof. Vladimír Tesař. Připomněl oblast autoimunitních onemocnění, jako je roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, zánětlivá střevní onemocnění, psoriáza a mnoho dalších méně častých (než například onkologická onemocnění), kde je biologická léčba používaná minimálně, přestože má prokázán významný efekt (vliv na kvalitu života i ovlivnění onemocnění vedoucích k trvalé invaliditě). „V těchto oblastech je v ČR situace léčby moderními léky velmi neuspokojivá, zejména tam, kde chybí aktivní tlak patientských organizací. Například v oblasti revmatoidní artritidy léčíme biologickými léky zhruba tři procenta pacientů, což je desetina oproti zemím západní Evropy. A navíc je řada pacientů na čekací listině, kde čekají, až jejich onemocnění progreduje do té fáze, kdy bude léčbou lépe ovlivnitelné,“ uvedl prof. Tesař s tím, že podobně je to s léčbou psoriázy. Si-

tuace je dle jeho slov skutečně alarmující.

## Finančně náročná kvalita

Podporu adekvátnímu povědomí o biologické léčbě vyjádřil předseda Výboru pro zdravotnictví PSP ČR prof. Rostislav Vyzula, odborností onkolog. Zmínil, že největší překážkou vstupu biologické léčby na český trh je její nákladovost. „Jsou to finančně velmi náročné léky, ale pro výsledky léčby stojí za to biologickou léčbu zpřístupňovat. Zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života pacientů. Pracuji v onkologii přes třicet let a mohu říci, že tato léčba je úžasná. Pacienti, kteří umírali během několika týdnů, najednou přežívají roky. U karcinomu prsu je dokonce jednoznačně prokázáno, že jeden z biologických léků dokáže toto onemocnění vyléčit,“ uvedl předseda Vyzula a dodal: „Řada evropských zemí už má jasné vymezené prostory pro uplatnění biologické léčby v praxi a nevnímá biologickou léčbu kvůli její finanční náročnosti pouze jako zátěž pro zdravotnický systém. Je potřeba zaměřit se především na její terapeutické výsledky a na úspory, které zdravotnickému i sociálnímu systému generuje v případě výrazného zlepšení zdravotního stavu pacienta, který se například může opět vrátit do pracovního procesu a nevyžaduje nákladnou zdravotní péči.“

Legislativní kroky k upřesnění regulace biologické léčby v současnosti zavádí např. Německo, Velká Británie, Švédsko nebo Rakousko.

## Jak moc (ne)podobné

Ukotvení biologické léčby v české legislativě odborníci vesměs podporují. Mimo jiné také proto, aby zákonně zamezila možnosti záměny biologických přípravků s tzv. *biosimilars*. Česká lékárnická komora slovy svého prezidenta garantuje, že stejně jako v ostatních státech nebude v lékárnách

možné tyto léky zaměnit. „Preventivně jsme již před dvěma lety vydali pokyn, že záměna těchto léků není možná. Pokud by takto někdo postupoval, bude z komory vyloučen,“ potvrdil Lubomír Chudoba. Proč biologické léky a *biosimilars* zaměnit nelze? „*Biosimilars* nejsou s biologickou léčbou totožné, jen podobné. Čím větší je struktura napodobovaného léku, tím více možných odchylek a funkčních změn může nastat. *Biosimilární* léky jsou primárně léky bílkovinné povahy. Bílkovina má čtyři stupně struktury, které jsou definované pořadím aminokyselin, ale jsou závislé i na tom, co je navázáno na boční řetězec. Změna prostoru pak znamená změnu vlastnosti. I nekonečně malá změna může vést k rozsáhlým změnám struktury a následně i efektu léku. Navíc tyto léky produkují živé organismy, u nichž po standardní produkci bílkoviny následují ještě posttranslační změny,“ vysvětlil přednosta Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. Milan Kvapil a dodal, že zatímco generické léky jsou tvořeny jednoduchou molekulou, kterou lze po uplynutí patentu snadno a úplně nahradit, u biologických léků není nápodobou jednoduchá. „Může se stát, že změna struktury prostrové molekuly v důsledku výrobního procesu prolomí pacientovu imunitu,“ podotkl prof. Kvapil s tím, že biologickou léčbu nelze během léčby jedním přípravkem zaměňovat za jiný.

## Ekonomická záměna

Jenže od zavedení léčby *biosimilárními* léky si slibují úspory nejen zdravotní pojišťovny, ale i vedení nemocnic. „Pokud si nemocnice vytendruje výhodnou cenu za *biosimilars*, je možné, že léky zamění,“ poznamenal Michal Burger z Institutu biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity (IBA MU), který mimo jiné spravuje tzv. klinické registry biologické léčby. Lékaři proto



Ilustrace foto: Shutterstock

podporují myšlenku, aby o léčbě rozhodoval odborník, nikoli ekonomický zájem.

Ale i *biosimilars* podle nich mají na trhu své místo. „Přestože jsou *biosimilars* levnější, žádné extrémní úspory nenastanou, ale léčba bude umožněna většímu počtu pacientů. Samozřejmě s dodržением striktních pravidel nezaměnitelnosti,“ dodala Jana Skoupá. Pokud bude garantováno, že se prostředky uspořené díky zavedení *biosimilars* znovu použijí pro tuto oblast léčby, vidí v *biosimilars* částečné východisko i prof. Tesař. „Základem je ale otevřeně přiznat, že biologickými léky neléčíme dost. Měli bychom mít plán jak situaci adekvátně řešit. Zavedení *biosimilars* je jednou z možností, ale to nebude stačit. Plátcí budou muset najít další způsoby jak nákladnou péči finančně zajistit,“ podotkl Vladimír Tesař.

Podle Michala Burgera je jednou z cest nalít většího objemu peněz do systému. „Autority, které o tom rozhodují, musejí být přesvědčeny o efektivním využití těchto prostředků. To ale dnes doložit neumíme. Nejsou nastaveny parametry efektivity péče v nemocnicích. Ministr zdravotnictví v takové chvíli peníze do systému nedá. Druhá možnost je hledat rezervy v systému, kde jsou léky přeregulované, nabízí se možnosti uspořit u zdravotnických prostředků, u výkonů a hodnocení nákladové efektivity (HTA) zahrnující také právní či sociální dopad,“ uvedl možnost úspor systému Michal Burger.

Petra Klusáková



# XXII. PRAŽSKÉ CHIRURGICKÉ DNY

*(Jiráskovy dny)*

*Chirurgický kongres s mezinárodní účastí*

18. – 19. května 2015  
Praha, Clarion Congress Hotel Prague



Pořadatel: I. chirurgická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze,  
Traumatologicko – ortopedická sekce ČAS



Pod záštitou

České chirurgické společnosti ČLS JEP a České asociace sester



Organizace  
Congress Prague

Registrace, aktivní účast, informace

[www.prazskechirurgickedny.cz/2015](http://www.prazskechirurgickedny.cz/2015)



## Z REGIONŮ

# Na Homolce narovnávají hospodaření

Nemocnice Na Homolce (NNH) ukončila od 1. dubna spolupráci s dceřinou firmou Holte, s. r. o., která pro ni zajišťovala účetnictví. Na tiskové konferenci to uvedl ředitel nemocnice Ivan Oliva.

## Cesta ke standardu

Ředitel Oliva, který na svém postu působí půl roku, v úvodu tiskové konference odmítl kritiku, která poukazovala na to, že spolupráce s dceřinou společností trvala příliš dlouho a měla být ukončena dříve. Přirovnal fungování nemoc-

nice k chodu lidského těla a uvedl, že celé účetnictví, tedy jeho velmi důležitá součást, bylo vyvedeno mimo tělo, což si vyžádalo velké přípravy a opatrnost při dalším postupu. Od začátku dubna je ale veškeré účetnictví a ekonomika zpět v nemocnici. To dle slov

Ivana Olivy ušetří nemocnici asi 30 % nákladů na finanční agendu. „Jestliže jsme společností Holte, s. r. o., platili za její služby 40 milionů ročně, tak to lze lehce spočítat. Náklady by měly být nižší než 30 až 25 milionů korun,“ uvedl ředitel NNH.

## Konec další dceřiné společnosti

Nemocnice doposud postrádala obchodní i ekonomickou sekci, což současné vedení hodlá změnit. Chce proto ukončit spolupráci i s další dceřinou společností Holte Medical, která měla na starosti dodávku zdravotnického zařízení a materiálu. Podle auditu ministerstva společnost dodala za dva roky nemocnici materiál za více než 3,5 miliardy Kč a účtovala si marži téměř 300 milionů, což ministerstvo zdravotnictví nechtělo akceptovat. Ředitel Oliva uvedl, že nemocnice má v úmyslu přesoutěžit, tedy nově připravit a do roku 2016 spustit, výběrová řízení na tisíce položek jak léčiv, tak materiálového a technického vybavení. Celková hodnota nákupů by se mě-

la pohybovat kolem částky 590 milionů korun.

## Sedm obžalovaných

Na začátku dubna státní zastupitelství obžalovalo sedm lidí včetně bývalého ředitele nemocnice Vladimíra Dbalého. Státní zástupce je viní z toho, že jako organizovaná skupina způsobili nemocnici škodu ve výši téměř 57 milionů korun, a to při zakázce na digitalizaci chorobopisů. Někteří ze stíhaných jsou obviněni z nelegálních praktik a úplatkářství také při nákupu Leksellova gama nože. Kromě exředitele nemocnice, jeho náměstka Michala Toběrného a hlavní účetní nemocnice Emilie Bialešové je údajně vyšetřován i vysoký úředník ministerstva zdravotnictví. (ISO)

## Nemocnice obviněny z miliardových úniků

Představitel asociace živnostníků napadl v souvislosti s problematikou odvodů na zdravotní pojištění osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) morálku nemocnic, ty se brání.

Předseda představenstva Asociace malých a středních podniků a živnostníků ČR Karel Havlíček v pořadu ČT24 Hyde Park počátkem dubna obvinil nemocnice z úniků ve výši 30 miliard korun ročně. V souvislosti s výší odvodů na zdravotní pojištění malých a středních podnikatelů předseda Havlíček uvedl: „V systému zdravotnictví je ročně 30miliardový unik ve smyslu předražených zakázek některých nemocnic, které si občas dělají z pojištění trhací kalendáře. Konkrétní údaj 30 až 40 miliard vzešel před dvěma lety od Českomoravské konfederace odborových svazů, která tehdy vyčíslila největší manko zdravotnického systému.“ Dle tiskové zprávy, kterou v reakci na toto prohlášení vydala Asociace

českých a moravských nemocnic (AČMN), jde o lživé, hloupé a účelové výroky. „Těžko si představit, že by nemocnice, které od zdravotních pojišťoven dostávají cca 120 miliard korun ročně, z čehož asi 65 miliard vydají na nikterak vysoké mzdy, mohly fungovat při 30miliardových únicích, tedy za méně než polovinu ze zbývajících 55 miliard korun,“ uvedl na obranu nemocnic výkonný ředitel AČMN Stanislav Fiala s tím, že si lze stěží představit také to, že by si nemocnice mohly dělat trhací kalendář ze zdravotních pojišťoven, které patří k největším a nejmodernějším finančním institucím v ČR. „Podporu útoků některých politiků proti nemocnicím ze strany pana předsedy lze těžko pochopit jinak

než jako snahu získat si jejich přízeň pro řešení výše daní a dalších odvodů a jako nekalou konkurenci „kolegů z jiné asociace,“ dodal ředitel Fiala.

Předseda živnostníků Havlíček v pořadu obhajoval současnou míru odvodů OSVČ a citoval VZP, podle jejichž výpočtů odvádějí živnostníci do systému 6,5 miliardy a 3 miliardy z něj vyčerpají. „Pokud se prokáže, že se ve zdravotnictví zásadně šetří a že živnostníci odvádějí významně méně než ostatní přispívající skupiny, jsme připraveni o navýšení odvodů jednat,“ doplnil Karel Havlíček. Konkrétní čísla, o kolik by bylo navýšení ze strany asociace přijatelné, ale nevedl.

(klu)



Foto: Jan Rasch / Euro

## Krátce z regionů

### • FN Plzeň opět boduje u pacientů

V rámci projektu Kvalita očima pacientů již podesáté v řadě nemocnice potvrdila kvalitativní růst v oblasti péče na svých lůžkových odděleních. V dotazníkovém výzkumu, který probíhal během jednoho měsíce na konci roku 2014, dosáhla nemocnice zatím nejlepšího výsledku v dosavadní historii. Při hodnocení osmi kritérií, mezi které patří například přijetí či propuštění pacienta z péče, informovanost, respekt k osobě pacienta či zapojení rodiny do léčby, získala nemocnice hodnocení 83,8 %. Fakultní nemocnice Plzeň tak obhájila zařazení mezi zdravotnická zařízení v ratingovém pásmu „A+“. Zařízení jsou zařazována do celkem šesti ratingových pásem od nejvyšší „A+“ po nejnižší „B-“. Pacienti přitom nehodnotí samotnou zdravotní péči, ale přístup personálu a další dru-

hy nemedicínské péče. „Souhrnná spokojenost ve FN Plzeň se již stabilně pohybuje statisticky významně nad hranicí standardu dobré péče (80 procent). Kromě souhrnné spokojenosti rostla spokojenost se sestrami na 84 procent a s lékaři na 82,9 procenta,“ uvedl k výsledkům autor projektu Kvalita očima pacientů Tomáš Raiter. Navíc nemocnice ve všech třech hodnocených kategoriích (celková spokojenost, spokojenost se sestrami a spokojenost s lékaři) splnila metodická i výkonnostní kritéria pro udělení certifikátu Spokojený pacient. Dotazníky odevzdalo celkem 2614 pacientů, kteří strávili v nemocnici alespoň jednu noc (tedy dva dny). Návratnost dotazníků dosáhla 78 %. „Je to určitě zpětná vazba, která nám napomáhá vidět naši práci zvenku,“ okomentoval výsledky průzkumu ředitel FN Plzeň Václav Šimánek.

### • Liberec čeká na schválení přestavby za 1,5 miliardy

Projekt Modernizace Krajské nemocnice Liberec podpořili na tiskové konferenci zástupci Libereckého kraje, který je hlavním akcionářem, i starosta města Turnova, který zastupuje akcionáře zbývajících. Hlavní slovo ale bude mít hlasování krajských zastupitelů. Pracovní tým projekt připravoval od počátku minulého roku a rozdělil jej na jednotlivé etapy, které by měly být realizovány postupně v závislosti na toku financí. O financování přitom bude rozhodnuto ještě letos. Ředitel nemocnice Luděk Nečesaný upozornil, že nemocnice se sice může aktivně podílet na splácení úvěru, není ale v jejích silách financovat celou přestavbu. Proto chce vedení zapojit do splácení i akcionáře. Konkrétní podoba jejich angažmá je ale stále předmětem jednání. „Nová budova bude realizována jako ma-

ximálně variabilní, aby byla schopná reagovat na případné budoucí změny vyvolané nejnovějšími trendy v medicíně. Důraz klademe na co nejefektivnější a hospodárný provoz,“ vysvětlil manažer projektu. V jejích prostorách by měl vzniknout centrální příjem, operační sály, jednotky intenzivní péče. Zázemí budovy poskytnou také centralizovaným laboratorům a rentgenologickému pracovišti. Luděk Nečesaný také potvrdil záměr vedení, aby se KLN stala univerzitním pracovištěm. Ohledně něho údajně probíhá mezi nemocnicí a Technickou univerzitou v Liberci úzká komunikace.

### • Jednatelka nemocnice Nymburk končí ve funkci

Zastupitelé města Nymburk odvolali začátkem dubna jednatelku nemocnice Nymburk Alici Opočenskou. Jako důvod uvedl starosta města Tomáš Mach (ČSSD) rozpo-

ry a špatnou komunikaci mezi nemocnicí a městem při jednáních o rekonstrukci pavilonů nemocnice, informovala ČTK. Alice Opočenská se k odvolání údajně nechtěla vyjadřovat. Dočasnou jednatelkou bude členka dozorčí rady nemocnice Alena Havelková. V nemocnici Nymburk již několik měsíců probíhá rekonstrukce interního oddělení, která by měla být dokončena v září. Starosta města již dříve označil projekt rekonstrukce za chybný a podceněný. „Z hospodářského hlediska jsem s prací paní jednatelky Opočenské spokojen, nemocnici dostala do kladných hodnot a velice jí za to děkuji. Důvodem ukončení naší spolupráce jsou názorové rozpor ohledně rekonstrukce pavilonů, které jsou do budoucna pro zařízení zásadní, a vleká komunikační bariéra mezi městem a nemocnicí,“ uvedl starosta.

(ISO, ČTK)



# Výrobci léčiv se otevřela cesta soudního zpochybnění úhrady

Výrobci léčiv mohou v žalobách zpochybňovat stanovenou výši úhrady léčivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění. Revoluční rozhodnutí loni vynesl Nejvyšší správní soud v Brně (NSS). V březnu se s verdiktem u jiného případu ztotožnil také Ústavní soud (ÚS).

Vše začalo v roce 2008 při sporu o stanovení výše úhrady léčivému přípravku Tarka. Na konci komplikovaného řízení v roce 2011 NSS rozhodl, že držitelé rozhodnutí o registraci nemají úplnou aktivní legitimaci – tedy že nemohou namítat, podávat žalobu vůči rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu (SÚKL) či ministerstva zdravotnictví (MZ), ať už na základě posouzení důkazů, jejich vyhodnocení nebo správnosti odborných závěrů ústavu či regulátora. Od rozhodnutí NSS z roku 2011 mohli výrobci, resp. držitelé rozhodnutí o registraci, řízení napadat pouze z hlediska procesních práv, tedy v případech, kdy rozhodnutí nebylo vydáno včas, nebo nebyly naplněny jiné zásady správního řízení. „To držitelé registrace zásadně limitovalo a omezovalo. Řada námitek totiž pramení z faktické stránky, například nesprávného vyhodnocení předložených odborných argumentů nebo nesprávných věcných závěrů ze strany SÚKL,“ uvedl advokát Libor Štajer a dodal, že NSS se tehdy příklonil k výkladu, že předmětem stanovení úhrady je vztah mezi pojištěncem a plátcem pojištění a že držitelé registrace (výrobci) účastníkem tohoto vztahu nejsou.

## Právo na hmotné námitky

ÚS letos v březnu rozhodl spor Zentivy z roku 2009, kdy SÚKL stanovil výši úhrady léčivého přípravku Febira. Rozhodnutí ústavu tehdy potvrdilo ministerstvo zdravotnictví a následovala neúspěšná žaloba. ÚS nyní potvrdil, že rozhodování o zařazení léčivých přípravků do seznamu léčiv hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění zasahuje do práv jejich výrobců a distributorů a že rozhodnutí správního orgánu musí být dle nálezu založeno na objektivních a ověřitelných kritériích, aby bylo soudně přezkoumatelné. „Obdobná premisa musí platit též ve vztahu k rozhodování o výši a podmín-

kách úhrady léčivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění,“ říká ve svém nálezu ÚS.

## Náhrada škody

Už loni došel k obdobnému závěru čtvrtý senát NSS, když rozhodl, že držitelé rozhodnutí o registraci přísluší nejen procesní, ale i hmotná práva. „Žalobu mohou nyní držitelé registrace podat vůči veškerým závěrům, které nebyly zohledněny ve správním procesu. Ve chvíli, kdy ani SÚKL, ani ministerstvo zdravotnictví nereaguje na jejich podněty, mohou být námitky přezkoumány soudem v žalobě,“ doplnil Libor Štajer s tím, že bude přibývat případů, kdy firmy budou mít nárok na náhradu škody. „V důsledku špatně stanovených podmínek úhrady může vzniknout škoda, například kvůli snížení úhrady na dočasnou dobu v rámci hloubkové revize. Pokud městský soud toto rozhodnutí zruší a úhrada se vrátí do výše před revizí, náhrada škody pak může být vypočtena z rozdílu výše snížené úhrady. Z vlastní zkušenosti víme, že dosud se soudy s ohledem na nejasnou aktivní legitimaci těmto žalobám nevěnovaly. Nedávno se ale Městský soud v Praze již vyjádřil ke správnosti použití metodiky či koeficientů. Takovychto závěrů ohledně nezákonnosti rozhodnutí SÚKL bude přibývat,“ dodal advokát. Za nesprávné rozhodnutí v oblasti úhrad zodpovídá stát, resp. MZ, které nese zodpovědnost za činnost SÚKL. Výrobci se na něm budou moci domáhat škody do tří let od doručení rozhodnutí SÚKL.

## Tlak na farmakoekonomická data

Změny výrobci zaznamenávají také v rozhodovací praxi SÚKL, a to například v oblasti vstupu vysoce inovativních léčivých přípravků (VILP) do úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Posun ve výkladu nastává u požadavku na doložení farmako-

ekonomické analýzy o nákladové efektivitě. Mezi VILP mohou být podle zákona o veřejném zdravotním pojištění zařazeny pouze léky, u nichž „není znám dostatek údajů o nákladové efektivitě nebo výsledcích léčby při použití v klinické praxi, a to pouze tehdy, odůvodňují-li dostupné údaje dostatečně průkazně přínos vysoce inovativního přípravku pro léčbu, a je tam podmínka úhrady ve dvou zemích referenčního koše“. Jak říká přední český farmakoekonom Tomáš Doležal, zatímco dříve byl vstup léčivého přípravku do VILP snadnou cestou jak získat úhradu z veřejných prostředků, nyní SÚKL tuto cestu výrobcům více znesnadňuje. „Dnes vidíme velice důkladnou snahu SÚKL najít komparátora (alternativní lék) a výrobci musí velmi složitě zdůvodňovat, že



Ilustrační foto: Shutterstock

nelze doložit nákladovou efektivitu. SÚKL nejde o doložení výsledku nákladové efektivitě, ale spíše o dodání všech náležitostí žádosti zařazení do VILP. Výsledky analýzy by neměly být překážkou pro zařazení přípravku do skupiny vysoce inovativních léků,“ řekl Tomáš Doležal s tím, že za změnou výkladového stanoviska SÚKL lze vysledovat tlak

zdravotních pojišťoven na činnost ústavu. Tato praxe se nejvíce dotýká orphanových a ultraorphanových VIPL, které vcházejí do registrace s menšími klinickými studiiemi, často nemají komparátora a analýza nákladové efektivitě buď vůbec není, nebo je obtížně proveditelná.

Petra Klusáková

## Vznikla asociace sdružující lékárenské sítě v ČR

Členy nově vzniklé Asociace provozovatelů lékárenských sítí (APLS) jsou společnosti Česká lékárna holding, která provozuje lékárny Dr. Max, dále Benu ČR a Devětsil JST.

Asociace provozovatelů lékárenských sítí je zájmovým sdružením, jehož ambicí je přispívat k vytváření optimálních podmínek pro rozvoj lékárenství v České republice. „Založením asociace deklarují členové svůj zájem k podnikání aktivit směřujících k nastolení rovných podmínek v českém lékárenství,“ říká předseda představenstva APLS Daniel Horák. Asociace si vytkla za cíl hájit společný zájem svých členů při jednání s exekutivou, zákonodárci, politickými stranami a hnutími, odbory, zájmovými skupinami, regionální a místní samosprávou, národními i mezinárodními institucemi, Českou lékárnickou komorou, Státním úřadem pro kontrolu léčiv a zdravotními pojišťovnami. Vůči zmíněným subjektům je APLS připravena působit i v roli odborného poradce, pokud o to bude požádána. „Za tím účelem APLS vytvo-



Foto: Martin Siebert / Euro

ří systém odborných komisí jako partnerů pro diskusi o situaci a perspektivách lékárenství v České republice,“ poznamenává Michaela Jelínková, předsedkyně představenstva distribuční společnosti Phoenix pověřená řízením dceřiné lékárenské sítě Benu. APLS chce do budoucna předkládat exekutivě, zákonodárcům, regulátorovi i zdra-

vozním pojišťovně návrhy k záležitostem dotýkajícím se provozu lékáren. Toto úsilí chce podpořit i prováděním souvisejících průzkumů a analýz, organizováním seminářů a vytvářením dalších příležitostí k výměně informací jak uvnitř APLS, tak navenek.

„Cílem APLS není podnikání společných kroků, které by vedly k ekonomickému potlačování konkurence,“ vysvětluje Jan Jerhot, další místopředseda představenstva APLS. „nebude tedy vyvíjet žádnou činnost, která by mohla být chápána jako porušení hospodářské soutěže a pravidel otevřeného trhu.“ Výkonový ředitel APLS Petr Novák k tomu dodává: „Chápu poslání APLS i tak, že vzniká subjekt, který bude na straně lékárníků – zaměstnanců, jejichž je mezi farmaceuty většina.“ Všichni členové APLS zůstávají ekonomicky nezávislými subjekty.

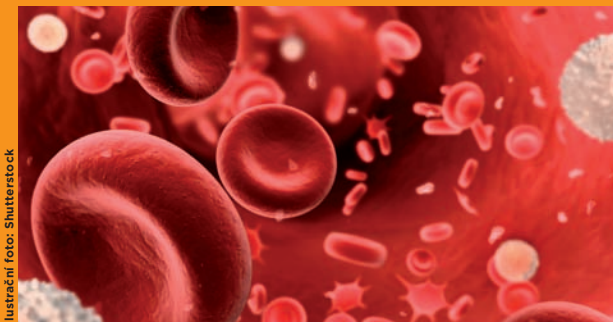
(Zdroj: APLS)

(red)

## FARMABYZNYS

### Podána žádost o schválení antidota k dabigatran etexilátu

Společnost Boehringer Ingelheim podala žádost o schválení idarucizumabu – antidota k dabigatran etexilátu – k Evropské lékové agentuře (EMA), americkému Úřadu pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) a kanadskému úřadu národního zdraví Health Canada.



Podání žádosti se týká použití u pacientů, kteří vyžadují rychlé zrušení antikoagulačního účinku dabigatranu (Pradaxa).

„Podání žádosti o schválení idarucizumabu je vůbec první u antidota k novým perorálním antikoagulanciím,“ říká viceprezident terapeutické kardiologické divize oddělení medicíny společnosti Boehringer Ingelheim prof. Jörg Kreuzer. „Objev a vývoj idarucizumabu za využití výlučně interních zdrojů naší společnosti je důkazem našeho rozhodnutí přinášet pacientům inovativní antikoagulační péči. Idarucizumab vyvíjíme s cílem poskytnout odborníkům antidotum k dabigatran etexilátu pro použití u pacientů v ojedinělých situacích vážného ohrožení zdraví či života.“

Podání žádosti u EMA, FDA a Health Canada je založeno na výsledcích klinických studií idarucizumabu na dobrovolnících, a to včetně seniorů a osob s chronickou ledvinovou nedostatečností. Fáze I ukázala okamžitý, úplný a trvalý reverzní účinek idarucizumabu na antikoagulační léčbu dabigatranem, přičemž nebyl zaznamenán protrombotický efekt. Podání žádosti zahrnuje i předložení předběžných dat z probíhající studie RE-VERSE AD (celosvětová studie fáze III, v níž jsou hodnoceny účinky idarucizumabu u pacientů, kteří užívají dabigatran a potřebují rychlé zrušení jeho účinku z důvodu neodkladného invazivního zákroku nebo mají nekontrolované či život ohrožující krvácení).

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(red)

### Krátce z (farma)byznysu

• Farmaceutická společnost **Mylan** nabídla téměř 29 miliard dolarů (734,7 miliardy Kč) za převzetí konkurenční firmy **Perrigo**. Spojením by vznikl jeden z největších výrobců generických a volně prodejných léků na světě s příjmy 15,3 miliardy dolarů. Perrigo se ke zprávě zatím nevyjádřila. Generální ředitel Mylan Robert J. Coury upozornil, že firmy již mluvily o možném spojení v minulých letech několikrát. Nyní podle něj nastal ten správný čas, aby obě firmy kráčely dál společně, protože spojení nabízí jasné strategické a finanční výhody.

Mylan v březnu přesunul své sídlo do Nizozemska, když předtím koupil za 5,3 miliardy dolarů divizi Abbott Laboratories, která prodává specializované a generické léky. Společnost Perrigo zase v prosinci přenesla své sídlo do Irsku, kde koupila za 8,6 miliardy dolarů firmu Elan, a minulý měsíc koupila za 4,48 miliardy USD belgickou firmu Omega Pharma.

• Izraelská farmaceutická společnost **Teva Pharmaceutical Industries Ltd.** koupí americkou firmu **Auspex Pharmaceuticals Inc.** za zhruba 3,2 miliardy dolarů (81 miliard Kč). Akvizice má posílit pozici Tevy na trhu s léky pro onemocnění centrálního nervového systému. Akvizice by měla být dokončena v polovině letošního roku. Teva za jednu akcii firmy Auspex zaplatí 101 dolarů.

Auspex zatím nemá žádný lék na trhu. Velké naděje však vkládá do no-

vého přípravku Austedo, který je zaměřen na léčbu bezděčných pohybů spojených s Huntingtonovou chorobou. Očekává se, že získá povolení k léčbě a začne se komerčně prodávat v roce 2016.

• Americká internetová společnost **Google** se bude podílet na vývoji robotů, kteří budou pomáhat chirurgům na operačním sále. Společnost kvůli tomu naváže spolupráci s americkou farmaceutickou a kosmetickou společností **Johnson & Johnson**. Google bude konkrétně spolupracovat se společností **Ethicon**, která vyrábí zdravotnické přístroje a jejímž majitelem je Johnson & Johnson. Společnosti se pokusí vyvinout robotické technologie, které by pomáhaly snížit trauma pacientů a urychlit proces hojení.

• Společnost **Roche**, s. r. o., oznámila, že od 1. dubna 2015 se funkce generální ředitelky ujala dr. Christiane Hamacherová. Ve vedení společnosti nahrazuje RNDr. Tomáše Votrubu, CSc., MBA, který firmu řídil v uplynulých 15 letech a k 31. březnu 2015 se rozhodl odejít do důchodu. Christiane Hamacherová začala pracovat pro společnost Roche před 8 lety jako ředitelka obchodní jednotky v rámci Roche Pharma Německo. Poté od roku 2010 pracovala v San Franciscu na pozici **Life Cycle Leader** a od roku 2012 řídila pobočku společnosti v Norsku.

• Farmaceutická společnost **Zentiva** zintenzivnila spolupráci s vyso-



kými školami. Kromě praxí či stáží pro studenty poskytuje školám i finance na modernizaci laboratoří. Spolupráce přináší užitek oběma stranám – studenti mohou získat lepší uplatnění na trhu práce, farmaceutická firma pak získává z řad studentů kvalifikované zaměstnance. Zentiva každoročně spolupracuje s desítkami mladých vědců a podporuje je v začátcích kariéry. Otevírá jim dveře svých laboratoří, zve je na praxe a exkurze, nabízí stáže i soutěže pro talentované studenty. Vysoké školy podobné aktivity vítají. „Zentiva nám velmi pomáhá. Díky ní mají studenti přístup k dalším technologiím, přijdou do styku s reálným světem výroby léčiv a zvyšují tak svoji kvalifikaci, a tím i budoucí hodnotu na trhu práce,“ říká prorektor Univerzity Karlovy v Praze pro vnější vztahy prof. PhDr. Martin Kovář, Ph.D. Společnost se nezaměřuje jen na farmaceutické fakulty. „Dlouhodobě spolupracujeme i s 1. lékařskou fakultou UK, kde mohou studenti absolvovat naše semináře. Aktivní jsme i na VŠCHT nebo středních školách zaměřených na studium chemie,“ přibližuje ředitel vývoje Zentivy Ing. Pavel Šebek, CSc.

(Zdroj: ČTK, Zentiva, Roche)

(kha)

Inzerce M151000346

## Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

### a získejte **BIODERMA – Matriciane**

Intenzivní sérum efektivně regeneruje a omlazuje pleť. Řeší problémy stárnoucí pleti, jako jsou vrásky, ztráta pevnosti a jasu. V hodnotě 620 Kč.

Neváhejte!  
Tato nabídka  
platí jen do  
24. 5. 2015.

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 0415**. 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 0415**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou 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 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)



# Spory o soukromě placenou péči

Zatímco se v SRN čeká na vyústění dlouhodobé diskuse o eutanazii a asistované sebevraždě, vedení spolkové lékařské komory se rozzlobilo na svaz zdravotních pojišťoven, který podle jejího prezidenta Franka Ulricha Montgomeryho neinformuje veřejnost dostatečně seriózně o soukromě placených lékařských výkonech.

Svaz veřejnoprávních pojišťoven totiž prostřednictvím tzv. Medicínské služby (nezávislí revizní lékaři) každoročně zveřejňuje vlastní monitoring poskytování výkonů zařazených do systému IGEL (hrazených pacientem nebo ze soukromého pojištění). Monitoring probíhá už třetím rokem a také letos pojišťovny uvádějí, že znovu objevily desítky výkonů, jež nepřinesly pacientům žádný léčebný užitek a některé mohou dokonce zdravotně škodit. Prezident Montgomery označil chování pojišťoven za politicky motivované a požaduje zveřejnit, jací konkrétní odborníci prověřují spektrum výkonů zahrnutých do IGEL.

## Sporné výkony

Tyto výkony využívá jednak část obyvatelstva, která je pojištěna pouze u soukromých pojišťoven, jednak jsou nabízeny i klientům pojišťoven veřejnoprávních. Podle průzkumů se každý druhý německý občan setká s tím, že mu lékař nabídne tyto soukromě placené služby. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění má pacient dostat „zdarma“ péči dostatečnou, účelnou, ale i hospodárnou, jež by neměla překro-

čit míru nezbytnosti. V systému IGEL se vyskytují zčásti nové diagnostické a léčebné výkony, které pojišťovny dosud nezahrnuly do vlastního sazebníku nebo proti nimž mají výhrady (spornost medicínskému efektu aj.). Pacient si také může zaplatit např. vyšetření navíc (má větší obavy z onemocnění a nevyhovují mu pojišťovny stanovené termíny prevence). Jsou tu i výkony „nadstandardní“, jako například zvláštní poradenství před cestou do zahraničí nebo plastická chirurgie bez zdravotních důvodů.

## Dobře informovaný pacient

Obě znesvářené strany se snaží servírovat veřejnosti vlastní „zaručeně korektní“ informace. Tým odborníků organizovaný pojišťovny vede webové stránky [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de), kam se pacienti mohou obracet s žádostí o radu či se stížností (zároveň mohou své případné stížnosti směřovat na centrálu pro ochranu spotřebitelů). Od roku 2012 má IGEL monitoring už kolem dvou milionů uživatelů. Podobně i lékařská komora zavedla vlastního „rádce“ pro otázky spojené s IGEL výko-

ny. Zároveň zveřejnila vzor pro písemnou smlouvu, kterou musí každý lékař uzavírat s pacientem, pokud se spolu dohodnou na soukromě placené péči. Komora také sestavila hlavní otázky, jež by měl pacient mít pro své svobodné rozhodnutí dostatečně zodpovězeny. Vysvětlil vám lékař, zda je jím navržený výkon medicínsky nezbytný a zda prošel hodnocením péče založeném na vědeckých důkazech? Jaká má tento výkon rizika a vedlejší účinky? Nabídl vám sepsání písemné smlouvy? Víte, proč tento výkon vaše pojišťovna nehradí? Nabídl vám lékař dostatek času na rozmyšlenou? Vedle této škály otázek pak komora zdůrazňuje, aby se pacient před rozhodnutím přece jen raději nejprve poradil se svou pojišťovnou. Například v oblasti psychoterapie existují pojišťovny financované programy péče, s nimiž by se občan měl seznámit dříve, než si sám případně zaplatí jiné alternativy. Toto zdůraznění právě ve vztahu k psychoterapii komora uvádí patrně zejména proto, že pacient s duševními problémy někdy snadno podléhá tlaku svého okolí.

Vladimíra Bošková



Ilustrační foto: Shutterstock

## Restrukturalizace s finanční injekcí

Kolem jedné miliardy eur přidá německá vláda spolu se spolkovými zeměmi do zdravotnictví na podporu restrukturalizace nemocnic. Vyplývá to z výsledků jednání pracovní skupiny, jež se touto oblastí zabývala v podstatě celý loňský rok. Na letošek se plánují potřebné legislativní změny.



Ilustrační foto: Shutterstock

## Zájem o rychlou smrt roste

O 21 % vzrostl ve srovnání s rokem 2013 počet žádostí o asistovanou sebevraždou. Vyplývá to z loňské statistiky švýcarské organizace Exit, která zprostředkovává medikamenty pro uspořádání smrti.

Curyšská pobočka uvádí, že v posledních letech rovněž roste počet jejích členů: ke konci roku 2014 jich bylo už přes 81 tisíc. Ostatně právě členství, respektive členské příspěvky, jsou jednou z podmínek doprovázení při umírání, byť Exit uvádí, že funguje na neziskové bázi. V průměru projevuje přání stát se členem této organizace až 200 občanů denně. Loni obdržela kolem 2500 nových žádostí o asistenci při sebevraždě. Organizace veřejnost informovala, že průměrný věk pacientů činí 77,5 let. Mezi jejich hlavní ob-

že patří onkologická onemocnění v posledním stadiu, vícečetná onemocnění v souvislosti se stářím a chronické bolesti. Hlavním motivem vyhledání pomoci u organizace Exit je však přání zvolit dobrovolnou smrt z důvodu stáří. Pokud je občan členem déle než 3 roky, pomoci při umírání se mu dostane „zdarma“, nicméně každý rok musí zaplatit příspěvek 45 franků. Kdo tuto lhůtu nespĺňuje, zaplatí za asistovanou sebevraždou jednorázově 900 CHF. Na rozdíl od obdobné organizace Dignitas, která přijímá i cizince

v podstatě bez jakéhokoli limitu (schopné však zaplatit nemalé příspěvky), Exit mezi své členy přijímá zájemce ze zahraničí jedině tehdy, pokud mají alespoň v posledním období bydliště ve Švýcarsku. Vedení Exitu nyní netrpělivě vyčkává na hlasování německého parlamentu, který chce jednoznačně zakázat „organizovanou formu pomoci při umírání“, jež představuje asistovanou sebevraždou, což by se mohlo dotknout i činnosti subjektů tohoto zaměření fungujících mimo jiné ve Švýcarsku. (vla)

Spolková lékařská komora neskrývá nervozitu ze zamýšlených změn. Pozitivně sice vnímá snahu státu posílit zajištění ústavní a navazující péče zejména ošetřovatelským personálem, ale plánované úpravy v síti a struktuře zdravotnických zařízení jsou předmětem vzrušených diskusí. Vláda se však ve spolupráci s zeměmi shodla na nutnosti dále přizpůsobovat mj. nemocniční péči měnícím se potřebám obyvatelstva. Pacientům chce i do budoucna zajistit „vysoké kvalitní a dobře dostupnou péči“, a to na všech úrovních, s nově definovaným obsahem zdravotních služeb. V materiálech ministerstva zdravotnictví se mj. ho-

voří o zvláštním zaměření reformy na vybraná zdravotní postižení, včetně demence. Podle těchto podkladů mají jednotlivé země případně přehodnotit síť služeb. Stát hodlá posílit ošetřovatelský personál částkou kolem 600 milionů eur, země pak mají ze svých rezerv použít 500 milionů eur na restrukturalizační změny. Z německých předpisů vyplývá dlouhodobější příprava na případné uzavření nemocnic nebo jejich oddělení či přeměnu na jiný druh péče, zaměstnanci by se měli dohodnout, jež čeká (např. zda si mají hledat jinou pracovní příležitost), s časovým předstihem – optimálně až rok dopředu. (vla)

## ZE ZAHRANIČÍ

### Krátce ze světa

• **Australská** vláda zastaví vyplácení státní sociální podpory těm rodičům, kteří své děti odmítnou nechat očkovat. Rodiny by v důsledku tohoto opatření mohly přijít o více než 11 tisíc australských dolarů (asi 216 tisíc korun) ročně. Dosud rodiny s neočkovanými dětmi mohly dostávat rodičovské a další příspěvky, pokud měly k odmítání vakcín filosofické či náboženské důvody. Premiér Tony Abbott ale prohlásil, že tato pravidla budou brzy podstatně zpřísněna. Podle něj zůstane jen malý počet náboženských či zdravotních výjimek z nových nařízení, která podporuje i labouristická opozice a která mají vejít v platnost počátkem příštího roku. „Je to velmi důležité opatření, které v maximální míře ochrání naše děti a naše rodiny,“ citovala předsedu australské vlády televize ABC. Premiér uvedl, že vláda má „velké obavy“ z rizika, jež pro zbytek populace představují rodiny, které se rozhodnou své děti neočkovat.

• Epidemie Eboly v **západní Africe** představuje i nadále hrozbu pro

ostatní země, nicméně riziko rozšíření nemoci po světě se snižuje. Ve svém nejnovějším prohlášení to uvedla **Světová zdravotnická organizace (WHO)**. V prvním dubnovém týdnu bylo zaznamenáno pouze 30 nových případů nákazy, což je nejméně za poslední rok. Když byla epidemie na svém vrcholu, přibývalo týdně i několik stovek nakažených. Podle posledních údajů si epidemie Eboly, která vypukla v prosinci 2013 v Guineji, vyžádala celkem více než 10 tisíc obětí. „Stále ještě nemáme epidemii pod kontrolou,“ varoval Brice de le Vingne z organizace Lékařů bez hranice (MSF). I podle dalších expertů je ještě příliš brzy na to, aby byla epidemie prohlášena za skončenou. Nedávný pokles počtu nově nakažených totiž může být zavádějící a vše se ještě může otočit.

• Podporování anorexie se ve **Francii** může stát trestným činem postihováním až ročním vězením a pokutou 10 tisíc eur. Podle agentury AFP příslušné ustanovení tamní poslanci schválili v rámci projednávání

návrhu nového zdravotního zákona. Cílem je postihovat nabádání, zejména na internetu, k nadměrné štíhlosti prostřednictvím dlouhodobých dietních omezení, jež podle definice nové právní normy vystavují člověka nebezpečí úmrtí nebo přímohrožují jeho zdraví.

Podle AFP ve Francii trpí anorexií 30 až 40 tisíc lidí, 90 procent z nich přitom tvoří ženy. Předkladatelé návrhu odůvodnili tím, že „je nezbytný ustanovení trestního zákona neumožňující postihovat působení některých internetových stránek“. Zavedení nového opatření by ale podle nich nijak neomezovalo svobodu vyjadřování na světové počítačové síti.

• **Američtí** vědci úspěšně vyzkoušeli experimentální vakcínu vyrobenou z kompletního viru Eboly u opic. Přípravek by prý měl lépe chránit před nákazou než jiné očkovací látky vyvinuté jen z části tohoto patogenu, informoval americký odborný časopis Science. „Tento typ vakcíny poskytuje vynikající ochranu a je také bez-



Ilustraci: foto: Shutterstock

pečnější,“ řekl vedoucí studie, Američan japonského původu Yoshihiro Kawaoka, který je odborným patologem na veterinární škole Wisconsinského univerzitního systému a na Tokijské univerzitě.

Vědci při práci s Ebolou odstranili klíčový gen známý jako VP30, který viru umožňuje vyrábět protein nezbytný pro reprodukci v napadených buňkách. Virus Eboly má pouze osm genů a stejně jako většina virových činitelů závisí na molekulárním mechanismu jiných organismů, aby se mohl rozmnožovat a šířit infekci.

• Investiční skupina Penta Investments posílí své aktivity ve **slovenském** zdravotnictví. Prostřednictvím firmy Svet zdravia uspěla v tendru Trnavského kraje na koupi dvou regionálních nemocnic v Galantě a v Dunajské Stredě. Za akcie zadlužených nemocnic nabídl Svet zdravia dohromady 2,1 milionu eur (57,5 milionu korun) a v průběhu pěti let se zavázal investovat do jejich modernizace 20,4 milionu eur (558 milionů Kč). Neúspěšný zájemce, firma Agel, navrhoval výrazně nižší kupní cenu a také nižší objem investic.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Inzerce M151000347

odborná konference

# Pražské herniologické dny 2015

## Plastika tříselné kýly otevřené vs. laparoskopické přístupy

meditorial+



MeDitorial, s.r.o., a Mladá fronta a. s. Vás zvou na odbornou konferenci

Čtvrtek 21. května 2015

Hotel Ambassador – Zlatá Husa v Praze

17.00 Zahájení, úvod prim.  
MUDr. Adolf Gryga, CSc.

17.15 Přednáška  
MUDr. Tomáš Bureš  
Problematika tříselné kýly

17.30 Přednáška  
MUDr. Marek Burian  
Praktické aspekty laparoskopického řešení inguinální hernie

17.45 Přednáška  
MUDr. Lukáš Kohoutek  
Kýly v číslech  
(Statistická data v ČR)

18.00–18.15  
Přestávka

18.15 Přednáška  
MUDr. Maciej Śmietanski  
– volné téma

18.30 Přednáška  
doc. MUDr. Stanislav Czudek  
Kýla na kolečkách – o kazuistice obrovské skrotální kýly

18.45 Přednáška  
MUDr. Petr Bystřický –  
Operation Hernia – česká mise EU v Africe

19.00 Ukončení odborné části

Pátek 22. května 2015

Nemocnice Na Františku, Praha

sál 1. MUDr. Maciej Śmietanski  
+ doc. MUDr. Stanislav Czudek, CSc.

sál 2. MUDr. Tomáš Bureš  
+ MUDr. Marek Burian

Ve čtvrtek 21. května

probíhá odborný program a přednášky v hotelu Ambassador – Zlatá Husa.

Od 19 hodin na Vás čeká společenský program s rautem.

V pátek 22. května

čeká na účastníky workshop.

Pasivní účastníci workshopu budou moci sledovat jednotlivé operace prostřednictvím živého přenosu do konferenčního sálu s interaktivní možností komunikace s operátorem.

Záštita

Česká herniologická společnost

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR a pořadatel kongresů, konferencí a symposií





# Univerzita Karlova ve znamení oslav

V den 667. výročí založení Univerzity Karlovy, tedy 7. dubna, se konalo slavnostní shromáždění ve Velké aule Karolina. Rektor prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., v jedné z částí programu ocenil významné tvůrčí počiny a prezentaci univerzity.

## Slavnostní předání cen

V rámci slavnostního shromáždění Tomáš Zima předal Cenu Bedřicha Hrozného a Miloslava Petruska. Ceny Bedřicha Hrozného, jež uděluje rektor UK za významný tvůrčí počín, byly za rok 2014 uděleny dvě. Jednu obdrželi děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., a prof. Rolf Mentlein z Christian-Albrechts-Universität zu Kiel za editaci a spoluautorství monografie Glioma Cell Biology (Biologie gliomové buňky). Druhou převzala doc. PhDr. Míreia Ryšková, Th.D., z Katolické teologické fakulty UK za publikaci „Pavel z Tarsu a jeho svět“.

Cenu Miloslava Petruska za prezentaci Univerzity Karlovy získala Mgr. Alexandra Hroncová z Přírodovědecké fakulty UK za dlouhodobý přínos a prezentaci Přírodovědecké fakulty prostřednictvím portálu *Přírodovědci.cz*.

## Pravdu neupálíš

Rektor Zima rovněž připomněl 600. výročí upálení někdejšího rektora UK Mistra Jana Husa. Jeho bronzová socha od Karla Lidického je umístěna ve vnitřním dvoře areálu Karolina. V rámci oslav výročí založení univerzity bude také zpřístupněna obnovená stálá expozice UK mapující

bohatou historii nejstarší české univerzity od jejích počátků po současnost, vidět tu lze například odlitky bust Karla IV., Václava IV. či Arnošta z Pardubic, fragmenty z tzv. Rotlevova domu (dnešního Karolina) či model Betlémské kaple. Na výstavě bude též možné spatřit listiny vztahující se k založení univerzity či kopie univerzitní pečeti a žezla. Dne 11. dubna 2015 se v prostorách Karolina uskutečnil další ročník Dne celoživotního vzdělávání a Festivalu absolventů. Více informací o akci najdete na: [www.denczv.cuni.cz](http://www.denczv.cuni.cz) a [www.festivalabsolventu.cuni.cz](http://www.festivalabsolventu.cuni.cz). (eta)

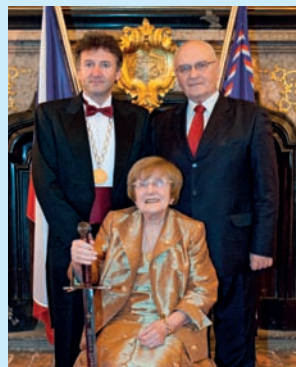


Foto: časopis I-forum

## Druhá Rytířka českého lékařského stavu

Oftalmoložka MUDr. Jaroslava Vladyková, DrSc., byla koncem dubna v Tereziánském sále Břevnovského kláštera v Praze pasována prezidentem České lékařské komory (ČLK) Milanem Kubkem na Rytířku českého lékařského stavu.

Tímto titulem ČLK oceňuje své nejvýznamnější členy již od roku 1996. „Seznam nositelů tohoto titulu je skutečně přehledkou velkých osobností naší medicíny,“ řekl ve svém úvodním slově Milan Kubek. Doktorka Vladyková se narodila v roce 1923. Po promoci v roce 1950 působila na očním oddělení nemocnice v Pardubicích. Pracovala jako konziliářka na dětských klinikách, získala zkušenosti z pediatrie oftalmologie. Na pražské II. oční klinice získala základy neurooftalmologie, které zúročila také při práci v pražské ÚVN, kde působí od roku 1961 dodnes, ač je již v důchodu. Spolu pracovala s neurochirurgickou klinikou prof. Kuncce, kde se soustřeďovali pacienti s neurooftalmologickou problematikou z celé republiky. Její znalosti latiny, němčiny, angličtiny či francouzštiny jí umožnily výuku zahraničních studentů.



Milan Kubek, Jaroslava Vladyková a prof. Richard Škába. | Foto: Jakub Deml

## Z „vladyky“ rytířkou

„Udělení titulu je pro mě nesmírnou ctí, je uznáním mé dlouholeté

práce v oboru a mých celoživotních postojů. Život mi dopřál, že jsem se dožila tohoto dne i téhle pocty. A nejkrásnější na tom je, že se toho dožívám tak, že tu mohu být mezi vámi,“ řekla MUDr. Vladyková. Rytířka pak dále pohovořila o okolnostech, které formovaly její život i práci, a poděkovala všem, kteří jí v životě pomáhali. Zmínila především rodinu a svého manže-

la, s nímž, jak řekla, již od studentských let zvládají všechno dobré i špatné za vzájemné pomoci. „Život nám dopřál dožít se již třetí postupné generace v harmonických rodinných vztazích. Děkuji životu, že mi dopřává fyzickou i psychickou kondici takovou, že jsem toho vůbec schopna. Prošla jsem třemi u nás renomovanými pracovišti a moc děkuji a jsem zavazaná všem jejich vedoucím pracovníkům, tedy pardubickému primáři dr. Josefu Svobodovi, přednostovi Kliniky všeobecného lékařství UK prof. Zdeňkovi Kuncovi a všem přednostům očního pracoviště ÚVN,“ řekla. „Je mi ctí, že jsem v současné době členkou pracovního kolektivu 1. LF UK a ÚVN, dvou nesmírně prestižních institucí. Mé poděkování patří všem, kteří mi pomáhali a pomáhají, kteří se mou spolupracují, kteří mě učili nebo se učili a učí ode mne. A dneska hlavně těm, kteří přispěli k mé poctě, vzdávám svůj kompliment a vděčný dík,“ uzavřela rytířka Vladyková. (eta)

## Profesor Widimský oslavil významné jubileum

Prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc., výrazná postava naší i světové kardiologie, oslavil 31. března 90. narozeniny.

Přestože jej limituje věkem daný zdravotní stav, od svého oboru, který označuje jako „královnu medicíny“, se odloučit nenechal. Má i v současné době malý úvazek v pražském IKEM na Klinice kardiologie, kterou kdysi sám vedl. Nepřestává také sledovat odborné publikace svého oboru. Profesor Jiří Widimský obohatil českou kardiologii svým velkým vědeckým zábrěm – mezi jeho specializace patřila léčba hypertenze, plicní hypertenze, plicní embolie a také léčba srdečního selhání. Díky neustálému spojení se světem se jemu a dalším jeho kolegům podařilo udržet vysokou úroveň oboru. Česká kardiologie je proto dnes na špičkové úrovni a plně drží krok s kardiologií evropskou.

Prof. Widimský je autorem či spoluautorem přibližně 1000 publikací a 59 monografií. Od roku 2003 je členem České lékařské akademie. V roce 2005 získal zvláštní uznání ministra zdravotnictví ČR za mimořádný přínos pro české zdravotnictví. Je čestným členem Čes-



Foto: archiv IKEM

ké angiologické společnosti ČLS JEP, České kardiologické společnosti, České internistické společnosti ČLS JEP, České společnosti pro aterosklerózu nebo České společnosti pro hypertenzi, kterou v roce 1983 jako pracovní skupinu České kardiologické společnosti spolu s prof. Horkým založil. V roce 2007 byl jmenován čestným členem European Society of Hypertension a byla mu udělena Hlávková medaile za celoživotní vědeckou práci. V roce 2010 mu bylo uděleno čestné uznání za celoživotní vědeckou práci nadací Dagmar a Václava Havlových. (red)

## Ve zdravé Praze zdravý zub

Zveme vás na akci užitečnou pro každého, kdo bude mít, má nebo už nemá (vlastní) chrup.

V edukačním stanu na Karlově náměstí v Praze 2 budou 21. dubna od 9 do 18 hodin studenti zubního lékařství I. lékařské fakulty UK, vyzbrojeni nejrůznějšími pomůckami od modelů zubů a kartáčků až po detektory zubního plaku, odpovídat na dota-

zy ohledně péče o chrup a pomohou natrénovat jeho správné čištění. Akci „Ve zdravé ČR zdravý zub“ organizuje Sdružení studentů stomatologie ČR v Praze a v dalších čtyřech velkých městech ČR (Brno, Hradec Králové, Plzeň, Olomouc). (red)

## Pozvánka na koncert

Již 21. koncert z cyklu Fakulta v srdci Karlova bude 23. dubna od 19 hodin v kostele sv. Ignáce na Karlově nám., Praha 2. Ve velebných prostorách krásného kostela sv. Ignáce budete mít příležitost vyslech-

nout program „Pocta Antonínu Dvořákovi: Biblické písně, Te Deum“ v podání Smíšeného pěveckého sboru PedF UK Collegium Paedagogicum a souboru Piccolo coro & Piccola orchestra pod vedením

dirigenta Marka Valáška. Vstup je volný, nicméně doporučujeme, abyste vzhledem k velkému zájmu zaujali svá místa s menším předstihem.

(red)

## ZE SPOLEČNOSTI

Pokřtěna **Dětská nefrologie**

20. března byla slavnostně pokřtěna kniha Dětská nefrologie autorů Tomáše Seemana, Jana Jandy a kol., kterou v edici Postgraduální medicíny vydala divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta, a. s.

V českém prostředí nevyšla déle než čtvrt století nefrologická publikace takového rozsahu. Nová monografie se snaží na podkladě současných znalostí shrnout současné diagnostické a léčebné

postupy prakticky u všech nefropatií a uropatií. Editoři oslovili klinická pracoviště v ČR, která se dlouhodobě problematikou dětské nefrologie zabývají. Kolektiv autorů/spoluautorů se opro-

ti minulé monografii významně rozšířil. Na knize spolupracovali nejen nefrologové, pozváni byli i histologové/embryologové, mikrobiologové, pediatričtí rentgenologové zabývající se zobrazovacími metodami u dětí a dorostu, dětské chirurgové a pracovníci z transplantačního centra FN v Motole a IKEM, dětské urologové a onkologové, genetici, psychologové, texty četly a komentovaly i zkušené dětské sestry nefrologického střediska.



Prof. MUDr. Jan Janda, CSc., šéfredaktorka Postgraduální medicíny MUDr. Michaela Lízlerová, kmotr a recenzent knihy prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., a prof. MUDr. Tomáš Seeman, CSc., při slavnostním křtu knihy **Dětská nefrologie**. | Foto: Tomáš Hercog

Kniha je určena především dětským nefrologům, ale i nefrologům pro dospělé, praktickým pediatrům, pediatrům lůžkových

zařízení, lékařům připravujícím se na atestaci z dětské nefrologie i studentům lékařských fakult se zájmem o tento obor. (red)

## Dražba pro „Můj nový život“

Aukce uměleckých děl ArtForum a společnosti ICZ vynesla více než půl milionu na podporu onkologicky léčených dětí.

V Lobkowiczském paláci Pražského hradu proběhl 26. března v pořadí již sedmnáctý ročník tradiční benefiční aukce společnosti

ICZ a virtuální galerie ArtForum. Během slavnostního večera bylo vydraženo třicet uměleckých děl významných českých výtvarníků a fotografů. Výtěžek putoval na konto projektu Můj nový život, který si klade za cíl usnadnit návrat onkologicky léčených dětí do běžného života. Dražena byla třicetka uměleckých děl předních českých výtvarníků a grafiků, sochaře Olbrama Zoubka, malířky Emmy Srncové, skláře Jaromíra Rybáka, malíře a grafika Oldřicha Kulhánka, fotografů Jana Saudka a Sary Saudkové a řady dalších. Za nejvyšší částku, 42 tisíc korun, byla vydražena litografie „Poselstvo s dobrými zprávami“ od Adolfa Borna. Celý výtěžek aukce slavnostně předal duchovní otec ArtFora Zdeněk Jirkovec autorce projektu „Můj nový život“, dětské onkoložce MUDr. Lucii Cingrošové. (red)



Ondra s Vojtou se symbolickým šekem pro projekt **Můj nový život**. | Foto: ArtForum

## Pozvánka na výstavy „Odlesky včera“ a „Staré světy“

Návštěvníci i pacienti Fakultní nemocnice Brno mohou zhlédnout další zajímavé výstavy výtvarných děl.

Od 1. dubna 2015 mají návštěvníci i pacienti Fakultní nemocnice Brno příležitost zhlédnout hned dvě nové výstavy. První z nich je soubor fotografií nazvaný „Odlesky včera“. Autorkou je studentka Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity Milada Tkadlecová. Princípem, podle kterého jsou fotografie vybírány, je rozličná forma jejich odlesků, které jsou vždy součástí kompozice. Druhou část výstavy tvoří sbírka obrazů, které vznikly v rámci studijní praxe oboru Speciální výtvarná výchova autorky Milady Tkadlecové. Tyto obrazy byly spoluvytvářeny dět-

mi. Tématem většiny obrazů jsou zvířata obývající poněkud nezvyklá místa. I proto výstava nese název „Staré světy“. „Staré světy jsou v podstatě světy naší neomezené fantazie, kterou máme úplně přirozeně jako děti, ale když vyrosteme, často na tato místa zapomeneme a staneme se součástí jakéhosi běžného stereotypu. Cílem výstavy je lidem tuto skutečnost znovu připomenout a umožnit jim návrat zpátky do dětství, zpátky k sobě...“ Obě výstavy jsou benefiční. Velká část výtěžku půjde na pomoc potřebným i pacientům FN Brno. (red)

## Kouzelný klíč jubilejní

X. ročník literární soutěže pro pacienty a zaměstnance psychiatrických zařízení v ČR a SR vyvrcholil slavnostním udílením cen. Odehrálo se 24. března v divadle Za plotem Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Mezi hosty slavnostního odpoledne byli například zástupci vedení farmaceutické firmy Vipfarm Slovakia, a. s., která je generálním sponzorem Kouzelného klíče, ředitelé partnerských psychiatrických nemocnic v ČR i na Slovensku (soutěž je mezinárodní). Slavnostní punc odpolední dodalo i vynikající muzikantské trio a výborný moderátor Jakub Hejránek. Do X. ročníku soutěže se svými díly z oblastí prózy i poezie zapojilo 102 pacientů a 7 zaměstnanců psychiatrických zařízení z České a Slovenské republiky. V kategorii zaměstnanci se rozhodnutím poroty na prv-



ním místě umístili dva soutěžící – MUDr. Ivan David, CSc. (PN Bohnice) a Josef Prskavec (PN Kosmonosy), druhé místo patřilo Marii Tomanové (PNB) a tře-

tí Janě Barillové (Spišská Nová Ves). Ocenění a spolu s nimi krásné dárky převzali také soutěžící v patientské kategorii. Jak zdůraznila organizátorka soutěže a po celou dobu existence její „dobrá duše“, Dagmar Žaludová (PN Bohnice), smysl účasti v Kouzelném klíči je především v podpoře vlastní iniciativy a aktivity soutěžících k potvrzení jejich vlastní schopnosti vyjádřit své myšlenky a pocity a sdělit je jiným. Literární soutěž Kouzelný klíč dospěla do svého jubilea. Zjevně se dosud nepřežila a nadále roste i kvalita soutěžních prací. (red)

## Lékaři-rockeři, jazzmani i malíři zvou na festival

Multižánrový festival lékařů s uměleckou duší Doktorfest letos již potřetí proběhne v pátek 29. a v sobotu 30. května v areálu Písecké brány v Praze 6.

Lékaři často milují umění a dokonce je sami provozují jako muzikanti, malíři, spisovatelé či fotografové. Umění jim přináší relax od stresuplné práce a vhodně se s medicínou doplňuje. „Medicína je jako práce v hudebním tělese – buď naslouchám, nebo odpovídám. Musím vycítit jak komunikovat s pacientem, stejně jako se spoluhráči či obecně na koncertě.“ říká Imran Musa Zangi, oční lékař, hráč na perkuse a malíř. „Pražák íránskému původu“ vystoupí na Dok-

torfestu v hudební formaci Bratři v rytmu. Festival bude slavnostně zahájen v pátek 29. 5. v 18 hodin klavírním koncertem v podání MUDr. Jiřího Gilíka a vernisáží obrazů MUDr. Zorky Vašíčkové-Dubské a MUDr. Evy Vaculíkové. Sobotní program začíná ve 12 hodin soutěžní přehlídkou známých lékařských kapel. Pozvání přijaly skupiny Tupá kudla, Esence, Onset, First Choice, Elektrický oslík, Dick O'Brass, Tó Váš, českolipský punk-rockový Pupíček a další. Závěrem večera vystoupí ví-

tězové minulých ročníků Doktorfestu skupiny Bílá nemoc a Bratři v rytmu. Hudební výkony posoudí odborná porota v čele s hudebním publicistou Petrem Korálem. Více informací najdete na: [www.doktorfest.cz](http://www.doktorfest.cz) (eta)





# Kontrola dočasně praceneschopných

Je člověk uznán lékařem za dočasně praceneschopného povinen na domácí adrese otevřít kontrolorům, když za dveřmi může být kdokoli, například pojišťovací agent nebo podomní prodejce? Co když se otevřít bojí? Co když tvrdě spí? Kontroloři údajně mohou kontaktovat praceneschopného pojištěnce i telefonicky. Kdo jim dá číslo (ochrana soukromí!)? Jakou má právní váhu, když jim pacient telefon nezvedne (nikdo přece není povinen brát hovory)? Může to pro něj mít nějaké následky?



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

Léčebný režim přitom zahrnuje mimo jiné stanovení individuálního léčebného postupu, povinnost zdržovat se v době dočasné pracovní neschopnosti v místě pobytu a dodržovat rozsah a dobu povolených vycházek.

Zákon o nemocenském pojištění dále stanovuje, že pojištěnec, který je dočasně neschopný práce, je povinen dodržovat léčebný režim, umožnit příslušnému orgánu nemocenského pojištění, jakož i zaměstnavateli kontrolu dodržování léčebného režimu a poskytnout nezbytnou součinnost k provedení této kontroly, zejména označit potřebnými údaji místo pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti tak, aby bylo možné tuto kontrolu provést. Při této kontrole je dočasně praceneschopný pojištěnec povinen prokázat svou totožnost a předložit rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti.

*Zákon uvádí povinnosti dočasně praceneschopného zaměstnance v obecné rovině a blíže nepopisuje a neřeší kon-*

*krétní situace, např. pokud se zaměstnanec bojí otevřít dveře bytu, nezvedá telefony apod.*

Zákoník práce umožňuje zaměstnavateli kontrolovat, zda zaměstnanec, který byl uznán dočasně praceneschopným, dodržuje v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti stanovený léčebný režim, pokud jde o povinnost zdržovat se v místě pobytu a dodržovat dobu a rozsah povolených vycházek. Zaměstnavatel je povinen v případě zjištění porušení výše uvedených zaměstnavatelských povinností vyhotovit o kontrole písemný záznam a doručit jej zaměstnanci, okresní správě sociálního zabezpečení a ošetřujícímu lékaři. Zaměstnavatel je oprávněn požádat ošetřujícího lékaře o sdělení tohoto režimu v rozsahu, který je zaměstnavatel oprávněn kontrolovat, a o zhodnocení zaměstnavatelem zjištěných případů porušení tohoto režimu.

*Zaměstnanec je povinen umožnit zaměstnavateli kontrolu dodržování svých povinností.*



ilustrační foto: Shutterstock

Poruší-li zaměstnanec v období prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti výše uvedené povinnosti, které jsou součástí léčebného režimu, může zaměstnavatel se zřetelem na závažnost porušení těchto povinností neposkytnout zaměstnanci náhradu mzdy nebo ji snížit.

Jak je z výše uvedeného zřejmé, zaměstnanec je povinen umožnit

zaměstnavateli kontrolu dodržování svých povinností v průběhu léčebného režimu. V případě, že zaměstnanec tuto svou povinnost nesplní, ať již z jakéhokoli důvodu (obava z otvírání dveří, neregování na telefonáty apod.), bude na zaměstnanci, aby prokázal, že se tak stalo odůvodněně – jinak mu hrozí neposkytnutí náhrady mzdy nebo její snížení ze strany zaměstnavatele.

## Nárok na dovolenou

**Poprvé jsem se setkala s názorem, že zaměstnanci, a to i s pracovním poměrem na dobu neurčitou, si mohou v novém roce, pokud nemají starou dovolenou (která musí být vybrána v daném roce), vybrat novou dovolenou až po odpracování 60 směn. Je tento postup správný? U nás by odpracování 60 směn trvalo cca 4 měsíce, tj. včetně dubna, a v prosinci nám také dovolenou nikdo nedá. Jak se pak například dostat na dovolenou na horách (lyžování) nebo zajistit děti o jarních prázdninách...?**

Zaměstnanci, který vykonává zaměstnání v pracovním poměru, vzniká právo na dovolenou za kalendářní rok (nebo na její poměrnou část), právo na dovolenou za odpracované dny, resp. právo na dodatkovou dovolenou.

Zaměstnanci, který za nepřetržitě trvání pracovního poměru k témuž zaměstnavateli ko-

nal u něho prací alespoň 60 dnů v kalendářním roce, přísluší dovolená za kalendářní rok, popř. její poměrná část, jestliže pracovní poměr netrval nepřetržitě po dobu celého kalendářního roku. Za odpracovaný se přitom považuje den, v němž zaměstnanec odpracoval převážnou část své směny; části směn odpracované v různých dnech se nesčítají. Poměrná část dovolené činí za každý celý kalendářní měsíc nepřetržitě trvání téhož pracovního poměru 1/12 dovolené za kalendářní rok.

Z výše uvedených zákonných formulací vyplývá, že zákoník práce ohledně způsobu vybírání, čerpání dovolené nerozlišuje mezi pracovním poměrem na dobu určitou a pracovním poměrem na dobu neurčitou.

Pro úplnost dále uvádím, že dobu čerpání dovolené určuje zaměstnavatel podle písemného rozvrhu čerpání dovolené vydaného s předchozím souhlasem odborové organizace tak, aby dovolená

mohla být vyčerpána zpravidla vcelku a do konce kalendářního roku, ve kterém právo na dovolenou vzniklo. Dále doplňuji, že zaměstnavatel může určit zaměstnanci čerpání dovolené, i když dosud nesplnil podmínky pro vznik práva na dovolenou, jestliže je možné předpokládat, že zaměstnanec tyto podmínky splní do konce kalendářního roku, popř. do skončení pracovního poměru.

S poukazem na výše uvedené tak shrnuji, že striktně vzato může zaměstnanec vybírat dovolenou skutečně až po odpracování 60 dnů v kalendářním roce. Zákoník práce však současně dává zaměstnavateli možnost určit zaměstnanci čerpání dovolené, i když zaměstnanec dosud nesplnil podmínky pro vznik práva na dovolenou.

Jsem přesvědčen, že uznalý a vstřícný zaměstnavatel Vám umožní čerpat dovolenou tak, abyste měla možnost lyžovat i strávit s dětmi jarní prázdniny.

## Může nemocnice odmítnout pacienta?

Může nemocnice odmítnout převzít do péče pacienta, kterého přiveze vůz rychlé záchranné zdravotnické služby? Můžeme argumentovat kapacitními důvody – tím, že nemáme žádné volné lůžko akutní péče?



na dotazy odpovídá  
Mgr. Marie Šubertová

by, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.

Pro vysvětlení pojmu neodkladná péče zákon uvádí, že se jedná o péči, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti či vážnému ohrožení zdraví nebo způsobují náhlou či intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

Odmítnutí přijetí pacienta do péče je upraveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který stanovuje případy, kdy lékař či zdravotnické zařízení (dle tohoto zákona poskytovatel – tj. fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona) nesmí odmítnout poskytnutí péče ani tehdy, když existuje jeden z tímto zákonem uvedených důvodů pro odmítnutí pacienta.

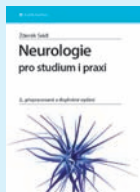
Poskytovatel nesmí dle § 48 výše uvedeného zákona odmítnout přijetí pacienta do péče, jde-li o porod, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči, jde-li o porod nebo jedná-li se o zdravotní služ-

ba, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.

## SERVIS

### Zdeněk Seidl Neurologie pro studium i praxi

2., přepracované a doplněné vydání



Rozsah:  
384 stran  
Cena: 595 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-5247-1  
Vydavatel:  
Grada

Druhé vydání knihy zahrnuje změny v oboru za 10 let od první publikace. Má dvě části – obecnou a speciální. Obecná shrnuje podstatné údaje o nervovém systému z preklinických oborů, které mají vztah ke klinické praxi, speciální je tradičně členěna podle nozologických jednotek.

### Jiří Neuwirth, Pavel Eliáš Kompendium diagnostického zobrazování dětí, adolescentů, plodů a matek



Rozsah:  
932 stran  
Cena: 1200 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-725-5  
Vydavatel:  
Triton

V úvodních kapitolách jsou popsány základní klinické symptomy a jejich diferenciální diagnostika v dětském věku, fáze vývoje plodu, dětí a adolescentů a základní dělení vrozených vývojových vad. Další části obsahují ucelený přehled kontrastních látek a jejich dávkování v jednotlivých věkových skupinách u různých vyšetření a také podrobný přehled měření radiačních dávek, principů radiační ochrany a nastavení parametrů u RTG a CT vyšetření dětí. V samostatném oddílu je shrnuta klasifikace a zobrazování hemoblastóz v dětském věku. V dalších částech, uspořádaných podle orgánových systémů, autoři nabízejí rychlou orientaci v diferenciální diagnostice chorob různými zobrazovacími metodami podle znaků a příznaků.

### Debora Karetová, Radovan Malý, Dušan Kučera (pořadatelé) Angiologie 2014 Pokroky v angiologii



Rozsah:  
84 stran  
Cena: 245 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-412-8  
Vydavatel:  
Maxdorf

Články obsažené ve sborníku přináší nejnovější informace a přednášky z angiologického symposia, které se zabývaly takovými tématy, jako jsou možnosti angiologa v diagnostice a léčbě erektilní dysfunkce, žilní tromboembolismus, ambulantní péče o pacienta po žilní tromboembolické příhodě, arteriální trombóza nebo kardiální zdroje systémových embolizací.

### Jan Bělohlávek, Pavel Osmančík, Regina Votavová, Aleš Linhart a kolektiv

#### EKG v akutní kardiologii

Průvodce pro intenzivní péči i rutinní klinickou praxi  
2., rozšířené vydání



Rozsah:  
468 stran  
Cena: 1195 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-419-7  
Vydavatel:  
Maxdorf

Přestože elektrokardiografie je dnes považována za rutinní metodu, jejíž důvěrná znalost se všeobecně předpokládá, situace v praxi je bohužel zcela opačná. Správná interpretace EKG křivek je v podstatě velmi obtížná. Tato kniha na rozdíl od většiny „klasických“ učebnic neuvádí pouze výčet typických obrazů, ale vysvětluje, jakým postupem dospěje lékař ke správné diagnóze. Tím učí adekvátně klinicky reagovat na každý obraz a přijmout optimální terapeutická opatření.

### Tomáš Fait, Michal Zikán, Jaromír Mašata a kolektiv Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví



Rozsah:  
477 stran  
Cena: 795 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-403-6  
Vydavatel:  
Maxdorf

## NOVÉ KNIHY

Široký autorský kolektiv vytvořil rozsáhlého průvodce farmakoterapií v gynekologii a porodnictví. U každé nozologické jednotky je čtenář radami veden od volby prvního léku až po léčbu komplikovaných klinických stavů.

### Roman Herzig Ischemické cévní mozkové příhody

Průvodce ošetřujícího lékaře  
2. vydání



Rozsah: 112 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-373-2  
Vydavatel:  
Maxdorf, edice  
Farmakoterapie  
pro praxi

Za uplynulých pět let se terapie cévních mozkových příhod (CMP) značně posunula kupředu, a to jak technicky, tak ve vývoji nových farmak. Dnes víme, že následky CMP, včetně její mortality, můžeme snížit na hodnoty, které by se zdály před 10 lety utopii. K tomu, aby tento optimistický výhled byl reálný, je však třeba, aby moderní znalosti pronikly do podstatně širšího okruhu lékařů.

### Jan Vitoň, Miloš Velemínský st. Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí

– jeho reflexe v umělecké literatuře



Rozsah:  
152 stran  
Cena: 199 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-844-3  
Vydavatel:  
Triton

Kvalita a efektivita komunikace je specifickou problematikou u dětí s postižením, jejich rodin a sourozenců. Autoři se dále zaměřují na etický aspekt komunikace s prostředím nevyléčitelně nemocných a umírajících dětí a seniorů, který v nejrůznějších podobách s formativním zřetelem reflektuje umělecká literatura. Upozorňují rovněž na nejnovější etická dilemata spojená s perinatologií, asistovanou reprodukcí, babyboxy apod. Součástí publikace jsou kazuistiky obsahující intimní sdělení rodičů a sourozenců dětí s postižením,

z nichž se kromě láskyplné atmosféry v těchto rodinách můžeme dozvědět i o traumatizujících zážitcích: výsměchu, nepochopení až šikaně, již jsou někdy vystaveny zejména sourozenci dětí s postižením.

### Hana Papežová a kolektiv Naléhavé stavy v psychiatrii



Rozsah:  
496 stran  
Cena: 595 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-425-8  
Vydavatel:  
Maxdorf

Prakticky koncipovaná příručka určená pro každodenní psychiatrickou praxi. Jednotlivé kapitoly se týkají následující problematiky: nespolupracující pacient, telefonická intervence, psychiatrická péče a právní normy, suicidální a sebe-poškozující se pacient, agresivní pacient, neklidný pacient a somaticky obtížný pacient, simulace, předstíraná porucha a somatizace, základní postupy krizové intervence, akutní truchlení, práce s obětmi katastrof, oběti znásilnění, krize v rodině, akutní intervence v geriatrii, umírání, zneužívání partnera či dítěte včetně zneužívání sexuálního, pacient s poruchou osobnosti v krizi, úzkostné a panické stavy, depresivní porucha, akutní psychóza a katatonie, krize u schizofrenních a chronicky nemocných psychotických pacientů, mánie atd.

### Marie Nejedlá Fyzikální vyšetření pro sestry

2., přepracované vydání



Rozsah:  
296 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4449-0  
Vydavatel:  
Grada

Základní učebnice pro studenty ošetrovatelství a sestry v praxi seznamuje se základními technikami sběru anamnestických dat a fyzikálního vyšetření pacientů, umožňujícími mj. sledovat a správně dokumentovat změny jejich zdravotního stavu. Tyto dovednosti podporují větší samostatnost v práci sester, na kterou

současná koncepce ošetrovatelství klade stále větší důraz.

### Kateřina Thorová Vývojová psychologie

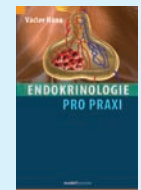
Proměny lidské psychiky od početí po smrt



Rozsah:  
424 stran  
Cena: 899 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0714-6  
Vydavatel:  
Portál

Pohled na vývoj člověka je v publikaci pojat moderně a aktuálně, témata jsou předkládána v nových kontextech. V první polovině knihy najdeme podrobně zpracovaný vývoj sociální interakce, morálky, osobnosti, myšlení a řeči. Jedna z kapitol je věnována rozdílům mezi pohlavími. Druhá polovina se zaměřuje na dílčí vývojová období. Zpracovány byly nové poznatky z neuropsychologie, genetiky a epigenetiky, zajímavé jsou výsledky výzkumů deklarující až těžko uvěřitelné kojenecké schopnosti zachytitelné jen díky moderním technologiím. Pozornost je věnována mj. rodičovství osob stejného pohlaví, detailně je rozpracována kapitola týkající se umírání a smrti.

### Václav Hána Endokrinologie pro praxi



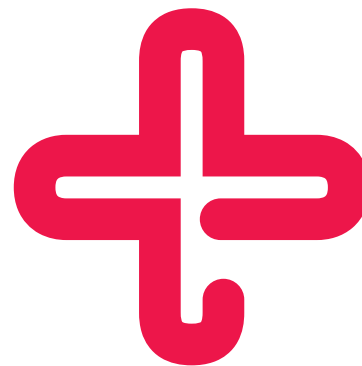
Rozsah:  
224 stran  
Cena: 395 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-414-2  
Vydavatel:  
Maxdorf

Výskyt nemocí žláz s vnitřní sekrecí v populaci je podstatně vyšší, než se odhadovalo ještě na začátku 90. let minulého století. Zpřesněná diagnostika a nové možnosti terapie učinily z endokrinologie v průběhu posledních 20 let jeden z pilířů moderního vnitřního lékařství. Vzhledem k regulačnímu působení hormonů na všechny orgány a tkáň lidského těla je znalost endokrinologie nezbytná nejen pro atestaci z vnitřního lékařství, ale rovněž pro všechny interní specializace. Kniha je koncipována s ohledem na tyto skutečnosti.



# Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



**22 / Vzdělávání**  
Adaptační proces  
v povolání sestry

**23 / Interní lékařství**  
Obezita jako celosvětový  
problém

**33 / Sestra roku 2014**  
Mimořádná příloha věnovaná  
15. ročníku soutěže

# Zdravotnická dokumentace – 3. část

## Zápis do zdravotnické dokumentace

V článku vymezujeme zápis do zdravotnické dokumentace, opravy zápisů a upozorňujeme na chyby při vypisování dokumentace. V poslední části se věnujeme nahlížení do dokumentace a její archivaci.

V minulé části seriálu jsme si vysvětlili pojmy dokumentace či zdravotnická dokumentace a nastínili jsme si význam, formy a funkce zdravotnické dokumentace. Nyní si přiblížíme konkrétní provedení konkrétního zápisu do dokumentace.

Zápisy, které jsou do zdravotnické dokumentace zaznamenávány, získáváme ze sdělení klienta nebo od osoby blízké či osob příbuzných. V takovém případě není třeba (a nejedná se ani o povinnost), aby zdravotnický pracovník tyto informace objektivizoval či jiným způsobem ověřoval. Dále zaznamenáváme informace, které zjistíme z osobních dokladů klienta, při jeho vyšetření či ošetření, a v neposlední řadě informace, jež nám poskytne jakýkoli člen zdravotnického týmu podílející se na péči o klienta. Zápis do dokumentace je třeba provést neprodleně, resp. vždy, když nastane některá ze situací, kterou je třeba do dokumentace zaznamenat. V ostatních případech se zápis provede alespoň jedenkrát za dvacet čtyři hodin.

### Obsah dokumentace a její náležitosti

Zápis musí vždy obsahovat:

- datum,
- čas zápisu (neodkladná péče, návštěvní služba),

- vlastní zápis,
- identifikaci osoby, která zápis provedla (jméno, resp. jména, příjmení, titul a podpis). Pro identifikaci osoby lze použít otisk razítka.

Pro případy, kdy je třeba již existující zápis opravit, je nezbytné, aby původní zápis zůstal čitelný, a každá nová oprava se provede zápisem novým. Zároveň je třeba, aby vedle nového zápisu bylo uvedeno datum opravy, čas a identifikace a podpis osoby, která opravný zápis provedla. Je nepřijatelné, aby byl původní text vymazán, přeškrtnut, přepisován či část dokumentace zcela vyřazena.

Zápis, který je do zdravotnické dokumentace proveden, musí splňovat následující náležitosti:

- čitelnost,
- pravdivost,
- průkaznost,
- časová posloupnost.

### Záznamy údajů

Ve zdravotnické dokumentaci by neměly být ve velké míře používány zkratky, neboť tím může být ztížena vypovídající schopnost zdravotnické dokumentace. Nejedná se pouze o zkratky lékařských diagnóz, ale i o zkratky výkonů, léčiv či jednotlivých pracovišť. Vždy bychom si měli uvědomit, že naše zápisy slouží celému týmu zdravotnických

pracovníků a ne všichni musí být s používáním našich zkratk obeznámeni. Podíváme-li se, co je obsahem zdravotnické dokumentace, je to to, co dělá zdravotnickou dokumentaci dokumentací. Mgr. Radek Polícar (2010, s. 33) na tuto otázku velmi stručně odpovídá ve své publikaci následovně: „Zdravotnická dokumentace obsahuje záznamy údajů.“ V podstatě bychom s tímto výrokem mohli souhlasit, jen ho pro naše účely rozvedeme.

Zmíněnými údaji rozumíme:

- osobní údaje klienta,
- informace o jeho zdravotním stavu,
- informace o poskytnuté zdravotní péči,
- další významné okolnosti.

I tato část dokumentace je upravena zákonem č. 372/2011 Sb. Zabývá-li se výše citovaný zákon pouze obecně stanoveným obsahem, vyhláška č. 98/2012 Sb. je již ve své příloze č. 1, která se nazývá „Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace“, konkrétnější a podrobnější. Tato příloha ve svých 13 odstavcích specifikuje obsah jednotlivých druhů zdravotnických dokumentací. Ošetřovatelská dokumentace je součástí odstavce č. 11 výše jmenované vyhlášky.

### Přístup k dokumentaci a zásady uchování

Nahlížení do zdravotnické dokumentace je upraveno zákonem č. 372/2011 Sb., konkrétně § 65, kdy v odstavci 1 a 2 je přímo specifikováno, kdo a za jakých podmínek může do dokumentace klienta nahlížet, kdo si může pořizovat výpis z dokumentace či její kopie. Odstavec 3 výše jmenovaného § 65 se zabývá nahlížením osob připravujících se na povolání. Naopak § 66 specifikuje lhůty při odevzdání kopií dokumentace klientovi, pokud ten o to požádá, a dále specifikuje výši úhrady za poskytnutí dokumentace a způsob nahlížení do dokumentace vedené v elektronické podobě. Odstavec 6 § 66



Ilustrační foto: Shutterstock

ukládá povinnost ZZ, která poskytla dokumentaci v jakékoli podobě klientovi, učinit o takovém aktu záznam, a to opět do jeho zdravotnické dokumentace.

Takový záznam bude obsahovat:

- jméno a příjmení osoby nahlížející do zdravotnické dokumentace,
- datum narození osoby nahlížející do zdravotnické dokumentace,
- rozsah, účel, datum nahlédnutí do zdravotnické dokumentace,
- podpis a identifikace přítomného zdravotnického pracovníka (zákon č. 372/2011 Sb.).

Naopak § 67 se podrobněji rozepisuje o možnosti neumožnit přístup zákonnému zástupci, pečující osobě či pěstounovi nezletilého klienta v případě, že zdravotnický pracovník pojme podezření na syndrom týraného dítěte, resp. na omezení přístupu ke zdravotnické dokumentaci z důvodu zájmu klienta. Kdybychom měli velmi stručně a výstižně shrnout, za jakých podmínek smějí zdravotničtí a jiní pracovníci (jmenovaní zákonem) nahlížet do zdravotnické dokumentace, řídíme se následujícím pravidlem: „...oprávněné osoby mohou nahlížet pouze

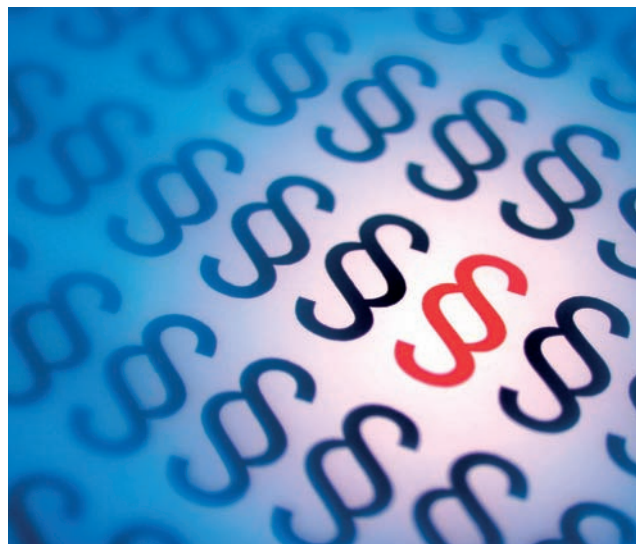
v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence.“ (Polícar, 2010, s. 157).

Zásady uchování zdravotnické dokumentace se řídí rovněž zákonem č. 372/2011 Sb., resp. jeho prováděcím předpisem, resp. vyhláškou č. 98/2012 Sb. Paragrafy 5 a 7 této vyhlášky upravují, jak poskytovatel vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci, a upravují i některá specifika při souběhu lhůt pro uchování. Konkrétněji jsou oba paragrafy vyspecifikovány v příloze č. 2 této vyhlášky s názvem „Zásady pro uchování zdravotnické dokumentace a postup při jejím vyřazení a zničení po uplynutí doby uchování“. Příloha č. 3 pak podrobně popisuje lhůty uchování jednotlivých druhů dokumentace a nese název „Doby uchování zdravotnické dokumentace nebo jejích částí“.

V příštím díle si vyspecifikujeme dokumentaci ošetřovatelskou.

Literatura u autorů

Mgr. Bára Kvapilová,  
ZZS ZK, výjezdové stanoviště  
Rožnov pod Radhoštěm,  
ybaray@gmail.com



Ilustrační foto: Shutterstock



# O komunikaci mezi lékaři, sestrami a pacienty

Lékaři objevili, že každý člověk reaguje poněkud odlišně na biochemické bázi (největším hitem onkologické léčby se např. zdá určování molekulárních biomarkerů). Že každý z nás reaguje odlišně na bázi psychické, zůstalo opominuto. Přitom je to nabíledni. Proč tomu tak je?

**D**říve měli lékaři omezenější léčebné možnosti, ale měli více času na to, aby pacienti naslouchali. Dnes se mezi lékaře a pacienta postavilo mnoho přístrojů zdokonalujících diagnostiku a umožňujících mnoho terapeutických zásahů, o kterých se nám dříve ani nesnilo, ale mezilidský kontakt a zájem zmizel do pozadí a na mluvení není čas. A nejen to – v medicíně založené na důkazech přestaly mít individuální lidské zkušenosti místo. Na obou stranách této přístrojové bariéry jsou však pořád konkrétní lidé. Jak se jim v té mašinerii dýchá, je jednou ze starostí pracovníků našeho sdružení (dnes oficiálně zapsaného spolku) Gaudia proti rakovině. Zlepšení situace v tomto ohledu je jedním z poslání naší organizace.

## Kontakt s pacienty i zdravotníky

Máme dlouholetou zkušenost s kontaktem jak s pacienty, tak se zdravotnickým personálem, slyšíme steský z obou stran. Pacienti by si přáli, aby s nimi lékaři víc mluvili, aby s nimi nezacházeli jako s případem, s číslem, s diagnózou... Aby respektovali jejich názor a aby nesouhlas nebrali jako útok na svou osobu. Zdravotníci se často cítí být zneužívání, nedocenení, nevědí, kam dřív skočit, očekává se od nich, že budou dokonalí, bezchybní, jsou zatíženi obrovskou zodpovědností a jejich reálné možnosti jsou často omezené. Stojí před mnohými etickými dilematy a často i před hrozbou postihu ze strany vedení a žalob pa-

cientů a jejich příbuzných. Vyčítají pacientům, že mají stále více vědomostí načtených z internetu, že se domnívají, že své nemoci rozumí lépe než lékaři, že jim do toho mohou mluvit a mají tendenci postupy kontrolovat. Že se stále vehementněji dožadují svých práv, přitom často odmítají respektovat svoje povinnosti atd. Mají poměrně málo nástrojů k tomu, aby dokázali svým pacientům šetrně a efektivně sdělit, co jim sdělit potřebují, neřkuli aby se dokázali vymezit tam, kde je to třeba. Učili je s pacienty zacházet, nikoli se s nimi domlouvat, komunikovat. Obě strany se cítí být v ohrožení a tak tam, kde by měl být vytvářen prostor pro spolupráci, se často nesmyslně bojuje.

## Unikátní projekt

V nemocnicích, kde pracujeme (v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a v Nemocnici Znojmo), se snažíme působit mimo jiné jako mediátoři vzájemného kontaktu, obě strany vyslechnout a hledat styčné body. Naše kapacity jsou však omezené a i z jiných důvodů považujeme za dobré rozšířit vlastní kompetence zdravotníků tak, aby se dokázali s pacienty lépe domlouvat a aby se v kontaktu s nimi cítili komfortněji. Vytvořili jsme proto unikátní projekt s názvem „Podpora nabídky dalšího vzdělávání ve zdravotnictví jako cesta ke zvýšení kvality péče a spokojenosti pacientů i personálu“ s registračním číslem CZ.1.07/3.2.04/05.0080, v jehož rámci jsme sestavili poměrně obsáhlý (100hodinový) výukový

program pro lékaře a sestry a pilotně jej ověřili v Jihomoravském kraji. Projekt (jehož rozpočet byl 22 617 287 Kč) probíhal v období od 1. 10. 2013 do 31. 3. 2015 a byl financován z ESF v rámci globálního grantu Podpora dalšího vzdělávání v Jihomoravském kraji a spolufinancuje jej Evropský sociální fond a rozpočet ČR.

## Umění vést hovor

Za zrodem projektu stála představa o tom, že účinně vedený rozhovor přispívá ke spokojenosti pacienta, podporuje jeho ochotu spolupracovat a zlepšuje jeho psychický stav, čímž výrazně podporuje proces léčby. Byli jsme od začátku přesvědčeni, že rozhovor usnadňuje spolupráci také s příbuznými a blízkými pacientů. Zdravotníkům samotným umění vést rozhovor může usnadnit a zpříjemnit práci, a působit tak jako prevence syndromu vyhoření. Minimalizuje riziko konfliktních situací, které mohou vyústit až v soudní spor, místo toho vytváří příležitosti pro ocenění od pacientů a případně jejich blízkých, které není možné bez určitého porozumění aplikovaným postupům.

Chtěli jsme naučit lékaře mluvit s lidmi krátce, ale účinně, způsobem, který podpoří léčebný proces, dát jim nástroje, aby se tomu nemuseli vyhýbat, aby se naučili přizvat své pacienty ke spolupráci. Chtěli jsme vzbudit jejich zájem o potřeby a prožívání pacientů v hranicích profesionálního kontextu a tak přispět k tomu, aby například informovaný souhlas přestal být obtěžující ru-

tinou a stal se užitečným nástrojem k domluvě.

## Konstruktivismus v medicíně?

Terapeuty našeho sdružení spojuje společný přístup k práci s lidmi, společná filozofie, založená na konstruktivistických a konstrukcionistických východiscích. A proto jsme přemýšleli, co s konstruktivismem v medicíně, která je ve své podstatě objektivistická, založená na důkazech. Půjde to vůbec dohromady? Mohou být naše východiska pro zdravotníky nějak užitečná?

Pokusili jsme se zdravotníkům zprostředkovat názor, že diagnózy jsou naše koncepty, užitečný nástroj k domluvě, ale nikoli objektivní realita, že vědění je mocí a mělo by být spojeno s odpovědností za vlastní koncepty, aby získali nadhled, možnost znevážit sami sebe a reflektovat svoje postupy, a tak měli větší svobodu v rozhodování. Chtěli jsme jim dát teoretický podklad pro to, aby méně hodnotili své pacienty, více se k nim byli schopni připojit a důvěřovat v jejich kompetence, aby nepřebírali odpovědnost tam, kde to není třeba, a nespojovali nesouhlas s odmítnutím vlastní osoby.

## Prostor pro seberozvoj

V oblasti mezilidské komunikace se musíme vzdát předvídatelnosti,

tady není možné se spolehnout na „pravdivost“ vědeckých výzkumů, funkčnost lineární kauzality. Můžeme poměrně jistě předpovědět, co se odehraje, kopneme-li určitým způsobem do balónu, už o něco méně, co se stane, kopneme-li do psa. Co se odehraje v konkrétním člověku, sdělíme-li mu nějakou konkrétní informaci, předpovědět nelze a nemá smysl se o to snažit. Vedení rozhovoru má síce svoje zákonitosti, doporučenou strukturu atd., přesto ale zůstává především dobrodružstvím.

Lékaři i sestry v pilotní skupině přistupovali k našim podnětům zpočátku s určitou nedůvěrou, očekávali konkrétní návody, jak jsou zvyklí. Přesto nakonec ocenili právě posun v myšlení, kterého se v rámci rok trvajícího programu podařilo dosáhnout. Kromě rozboru videí a praktického nácviku oceňovali zejména práci lektorů, která spočívala především v reagování na jejich konkrétní potíže a přání. Mnozí těžili také ze supervízi, což je prostor pro seberozvoj, se kterým se dosud nepotkali. A my jsme ocenili jejich ochotu přemýšlet o sobě, nasazení, s nímž přistupovali k řešení konkrétních případů, a pochopení, které projevovali ke svým pacientům, jež by bylo bez nadsázky možné označit za obtížné.

MUDr. Olga Kunertová,  
spolek Gaudia proti rakovině



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

# Když dáváte, tak hodně dostáváte

Domov pro seniory Anna v Českém Brodě vznikl v roce 2007 velkou přestavbou bývalého chorobince, který tu byl už od konce 19. století. Nyní je to příjemná členitá budova ve vilové čtvrti a jejím obyvatelům se tu dobře žije. Je to i zásluhou schopné ředitelky a ochotného personálu.

**J**ednou ze sester, které tu působí, je Jaroslava Krutská. Dříve pracovala na chirurgickém oddělení českobrodské nemocnice, poté vystudovala ještě rehabilitaci a zkusila v tomto oboru podnikat na vlastní pěst. Ovšem nájem

a splácení drahých přístrojů, které si pořídila, bylo složité. A tak jí rádi přijali v léčebně dlouhodobě nemocných, kde se starala o vážně nemocné pacienty. „Ráda jsem tam pracovala, byla to výborná škola,“ říká. Za čas se

vrátila zpátky do Anny a dobrá pověst šla s ní. „Mám tu na starosti rehabilitaci a pracovní terapii.“ Kromě fyzioterapie má paní Jaroslava ve své gesci například cvičení na židlích, keramickou dílnu a další výtvarné techniky a ruční

práce, vaření a pečeni, cvičení zaměřené na trénování paměti, relaxaci s hudbou, zpívanky i čtení z Bible. „Co si uvaříme a upečeme, to si také sníme v ‚kavárničce‘ s posezením a hudbou,“ popisuje. Ovšem když je potřeba udělat

kokoli jiného, kavárnička je tady pro všechny. „To k tomu patří,“ tvrdí Jaroslava Krutská. „Peču dorty pro naše obyvatele, když mají kulaté narozeniny. Na Vánoce peču vánočky jednu za druhou. A kdo ji nemá,

nepřinesou mu ji děti, tak je podělím. Naše klientky mi pomáhají péči v rámci rehabilitace; musím říci, že obyvatelům tady v Anně nerada říkám, klienti“, přijde mi to jaksi hodně trzní, neosobní.“

**Je na vás zřetelně patrné, že máte obyvatele domova opravdu ráda. Ale bez toho by to nešlo, vidíte?**

To máte pravdu, to by opravdu nešlo. Člověk tady musí všechno dělat s láskou, a mně opravdu nikdy nebylo zatěžko pro ně cokoli udělat. Jsem svobodná, ve 22 letech mi umřela maminka, prošvihla jsem pár let a pak už to nějak nešlo. Ale vůbec nelituju. Nelituju ani jediného dne, protože bych pravděpodobně nemohla dělat věci, které jsem dělala a stále dělám. Tady zkrátka musíte mít lidi rád.

**Prý jste tu měli svatbu.**

Ano, to byla velká událost. Upekla jsem novomanželům jako dárek velký dort.

**Svatba je vždycky krásná, optimistická záležitost, ale v domech tohoto typu se přece jen stávají smutnější události.**

Ano, bohužel. Ale i to je jeden z důvodů, proč zde pracuju. Beru si jako svůj životní úkol pomoc lidem přejít na druhý břeh.



Foto: archiv Domova pro seniory Anna

**Vy jste jistě věřící...**

Ano, jsem. Nejhorší je, když lidé zůstanou sami a bojí se smrti. Každý si to samozřejmě nepřeje, ale na druhý břeh jsem doprovodila několik desítek lidí. Když mě požádali, abych tu zůstala, byla jsem s nimi do jejich posledního vydechnutí. Pak jsem je oblékla, jak si přáli... Měla jsem velké štěstí, že mi babička, mamka i tatka odešli, když jsem je držela v náručí. Víte, já neříkám, že umřeli. Jsem sice věřící, ale církev by mě asi upálila na hranici jako čarodějnicí. Věřím v to, že se reinkarnujeme dál a dál, pro-

tože jeden život by byl strašně krátký. Beru život jako jeden stupeň, kdy nasbíráme zkušenosti a napravíme své chyby – a stoupáme dál. Ráda bych pracovala v hospici, ale ten tu není. Postavila jsem si malý domek tady vedle ve vesnici, v něm mám psa a kočku, tak to tady nemůžu nechat a jezdit daleko. Kdyby tady hospic byl, tak se v něm budu angažovat minimálně jako dobrovolník, protože je to hodně důležité.

**Řekla bych, že vy už jste si své stupně dobře splnila...**

Ale to nikdy nevíte. Kdo má pokoru, má všechno. Když s pokorou přijmete všechny nezdary a prohry, které se vám v životě staly, srovnáte se s tím. A to je pak pocit lepší než všechno zlato světa. Každý člověk v životě dostal nějakou facku. Jeden náš profesor ve škole nám říkal – holky, tohle si pamatujte: ke každému, s kým se v životě setkáte, se chovejte tak, jak byste chtěly, aby se choval k vám nebo vašim blízkým. Když se tím budete řídit, nakonec se všechno v dobré obrátí. A když uděláte chybu, prostě za odpuštění.

**Vaše víra se mi líbí.**

Věřím, že zákon karmy – zákon příčiny a následku – funguje. Někdy si říkáme: „Proč se tohle stalo právě mně?“ Někdy se to nestihne napravit v tomto životě, ale v dalším ano. Když teď někdo udělá šílenou lumpárnu, tak si to jednou tady musí odžít. Nepostoupil by nikam výš, pořád by byl dole.

**Spousta z nás by tomu chtěla věřit, a pokud by věřila, tak by zároveň asi chtěla, aby si uchovála „své“ vědomí, svou identitu...**

Víte, brána zapomnění musí existovat. Mnozí by pracovali jen pro své dobro, ne pro dobro druhých. Měla jsem pacienta, který už byl na konci cesty. „Já už tu vinu nemůžu snést, a nemůžu

ti to říct...“ říkal. Tak se pomodlíme, odpověděla jsem. Neuměl se modlit, a tak po mně opakoval Otčenáš. Tři další pacienti, kteří s ním byli v pokoji, se modlili s námi. Po Zdravas Maria se zklidnil, usnul a k ránu v klidu zemřel. Zнала jsem i lékaře, kteří se na konci života dali na víru. I jim jsem do nemocnice nosila přípravky z léčivých bylin. Když mě osloví a požádají, snažím se pomoci.

**Vaší velkou láskou jsou byliny.** Když jsem měla svou firmu, zabývala jsem se i tímto způsobem pomoci, ale pak na mě přišel anonym, že lidem radím čaje. Nakonec jsem si udělala tříletou školu – poradce pro regeneraci sil přírodními prostředky. V penzionu Anna pořádám přednášky a besedy, například o vitamínech a stopových prvcích, o léčivé síle kamenů – a především o bylinách. To téma se nikdy nevejde do jediné přednášky. Za deset let půjdu do důchodu, ale ráda bych sem chodila pomáhat s besedami a výtvarnými kroužky. Už ani nechci na dovolené, chci být v domečku, který jsem si postavila. A pomáhat lidem tady u nás. Pro mne je to největší odměna. Když někomu něco dávejte, tak přece hodně dostáváte i vy...

Mgr. Jana Hrabáková

# Proces adaptace v povolání sestry není jen formalita

Adaptační proces poskytuje nově nastupujícímu zaměstnanci možnost přizpůsobit se a začlenit do zvoleného prostředí. Jeho cílem je připravit nové sestry na podmínky, v nichž budou pracovat, a dát stimul k tomu, aby se na vybraném pracovišti úspěšně zorientovaly. Znalost průběhu adaptačního procesu dává všem zúčastněným jistotu, že proběhne správně. Jak sestry na našem pracovišti proces adaptace hodnotí, ukazují výsledky průzkumného šetření.

**A**daptací v povolání sestry se rozumí cíleně řízený proces neboli program přizpůsobení se. Oporu ve vhodně provedeném adaptačním procesu získává sestra v metodickém pokynu MZ ČR, Věstník č. 6/2009. Metodický pokyn jasně definuje adaptační proces u nelékařských zdravotnických pracovníků. Určuje, jaké jsou cíle, průběh a hodnocení adaptačního procesu. Dále popisuje účastníky, vlastní provedení, školitele a charakterizuje dokumentaci v průběhu

adaptačního procesu. Na základě tohoto metodického pokynu si každé zdravotnické zařízení vytvoří vlastní standardní postup.

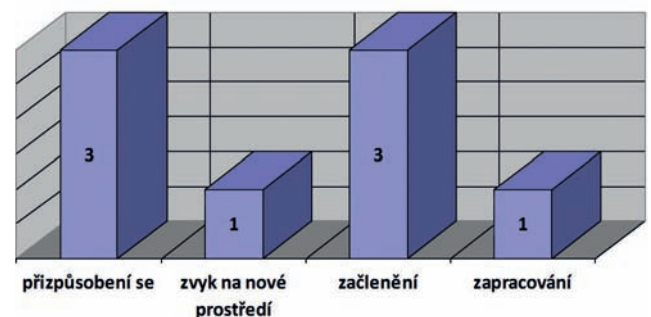
**Fáze adaptace**

Adaptace má tři fáze: základní, všeobecnou a odbornou. **Základní fáze** je seznamovací a trvá 1–2 dny. Sestra se seznamuje s organizací, její vizí, s řády. Zde by měla získat co nejvíce informací, popřípadě balíček informací o zdravotnickém zařízení. Formuje se indi-

viduální adaptační plán. Sestra získává informace o svém budoucím pracovišti, pracovním týmu. Utváří si představu o své budoucí pozici.

**Všeobecná část** zahrnuje osvojení všeobecných informací a výkonů, jež budou od sestry na pracovišti očekávány. Trvá až 6 týdnů. Jsou zde zahrnuty i specifické činnosti, charakteristické pro dané pracoviště. Sestře je dle Věstníku MZ ČR č. 6/2009 přidělen školicí pracovník.

**Odborná část** závisí na postupném sžívání pracovníka s no-



Obecný popis adaptačního procesu respondenty





Ilustrační foto: Shutterstock

a kultuře. Příslušný pracovník předává základní kontakty, případně orientační mapku zařízení. Úvodní seminář pak nováčka seznámí s organizací a jejími hodnotami, což přispívá k prvnímu zorientování se. Seminář také informuje o činnostech a dovednostech podstatných pro výkon povolání.

**Nefornální úroveň** nelze naplánovat, je spontánní a má podstatný význam. Významnou úlohu zde hraje kolektiv a spolupracovníci.

Další rovinou je **pracovní a sociální adaptace**. Účelem pracovní adaptace v pracovním procesu je vytvoření souladu mezi dosavadními odbornými znalostmi, praktickými, pracovními a sociálními zkušenostmi sestry se specifickými pracovními podmínkami. Sociální adaptace je proces, při kterém se sestra začleňuje do struktury sociálních vztahů. Projevuje se ve spokojenosti s řídicím pracovníkem a ochotou spolupracovat s ostatními.

### Průběh adaptačního procesu

Účastníkem procesu adaptace není jen samotná sestra, ale také personalisté, vedoucí pracovník, školící pracovník, pracovní tým a kolektiv. Personální činnost je podstatná, jelikož vytváří a získává kvalitní lidský zdroj v podobě zaměstnanců. Cílem řízení lidských zdrojů je zabezpečit, aby si organizace získala a udržela potřebné kvalifikované, oddané a dobře mo-

tivované pracovní síly. Důležitá je úloha vedoucího pracovníka, který sestru představí a seznámí s klíčovými zaměstnanci a s náplní práce. Sdělí jí podrobný průběh části adaptačního procesu. Školící pracovník má za úkol sestru kvalitně připravit na výkon povolání. Věnuje se jí po celou dobu adaptačního procesu, poskytuje oporu, průběžně hodnotí. Měl by také školeného motivovat k co nejefektivnějším pracovním výsledkům. Kolektiv jako účastník procesu adaptace má podle našeho průzkumu významnou úlohu.

Délka adaptačního procesu je individuální. U nelékařského zdravotníka, který nastupuje po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004, se pohybuje od 3-6 měsíců. U nelékařského zdravotníka, který přerušil výkon povolání na dobu delší než 2 roky či přechází na jiné pracoviště a charakter jeho nové práce se výrazně liší, se pohybuje okolo 2-6 měsíců. Ukončení adaptačního procesu je závislé na osobnosti školené sestry. Podstatné je, aby sestra měla kvalitní dovednosti a znalosti a aby byla schopna samostatně vykonávat ošetrovatelskou činnost. Na tom závisí závěrečné hodnocení, k němuž by měl mít možnost se vyjádřit hodnotitel i hodnocený. Tento posudek má obsahovat daná kritéria a zpětnou vazbu. Získá se tak jasná celková představa o zaměstnanci. Má být prezentován i vnímán pozitivně, jelikož dává podnět

pro případné prohloubení znalostí a dovedností.

### Co ukázalo průzkumné šetření

Průzkumným šetřením jsme zjistili, že sestry mají zájem prohlubovat své znalosti týkající se adaptačního procesu. Oslovili jsme 8 sester s ohledem na typ zdravotnického zařízení, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe. K šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor.

Dotázané sestry považují adaptační proces ve svém povolání za důležitou součást vstupu na nové pracoviště. Oslovené sestry se domnívají, že proces adaptace je ovlivněn délkou předchozí praxe, nedostatkem informovanosti o procesu adaptace, formou spolupráce se školitelem v průběhu adaptačního procesu. Vliv má dále kolektiv, do kterého vstupují. Ošetrovatelská péče musí být poskytována kvalitně a vzhledem k oboru kvalitně přizpůsobenými a začleněnými pracovníky. Aby se tak stalo, měla by sestra na počátku nástupu na nové pracoviště projít procesem adaptace. Adaptace jako proces se ovšem netýká jen nastupujících pracovníků, ale také již stávajících členů pracoviště a organizace. Obeznameness s tímto postupem adaptace tvoří základ jeho kvalitního provedení.

Literatura u autorky

Bc. Kateřina Milotová, DIS.,  
KARIM OCHRIP, FN MOTOL,  
katerina.milotova@centrum.cz

#### Důvody přínosu zvyšování si povědomí vzhledem k adaptačnímu procesu dle respondentů

R1	Zvyšuje se obeznámenost s povoláním sestry
R2	Přínosem je zdroj informací
R3	Z důvodu širšího rozhledu
R4	Být obeznámen s průběhem procesu adaptace
R5	Užitečné informace pro vlastní potřebu a pro poskytování druhým při adaptaci
R6	Z důvodu lepší informovanosti
R7	Sestra by měla mít obecně přehled
R8	Důvodem je možnost při adaptaci pomoci i svým kolegům

vým pracovištěm. Zdravotník si osvojuje rutinu svého oddělení, prověřují se jeho znalosti a dovednosti před převzetím plné odpovědnosti za práci. Délka této fáze může dosahovat i několika měsíců.

### Roviny adaptace

Adaptace sestry má několik rovin. **Formální úroveň** je vymezena pracovním zařízením. Nastupující sestře jsou předány informace o struktuře zdravotnického zařízení, jeho historii

# Obezita ako celosvetový problém

Obezita je v súčasnosti považovaná za svetovú epidémiu, jej prevalencia narastá ako u dospelých, tak aj u detí, v rozvojových i rozvinutých krajinách. Naším cieľom bolo priblížiť problematiku nadváhy a obezity, faktory podieľajúce sa na ich vzniku a dopad na život jednotlivca a jeho sociálnoekonomickú úroveň. Ďalej popisujeme spôsoby prevencie a liečby nadváhy a obezity a s nimi súvisiacich zdravotných komplikácií. Text zároveň poskytuje informácie z dotazníkového prieskumu uskutočneného na vzorke obéznych pacientov.

Obezita nie je len estetický problém. V medzinárodnej klasifikácii chorôb má svoje presné označenie - diagnóza E66. Jej komplikácie významne skraccujú dĺžku života. Okrem toho, že nesie so sebou zvýšené riziko vzniku mnohých zdravotných komplikácií, má

aj významné negatívne dôsledky v sociálnoeconomickej sfére. Podľa epidemiologických štúdií sa prevalencia obezity zvyšuje v rozvinutých, ale aj v rozvojových krajinách sveta a neustále narastá nielen u dospelých, ale prudký vzostup a rizikový trend pozorujeme už v detskom veku.

Na Slovensku má problémy s obezitou a nadváhou približne 1,5-2 milióny osôb. To znamená, že približne každý štvrtý Slováč trpí nadváhou alebo obezitou. Len za posledných 10 rokov sa počet obéznych zvýšil o 10-40 %. Svetová zdravotnícka organizácia vyhlásila obezitu pre jej rozsiahle zdravotné a celospoločenské dôsledky za svetovú epidémiu.



Ilustrační foto: Shutterstock

hle zdravotné a celospoločenské dôsledky za svetovú epidémiu.

### Faktory ovplyvňujúce vznik obezity

Obezita je závažné chronické, multifaktoriálne podmienené

ochorenie, ktoré je treba chápať ako chorobu a súčasne ako rizikový faktor podieľajúci sa na vzniku mnohých ďalších ochorení. Je druhým najčastejším rizikovým faktorom predčasnej smrti, najrozšírenejším problémom

nesprávnej výživy. Nárast výskytu nadváhy a obezity je v prevažnej väčšine prípadov dôsledkom pôsobenia dnešného životného štýlu.

Obezita vzniká ako následok energetickej nerovnováhy, nepomerom medzi príjmom a výdajom energie. Množstvo tuku je ovplyvnené stravovacími návykmi, úrovňou pohybovej aktivity, druhom vykonávanej práce, životným štýlom, celkovým zdravotným stavom, vekom ale aj etnickým charakterom jedince (Hainer, 2011). Faktorov, ktoré majú vplyv na vznik obezity a jej fixácii je niekoľko: genetický vplyv, vysokoenergetická strava, nepravidelné stravovanie, nízka telesná aktivita, sedavý spôsob života, psychické príčiny, stres, cukrovka a iné metabolické ochorenia, hormonálne vplyvy, účinky niektorých liekov, sociálno-ekonomické a kultúrne vplyvy, ale aj vplyv prostredia a iné. Dokázané sú tiež dedičné súvislosti vzniku obezity. U rodičov trpiacich obezitou je viac ako 75% pravdepodobnosť, že budú mať obézne deti.

Existujú aj určité obdobia, ktoré sú pre rozvoj obezity veľmi významné. U žien to je hlavne obdobie klimaktéria, u dievčat obdobie dospievania a s ním súvisiace stresové faktory, taktiež obdobie starnutia, kedy sa znižuje pohybová aktivita, ďalej založenie rodiny, odchod do dôchodku, ukončenie športovej činnosti či obdobie, keď človek prestane fajčiť. Fyziologicky je podiel tuku vyšší u žien (do 28-30 %) než u mužov (do 23-25 %) a s pribúdajúcim vekom stúpa. U žien fyziologicky stúpa tiež v priebehu tehotenstva (Kunešová, 1999).

Riziko obezity je veľmi podceňované jednak zo strany laikov, no tiež i zo strany zdravotníkov. Nadváha a obezita skracujú život, prinášajú mnoho zdravotných komplikácií a negatívne ovplyvňujú kvalitu života človeka.

Dôležitú úlohu tu zohráva stupeň obezity, teda množstvo uloženého telesného tuku a samozrejme

aj spôsob jeho rozloženia (Svačina, 2008).

Obéznym pacientom často nenavštívi lekára pre nadváhu ako takú, ale skôr pre metabolické, prípadne iné komplikácie, ktoré mu obezita spôsobila.

### Obezita a jej liečba a prevencia

Ako najúčinnjší a najreálnejší spôsob zníženia telesnej hmotnosti sa doteraz preukázal tzv. komplexný prístup, známy aj ako komplexný manažment obezity. Takáto liečba je komplexná, má jednoduché, pochopiteľné, ale dlhodobo realizovateľné zásady. Vyžaduje spoluprácu ako pacienta, tak aj jeho blízkeho okolia. Pozostáva zo štyroch pilierov: výživa, fyzická aktivita, zmena životného štýlu a príslušná farmakoterapia. Závisí od stupňa závažnosti obezity a od prítomnosti komplikácií (Mínárik, Ogurčák, 2008).

#### Cieľom liečby je:

- znížiť telesnú hmotnosť,
- dosiahnuť zníženie zdravotných rizík, prípadne liečba komplikácií,
- zlepšiť kvalitu života,
- udržať zredukovanú telesnú hmotnosť a prevencia vzostupu hmotnosti.

Obezita je typickým ochorením, pri ktorom je prevencia mnohokrát účinnejšia než liečba.

Základom prevencie a liečby obezity je pochopenie jej príčin (Fořt, 2004).

Správna prevencia obezity spočíva v pravidelnej fyzickej aktivite, vhodných stravovacích návykoch, ale aj v psychickej pohode (Mullerová, 2003). Cieľom primárnej prevencie je zabrániť vzniku nových prípadov obezity a znížiť incidenciu tohto ochorenia. Sekundárna prevencia má za úlohu znížiť počet už existujúcich prípadov a terciálna prevencia má stabilizovať alebo znížiť počet komplikácií spojených s obezitou.

Ako vnímajú obezitu pacienti, ktorí ňou trpia, ako ich obmedzuje v súkromí, v práci, aké sú ich

**Tab. 2 Klasifikácia abdominálnej nadváhy a obezity podľa obvodu pásu (Kunešová, 2004)**

obvod pásu	zvýšené riziko	vysoké riziko
ženy	> 80 cm	> 88 cm
muži	> 94 cm	> 102 cm

vedomosti o jej komplikáciách, čo ich priviedlo k rozhodnutiu začať sa na toto ochorenie liečiť, či dodržiavajú zásady správnej životosprávy a mnohé ďalšie otázky boli východiskom pri vymedzení výskumného problému.

#### Ciele výskumu:

- zistiť, ako pacienti hodnotia svoju nadváhu a obezitu,
- identifikovať najčastejšie sa vyskytujúce zdravotné komplikácie súvisiace s obezitou,
- overiť, do akej miery sú pacienti informovaní o možných komplikáciách vyplývajúcich z daného ochorenia,
- zistiť stravovacie návyky u pacientov trpiacich obezitou,
- navrhnúť postupy edukácie a motivácie pacientov v liečbe obezity.

#### Metódy výskumu

Vo výskume sme použili empirickú metódu zberu informácií – dotazník a teoretické metódy analýzy a syntézy. Dotazníkovú metódu sme zvolili na základe jej výhod, ktorou je pomerne rýchle získavanie informácií a zachovanie anonymity, čím sa dosiahne vyšší stupeň objektivity získaných informácií. V priebehu výskumu sme rozdali 210 dotazníkov pacientom obezitologickej poradne, ktorá má celoslovenskú pôsobnosť. Rešpektovali sme dobrovoľné rozhodnutie respondentov pre jeho vyplnenie. Z celkového počtu rozdanych dotazníkov sa nám vrátilo 193 vhodných pre vyhodnotenie, čo predstavuje návratnosť 96,5 %.

Získané informácie sme postupne zhromažďovali, triedili, vyhodnotili a zanalyzovali. Výsledky a záverečné hodnotenie sme zdokumentovali vo forme tabuliek a grafov.

V druhej polovici minulého storočia bola venovaná veľká pozornosť zdravotným komplikáciám obezity. Výskumy potvrdili význam distribúcie telesného tuku pri výskyte najmä metabolických a kardiovaskulárnych ochorení (Kunešová, Svačina, 2004, Hainer, 2011). Odhaduje sa, že až u 75 % pacientov môže za hypertenziu významnou mierou nadváha a obezita. Redukcia telesnej hmotnosti výrazne zlepšuje priebeh tohto ochorenia. Až 80 % pacientov s cukrovkou II. typu má nadváhu. Výskyt cukrov-

ky sa vplyvom nárastu obezity posúva čím ďalej do mladších vekových kategórií.

Pri obezite dochádza k nadmernému zaťažovaniu kĺbov, zvyšuje sa počet úrazov, vznikajú predovšetkým degeneratívne ochorenia na podklade mechanickej záťaže. Bolesť a obmedzená pohyblivosť negatívne ovplyvňuje kvalitu života obézneho človeka.

Obezita so sebou prináša aj sklon k zvýšeným hodnotám tukov v krvi, a tak patrí k rizikovým faktorom vzniku arteriosklerózy. Mnoho ľudí považuje obezitu skôr za svoj estetický problém a neberie do úvahy možné zdravotné riziká, ktoré s ňou súvisia.

Správne stravovacie návyky sú pre mnohých ľudí niečím neznámym. Často vynechávajú raňajky a olovant, najväčší energetický príjem dominuje v podvečerných a večerných hodinách. Pomaly a zdoravo jest už nie je trendom tejto doby. Dodržiavanie pitného režimu je súčasťou zásad správnej výži-

vy, no aj napriek tomu je to pre množstvo ľudí neznámy pojem z rôznych príčin (nedostatok času, žiadny pocit smádu).

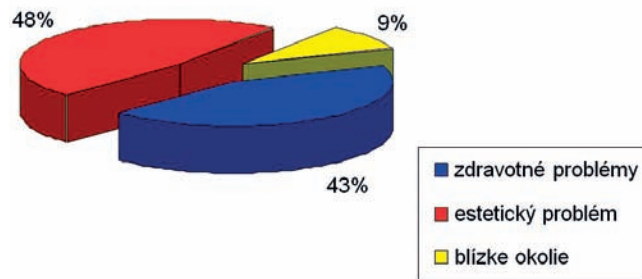
Dnes sa ľudia nevedia plne odovzdať aktívnemu odpočinku, znižuje sa pozitívny vzťah k aktívnemu pohybu. Väčšina ľudí uprednostňuje leženie pred televízorom, pri počítači.

#### Záver

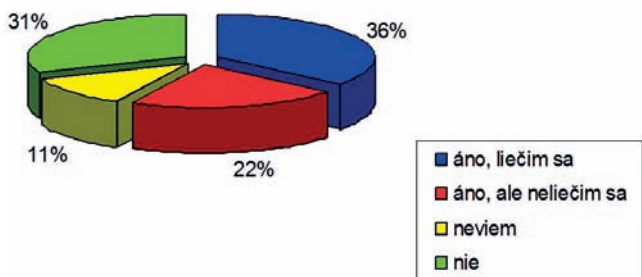
Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je obezita definovaná ako závažné chronické ochorenie,

**Tab. 3 Rozdelenie respondentov podľa BMI**

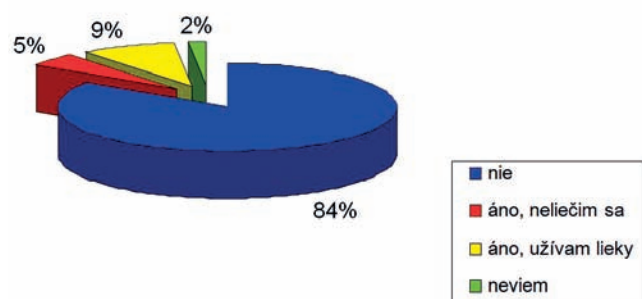
BMI	Počet respondentov	%
< 25	20	10
25-30	78	41
30-35	65	34
35-40	22	11
> 40	8	4
Spolu	93	100



**Graf 1 Čo vás viedlo k rozhodnutiu zredukovať svoju telesnú hmotnosť?**



**Graf 2 Máte vysoký tlak krvi?**



**Graf 3 Bola u vás diagnostikovaná cukrovka?**

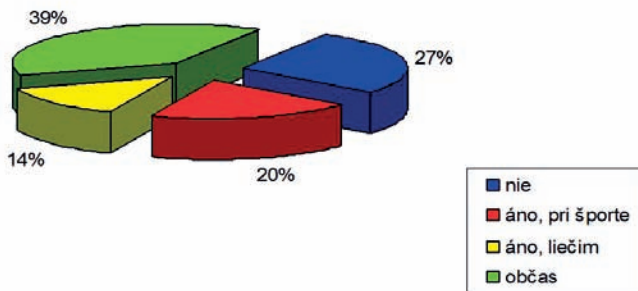
**Tab. 1 Klasifikácia nadváhy a obezity podľa BMI (Kunešová, 2004)**

klasifikácia	BMI	riziko komplikácií obezity
podvýživa	< 18,5	priemerné
normálna hmotnosť	18,5-24,9	nízke riziko iných chorôb
nadváha	25,0-29,9	mierne zvýšené
obezita I. stupňa	30,0-34,9	stredne zvýšené
obezita II. stupňa	35,0-39,9	veľmi zvýšené
obezita III. stupňa	> 40	vysoké



Tab. 4 Označte, ktoré z nasledujúcich ochorení môže byť vyvolané obezitou

Možnosti	Počet respondentov	%
kožné ochorenia	0	0
srdcovocievne ochorenia	59	30
gynekologické problémy	11	6
ochorenie chrbtice a kĺbov	67	34
cukrovka II. typu	16	8
respiračné ochorenia	13	7
onkologické ochorenia	5	3
psychické poruchy	15	8
všetky odpovede sú správne	7	4
Spolu	193	100



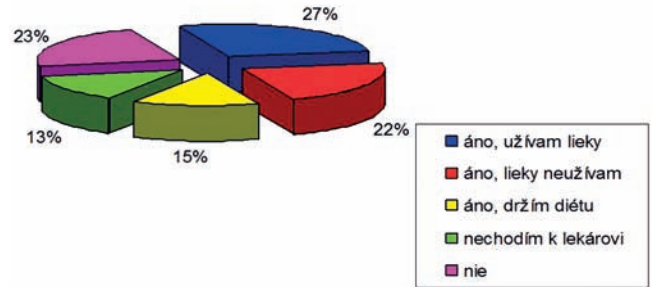
Graf 4 Trápia vás bolesti pohybového aparátu (chrbát, kĺby)?

Inzerce M151000265

ktoré spôsobuje nadbytok tukového tkaniva v organizme. Sprevdzala ľudstvo od dávnej minulosti, dnes sa stala najväčším klinickým problémom súčasného sveta. Svojím rozsahom a dopadmi sa stala najväznejšou pandémiou tohto storočia. Nadváha a obezita sa spája s mnohými rizikovými faktormi kardiovaskulárnych, pohybových a ďalších ochorení. Významnou mierou zvyšuje nie len riziko morbidity, ale aj mortality. Jej liečba má byť komplexná a patrí do rúk odborníkov. Cieľom manažmentu obezity nie je len znižovanie telesnej hmotnosti, ale aj liečba komplikácií. Vzdelanosť dospeléj populácie v tejto oblasti však nie je dostatočná. Mnohí považujú obezitu len za kozmetický problém, nie za ochorenie. Prevencia obezity by mala byť neodmysliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti vo všetkých krajinách.

Literatúra u autorky

PhDr. Bc. Lubica Trnková,  
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, Bratislava,  
lubicatrnkova@azet.sk



Graf 5 Zistili vám zvýšené hodnoty cholesterolu a triglyceridov?

Tab. 5 Napište činnosti, pri ktorých vás obezita najviac obmedzuje.

Možnosti	Počet respondentov	%
nákup oblečenia	23	12
obúvanie topánok	18	9
hľadanie životného partnera	19	10
výber zamestnania	10	5
šport	37	19
práca na záhrade	9	5
beh	17	9
chôdza po schodoch	33	17
sexuálny život	27	14
Spolu	193	100



## Online video vzdelávani

- zo odborných tém
- Akreditované kurzy
- Certifikát ihneď ke stažení
- Jediný poplatok 480 Kč/2015

Kód pro 1 přednášku zdarma: MF15

Studujte z pohodlí domova

www.edusestra.cz



# Vybrané aspekty kvality života chorých s chronickou ranou

Pod chronickou ranou rozumieme sekundárne sa hojacu ranu, ktorá aj napriek adekvátnej terapii nevykazuje po dobu 6 až 9 týždňov tendenciu správne sa hojiť. V kontexte komplexného ponímania problematiky chronických rán je nevyhnutné zamerať pozornosť na vybrané aspekty kvality života pacientov.

## Život s chronickou ranou

Príčinou vzniku chronickej rany môže byť infekcia, vplyv pridružených ochorení, mikrotraumatizácia kožného povrchu alebo prehĺbenie kožnej nekrózy. Medzi najčastejšie druhy chronických rán zaraďujeme žilové vredy predkolenia, arteriálne kožné vredy, dekubity a neuropatické kožné vredy ako dôsledok ochorenia diabetus melitus. V posledných rokoch sa vedomosti o hojení rán výrazne zlepšili (Fricová, 2009). Moderná medicína a ošetrovateľstvo apeluje na nutnosť celkovej liečby a starostlivosti o pacienta a na individuálny prístup k liečbe chronickej rany. Chronická rana negatívne ovplyvňuje kvalitu života chorého, problémom je bolesť, sekrécia, nepríjemný zápach, nutnosť odborného ošetrovania, alebo aj zlý vzhľad miesta, kde sa rana nachádza. Otvorený vstup do rany ohrozuje chorého vznikom infekčných komplikácií. Všetky tieto atribúty vedú k eliminácii až strate sociálneho kontaktu chorého, čo významným spôsobom modifikuje jeho sebakoncepciu a sebaúctu. Chorého je potrebné vnímať ako holistickú bytosť a komplexne zhodnotiť všetky faktory ovplyvňujúce proces hojenia rán.



Ilustrácia foto: Shutterstock

Každá spoločnosť si v rámci svojej kultúry stanovuje určitý ideál, ktorý zodpovedá jej potrebám a ideovým základom. Z neho sú potom odvodené normy toho, čo je dobré a „normálne“, a naopak i toho, čo je neprijateľné či nevhodné. Odlišnosť jedinca od prototypu „normality“ vnímajú ostatní ako určitý druh ohrozenia a majú tendenciu sa od tejto osoby dištancovať. Ideál vytvorený spoločnosťou zahrnuje i estetické kritériá, tie však osoby napríklad so psoriázou nespĺňajú, čím sa znižujú šance ich prijatia a plnej akceptácie zo strany okolia. Zároveň klesá ich sociálny status a nadviazanie uspokojivého kontaktu sa stáva problematickým. V neposlednom rade treba spomenúť aj skutočnosť, že okolie pociťuje voči postihnutým odpor a obáva sa možnej nákazy, čím sa pacientov handicap postupne zväčšuje a odráža v jeho zmenenom prežívaní a správaní. Vzhľad kože postihnutej chronickej ranou máva niekedy negatívny vplyv aj na sexuálny život. Niektorí jedinca majú s ochorením ale i pozitívne skúsenosti. Tu môžeme uviesť napríklad ochranu jednotlivca, empatiu, súcit, zníženie nárokov na jedinca v oblasti zamestnania i v osobnom živote. Jedná sa o reakcie ľudí, ktorí sú tiež stigmatizovaní. Majú teda osobnú skúsenosť a vedia, čo so sebou stigmatizácia prináša. Títo ľudia môžu postihnutým jedincom pomôcť. Chorý sa im môže poťažovať, nájsť u nich útechu, morálnu podporu a podobne. Chorého zväčša podporuje i rodina, ale môže ho rovnako tak aj izolovať, čo potom vedie k zníženiu kvality života nielen jednotlivca, ale aj celej rodiny. Deje sa to vtedy, ak sa rodina snaží v určitých situáciách jedinca zastupovať a nevedomky tak spôsobí sociálnu izoláciu nielen chorého člena rodiny, ale i rodiny ako celku. Tu pozitívne pôsobí rodinná terapia, keď sa problém preniesie na celú

rodinu a nielen na postihnutého jedinca.

## Dôležitú úlohu hrá rodina

Členovia rodiny by sa mali naučiť citlivo reagovať jeden na druhého. Niektoré druhy psychických problémov možno síce ľahko skrývať, ale i tak hrajú nezanedbateľnú úlohu vo vzťahoch či so známymi, či s cudzími ľuďmi. Vplyv stigmatizácie je potom zrejmy najmä vo vzťahu k intímne blízkym. Partner či partnerka sú veľmi dôležití pri zvládaní vzniknutej sociálnej situácie. Partner postihnutého jedinca má tzv. prepožičané stigma, môže pôsobiť aj ako ochranca stigmatizovaného. V takomto partnerstve často dochádza k zmene rolí. Ak bol chorý partner v premorbídnom období dominantný, dostáva sa potom zväčša do úlohy submisívneho. Dominanciu tak musí prevziať ten druhý. Mnoho partnerstiev sa vďaka ochoreniu môže zmeniť k lepšiemu. Manželia sú si bližší, sú súdržnejší. Veľmi často však choroba pôsobí naopak ako fenomén devalvujúci partnerské vzťahy.

So vznikom akejkolvek rany je spájaná bolesť, jej intenzitu hodnotíme najlepšie pomocou vizuálnej analógovej škály (VAS). Intenzitu bolesti zaznamenávame a vyhodnocujeme účinnosť analgetík, priloženého krytia, nájdenie vhodnej úľavovej polohy či ďalších faktorov. Chorí s nehojacou sa ranou trpia chronickou bolesťou, ktorá môže byť sprevádzaná atakmi akútnej bolesti, objavujúcej sa pri prevažoch rany (Pospíšilová, 2005). V procese hojenia má bolesť obzvlášť škodlivý efekt. Jej následkom dochádza k zvýšeniu krvného tlaku a hladiny stresových hormónov, vrátane kortizolu, a tým k negatívnejmu ovplyvneniu procesu hojenia rany. Priebeh chronickej bolesti je cyklický, často sa zhoršuje, namiesto toho, aby sa zlepšovala a koniec nemožno predvídať. Autonómny



Ilustrácia foto: Shutterstock

nervový systém sa adaptuje a objektívne príznaky chýbajú. Ak bolesť zostáva nekontrolovaná, stáva sa zmyslom pacientovho života (Hakl, 2009). Bez ohľadu na to, či je príčina známa alebo ide o bolesť bez organickej podstaty, chronická bolesť prestáva byť symptómom ochorenia a stáva sa samostatnou chorobou, t. j. chorobou chronickej bolesti. Je jednoznačne škodlivá – maldýnia. Ak trvá neúmerne dlho a jej intenzita má stúpajúci trend, pacienti upadajú do stavu bezmocnosti, beznádeje, až zúfalstva. Vyvoláva to závažné psychické reakcie, ako sú: depresia, úzkosť, strach, hypochondrické sebaopozorovanie, hnev, sebaobviňovanie či pocit viny vychádzajúci zo strany okolia. U mnohých dochádza k zhoršeniu zdravotného stavu pre poruchy spánku, k nechutenstvu a nadmernému užívaniu liekov (Gulášová, 2006). Chronická bolesť strednej až vysokej intenzity limituje rozsah denných aktivít a má tak i sociálny dopad, má nejasnú prognózu a znamená veľkú záťaž pre pacienta i jeho rodinu.

Chronická bolesť má negatívny dopad na každodenný život je-

dinca. Zasahuje do oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej. Znižuje schopnosť vykonávať denné aktivity, pohyb je obmedzený, odkázanosť na pomoc druhých sa stupňuje, zmenené je správanie a myslenie chorého, ovplyvnené sú aj medziľudské vzťahy, čo vedie k sociálnej izolácii (Bratská, 2004). Následne môže dôjsť k strate zamestnania, a tým aj k ekonomickej závislosti. Prežívanie chronickej bolesti negatívne pôsobí nielen na postihnutého jedinca, ale aj na život celej rodiny, preto je nevyhnutné zaoberať sa kvalitou života chorého v širšom kontexte.

## Záver

Chronická rana predstavuje závažný fyzický problém s významným dopadom na kvalitu života chorého. Dôslednou diagnostikou, terapiou a správne zvoleným manažmentom ošetrovateľských postupov možno dosiahnuť zlepšenie celkového stavu chorého.

Literatúra u autoriek

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.,  
PhDr. Anna Hudáková, Ph.D.,  
iveta.ondriova@unipo.sk



# Specializovaná výživa pro podporu hojení ran / pro pacienty s dekubity



**Bílkoviny<sup>1</sup>**  
K doplnění ztrát  
z exsudace rány

- Redukují katabolický proces a ztrátu bílkovin
- Důležité pro syntézu kolagenu

**Arginin<sup>2</sup>**  
Stimuluje cirkulaci  
a regeneraci tkáně<sup>5</sup>

- Stimuluje vazodilataci
- Zvyšuje kolagenovou syntézu a pružnost nové tkáně

**Mikronutrienty**  
Stimulují regeneraci tkáně

- **Zinek** – zlepšuje regeneraci tkáně<sup>3,4</sup>
- **Vitamin C** – zvyšuje tvorbu kolagenu<sup>6</sup>
- **Vitamin E** – chrání buňky před oxidačním stresem<sup>7</sup>



**K dostání v příchutích:**  
čokoláda, vanilka, jahoda

Dle EPUAP<sup>4</sup>: „...energetická a proteinová suplementace, spolu s využitím argininu, vitaminů a stopových prvků s antioxidačními účinky mají pozitivní vliv na hojení ran.“

**Reference:** **1.** Harris, C. L. & Fraser, C. 2004, "Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing", *Ostomy Wound Manage* 50(10): 54–63. **2.** Witte, M. B. & Barbul, A. 2003 "Arginine physiology and its implication for wound healing", *Wound Repair Regen* 11(6): 419–423. **3.** Thompson, C. & Fuhrman, M. P. 2005, "Nutrients and wound healing: still searching for the magic bullet", *Nutr Clin Pract* 20(3): 331–347. **4.** Lansdown AB et al. 2007 "Zinc in wound healing: theoretical, experimental and clinical aspects". *Wound Repair Regen* 15(1): 2–16. Meyer et al. Nutrient support of the healing wound. *New Horizons*. 1994; 2: 202–14. **5.** Schols, J. M. G. A., van Anholt, R., Topinková, E., Sobotka, L. The CUBE trial. Manuscript submitted for publication. **6.** Klener, P., Brněnské sympozium o intravenózním podávání vysokodávkovaného vitamínu C onkologickým pacientům, *Onkologie* 2014; 8(3): 139–142. **7.** MURRAY, R. K., et al. *Harperova biochemie*, Praha, 2002, 872 s.

Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely.  
Materiál je určen pro odbornou veřejnost.

# Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí

Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí je vždy vnímána zcela individuálně a odvíjí se od řady subjektivních i objektivních faktorů. Senioři léčení s touto diagnózou potřebují nejen empatický a intimní přístup ošetřujícího personálu, ale také aktuální a dostupné informace týkající se dané problematiky.

**P**ředkládáme výsledky našeho výzkumného šetření, jehož cílem bylo zmapování kvality života seniorů s močovou inkontinencí.

## Úvod

Kvalita života seniorů bývá kvůli výskytu specifických nemocí pro toto období mnohdy negativně ovlivňována. Jednou z chorob, která často doprovází život seniorů a působí na něj, je močová inkontinence. Definicí močové inkontinence stanovila Mezinárodní společnost pro inkontinenci (The International Continence Society) následovně: „Jedná se o jakýkoli nechťený, vůli neovladatelný a objektivně prokazatelný únik moči, který představuje sociální a hygienický problém.“

Incidence a prevalence onemocnění úzce souvisí s demografickým vývojem populace a narůstá úměrně tomu, jak se navyšuje počet seniorů. Ve věku 65 let se močová inkontinence vyskytuje až ve 35 % případů. Pro Českou republiku tento odhad činí přibližně 170 000 až 200 000 inkontinentních osob. Močová inkontinence ovšem není problematikou pouze jedinců ve vyšší věkové kategorii. Přítomnost močové inkontinence se dokládá také u jedinců středního věku, kde jsou však nemocí dvakrát až čtyřikrát častěji postiženy ženy než muži. U seniorů se tento rozdíl postupně stírá a výskyt močové inkontinence stoupá u obou pohlaví shodně. Ve skupině lidí ve věku nad 80 let se inkontinence moči předpokládá u 46 % žen a 34 % mužů.

V četných diskusích a odborných seminářích je močové inkontinenci věnován značný prostor. Je však nutno položit si otázku, zda je i laická veřejnost (a to především senioři) dostatečně seznávaná s tématem močové inkontinence a jejími dopady na kvalitu života. Odpověď na tuto otázku nalezneme v níže popsaném výzkumném šetření, do

něhož bylo zařazeno celkem 243 kompletně vyplněných dotazníků od seniorů s problémy spojenými s únikem moči.

## Cíle výzkumného šetření

Pro dosažení hlavního cíle byly stanoveny dva cíle dílčí. Prvním dílčím cílem bylo zmapovat vybrané aspekty kvality života u seniorů s močovou inkontinencí. K tomuto cíli byly stanoveny celkem tři hypotézy, na jejichž podkladě byl dílčí cíl následně naplněn. Druhým dílčím cílem bylo zjištění deklarované míry informovanosti o močové inkontinenci seniorů. Zde byly stanoveny čtyři hypotézy, díky nimž se podařilo splnit i tento dílčí cíl. Jednotlivým hypotézám je věnován dostatečný prostor ve výsledcích výzkumného šetření.

## Soubor respondentů

Při výzkumném šetření bylo nutno zaměřit se na přesnou identifikaci výběrového souboru respondentů. K tomu, aby byli respondenti zařazeni do výzkumného šetření, museli být občany ČR žijícími na území okresu Kroměříž, ve věku  $\geq 65$  let, s diagnózou močové inkontinence, s ochotou spolupracovat a podílet se na výzkumném šetření a se zachovalou úrovní kognice.

## Metoda (metodika)

K výzkumnému šetření byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu (formou dotazníku) za účelem získání vyššího počtu dat. Dotazník s názvem „Kvalita života seniorů s inkontinencí moči“ byl rozdělen do tří základních částí.

První oddíl obsahoval průvodní dopis, v němž byli respondenti seznámeni s tématem a účelem výzkumného šetření. V druhé části dotazníku se nacházely otázky vlastní konstrukce (17 položek) zjišťující demografické údaje a informace týkající se vlastního onemocnění močovou

inkontinencí. Třetí oddíl byl zaměřen na kvalitu života seniorů s močovou inkontinencí. Zde byl konkrétně použit standardizovaný dotazník s označením KHQ (king's health questionnaire).

## Realizace výzkumného šetření

V úvodu výzkumného šetření proběhla pilotáž sloužící k ověření srozumitelnosti otázek v dotazníku. Vlastní sběr dat probíhal v době od 1. listopadu 2013 do 31. ledna 2014 ve městech Kroměříž a Holešov. Z celkového počtu 263 (100 %) rozdaných dotazníků se vrátilo 251 (tzn. 95,44% návratnost), z nichž bylo následně vyřazeno 8 (3,19 %). Konečný soubor tedy tvořilo celkem 243 vyplněných dotazníků od seniorů s problémy spojenými s únikem moči (n = 243), což činí 96,81 % platných dotazníků.

Ke zpracování získaných dat byly využity programy Microsoft Excel 2007 a Microsoft Word 2007. Ze souboru statistických programů se jednalo o NCSS 9, NCSS, LLC.

## Výsledky výzkumného šetření

V prvním dílčím cíli jsme se přímo zaměřili na kvalitu života seniorů s močovou inkontinencí. Jednalo se o získání dat, která by deklarovala působení a vliv močové inkontinence na život seniorů. První testovaný vztah byl tedy situován na vybrané demografické ukazatele, a to pohlaví, věk, vzdělání a bydlení (dále uváděno pod názvem Vybrané demografické ukazatele) a subjektivní hodnocení kvality života. Bylo zjištěno, že ve věkové kategorii seniorů 81 a více let hodnotilo 7 respondentů (12,73 %) kvalitu života jako „velmi špatnou“, 17 osob (30,91 %) jako „špatnou“, 16 seniorů (29,09 %) vnímá kvalitu života jako „ani špatnou, ani dobrou“ a jako „dobrou“ ji zhodnotilo v uvedené kategorii pouze 15 respondentů (27,27 %). Možnost zhodnotit

kvalitu života jako „velmi dobrou“ nevyužil ani jeden ze seniorů ve věku 81 a více let. Statisticky významný vztah byl prokázán pouze u dvojice **subjektivně vnímaná kvalita života vs. věk respondentů**.

Dále jsme statisticky testovali vztah mezi klasifikací močové inkontinence a charakteristikou celkového zdravotního stavu seniorů. Nyní si objasníme zjištěné výsledky. Celkový zdravotní stav hodnotili senioři v 95 odpovědích (39,1 %) jako „přijatelný“. Celkem 76 osob (31,3 %) jej hodnotilo jako „dobrý“, 57 (23,5 %) jako „špatný“, 11 respondentů (4,5 %) jako „velmi špatný“ a pouze 4 osoby (1,6 %) jej označily jako „velmi dobrý“. Lze říci, že výsledky statistické analýzy byly jednoznačné. **Typ i stupeň močové inkontinence významně ovlivňují hodnocení celkového zdravotního stavu seniorů**. Ve třetí testované hypotéze byla hledána spojitost mezi klasifikací močové inkontinence a názorem na vliv obtíží působících na život seniora. Celkem 92 respondentů (37,86 %) uvedlo, že močová inkontinence jim „trochu“ ovlivňuje život. 86 seniorů (35,39 %) označilo ovlivnění života močovou inkontinencí hodnotou „středně“. 58 dotázaných (23,87 %) zodpovědělo, že jim močová inkontinence zasahuje do života „hodně“, a pouze 7 osob (2,88 %) vybralo možnost, že močová inkontinence jejich život „vůbec“ neovlivňuje. Ze statistického zpracování vyplynul statisticky významný vztah pouze u testované položky **stupeň močové inkontinence vs. její vliv na život seniorů**. Další řešenou problematikou, jež byla obsažena v druhém dílčím cíli, byla informovanost seniorů o močové inkontinenci. Lze předpokládat, že dostatečně znalost močové inkontinence ovlivňuje nejen samotný postoj seniora vůči nemoci, ale zaujímá významné stanovisko v hodnocení dopadů močové in-

kontinence na kvalitu života nemocných jedinců.

Statisticky významný vztah jsme tedy hledali mezi vybranými demografickými ukazateli a deklarovaným zájmem o problematiku močové inkontinence. Respondenti byli dotázáni, zda by uvítali další informace spojené s problematikou močové inkontinence. Celkem 153 dotázaných (62,96 %) uvedlo, že by další informace o této problematice získat chtěli. Z testovaných vztahů mezi vybranými demografickými ukazateli a položkou **zájem o informace spojené s močovou inkontinencí** ovšem nebyly nalezeny statisticky významné hodnoty.

Jako další námi stanovený předpoklad statisticky významného vztahu byla situace, v níž **délka trvání nemoci** mohla ovlivňovat **deklarovaný zájem o problematiku močové inkontinence**. U těchto položek taktéž nebyly nalezeny statisticky významné hodnoty.

Podobného výsledku bylo dosaženo rovněž při testování položek vybraných demografických ukazatelů vs. **deklarovaný pocit o kvantitě poskytnutých informací souvisejících s močovou inkontinencí**. Senioři byli dotázáni, zda mají pocit, že jim bylo poskytnuto dostatečné množství informací. Ani zde ovšem nebyly nalezeny statisticky významné hodnoty.

V poslední, a to sedmé, hypotéze jsme ověřovali statisticky významný vztah mezi vybranými demografickými ukazateli a zdrojem informací o močové inkontinenci. Z testovaných vztahů vyplynulo, že **vzdělání a bydlení** (sociální zařízení nebo domácí prostředí) má **vliv na zdroj získaných informací o močové inkontinenci**. U ostatních vztahů mezi vybranými demografickými položkami (pohlaví, věk) a položkou zdroje informací se nepotvrdil statisticky významný vztah.

## Diskuse

Medicína posledních let již nepředstavuje pouze čistý profesionální a formální přístup zdravotnického týmu k pacientovi, ale důraz je kladen především na kvalitu života nemocných. Je zde zřejmý postupný návrat k empatii a pokusu nalézt shodu mezi profesionalitou a lidskostí. Právě z toho důvodu je v mnoha studiích natolik zdůrazňována problematika kvality života jedinců s nemocí.

Výsledky výzkumu potvrdily, že močová inkontinence vý-



znamně ovlivňuje kvalitu života seniorů, a to zejména ve vyšším věku. Nejhůře hodnotili svou kvalitu života seniori ve věku 81 a více let. Vliv močové inkontinence na celkový zdravotní stav seniorů byl prokázán především v souvislosti s její klasifikací. Seniori s třetím stupněm a urgentním typem močové inkontinence označili nejčastěji svůj zdravotní stav za velmi špatný.

Neméně zajímavých výsledků bylo dosaženo také při testování vztahů mezi klasifikací močové inkontinence a jejím vlivem na život respondentů. Díky zjištěným údajům sledujeme, že konkrétní stupeň močové inkontinence ovlivňuje život seniorů, ačkoli jsme původně předpokládali, že život seniorů ovlivňuje nejen stupeň močové inkontinence, ale také typ inkontinence, s nímž se léčí.

Zkoumaná problematika byla také orientována na informovanost seniorů o močové inkontinenci. Z výsledků jsme zjistili, že při testování vztahů mezi vybranými demografickými údaji a zájmem o další informace

spojené s problematikou nebyla nalezena žádná statisticky významná skutečnost. Z toho lze vyvodit závěr, že problematika močové inkontinence může být prezentována lidem různého věku, pohlaví, vzdělání i bydlení.

Z dalších výzkumných šetření jsme zjistili, že informovanost seniorů o močové inkontinenci nezávisí na jejich pohlaví, věku, vzdělání ani bydlení. Tento vztah jsme proto následně otestovali i v našem výzkumu. Seniori byli dotázáni, zda mají pocit, že jim bylo poskytnuto dostatečné množství informací. Mezi vztahem se ovšem nepotvrdila statisticky významná skutečnost, tudíž jsme přijali výše uvedené tvrzení.

Výsledky šetření dále odhalily skutečnost, že seniori získávají informace z různorodých zdrojů v závislosti na vybraných demografických ukazatelích a že ačkoli je míra informovanosti seniorů o močové inkontinenci poměrně dostačující, přesto seniori stále vykazují zájem o nové informace spojené s touto tematikou.

## Závěr

Množství získaných údajů přispělo k dalšímu hodnocení kvality života seniorů pomocí standardizovaného dotazníku KHQ. Podrobná analýza dat nás ujistila v tom, že močová inkontinence je stále velmi aktuálním symptomem, který negativně ovlivňuje každodenní život seniorů. Výzkumné šetření pomohlo stanovit následující doporučení pro praxi, jejichž dodržováním docílíme zlepšení kvality života seniorů s močovou inkontinencí.

První z jednotlivých doporučení pro praxi je soustředěno na lékaře v ambulantním úseku. Bylo by vhodné, aby lékaři nadále a o to intenzivněji informovali seniory o močové inkontinenci, prováděli pravidelné vyhodnocování kvality života seniorů s močovou inkontinencí a k tomu nastolili jednotlivé intervence (řešení sociálních, fyzických a psychických dopadů močové inkontinence na život seniorů).

Další doporučení se týká seniorů, u nichž se močová inkontinence již projevila. Nemocní

seniori by měli do budoucna chápat močovou inkontinenci jako symptom, který lze léčit, a nikoli příznak stáří. V případě onemocnění by měli ihned vyhledat lékaře a stav s ním pravidelně konzultovat. Při výskytu močové inkontinence je nezbytné, aby seniori zvýšili osobní hygienu a používali pro ně individuálně lékařem předepsané a doporučené inkontinenční pomůcky. Poslední doporučení se týká všeobecných sester. Nepochybně je nezbytné, aby se i všeobecné sestry (pracující především na urologických a gerontologických odděleních a klinikách) aktivně zajímaly o problematiku a poskytovaly seniorům ucelené a jednotné informace o močové inkontinenci. Zajímavou myšlenkou je také varianta zařadit do praxe sestru specialстку, která by pečovala výhradně o pacienty s urologickými problémy. Tato by měla navýšené kompetence, aby mohla předepisovat inkontinenční pomůcky, pečovat o urostomie, cévkovat muže i ženy, řešit veškeré potíže spojené s únikem moči a adekvátně pacienty edukovat. Výsledkem

by bylo poskytování jednotných a ucelených informací pacientům, individuální přístup k nemocným a v neposlední řadě také ulehčení práce již tak vytíženým lékařům (adekvátní preskripce pomůcek, řešení následků močové inkontinence apod.). Dalo by se to dle našeho názoru připodobnit k práci stomických sester, které v současné době již v praxi své uplatnění nalezly. Vnímání močové inkontinence jako součásti stáří člověka je trendem starší populace. Narušení intimity, nedůvěra k ošetřovateli a strach z terapie vyvolávají negativní pocity a přispívají k zatajování problémů a tím i k oddálení diagnostiky inkontinence. Z toho důvodu by se každý z nás měl pokoušet častěji oslovovat seniory v souvislosti s tímto tématem, snažit se jim pomoci, poskytnout rady a získávat jejich přízeň.

Literatura u autorky

Mgr. Pavla Drábková,  
všeobecná sestra urologického oddělení  
nemocnice Kroměříž,  
drabkova.pavla@email.cz

Inzerce M151000336

kolekce  
♥ heartsoul ♥



cherokee  
Z D R A V O T N I C K É O D Ě V Y

Najděte si svůj vlastní styl.  
Inspirujte se nejnovějšími kolekcemi  
profesních oděvů.

[www.lavenda.cz](http://www.lavenda.cz)  
[www.eldan.cz](http://www.eldan.cz)



Firemní vzorkovna  
Ve Skále 63  
Čelákovice, 250 88  
tel.: 326 991 927  
email: info@lavenda.cz

# Ergoterapie v následné péči

Článek se zabývá popisem role ergoterapeuta v oblasti následné zdravotní péče. Poukazuje na příklady, u kterých je ergoterapie aplikována, a poskytuje přehled specifických oblastí ergoterapie používaných ke zlepšení zdravotního stavu pacienta.

Již samotný pojem následná péče jasně informuje o tom, u jakých pacientů se tato péče aplikuje. Jedná se o oblast lůžkové péče, jež je poskytována u pacientů, kteří nejsou akutně ohroženi na životě, tedy se jedná o pacienty se stabilizovaným zdravotním stavem, u nichž není předpoklad zhoršení jejich zdravotního stavu.

## Uplatnění ergoterapie

Ergoterapie je léčebná metoda, při které se pracovník – ergoterapeut – dostává do kontaktu s osobami trpícími nejrůznějším znevýhodněním. V následné péči se jedná o pacienty vyžadující zejména terapeutickou pomoc ve fázi doléčení. Ergoterapie se uplatňuje při úrazech, frakturách, u degenerativních chorob, Parkinsonově nemoci nebo u cévních mozkových onemocnění. Dále u poruch řeči a symbolických funkcí, kde ergoterapeut spolupracuje s klinickým logopedem. S těmito chorobami často souvisejí stavy s poruchou mobility a snížení celkové soběstačnosti. Do charakteristických prvků poskytované následné péče obecně spadá léčebná, léčebně rehabilitační a ošetrovatelská péče. Tyto jednotlivé poskytované služby mají své představitele, kterými jsou lékař, sestra, ošetrovatel, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped, klinický psycholog a v případě potřeby i jiní odborníci.

## Role ergoterapeuta

Náplní práce ergoterapeuta v tomto úseku zdravotní péče je v první řadě **ergoterapie cílená na postiženou oblast**. Do ní jsou zahrnuty prvky směřující k funkčnosti postižené oblasti, jako cvičení navrhovaná na zvýšení rozsahu pohybu v daném kloubním místě, cvičení na podporu svalové síly, nácvik vertikalizace, mobility na lůžku, rovnovážných funkcí, stability, antispastické, antiedematózní postupy, prvky na neurofyziologickém podkladě, měkké techniky, míčkování, prvky bazální stimulace, nácvik grafomotoriky, úchopových funkcí, zhodnocení citlivosti, bimanuálních schopností, nácvik koordinace oko-ruka, jemné motoriky a další. Tréninku kognitivních, smyslových a komunikačních dovedností – paměti, orientace, fluence

(plynulost) řeči a jiným – náleží značná část ergoterapeutické intervence. V této doméně ergoterapeut provádí často i skupinovou ergoterapii na podporu kognitivních funkcí, ale také je touto cestou působeno na sociální aspekt u jednotlivých pacientů.

Další složkou ergoterapeutické profese je **ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti** – podle ergoterapeutické terminologie ADL (*activities of daily living* = aktivity všedního dne). K těmto aktivitám spadá nácvik tzv. bazálních/personálních ADL (pADL), jako nácvik oblékání horní a dolní poloviny těla, příjmu potravy, koupání, osobní hygieny, kontinence, přesunu a lokomoce. Ve sféře tzv. instrumentálních/rozšířených ADL (iADL) se jedná hlavně o nácvik přípravy pokrmů a telefonování.

Významnou složkou ergoterapie, která má své uplatnění v následné péči, je **ergoterapie kondiční**. Tato doména je cílena na zlepšení celkové kondice pacienta, jako prevence imobilizačního syndromu, odpoutání pacienta od hospitalizace, k podpoře psychických funkcí, celkové aktivizaci a motivaci pacienta k pohybu.

Nezbytnou náplní práce ergoterapeuta je taktéž **edukace** pacienta a jeho rodiny ohledně zavedení kompenzačních pomůček do domácího prostředí, edukace minimalizující rizika pádu v domácím prostředí. Pro ucelený pohled na pacienta je nezbytné zhodnotit jeho sociální anamnézu.

## Ergoterapeutické intervence

V rámci ergoterapeutické intervence dochází dále k nácviku modelových činností ve cvičné koupelně a v kuchyni, jež se prolínají s nácvikem ADL. Pacienti si mohou na vlastní kůži vyzkoušet aktivity, které je čekají v jejich domácím prostředí po propuštění z hospitalizace. V nácviku jsou zahrnuty přesuny na vanovou sedačku, na sedačky do sprchového koutu, trénink sprchování, přesun na toaletu, na toaletní křeslo, použití madel, trénink přípravy jednoduchých pokrmů ve cvičné kuchyni, nácvik přípravy teplých a studených nápojů, manipulace s rychlovarnou konvicí, sporákem, mikrovlnnou

troubou, mytí nádobí a další. Význam těchto modelových činností tkví v tom, že umožňují objevit části jednotlivých aktivit, které mohou činit potíže, na něž by pacient přišel až v domácím prostředí. Již tedy v nemocnici se může začít řešit náprava těchto potíží – v pravidelném nácviku těchto aktivit se dále navrhuje kompenzační pomůcky, které mohou přispět k nezávislosti pacienta, a to často ve spolupráci i s jeho rodinou či s ohledem na současnou rodinnou a bytovou situaci. Ergoterapeut pečlivě doporučuje další vhodný postup po propuštění z nemocnice tak, aby byla zajištěna co nejvyšší kvalita života pacientů. Jednotlivé postupy a výběr pomůček se často děje i ve spolupráci s konkrétními firmami distribuujícími pomůcky těmto pacientům či s institucemi, které se zabývají další pomocí v domácím prostředí. Jsou zde dále možnosti doporučení dalších odborníků a institucí, které mohou

také dopomoci k potřebné samostatnosti, kdy ergoterapeut zprostředkovává kontakt mezi zúčastněnými. Všechny tyto činnosti mohou jednotlivým pacientům zvýšit sebevědomí před odchodem zpět do jejich domovů a zlepšit jejich kvalitu života. Všechny prvky ergoterapie jsou integrovány s ohledem na aktuální fyzický a psychický stav pacientů, s ohledem k jejich celkovým možnostem a jejich individualitě.

## Smysl ergoterapeutických prvků

Ergoterapeut v rámci následné péče spolupracuje převážně s osobami ve vyšším věku. Téměř vždy je právě v tomto věku určitá disabilita pacienta spojena se sníženou soběstačností. Je tedy nezbytné, aby ergoterapeut terapeuticky ovlivňoval nejenom jednotlivé postižené oblasti, ale aby skrze ergoterapeutické intervence pracoval s pacientem uceleně a komplexně a taktéž propojeně podle potřeby aplikoval

vybrané oblasti ergoterapie. Pacienti, kteří se dostanou do kontaktu s následnou péčí, často žijí sami ve svých domovech po dlouhá léta a samostatně pečují o svou domácnost. Vlivem úrazu či choroby, kdy se náhle změnil jejich stav, dochází ke změně v provádění běžné rutiny. Právě ergoterapie umožňuje nácviky těchto činností, tím přispívá k nezávislosti pacientů, a to vždy individuálně zaměřené na konkrétního pacienta s ohledem na jeho celkový potenciál.

Systematičnost konceptu terapie je stěžejní pro dosažení požadovaného cíle. Nezbytností k jeho dosažení je intervence všech složek pacienta, ale také spolupráce multidisciplinárního týmu jednotlivých profesí.

Literatura u autorky

Ing. Bc. Michaela Čermáková,  
Městská nemocnice následné péče,  
Praha-Vysočany,  
mich.cermakova@gmail.com

## Setkali jste se někdy s agresivním pacientem?

Dne 31. 3. 2015 jsme s kolegyní navštívily odborný seminář na téma „Agresivní pacient“. O své poznatky bychom se s vámi chtěly podělit v následujícím článku.

Seminář probíhal v rámci Krajské zdravotní, a. s., Nemocnice Ústí nad Labem. Byl veden formou zajímavé diskuse s lektory, kde jsme měli možnost pohovořit o konkrétních případech z naší praxe, ale i ze života, a ukázali jsme si i některé modelové situace.

Mluvili jsme o projevech či zdrojích agrese, možnostech jejího ovlivnění, o tom, jak se zachovat, i o chybné reakci a strategii.

### Jak vypadá a z čeho pramení agrese

Projevy agrese:

- slovní (křik, vulgarismy)
- fyzické (pěstí, neklid, narušení prostoru, podupávání, zrychlený dech, dívání se upřeně do očí, házení předmětů aj.)

Zdroj agrese:

- strach, úzkost, nespokojenost, odkázanost na pomoc druhého, křivda, absence abúzy, zklamání z procesu léčby, nedostatečná informovanost, nespokojování potřeb (jídlo, narušený spánek, sociální izolace)

Dále mezi zdroje agrese patří vliv prostředí, narušení intimní zóny, sexuální omezení, nepružnost poskytování terapeutické a ošetrovatelské péče, celková změna prostředí aj.

Možnosti ovlivnění:

- faktory prostředí (světlo, klid)
- faktory osobnostní (jak ze strany zdravotníka, tak i pacienta)
- charakter nemoci (např. závažná onkologická onemocnění)
- komunikace (tón hlasu, vstřícnost)
- farmakologie

### Jak reagovat na agresivního pacienta

Co dělat:

- zachovat klid, projevit zájem o problém pacienta, neútočit, zajímat se o důvod vzniku hněvu a v neposlední řadě zachovat bezpečnou vzdálenost od agresora aj.

Chybné reakce:

- nervozita
- nedostatek času
- přerušovat pacienta v hovoru

- poskytovat rady z vlastního hlediska aj.

Strategie:

- snažit se nabídnout pacientovi kompromis, projevit pochopení pro jeho hněv a agresi a zároveň se snažit najít řešení jeho problému. Nejdůležitější je vzájemná komunikace.

### Závěrem

Seminář byl pro nás velmi zajímavý nejen z profesního hlediska, ale i díky seznámení se s různými možnostmi jak čelit agresi v běžném životě. Toto téma nás naučilo nedívat se na problém pouze z pohledu zdravotníka, ale i očima agresivního pacienta, hledat odpověď na otázku, proč člověk reaguje agresivně.

Popsaný seminář bychom doporučily všem našim kolegyním, minimálně jako příležitost k zamýšlení se nad problémem „agresivní pacient“.

Kamila Vomastová, Věra Jandurová,  
všeobecné sestry, ARO Most



# „Váha“ informovaného súhlasu ...nech informovaný súhlas nie je len fraška

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa deje v interakcii zdravotníckeho pracovníka a pacienta. Pacient veľa krát nerozumie svojmu zdravotnému stavu, ani rizikám, ktoré hrozia v prípade nevykonania zákroku navrhovaného zdravotníckym pracovníkom. Zdravotnícky pracovník je preto povinný vopred a zrozumiteľne poučiť pacienta o povahe zákroku a dôvodoch jeho indikácie a vykonať zákrok až na základe súhlasu pacienta.

„Dobrá komunikácia je veľký efekt pri minimálnych nákladoch.“ (Véghová, 2011)

## Aká je váha informovaného súhlasu? Že by 5 gramov?

Zdravotná starostlivosť je poskytovaná v zložitom systéme zdravotníckych zariadení a je nutné sa preto riadiť určenými definovanými kritériami. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa deje v interakcii zdravotníckeho pracovníka a pacienta, ktorý väčšinou nerozumie svojmu zdravotnému stavu, ani hroziacim rizikám v prípade nevykonania určitého zákroku navrhovaného zdravotníckym pracovníkom. Zdravotnícky pracovník je preto povinný vopred a zrozumiteľne poučiť pacienta o povahe zákroku a dôvodoch jeho indikácie a **zákrok vykonať až na základe súhlasu pacienta.**

Informovaný súhlas je súčasťou zdravotnej dokumentácie a nemá byť len formalitou, listom navyše v chorobopise!

Za základný právny predpis možno vzhľadom na posudzovateľnú problematiku považovať **Základný zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti**, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (Gumán, 2013).

Ruka v ruke s daným zákonom sa kladie veľký dôraz na **práva pacienta**. Potreba práv pacientov nepriamo vyplynula z dvoch okolností – zo zraniteľnosti pacienta v čase choroby a zo zložitosti vzťahov v prostredí, kde sa zdravotná starostlivosť poskytuje (vzťahy zdravotníckych pracovníkov a pacienta i vzťahy zdravotníckych pracovníkov navzájom).

Jedno z práv pacientov ustanovuje, že pacient má právo na informácie o svojej chorobe a liečbe. V ustanovení § 6 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej

starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v z. n. p. (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“) je **informovaný súhlas** definovaný nasledovne: „Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak.“

Aj podľa Gulášovej „neustály nárast techniky a zvyšovanie počtu nových informácií v medicíne a v ošetrovatelstve majú vplyv i na vzťah lekára, sestry a pacienta – ten stráca svoj pôvodný význam a je čoraz viac závislý od prístrojov“. Jedným z najdôležitejších etických princípov, ktorý postupne nachádza svoje uplatnenie v novom vzťahu je práve **informovaný súhlas** (Gulášová, 2009).

Poučenie a informovaný súhlas je témou mnohých diskusií a v aplikáčnej praxi spôsobuje veľa problémov. Je pravdou, že právna úprava nie je ideálna, no faktom zostáva, že niektorí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti správnu aplikáciu poučenia a najmä informovaného súhlasu tak celkom nedoceňujú (Doktor, 2013).

Základné atribúty v spôsobe informovania sú **zrozumiteľnosť vyjadrovania sa a dostatočný časový priestor s nutnosťou spätnej väzby**. Pýtajme sa pacienta, či porozumel vypovedanému.

**Poučenie vykoná** lekár, sestra či iný zdravotnícky pracovník. Každý účastník vykonáva poučenie pacienta **vychádzajúce z jeho kompetencií**, so zreteľom na pacientovu psychickú, duševnú, duchovnú a fyzickú zrelosť. Je nutná jednotnosť postupov všetkých ošetrovujúcich osôb (jednotnosť vypovedaného zo strany

lekára aj sestry). V určitých situáciách môže nastať stav, napr. u onkologických pacientov, kedy sa využíva terapeutická výsada dočasného zamčania niektorých údajov, ale je dôležité vyhýbať sa otvorenému klamstvu. Nenarušíme tým dôveru pacienta v zdravotnícky personál. Niekedy pacienti prejavujú želanie nebyť informovaní. Toto rozhodnutie treba vždy rešpektovať.

### Úloha sestry vyplýva z jej rolí:

- rola sestry ako ochrankyne práv pacienta,
- rola sestry ako advokátky pacienta v procese poskytovania primeranej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti (Gulášová, 2009).

### Kto podpisuje informovaný súhlas:

- pacient,
- zákonný zástupca,
- opatrovník.

Podľa § 6 ods. 6 zákona o zdravotnej starostlivosti dáva informovaný súhlas **osoba**, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť. Ak ide o osobu nespôsobilú na právne úkony, tak súhlas udeľuje jej **zákonný zástupca** (u detí, seniorov, u osôb zbavených svojprávnosti na dané úkony – musí sa preukázať rozhodnutím súdu). Vždy v zmysle ochrany života a zdravia.

### Avšak môžeme sa stretnúť so zaujímavými prípadmi...

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti adresátovi, ktorým je nespôsobilý pacient, môžu nastať štyri druhy situácií:

- všetky zainteresované strany (pacient, zákonný zástupca, poskytovateľ) považujú zákrok za potrebný,
- o potrebnosti zákroku existuje rozpor v názore zákonného zástupcu a poskytovateľa (zákonný

zástupca odmieta udeliť súhlas, poskytovateľ je názoru, že tento postoj poškodzuje záujem pacienta – táto situácia môže byť aj obrátená),

- o potrebnosti zákroku existuje rozpor v názore zákonného zástupcu a zástupného (zákonný zástupca odmieta udeliť súhlas, nespôsobilý pacient naopak so zákrokom súhlasí – táto situácia môže byť aj obrátená),
- kombinácia vyššie uvedených rozporov s pridaním možného rozporu medzi zákonnými zástupcami (v prípade manželov, ktorí sú rodičmi dieťaťa). Napr.: ...záujem dieťaťa na zachovaní zdravia a života (právo na život) prevažuje nad právom rodiča rozhodovať o svojom dieťati... (Humeník, 2011).

### Máme teda dva druhy stanoviska:

- Pozitívny reverz – súhlasné stanovisko a podpis informovaného súhlasu.
- Negatívny reverz – nesúhlasné stanovisko a podpis nesúhlasu.

**Výkon bez povolenia:** zákon o zdravotnej starostlivosti v § 6 ods. 8 taxatívne vymenúva prípady, kedy existencia informovaného súhlasu nie je potrebná.

### Informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade:

- neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale možno ho predpokladať (podanie prvej pomoci a následná operácia osoby, ktorá dostane na ulici napr. infarkt myokardu),
- ochranného liečenia uloženého súdom podľa osobitného predpisu, t. j. v zmysle § 73 a § 74 Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. v z. n. p., pričom takéto ochranné liečenie poskytuje spoločnosti ochranu pred nebezpečnými, duševne chorými osobami alebo



Ilustrácia foto: Shutterstock

osobami závislými od návykových látok, ktorým sa poskytujú odborná zdravotná starostlivosť, ktorej výsledkom by malo byť vyliečenie pacienta a jeho zaradenie do normálneho života,

- ústavnej zdravotnej starostlivosti za predpokladu, že ide o osobu, ktorá šíri prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje jej okolie,
- ambulatnej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo taktiež ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (Palušková, 2013).

### Záver

Podstata informovaného súhlasu zostáva v praxi veľa krát nenačlenená. Informovaný súhlas je podpísaný a založený v zdravotnej dokumentácii, ale pacient ani nevie, čo podpísal, nebol informovaný ani poučený. Zdravotnícki pracovníci by pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nemali zabúdať na etický princíp autonómie pacienta a jeho práva rešpektovať (Šebeková, 2011). Len sestra, ktorá sa zaoberá problematikou uplatňovania, realizácie a informovanosti aj v oblasti práv pacientov, vie vysoko profesionálne hájiť pacientove práva, a to aj tie, o ktorých on sám nevie. Aj toto je podstatným znakom humánosti povolania sestry (Gulášová, 2009).

Literatúra u autorky

Etela Simonová, dipl. s.,  
Neurologické oddelenie, Nemocnica  
s poliklinickou sv. Barbory Rožňava, a. s.,  
člen holdingu Svet zdravia, a. s.



# Nové lůžko **Eleganza 2**

## Usnadní Vám práci a zajistí bezpečí pacientům

Nová generace standardních lůžek Eleganza 2 je přímým pokračovatelem linie nejúspěšnějších lůžek v historii LINETu a přináší celou řadu nových a unikátních řešení zkvalitňující péči o pacienty. Nadstandardní jsou bezpečnostní parametry, lůžko se vyznačuje vysokým stupněm ergonomie a intuitivním ovládáním.

- Ještě bezpečnější a tišší postranice 4SAFE®
- Mobilift® – nejefektivnější podpora mobilizace
- Atraktivní design zvýrazní kvalitu Vaší péče





# roku Sestra 14

mimořádná příloha časopisu **Zdravotnictví a medicína**





# Zdravice Dagmar Havlové, předsedkyně správní rady Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97



Záštitu nad slavnostním předáváním prestižního ocenění Sestra roku jsem převzala již od prvního ročníku této soutěže, tenkrát ještě jako manželka prezidenta republiky a první dáma. Později jsem nad touto soutěží převzala patronát jménem Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97. Velmi mě těší, že mohu každý rok svou účastí symbolicky vyjádřit díky nejen vítěžkám soutěže, ale všem sestřím, které vykonávající svoji práci obětavě, poctivě,

s velkým pracovním nasazením a vnímají službu nemocným jako své celoživotní poslání, protože málokterá profese je tak hluboce smysluplná a předpokládá tak vysokou dávku empatie jako práce sester.

Letošní, 15. ročník mi udělal opět velkou radost. Z řad nominovaných byla odbornou porotou vybrána i sestra Dana Pilátová, které jsem ze srdce ráda předala Čestné ocenění za její celoživotní dílo v oboru ošetrovatelství.



V paní Daně Pilátové se snoubí neobyčejná píle, neutuchající nasazení, empatie, laskavé srdce a obdivuhodná věrnost profesí, kterou vykonává již bezmála padesát let. Ráda bych popřála všem pacientům, aby v těž-

kých chvílích narazili na takové osobnosti ve zdravotnictví, jakou je právě paní Dana Pilátová, a všem sestřím, aby stejně jako ona dělaly práci s radostí a s láskou.

Vaše Dagmar Havlová

## U mě to vyhrály všechny

V pražském Hudebním divadle Karlín proběhlo v březnu slavnostní vyhlášení výsledků soutěže Sestra roku 2014. Záštitu nad soutěží již tradičně převzalo také Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na téma ošetrovatelství jsme hovořili s ministrem zdravotnictví Svatoplukem Němečkem.

**Jak se vám líbil slavnostní večer Sestry roku v novém prostředí?** Prostředí se mi líbilo, je příjemné, důstojné a tvoří určitě významnou součást celkového dojmu. Musím ale říci, že důležitější jsou pro mě lidé, v tomto případě sestry, protože právě pro ně se slavnostní večer pořádá. Jsem rád, že se během večera dobře bavily a zaslouženě si užily příjemné chvíle se svými kolegyňami.

**Funkci ministra zdravotnictví zastáváte již více než rok. Kus práce máte za sebou. Co považujete za svůj největší přínos?** Rozhodně ekonomickou stabilizaci zdravotnictví. Pokud mají zdravotnická zařízení zabezpečené financování, mohou se věnovat podstatě své práci, jíž je péče o pacienty. V případě sester to platí dvojnásob, jsem si dobře vědom, že spíše než o práci jde u nich o poslání. Myslím, že sestry daleko nejvíce ocenily pětiprocentní zvýšení platových tarifů, které umožnila úhradová vyhláška na rok 2015. Víím, že to není mnoho, ale po několika letech stagnace je to jas-

ný signál, že si jejich práce vážíme a počítáme s nimi.

**Počítáte s kontinuálním navyšováním platů sester i v budoucnu?**

Máme začátek roku, je proto ještě příliš brzy na to, abych mohl zodpovědně říct, jestli a o kolik se budou příští rok zvyšovat platy. Dobře víím, že péče o pacienty je náročná po stránce odborné i psychické a personál si určitě zaslouží odpovídající ohodnocení.

Musíme však vycházet z reálných finančních možností systému. Pokud se bude ekonomice dařit tak, jak předpovídají prognózy, další navýšení platů si budeme moci dovolit a určitě to uděláme.

**Jak se vám v ministerské funkci daří uročit své mnohaleté zkušenosti ředitele fakulturní nemocnice?**

Po více než roce ve funkci ministra mohu říct, že bez zkušeností z nemocnice řídit tohle ministerstvo snad ani nejde. Manažer bez těchto zkušeností by si musel připadat jako Neználek, který se

nedopatřením ocitl v Říši divů. Zdravotnictví je plné protichůdných požadavků, klíčové je proto získat nadhled a nebát se rozhodnout i v situaci, kdy je jasné, že nesklidím všeobecný potlesk. Obrazně řečeno ale musí člověk zůstat nohama na zemi, ani ministr není pánbůh, který nejlépe ví, co je dobře a co ne.

**Dlouhodobě říkáte, že vaší prioritou je dosáhnout stabilního prostředí ve zdravotnictví. V kterých oblastech se vám to podařilo? Kde zatím ne?**

Zdravotnictví bylo v posledních letech vystaveno neustálým změnám a škrtům. Ty žádnou stabilitu nepřinesly. Můj názor je, že dnes máme kvalitní a fungující zdravotnictví, které potřebuje hlavně klid a opravu několika chyb.

První, kdo reálně zaznamenal pozitivní změnu, byli poskytovatelé lůžensko-rehabilitační péče. Dnes lůžně hlásí, že jsou z problémů venku. Kladná čísla z výsledků hospodaření nemocnic za loňský rok potvrzují, že nemocnice fungují, jak mají. Před dokončením je zjednodušení systému



Foto: archiv MZ ČR



specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, které ulehčí vstup do oboru mladým lékařům.

Určitý klid vneslo samozřejmě i zvýšení platů. Velký problém dřímá v systému úhrad za poskytnutou zdravotní péči, který vyřeší projekt DRG Restart. Fér je ale přiznat, že reálný výsledek bude vidět až za několik let.

**Nejen lékaři, ale i sestry odcházejí do zahraničí. Máme přehled, které sesterské odbornosti mizí nejvíce? Jak sestry motivovat k tomu, aby neodcházely?**

Navštěvuji nemocnice v krajích a stejnou informaci mám z první ruky. Nejprve musíme zmapovat, jaké sestry a kde chybí, bez toho nejde dělat nic smysluplného.

Je samozřejmě jasné, proč lékařský i nelékařský personál odchází například do Německa nebo Rakouska. I když budeme platy zvyšovat, úrovně, jakou nabízejí zmíněné státy, jen tak nedosáhneme. Ministerstvo zdravotnictví tohle nedokáže vyřešit škrtem pera, zlepšíme systém

vzdělávání a případně uvažujeme o dalších opatřeních. Můj názor je, že motivace sester je hlavně v rukou managementu zdravotnického zařízení, který je s nimi v denním kontaktu. Sestry nebudou odcházet jinam, pokud budou spokojené. Motivace není přece jen o penězích, důležité je i příjemné pracovní prostředí a ocenění jejich dobré práce.

**Jak hodnotíte systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků? Sdílíte názor, že vysokoškolsky vzdělaná sestra je sice lékařem rovnocenným partnerem, ale odmítá převlékat lůžko?**

V systému vzdělávání nelékařů máme určitě resty, které musíme dohnat. Můj názor je takový, že dobrá sestra je lékařem partnerem bez ohledu na to, zda má, či nemá vysokoškolské vzdělání.

Nemám nic proti tomu, aby se sestry vzdělávaly na vysokoškolské úrovni, jejich práce se tím ale nemění. Všeobecná sestra má své kompetence, které

vykonává a mezi něž patří i péče o lůžko pacienta. Má-li někdo větší ambice, musí nejdřív ukázat, že na to má schopnosti. V každém případě máme spousty šikovných a erudovaných sester, stačí jim dát prostor, aby se mohly projevit.

**Jak se díváte na úroveň našeho zdravotnictví z pohledu pacienta?**

Kvalita zdravotní péče je u nás jedna z nejlepších v Evropě, ostatně i proto je po našich lidech v zahraničí poptávka. Pohled pacienta bude vždy subjektivní, nemůže objektivně posoudit kvalitu léčby. Rozumím ale tomu, že s léčbou nemusí být z různých důvodů spokojen a nemusí se mu líbit prostředí, ve kterém je ošetřován.

Když procházím naše nemocnice, je vidět, že i když se snaží, investice do budov musely jít v posledních letech stranou. Byl jsem ale potěšen, když jsem nedávno četl průzkum, který říká, že většina pacientů je s kvalitou našeho zdravotnictví spokojená.

**K ochraně zdraví a bezpečnosti zdravotníků při práci byla mimo jiné přijata směrnice 2010/32/EU, která nabádá k prevenci poranění ostrými předměty ve zdravotnických zařízeních. Jejím cílem je předcházení poraněním v co nejbezpečnějším pracovním prostředí. Jak se daří ji naplňovat?**

Popravdě řečeno v ČR jsme tuto směrnici ani příliš nepotřebovali, prostředky ochraňující zdraví při práci se tady začaly zavádět už dříve i bez ní.

Dnes se začínají více používat zdravotnické prostředky s automatickým nasazováním bezpečnostních krytů, což riziko poranění značně snižuje, a to je důležité. Statistická čísla říkají, že za loňský rok bylo v ČR lehce přes tři tisíce poranění ostrými předměty, příští rok už budeme moci vyhodnotit, jestli počet poranění klesl.

**V kauze nedávno odsouzené rumburské sestry opět vyvstala otázka, zda a jak více zabezpečit používání a přístup k draslíku. Nepřipravuje MZ v této proble-**

**matice nějaké zpřísnění (např. povinné užívání nízkokonzentrovaných roztoků draslíku)?**

Podobné případy samozřejmě sledujeme a snažíme se udělat vše pro to, aby se v budoucnu nic podobného neopakovalo. Ministerstvo zdravotnictví dělá dlouhodobou retrospektivní analýzu s následným metodickým doporučením.

Systémová opatření samozřejmě snižují riziko lidské chyby, jednalo-li někdo na pracovišti s cílem uškodit, cestu si vždy najde, tomu se bohužel nedá sto procentně zabránit.

**Co byste ošetřovatelskému povolání závěrem popřál?**

Aby nikdy neztratili optimismus a lidský přístup k pacientům. Pečovat o nemocné není žádná legrace a někdy je těžké pracovat s úsměvem.

Závěrem bych ještě poděkoval všem účastnicím soutěže Setra roku, u mě to totiž vyhrály všechny a jsem přesvědčen, že podobných adeptů na vítěze je mezi nimi většina.

(eta)

Inzerce M151000019

PRO.MED.CS  
Praha a.s.



ČESKÁ  
FARMACEUTICKÁ  
SPOLEČNOST

STABILNÍ A PERSPEKTIVNÍ PARTNER



# K prosazení našich zájmů musíme být jednotní

Nová prezidentka České asociace sester (ČAS), náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči a kvalitu a hlavní sestra IKEM **Martina Šochmanová** hovoří o nutnosti pokračovat v terciárním systému vzdělávání sester, o vyjednávacích možnostech asociace i o potřebě motivovat sestry, aby pracovaly v ČR. Letos byla také předsedkyní odborné poroty soutěže Sestra roku.

**Stala jste se prezidentkou ČAS, ale členkou jejího managementu jste již poměrně dlouho, vidíte v činnosti ČAS v posledních letech významné změny?**  
Členkou výboru Sekce managementu ČAS jsem od roku 2009. Myslím, že asociace má stále stejný cíl – podporovat nelékařské zdravotnické pracovníky a pomáhat jim v jejich nelehké činnosti. To je základní poslání, na něž

navazuje spousta práce, kterou již máme za sebou, ale hodně jí ještě leží před námi. Stejně, jako se mění zákony, vyhlášky a další společenské normy, je nutné na ně neustále reagovat. Doufám, že nové vedení ČAS tyto výzvy pevně uchopí.

**Co bude váš první úkol?**

Popsat činnost vrcholového vedení a navázat na to, co bylo velmi

dobře nastaveno, tedy začít sestry obecně více prosazovat. Jsme v nelehké době, začíná být nedostatek sester. Velmi živá diskuse se vede kolem jejich vzdělávání. Musíme začít názory prosazovat jednotně.

**Jedním z bodů, s nimiž jste šla do voleb, byla potřeba rozšířit členskou základnu. Kolik má ČAS nyní členů?**

ČAS má 6380 členů.

Inzerce M151000140



Foto: IKEM

**BARRIER®**  
NO COMPROMISE IN SECURITY

## Operační oblečení - Extra pohodlné

- Unikátní materiál nabízí extra pohodlí a měkkost
- Samostatně balené kalhoty a haleny umožňují individuální výběr velikostí
- Moderní střih kombinovaný s profesionálním vzhledem
- Široký výběr velikostí od XS do XXXL
- Ergonomicky navržené velké kapsy
- Jednorázové oblečení - nové a čisté každý den



**BARRIER®**  
NO COMPROMISE IN SECURITY

Mölnlycke Health Care, s.r.o., Hájkova 2747/22, 130 00 Praha 3, tel. 221 890 511, fax 224 817 582, www.molnlycke.com  
Název a logo Mölnlycke Health Care a ochranná známka BARRIER® jsou celosvětově registrovány pro společnost Mölnlycke Health Care

**A kolik je v ČR dnes sester?**

K dnešnímu dni máme 153 882 registrovaných nelékařských zdravotnických pracovníků, z toho 104 856 všeobecných sester.

**To je před vámi tedy velký kus práce, jak chcete ke vstupu do asociace zdravotníky motivovat?**

Pro ČAS je nutné mít silnou a stabilní základnu. Jedině tak se její vyjednávací síla zvýší, bude brána jako důležitý partner pro všechna jednání na všech úrovních. Velký potenciál vidím v získávání nových sester zejména z řad začínajících kolegyně. Ty musíme motivovat tím, že jim asociaci znovu představíme a vysvětlíme jim důvody její existence a činnosti tak, aby pochopily, že k prosazení našich zájmů je nutné být jednotní.

**Jak u začínajících sester tento pocit vyvolat?**

Absolventi středních zdravotnických škol se jako zdravotničtí asistenti rozhodují, co budou dě-

lat dál. Bohužel velká část z nich ve zdravotnictví vůbec nekončí, odchází pracovat mimo resort. Chtěla bych tento trend zvrátit. Když už začali v procesu vzdělávání, tak aby v něm pokračovali. Studium není snadné. Trvá další tři roky a absolventi nastupují do praxe za neadekvátní finanční ohodnocení, přičemž jejich práce je velice náročná.

**Komunikujete o této problematice s hlavní sestrou ČR na ministerstvu zdravotnictví?**

Samozřejmě, naše spolupráce je velice důležitá. Nyní řešíme prioritní témata – musíme popsat situaci kolem dostatku či nedostatku sester, jejich kompetencí. A tím nejpálčivějším tématem je právě jejich vzdělávání.

**Jaký postoj ČAS zastává, měl by se současný systém vzdělávání měnit?**

Ve spolupráci s vysokými a vyššími odbornými školami se musíme sjednotit v představě, jak bude vzdělávání sester vypadat.



V současné době se velmi živě diskutuje o tom, zda se sestry mají vzdělávat pouze na středních školách. Je jasné, že návrat zpět ke středoškolskému modelu není možný. Středoškolské vzdělání je, vzhledem k dnešním požadavkům na profesi sestry, nedostatečné. Proto chceme vzdělávání sjednotit a zachovat terciární stupeň.

**Stále panují rozporuplné názory na to, zda sestry mají, nebo nemají mít vysokoškolské vzdělání. Překvapuje vás postoj odpůrců (i z řad manažerů ve zdravotnictví) vysokoškolského vzdělání sestry?**

Jejich postoj mě nepřekvapuje. Jsou zvyklí na dříve středoškolsky vzdělané sestry – a jsou to velice kvalitní a schopné sestry, které svou práci perfektně zvládají. Ale ony mají jiný typ vzdělávání, než jaký je na středních školách vyučován dnes. Dřívější klasický koncept čtyřleté střední zdravotnické školy (tzv. zdravky) dnes již neexistuje. Proto není cesty zpět. Dnes je absolventka vyšší odborné školy či bakalářského studia naprosto rovnocenná sestře, kte-

rá byla vzdělávána v předchozím klasickém systému. Současné nároky na povolání jsou mnohem vyšší, vývoj medicíny jde rychle dopředu, proto se sestry musejí vzdělávat na terciární úrovni.

**Jedním z úkolů, které jste si stanovila, je definování kvality ošetrovatelské péče. V současné době je její definice nedostatečná?**

Každé zařízení má své indikátory kvality. Řídí se resortními bezpečnostními cíli, které vydává ministerstvo zdravotnictví. Každé pracoviště si dělá interní audit a nastavuje pravidla, podle kterých kvalitu udržuje. Ale bylo by dobré, a v minulosti jsme se o to již pokoušeli, prosadit jednotné standardy na celostátní úrovni, z nichž by pracoviště vycházela.

**Pokud existují data a lze to poměřit, jak kvalitní ošetrovatelskou péči poskytují české sestry v porovnání se svými evropskými kolegyněmi?**

Porovnávat práci našich a zahraničních sestry moc nelze. Obec-

ně ale mohu říci, že odbornost, praxe a zkušenosti českých sester jsou na velmi vysoké úrovni. A i proto jsou žádané v zahraničí, což mě na jednu stranu těší, ale na stranu druhou mě jejich případné odchody velmi rmoutí. Protože Česko přichází o skvělé zdravotníky, kterých máme v současné době nedostatek.

**Je situace odchodů sester do zahraničí srovnatelná s lékaři? Ano. Poté, co nastoupí do nemocnice, získají praxi a doučí se dobře jazyk, odcházejí.**

**Jak situaci sester pomůže novelizace personální vyhlášky, na které se chcete za asociaci podílet?**

Je nutné přiznat, že současná personální vyhláška byla pro některé odbornosti podhodnocena. Stanovuje sice minimální požadovaný počet personálu pro jednotlivá oddělení, ale toto minimum bohužel některá zdravotnická zařízení použila ke stanovení optimálního počtu sester. A to rozhodně není v pořádku. Způsobuje to například přetěžování zdravotníků. Osobně dou-

fám, že novela vyhlášky povede k odstranění těchto problémů. Na standardních odděleních by se měl dle návrhu počet sester navyšovat.

**Se kterými zahraničními profesními organizacemi ČAS spolupracuje?**

Spolupráce se zahraničními organizacemi, jejich zkušenosti a praxe mohou významně napomoci prosazování cílů ČAS. Za hlavní zahraniční partnery považuji především Evropskou federaci sester (EFN) a také Mezinárodní radu sester (ICN).

Jako velmi důležitou vidím spolupráci se Slovenskou komorou sester a pôrodných asistentiek, Německou asociací sester či rakouskými kolegyněmi, u nichž je typ péče velice podobný tomu našemu.

**V čem se lze u nich inspirovat?**

Na evropské úrovni je to například podoba vzdělávání. Podle evropské legislativy je to právě terciární systém vzdělávání všeobecných sester. V systému vzdělávání jsme zajedno i s hlavní sestrou ČR. Nyní se připravu-

je novela zákona o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, která by měla vzdělávání upravit.

**Chcete obnovit diskusi nad postavením zdravotníků jako veřejných činitelů. Kritici tohoto statusu utvoří tým, že útočníka od agresivního chování to neodradí... Jde tedy spíše o právní ochranu a odstupné, pokud byl zdravotník útoku vystaven?**

Definování zdravotníků jako veřejných činitelů je dlouhodobé a zatím ne zcela úspěšně řešené téma. Přesto je nutné znovu vyvolat diskusi a prosadit úpravu zákonných norem tak, aby zdravotníci byli chráněni při výkonu své profese. Je bohužel pravda, že status veřejného činitele agresivního chování útočníka úplně neodvrátí. Jde převážně o právní ochranu a odstupné. V neposlední řadě jde také o jasný signál směrem k veřejnosti, že takový agresor může být dle platných zákonů přísněji potrestán.

Připravila Petra Klusáková

Inzerce M151000116

**ALWAYS QUESTIONING THE STATUS QUO?** | **AT BAYER YOU'RE EXPECTED TO.**

At Bayer innovation is part of our DNA. But it's not something that happens exclusively in laboratories. We see it as being open to new and unconventional approaches and perspectives. Our working culture is driven by our passion and the fascination

to think ahead. That is why we encourage you to question the status quo and constantly think beyond the obvious. It takes imagination, ambition and courage to find answers to society's most pressing questions.

**BAYER**

Science For A Better Life

Passion to innovate | Power to change



# Představujeme finalistky 15. ročníku soutěže Sestra roku

## Kategorie Přímá ošetrovatelská péče

**Alena Dudová, porodní asistentka, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha**



Alenu Dudovou po maturitě na gymnáziu přivedla potřeba „pomáhat lidem“ k pomaturitnímu zdravotnickému studiu v „babičkovském“ oboru po vzoru vzdálené příbuzné, která byla „rajónní“ porodní asistentka. Svou lásku ke zvolené profesi dokazuje i loajalitou k zaměstnavateli, protože už dvacet let pracuje v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí. Nyní ji tam můžete najít v Centru prenatalní diagnostiky. Pomoc, úsměv, vlídné slovo i radu u ní nachází řada žen, pacientek v ambulantní i lůžkové péči. Umí jim i naslouchat a říká: „Všechny životní etapy ženy jsou pozoruhodné. Mnohdy k nám přijde pacientka s problémem gynekologickým a po roz-

hovoru s ní zjistím, že ji vlastně trápí duše nebo něco jiného...“ Pro své kolegyně je Alena týmovým hráčem, pro lékaře pravou rukou, spolehlivou sestrou se zárukou dobře odvedené práce. V péči o pacientky využívá svůj organizační talent a pro svůj empatický a lidský přístup ke každému je velmi vyhledávanou sestřičkou i kolegyní. Pohoda, dobrá nálada i vnitřní klid, který vyzařuje, jsou zárukou, že at se na ni obrátíte s čímkoli a kdykoli, budete vyslyšeni a uklidnění pomocí či radou. Alena je také otevřená novým věcem a neustále na sobě pracuje. Studuje externě vysokou školu v oboru ošetrovatelství a v tomto roce by měla dosáhnout bakalářského stupně. Alenu Dudovou do soutěže navrhl „věrná a nadšená“ pacientka.

**Bc. Jitka Fikarová, vrchní sestra, Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra ČR, Brno**  
Po maturitě nastoupila Jitka Fikarová jako všeobecná sestra do Psychiatrické léčebny v Brně-Čerňovicích. Po čtyřech letech práce zde v roce 2003 přešla na ARO v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně. V roce 2009 nastoupila ke Zdravotnickému zařízení ministerstva vnitra, kde je vrchní sestrou v Oblastním zdravotnickém zařízení Brno. Jitka je aktivní i v oblasti poskytování první pomoci, které se věnuje v rám-



lářského stupně vysokoškolského vzdělání a specializace v oborech sestra pro intenzivní péči a sestra pro péči v psychiatrii. Hovoří anglicky, francouzsky a zvládla i základy němčiny, portugalštiny a ruštiny. Je členkou České asociace sester, České společnosti hyperbarické a letecké medicíny a České resuscitační rady. Jitku Fikarovou do soutěže přihlásila hlavní sestra téhož zdravotnického zařízení.

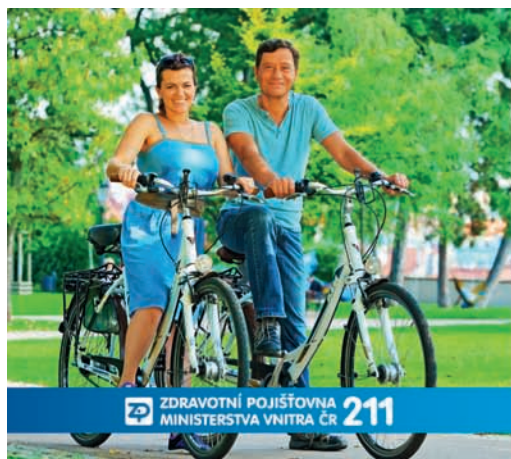
**Jana Průchová, staniční sestra, Alzheimercentrum Filipov, o. p. s., Čáslav**

Profesní dráha Jany Průchové začala zcela netypicky, původně se totiž vyučila dámskou krejčovou. Pak pracovala v čáslavském domově důchodců, nejprve v prádelně, nějaký čas v domově

uklízela. Líbila se jí práce zdravotníků a v období, kdy už tu působila jako ošetrovatelka, zvládla i studium na střední zdravotnické škole a v roce 2003 odmaturovala jako všeobecná zdravotní sestra. Prací v domově důchodců zůstala věrná až do roku 2009, kdy se jí naskytlá možnost uplatnit své zkušenosti a znalosti ve funkci staniční sestry v čáslavském Alzheimercentru Filipov, kterou od té doby zastává. Vloňi dokončila s výborným prospěchem i geriatrické pomaturitní specializační studium. Je velkou propagátorkou koncepce bazální stimulace, sama na ni absolvovala i kurz. Obdivuhodné je její taktní a citlivé jednání s klienty a jejich rodinami. Má výborné organizační schopnosti, dokáže být přísná, ale má pochopení pro lidská pochybení a trampoty. Nepromíjí však jakékoli nevhodné chování vůči lidem, kteří se nemohou sami bránit. Základ pro svůj krásný přístup k lidem získala v rodině. Je radost ji poslouchat, když vypráví o své babičce, o kterou se starala až do její smrti. Ona sama je i „ombudsmankou“ seniorů, kolegové ji nejednou zažívají v situacích, kdy bojuje za práva seniorů. „Sestra Jana Průchová je člověk, který svou práci dělá s velkým zaujetím, s otevřeným srdcem a láskou,“ napsala o ní kolegyně z pracoviště v nominačním dopise.



Inzerce M151000311



### Pojištění, které vám ušetří jmění

**211**  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA VNITRA ČR

Před tím než vyrazíte za hranice všedních dnů, nezapomeňte uzavřít cestovní pojištění. Vyjet do zahraničí nepojištěni, by se vám mohlo hodně prodražit.

- Spousta lékařských výkonů bývá v zahraničí zpoplatněna nebo podléhá spoluúčasti, proto si vždy raději sjednejte cestovní pojištění. Vaše průkazka pojištěnce zdravotní pojišťovny (vozte ji vždy s sebou) vám pomůže pouze při akutních stavech.
- To opravdu výhodné pojištění uzavřete ve spolupráci se Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra ČR (ZP 211), jejíž obchodním partnerem pro tyto účely je pojišťovna ERGO. Pojistit se můžete online na [www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz) nebo na [www.211.cz](http://www.211.cz).
- A dobrá zpráva pro studenty – ti, kteří jsou pojištěni u ZP 211, mají cestovní pojištění zdarma!
- Nezapomeňte také na vhodné očkování, případně vyšetření. I na to vám může vaše zdravotní pojišťovna 211 přispět.

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA VNITRA ČR **211**

Šťastnou cestu bez komplikací vám přeje ZP 211

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



# Kategorie Vzdělávání a management

**Bc. Marie Jurošková, hlavní sestra, Nemocnice Jičín**



Ačkoli na to Marie Jurošková svým mladistvým vzhledem rozhodně nevypadá, má za sebou již dvacet let perné práce ve zdravotnictví. Hlavní sestra Nemocnice Agel v Novém Jičíně je podle svých kolegyní svou houževnatostí a energií tak trochu chodící dynamo, navíc obdařené nezdolným optimismem a schopností inspirovat i lidi kolem sebe. Ve svém působišti, které nedávno získalo status specializovaného onkologického centra, přesvědčila vrchní sestry o tom, že studium je to pravé, co potřebují. Přesvědčila nejen vrchní sestry – je vzorem i pro řadu dalších sestřiček, mnohým svým příkladem i pomocí pozitivně změnila život. Je specialistkou v interních oborech, dosáhla bakalářského ti-

tulu a dále se ve vysokoškolském magisterském studiu specializuje na endoskopii, ale i na organizaci a řízení. Pro nemocnici připravila celou řadu seminářů na zajímavá témata, sama se také aktivně zúčastňuje seminářů a symposií, pořádá edukační semináře pro okolní nemocnice a ústavy. V novojičínské nemocnici zavedla a je koordinátorkou dobrovolnické činnosti, která tu nyní probíhá již 3 roky. Povedlo se jí zavést canisterapii pro pacienty LDN na detašovaném pracovišti nemocnice nebo třeba zajistit tablet pro neslyšící pacienty. Je to člověk na svém místě s obrovským darem pomáhat a rozdávat vše dobré, co může. Hlavní sestru Juroškovou do soutěže nominovala její kolegyně, která pracuje jako vrchní sestra v téže nemocnici.

**Mgr. Jindra Kracíková, mentorka, Vysoká škola zdravotnická, Praha**

Jindra Kracíková se narodila v roce 1952. Je jednou z těch záračných sester, jejichž den zřejmě trvá minimálně čtyřicet osm hodin. Celý život dokázala naplno fungovat na oddělení, přitom se neustále vzdělávat v oborech zdravotnických i jim zdánlivě odlehklých, mít spokojenou rodinu, vychovat děti – a to všechno skloubit tak, že to na všech frontách šlape. Profesionální dráhu začala v roce 1972 na oddělení hemodia-

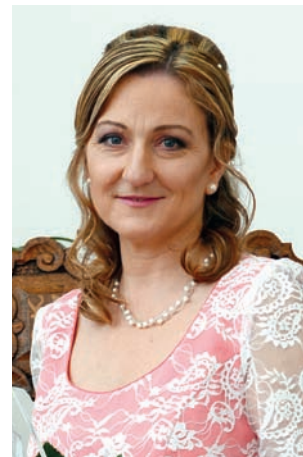


lyzy ve Fakultní nemocnici II. na Strahově, kam se dlouhým oblohoukem přes práci staniční sestry na nefrologii Nemocnice Na Homolce a staniční sestry dialyzační jednotky v Ústřední vojenské nemocnici vrátila. Z pozice staniční strahovské dialyzy odešla v roce 2012 do penze. Při práci vystudovala vysokou školu zdravotnickou, kde dnes působí jako externí pracovník-mentor. Kontinuálnímu vzdělávání sester se věnuje desítky let i vedle svých dalších odborných činností a její kolegyně ji považovaly a považují za svůj nejen odborný, ale i lidský vzor. Magistra Kracíková je předsedkyní Nefrologické sekce České asociace sester a členkou jejího prezidia, spolupracuje se zástupkyní Evropské asociace dialyzačních sester v ČR. Od ro-

ku 2010 je nositelkou Ceny Florence Nightingalové za rozvoj ošetrovatelství. Ti, kteří prošli jejími rukama na dialýze, na ni nedali dopustit, stejně jako její kolegyně a kolegové. Je velmi oblíbená nejen pro profesní znalosti a dovednosti, ale i pro svoji píli, laskavost a ochotu vždy nabídnout pomocnou ruku. Do soutěže ji nominovali její vděční pacienti.

**Mgr. Helena Křížková, sestra, interní JIP, Nemocnice Vyškov**

Helena Křížková se narodila v roce 1970. Původně vystudovala učitelství pro mateřinky, ale po několika letech učitelské praxe ji osud a zájem o zdravotnickou problematiku zavál od dětí k péči o nemocné. Absolvovala Střední zdravotnickou školu v Ostravě



Vítkovcích a pak pracovala jako zdravotní sestra v Nemocnici Jeseňák, postupně na několika odděleních. Její pacienti i kolegyně ji všude milovali, lékaři na každém pracovišti si ji nemohli vynachválit. Vážili si jí mimo jiné i proto, že se ráda a stále učila, průběžně si doplňovala zdravotnické vzdělání. Na ostravské univerzitě úspěšně absolvovala bakalářské studium v oboru ošetrovatelství a management a magisterské v oboru ošetrovatelství v geriatrici. Své znalosti a zkušenosti pak předávala dál i jako učitelka odborných předmětů na středních zdravotnických školách ve Vyškově a v Brně. Má za sebou 12 let pedagogické práce na zdravotnických školách, v níž se osvědčila jako výborná kantor. K učitelství nepřestávala o víkendech pracovat jako sestra. Za Helenou Křížkovou je nyní 15 let praxe v pozici sestry. Pracovala rovněž jako vrchní sestra domova pro seniory v Chvalkovcích na Hané. I zde zúročila nejen své odborné znalosti, ale i výborné organizační schopnosti a svoji moudrost a empatii. V současné době pracuje velmi krátce v Nemocnici Vyškov na interní JIP, kde se za podpory svých nových kolegyní zapracovává na pracovišti. Je to sestra v pravém slova smyslu. Jak o ní napsala její kolegyně, která ji do soutěže navrhla, „kdyby bylo takových sester víc, naše zdravotnictví by jen kvetlo“.

## Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství, které udělila redakce Zdravotnictví a medicína

**Dana Pilátová, sestra, I. interní klinika FN Královské Vinohrady, Praha**

Sestra Dana Pilátová v roce 1966 odmaturovala na Střední zdravotnické škole v Klatovech. Ještě v témž roce se přestěhovala za manželem do Prahy a nastoupila zde jako všeobecná sestra na II. interní kliniku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Vinohradské interně věnovala celý svůj profesní život a pracuje zde dosud. Prošla zde standardními odděleními a pro svoje odborné znalosti i lidské vlastnosti zaučovala nové a nové absolventky, její školou prošlo i mnoho dnešních staničních sester. Poslední dvě desítky

let paní Pilátová pracuje na příjmové ambulanci, od roku 2010 na centrálním příjmu vinohradských interen. Příjem tak velké nemocnice je mimořádně stresující, při práci tady se doslova nezastavíte, přesto Dana stále dělá na trojsměrný provoz. Její práce s nemocnými vždy byla a dosud je empatická a pečlivá, ona sama je velmi obětavý člověk a práce s lidmi je její srdeční záležitostí. Stejně jako k pacientům je Dana vstřícná i ke kolektivu sester a lékařů. Je oblíbená pro svoji stále dobrou náladu, pro přesné pojmenování problémů, pro způsob vedení hovoru s pacienty i jejich příbuznými. Je to praktik, který

dokáže vzít problém a proměnit stížnost v poděkování. Její upřímnost, poctivost a pravdivost si stá-

le nachází cestu k nemocným. Není náhodou, že sestra Dana má přezdívku Sokolík.



# Musíme se naučit být hrdé a svou práci lépe prodávat

**Bc. Jitka Fikarová** se stala dvojnásobnou vítězkou v soutěži Sestra roku. Získala jak titul v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči, tak i ocenění Sestra mého srdce

Jitka Fikarová pracuje jako vrchní sestra Zdravotnického zařízení ministerstva vnitra, oblastního zdravotnického zařízení Brno. Její návrhovatka v soutěži Sestra roku Věra Kolaříková, hlavní sestra Zdravotnického zařízení ministerstva vnitra, o ní v přihlášce napsala: „Jitka Fikarová je velmi činnorodá a plná elánu. Odvádí poctivou práci, zaměstnání se jí stalo posláním.“ A jak vyplývá i z následujícího rozhovoru, je to do písmenka pravda.

**Získala jste titul Sestra roku v kategorii Sestra v přímé ošetrovatelské péči. Co pro vás toto ocenění znamená?**

Titul Sestra roku v přímé ošetrovatelské péči je profesním

oceněním. Mimo jiné pro mě znamená i uznání práce sester v resortním zdravotnickém zařízení, která je v mnohém specifická a odborné veřejnosti do jisté míry ukrytá za „zdmi“ resortu ministerstva vnitra. Moje práce mi dává možnosti, které bych v „civilním“ zdravotnickém zařízení neměla – příležitost pracovat se specializovanými útvary včetně potápěčů, možnost pracovat s hyperbarickou komorou, rozšířit si znalosti a dovednosti první pomoci o pomoc v taktickém prostředí a se speciálními materiály, možnost účastnit se zabezpečení služebních a výcvikových akcí, ale také proniknout do posudkové problematiky a tak dále.

**Stala jste se rovněž Sestrou mého srdce, což značí, že máte nejen mnoho vděčných pacientů, ale i kolegů, kteří si vás váží. Co pro vás takové ocenění znamená? A která z těch dvou cen má pro vás – ať už z osobního nebo pracovního hlediska – větší význam?**

Ocenění Sestra mého srdce si velmi vážím, jeho získání byl pro mě překvapením. Do poslední chvíle jsme netušily, která z nás se stane vítězkou. Já osobně jsem držela pěsti paní Daně Pilátové, před kterou opravdu smekám. Podpory všech, kteří mi zaslali hlas, si nesmírně vážím a ráda bych jim touto cestou poděkovala. Říci, které ocenění má pro mě větší význam nebo cenu, nejsem

schopna. Vážím si obou, každé z nich vypovídá o jiné kvalitě a jiném pohledu na moji práci a o pohledu na práci sestry obecně. Získání obou ocenění vnímám jako doplňující se a komplexní. Pro mě osobně i Zdravotnické zařízení MV je to ohromný úspěch.

**Ve zdravotnictví pracujete 15 let, jak se ve vašich očích za tu dobu proměnilo postavení sestry?**

Postavení sestry se určitě změnilo. Sestry jsou nyní sebevědomější a vzdělanější. Líbí se mi, že se postupně zbavují role pouhých pomocnic a získávají roli odborníka ve své specifické profesi. Někdy mě trápí nízká profesní hrdost sester. Myslím si, že máme být na co hrdé, je za námi spousta skvěle odvedené práce, ale musíme se naučit ji občas lépe prodávat. Více se zapojit do činnosti odborných společností a do propagace ošetrovatelství. Každá změna myšlení potřebuje čas.

**Mají podle vás sestry ke své práci dostatek pravomocí?**

Pravomoci sester by mohly být rozsáhlejší, naše sestry jsou na velmi dobré profesní i vzdělanostní úrovni. Myslím si, že rozšířením pravomocí vzroste i význam povolání v očích odborné i laické veřejnosti. Na druhou stranu se sestry nesmí svých pravomocí bát a musí být připraveny nést zodpovědnost.

**Sestry jsou v „první linii“ při péči o pacienta, jejich vztah s nemocnými je velmi důležitý. Nemáte občas pocit, že kvůli nedostatku sester i všemu papírování apod. se lidský přístup a potřeba důvěry pacienta v ošetrovatelský personál upozaďuje?**

Myslím si, že to je hodě o konkrétní sestře. Sestra, pro kterou je její povolání naplněním, si čas na pacienta i jeho příbuzné vždycky najde, někdy stačí málo – účast se dá vyjádřit úsměvem, pohlázením, blízkostí. Na druhou stranu jsou sestry zahlceny administrativou, která neustále narůstá. A tak



Foto: Miradř fronta

udělat si prostor pro pacienta (ale i na jeho blízké, kteří mnohdy velmi trpí) je čím dál náročnější. Radostné nejsou ani počty sester na jednotlivých pracovištích. Rozumním tomu, že dostatečně vedená dokumentace péče o pacienta je nezbytností, jinak bychom se vystavovali rizikům. A řešení? Navýšení počtu personálu, dostatek pomocného personálu, racionalizace zdravotnické dokumentace a výkaznictví. Ale to vše se moc jednoduše říká a velmi těžce převádí do praxe.

**Máte dvě specializace – sestra pro intenzivní péči a sestra pro psychiatrii. Začínala jste jako sestra v Psychiatrické léčebně Brno, po 4 letech jste se „přesunula“ na ARO. Proč jste si vybrala právě tyto dvě specializace, když jsou na první pohled tak od sebe vzdálené?**

Na první pohled jsou si tyto dvě specializace vzdálené, ale duše a tělo jsou úzce provázané. Byly situace, kdy jsem mohla uplatnit obě dvě specializace současně. Zastávám holistický přístup k člověku a holistické pojetí ošetrovatelské péče. Kdo může říci, že bolest duše je menší než bolest tělesná? Jenom pro bolest tělesnou máme více pochopení. Jsem ráda, že jsem si mohla projít oběma vystudovanými obory, každý mě naučil spoustě nových věcí.

**Granulox je hemoglobinový sprej, který podporuje hojení chronických ran.**



**Granulox**

„Je to jednoduché, účinné a bez nežádoucích účinků!“

A care a.s. / Nikoly Vapcarova 3274/2 / 143 00 Praha 4 / tel.: +420 227 031 460  
www.acarehealth.cz / info@acare.cz



**Nyní pracujete jako vrchní sestra ve Zdravotnickém zařízení ministerstva vnitra. Tato pozice je velmi náročná a z velké části manažerská – cítíte se více jako sestra ošetrovatelka, nebo sestra manažerka? Jak vlastně vypadá váš pracovní den?**

Naštěstí se mi velmi těžko říká, jak vypadá můj typický pracovní den. Moje práce je opravdu pestrá a je na pomezí ošetrovatelské i manažerské činnosti, což se skvěle doplňuje. Problematik, které řeším, je celá řada – pracovnělékařské služby, posudková činnost, péče o cizince, lázeňská péče, specifická péče v resortu, cvičení první pomoci a krizové připravenosti a další. Je to paráda. Některé činnosti mi energii berou, jiné mě dobíjí. Moje práce mě baví a na spoustu činností se těším. Nechtěla bych se vzdát činnosti sestry ošetrovatelky, kontakt s pacienty by mi scházal víc.

**Svůj tým sester jste přihlásila do projektu „Sestry pomáhají přestat kouřit“. Co vás k tomu vedlo?**

Velmi mě oslovil pracovní den, který na toto téma pořádala naše hlavní sestra Věra Kolaříková. Na něm jsem se poprvé setkala s paní doktorkou Marií Nejedlou ze Státního zdravotního ústavu. Pracovní den byl zaměřen na problematiku krátkých intervencí při odvykání kouření a paní doktorka o projektu velmi zajímavě mluvila. Líbilo se mi, že nešlo o odvykání kouření, ale spíše o nasměrování kouřícího k úvaze o změně životního stylu. Nejde o žádné přesvědčování (kdo nechce sám, toho stejně nepřesvědčíte, ani krátkodobě, natož k dlouhodobé či trvalé změně životního stylu). Intenzivně vnímám, že prevence je nezbytná. Sestry by v prevenci měly hrát významnou roli a je to i jedna z cest ke zvýšení prestiže povolání a cesta k práci se zdravou populací v případě primární prevence. Sestry by se zapojení do preventivních programů neměly stranit. Jsem ráda, že naše zařízení se preventivních programů účastní.

**V roce 2013 jste se zúčastnila expertní mise Policejního prezidia ČR do Bosny, kde jste zajišťovala péči o příslušníky podílejší se na odminování řeky Sávy. To zní jako hodně dobrodružná mise, co vás k ní přivedlo?**

Účast na této prestižní misi mi umožnilo vedení našeho zařízení na vyzádnání Odboru specializovaných potápěčských činnos-

ty a výcviku Policejního prezidia ČR. Příslušníci tohoto útvaru jsou skvělí lidé, se kterými bych i do takového rizika šla kdykoli. Škoda, že je neznáte osobně. Riziková mise to bezesporu byla. Jsem fatalistka – co se má stát, stane se. K práci služebních potápěčů a pyrotechniků mám absolutní důvěru a větší odborníky a profesionály neznám. Pracovat s nimi pro mě znamenalo a znamená velkou čest. Mise jsou vzhledem k rizikovitosti činnosti a námaze krátkodobé. Mým úkolem bylo zajištění a péče o zdravotní stav příslušníků. Naštěstí jsem nemusela nešetřit žádné vážné úrazy (kluci byli šikovni), ale jen drobnější poranění, teploty, nevolnosti, bolesti ucha a zubů. Připraveni jsme ale museli být i na závažnější situace. Ona obecně práce potápěčů a pyrotechniků s sebou nese značné riziko, ať už je to pod vodou v České republice nebo v Bosně.

**Podílíte se i na řadě vzdělávacích akcí pro laiky i zdravotnickou veřejnost – jsou mezi těmito skupinami jako studenty zásadní rozdíly?**

Rozdíly jsou spíše v náplni kurzů. Je radost pracovat s lidmi, kteří mají zájem, a výzva získat ty, kteří zájem nemají, aby pochopili význam toho, co se učí, a začalo je to bavit a zajímat. To když se podaří, je to „koncert“. Každá skupina je jiná a každá vás něčím obohatí a mnohdy i překvapí. I mezi laiky jsou velké rozdíly, někteří jsou velmi informovaní. Mám moc ráda specializovaná školení a zaměstnání pro příslušníky policie. Pracovat s mnohými útvary je velmi inspirující a posouvá vás to neustále dopředu.

**Ve volném čase se podílíte na spoustě aktivit – publikujete, přednášíte, doděláváte si vysokou školu, ale také spolupracujete s Českým červeným křížem, Vodní záchrannou službou i Policí ČR. Kde ještě berete sílu? Co vás na této práci baví?**

Mě prostě baví práce s lidmi. Ta sice někdy přináší problémové situace, ale většina zážitků je kladných, obohacujících a stimulačních. Lidé okolo mě mne nutí na sobě pracovat a neustrnout. Velikou odměnou je vidět, kam se někteří z nich posunuli, nebo je mi také odměnou, když se za mnou někdo vrátí a přinese zprávu, že někomu pomohl a že si vzpomněl na to, co se ode mě naučil. Když vidím, jak ti lidé rostou, padají z nich obavy a pokračují dál, je to velká radost. Český červený kříž a s ním související aktivi-

ty jsou pro mě srdeční záležitosti, však také délka mého členství už dosahuje dvou desítek let. Neobešla bych se bez podpory a pomoci lidí okolo mě, ať už doma od přítele, rodiny, v zaměstnání, na škole (Trenčianská univerzita Alexandra Dubčeka), od spolužáků, vyučujících a od paní doktorky Kamily Jurdíkové, která je mi oporou při psaní diplomové práce.

**Jste neskutečně aktivní člověk. Jak relaxujete?**

Ono to tak možná nevypadá, ale občas si ráda zalenuji. Ráda si přečtu dobrou knížku, podívám se na dobrý film, odpočívám si při ručních pracích – pletení, háčkování, dřívě jsem hodně vyšívala. Odpočívám i aktivně. Nutí mě k tomu naši psi a procházky s nimi. Mezi moje koníčky patří myslivost, kde jsem potkala partu skvělých lidí. Navíc kde si lépe odpočinout než v přírodě (třeba při brigádě)? Energií čerpám i na dračích lodích, dnes už jezdím „jen“ s policejní posádkou (dříve jsem jezdila Český pohár), ale každou vyjížďku či závod si náležitě užívám. Snažím se jezdit na kole a koloběžce, plavat.



Z mise v Bosně. | Foto: Radek Prygl

**Myslíte, že se nějak změní váš profesní život či náhled na něj, když víte, že jste „dvojnásobnou“ Sestrou roku?**

Předpokládám, že se můj profesní život nijak významně nezmě-

ní. Získat dvojnásobné vítězství je ale na druhou stranu velmi zavazující – myslím tím nezklamat jak kolegy profesionály, tak pacienty a jejich blízké.

(kha)

Inzerce M151000141

PROKAZATELNĚ ÚČINNÁ  
**PREVENCE**  
DEKUBITŮ

- ✓ **Jediné krytí** podpořené výsledky dvou randomizovaných studií<sup>1,2</sup>
- ✓ **Signifikantní snížení** výskytu dekubitů<sup>3,4,5</sup>
- ✓ **Výrazná úspora nákladů**<sup>4,6</sup>
- ✓ **Působí proti 4 hlavním příčinám vzniku dekubitů**<sup>7,8,9</sup>



Reference: 1. Kalovec P. et al. Use of a soft silicone, self-adherent, bordered foam dressing to reduce pressure ulcer formation in high risk patients: a randomized clinical trial. Poster presentation at Symposium on Advanced Wound Care Fall, Baltimore, Maryland, United States of America, 2012. 2. Santamaria N. et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of soft silicone multi-layered foam dressings in the prevention of sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: the border trial. International Wound Journal 2013; doi: 10.1177/1570133.2013.11.011. 3. Brindley C. J. and Wiegman J. A. Prophylactic dressing application to reduce pressure ulcer formation in cardiac surgery patients. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing 2012; 29(2):133-142. 4. Cherry C. and Midwinter P. The Pressure Ulcer Prevention Care Bundle – a collaborative approach to preventing hospital-acquired pressure ulcers. Poster presentation at Magnet Research Day, Atlanta, United States of America, 2010. 5. Chalklen N. Reduction of sacral pressure ulcers in the intensive care unit using a silicone bordered foam dressing. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing 2012; 29(2):143-145. 6. Padula W. et al. Improving the Quality of Pressure Ulcer Care With Prevention: A Cost-Effectiveness Analysis. Medical Care 2011; 49(4):7. Call, E. Pederson, J. Bill, B. Craig Oberg PhD, Martin Regusson PhD, Wouda, 2013; 25(4):94-103. 8. Call, E. Pederson, J. Bill, B. In vivo comparison of the prophylactic properties of two leading commercially available wound dressings. Poster presentation at Symposium on Advanced Wound Care Fall, Baltimore, Maryland, United States of America, 2012. 9. Call, E. Black, J., Clark M., Jones P., Brindley T., Dealey C. Santa Maria, N. International Panel Studies: Creation of Guidance on Dressing Use in Prevention of Pressure Ulcers poster presentation SAWC spring 2012.

www.molnlycke.cz

Mölnlycke Health Care s.r.o., Hájkova 22, 130 00 Praha 3, tel. +420 221 890 517

Mepilex® Border Sacrum

Safetac

MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE

CONVULSIONS



# Moudrost je třeba sbírat, ale i používat

Sestrou roku 2014 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání se stala **Mgr. Jindra Kracíková**. Profesně je celoživotně spjatá s nefrologií a hemodialýzou, k níž doslova prokopávala cestu i tím, že stála u zrodu nefrologické sekce ČAS a dosud této sekci předsedá.

**P**ři i jen stručné rekapitulaci, kolik práce v praktické činnosti jako staniční sestra i na poli vzdělávání a organizace tento „člověk pro lidi“ odvedl, nelze pochybovat, že se cena dostala do správných rukou. Pro své kolegyně i pro žáky byla a je nejen odborným, ale i lidským vzorem.

**Jste externím mentorem na Vysoké škole zdravotnické, i sestry v praxi jste učila desítky let. Opouští vás tohle učitelství „oko“ jako pacienta? Čeho si pak na sestřích nejvíc všimáte?**

Já se na sestry dívám asi především z hlediska zkušeností těch desítek let, kdy jsem byla staniční ať už v Nemocnici Na Homolce, v Ústřední vojenské nemocnici nebo na Strahově. A čeho bych si na sestřích nejdříve všimla jako pacient? Rozhodně jejich způsobu komunikace, protože to je první kontakt, kdy se sestra vůči pacientovi nějakým způsobem projeví. Poznáte, zda je přátelská, nebo jestli se chová třeba „důležitě“ pod anonymitou role a uniformy. Samozřejmě si ale všimám i toho, jak sestra provádí zdravotnické úkony. Když jsem onemocněla klíšťovou encefalitidou, ležela jsem tři týdny v nemocnici. Pečovaly o mě převážně vynikající sestry, některé o chlup horší, ale jedna byla dost nepřijemná. Přiznám se, že tu jsem si neodpustila tak trochu „srovnat“.

**Změnilo se během dlouhých let vaší praxe něco zásadního v postavení sester a pohled na ně? Se zavedením nového zákona číslo 96 „o nelékařích“ se v roce 2004 začalo studovat kvalifikační studium pro všeobecné sestry na bakalářských programech a přetrvává i studium na vyšších odborných školách. Já osobně se domnívám, že postavení sester se opravdu změnilo a možná změnu vnímá i laická veřejnost. Mrzí mě ale, že v souvislosti s vysokoškolským vzděláním sester ještě na některých zdravotnických pracovištích přetrvává určitá rivalita a nepochopení. Sestry, které se vzdělávaly na čtyřletých školách s maturitou, získaly kvalifikační studium podle tehdejší platné legislativy a jsou plně kvalifikované. Nyní vychází kvalifikované sestry z vyšších odborných škol nebo po ukončení bakalářského programu vysokých škol, ale i ony musí začít na pracovišti také „od píky“ a v praxi jsou na tom v tuto chvíli v podstatě stejně jako sestry, které se vzdělávaly podle staršího systému. Jednoznačně to vyjádřila na nedávné konferenci doktorka Marie Zvoníčková z Ústavu ošetrovatelství 3. lékařské fakulty. Řekla, že základní ošetrovatelská péče, ačkoli je vnímána jako méně odborná, patří k základní činnosti sestry, tedy i sestry bakalářky. Můj osobní názor je, že zkušená sestra „jen s maturitou“ může být a je v mnohém příkladem sestře bakalářce, která právě vstupuje do svého prvního zaměstnání. Naopak sestry bakalářky čeká dlouhá profesní dráha a možnost využít vysokoškolské vzdělání. Je to hlavně o spolupráci, úctě a respektu ke spolupracovníkům.**

**Poznáte mezi sestrami kandidátky na syndrom vyhoření? Co se s tím dá dělat?**

Ono se říká, že kdo není zapálený, nemůže vyhořet, ale někdy to prá-

vě začíná vysokým nasazením, které ovšem celá dlouhá léta práce ve zdravotnictví neustojíte. Měla jsem kolegyni, u které už se projevovaly příznaky vyhoření. Chtěla jsem jí ubrat práci, ale ona se tomu bránila, nechtěla, ona přece vše zvládne. Pak to skončilo dlouhodobou neschopenkou. Obrana proti „vyhoření“ je součástí vzdělávání. I v nefrologické sekci při vzdělávání sester spolupracujeme s psychology a právě oni mohou hodně pomoci.

**Vy sama jste ale – i vysoce nad rámec vlastní činnosti – pro obor vždy dělala a děláte i něco dalšího, že?**

Ano, po léta jsem předsedkyní nefrologické sekce ČAS. Jen pro představu objemu té práce: za dvacet let jsem se z velké části podílela na realizaci téměř stovky akcí pro sestry. Zmínila bych akce pro vedoucí sestry dialyzačních středisek z celé republiky. Po patnáct let jsme se setkávaly v Rožnově pod Radhoštěm a řešily řadu nejrůznějších témat. Mimo jiné i vzdělávání pro náš obor, zmíněný „burn-out syndrom“, management mimořádných událostí a mnoho dalších. Nezanedbávaly jsme ani relaxační stránku těchto setkání a výměnu zkušeností při neformálních diskusích. Bylo to cenné zejména pro vedoucí sestry v nově vznikajících centrech, protože právě v porevolučních letech byl enormní nárůst dialyzačních center. Na těchto setkáních vznikala i dlouholetá kamarádství mezi sestrami napříč republikou. Ta setkání už jsou ale minulostí. V současnosti pro nás nefrologické sestry, kromě jiného, připravujeme s kolegyněmi nejvýznamnější akci v tomto roce.

Je to XV. multidisciplinární nefrologický kongres. Nyní už jubilejně popatnácté se setkáme na kongresu, kde zazní novinky z oboru, připomeneme si, jak důležitá je kvalita a bezpečnost v péči o pacienta s onemocněním ledvin.

**S pacienty na dialýze bývá zdravotník v kontaktu i léta a navíc často. Jistě tam vznikají i vzájemné sympatie a antipatie. Co s těmi antipatiemi?**

Také se mi to někdy stalo, ale je nutné nedat to pacientovi na sobě znát a myslím si, že se mi to dařilo. Určitou výhodou je, že na dialýze víte s předstihem, kdy který stálý pacient přijde, takže jde dopředu zařídit, abyste se navzájem vyhnuli.

**A co naopak – navázala jste s pacienty i nějaká přátelství?**

Samozřejmě, vždyt s těmi lidmi jste v kontaktu několikrát týdně i desítky let. Ale já jsem na svém prvním pracovišti potkala i svého budoucího manžela. Nebyl to pacient, pracoval tam při vysokoškolském studiu brigádně jako technik. Jmenoval se Jiří Kracík, v roce 1975 jsme se vzali, takže teď jsme spolu čtyřicet let. Máme dvě už dávno dospělé děti, třicátníky. Jsem moc ráda, že jsme je spolu dokázali vychovat, snad se nám to podařilo i docela dobře.

**Kdyby některé z vašich dětí opět stálo na začátku životní kariéry a radilo se s vámi, jestli má jít na zdravotnickou školu, poslala byste ho tam?**

Já bych si to tak trochu i přála. Nevnucovala bych to, ale určitě bych jim zdravotnické vzdělání doporučila. A také jako rodič vidím, že



Foto: Mladá fronta

je práce ve zdravotnictví stále potřebná, a dává tedy dlouhodobou perspektivu k uplatnění, což je pro dnešní dobu významná deviza.

**Není náhodou, že právě vy jste jednou ze Sester roku. Co vás na vaší práci tak baví a fascinuje, že jste své obrovské nasazení tolik let vydržela a lásku k „sesterství“ ještě stále předáváte dál?**

Práce s lidmi, s pacienty, se sestrami, se zdravotníky vůbec. Od maminky mého muže jsem před lety, k ukončení studia, dostala takové zvláštní blahopřání. Stojí na něm: „Člověk by neměl moudrost jen sbírat, ale i ji používat v praxi.“ Doufám, že svá nasbíraná „moudra“ dokážu ještě předávat studentům i členkám nefrologické sekce ČAS. Povolání sestry mi dalo spoustu příležitostí, abych potkala úžasně kolegyně a kolegy i mnoho dalších výborných lidí. Náhled na život mi dali zejména pacienti, denní setkávání s nimi, starost a péče o nemocné, kteří vás nutně potřebují. Tahle práce má smysl.

**S jakými pocity jste přijala titul Sestra roku?**

Pro mě je toto ocenění velká čest a radost, že si mé práce někdo všiml a že nejspíš pozitivně ovlivnila jak některé sestry, se kterými jsem pracovala, tak i ty v širším okolí. Já už jsem ve svém věku jednou, možná i oběma nohama v důchodu, a ocenění je svým způsobem úžasným završením mé práce.

Jana Jilková

**Nabídka práce pro zdravotní sestry, lékaře, fyzioterapeuty, záchranáře, zdravotnické laboranty a další zdravotnické profese**

**Chcete získat mezinárodní zkušenost a během krátké doby se finančně zabezpečit?**

Navštivte [www.g5plus.com](http://www.g5plus.com) nebo volejte bezplatnou infolinku **800 88 88 96**.

**G5+**

Mezinárodní kariéra  
ve zdravotnictví

**„Vy pečujete o druhé, my pečujeme o Vás“.**



# Sestřička Sokolík

Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství bylo uděleno paní **Daně Pilátové**. Její aktivity jsou nepřeborné, nemocnice, interna, práce s lidmi jsou její srdeční záležitostí. Povoláním v pravém slova smyslu je pro ni práce sestry již takřka padesát let. Pracuje ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

**D**ana Pilátová je člověk, který učí kolegy, nemocné i jejich příbuzné obyčejnému lidství, a to je opravdu velmi potřebný předmět.

**Po léta jste na příjmu pacientů interních klinik vaší nemocnice. Co všechno na něm musí sestra zajišťovat?**

Obecně musí být k ruce lékaři poté, co on převezme pacienta. Sestra pro lékaře všechno připraví, pacienti například změří krevní tlak, teplotu, saturaci kyslíku v krvi, zajistí vyšetření EKG, podle potřeby přebírá administrativu. Nápor práce na ni bývá ohromný, protože pacientů na centrálním příjmu bývá velmi mnoho, během dvaceti čtyř hodin jsme tu nedávno měli 101 lidí. Příjímácích boxů je na centrálním příjmu



celkem šest, z toho jeden je večer a v noci vyčleněn pro pohotovost.

**Pozorujete za dobu své práce ve zdravotnictví výraznou proměnu chování pacientů k vám?**

Víte, já si chování pacientů zpravidla přizpůsobím „k obrazu svému“, všeobecnou skepsi v tomto směru nesdílím. Co mě trápí mnohem víc, je někdy jejich situace, když doslova nevíme, kam s nimi. Na internu se dostává mnoho starých lidí, ale snižuje se počet lůžek a čas-to chybí následná péče. To je kruté.

**Jakou vlastnost musí mít holka nebo kluk, kteří začínají pracovat ve zdravotnictví, aby skutečně obstáli?**

Nemohou svou práci brát jen jako zaměstnání, musí to mít v duši. To je podle mě to nejdůležitější.

**Vaše kolegyně o vás tvrdí, že i s často hodně „vynervovanými“ pacienty dokážete svým humorem a pozitivním přístupem i stížnost proměnit v poděkování. Jde se tohle nějak naučit?**

Naučit se to asi nejde. To musí být v té sestře. Pokud v sobě nemá lásku k lidem, nemůže práci s nemocnými a navíc velmi vystresovanými lidmi dlouhodobě vydržet. Já jsem měla vynikajícího přednostu, úplně prvního, k němuž jsem nastoupila. Byl to profesor Syllaba. Ten nás hned na začátku naučil jednu důležitou zásadu: přestoupíte práh kliniky, ať už dovnitř nebo ven, a zavřete dveře skutečně i pomyslně. Nikdy jsem do práce nebrala rodinné problémy a do-



Foto: 3x Mladá fronta

ma jsem nedávala najevo problémy z práce.

**A jak je to s tím humorem?**

Tak třeba když tu jsou starší pacienti, tak jim říkám, co kňouráte, vždyť je vám dvacet pryč. Oni na to že ne, dvacet už jim přeče dávno bylo. A já povídám, dvacet pryč vám je, to nelžete. Většinou pochopí a navážou, dejme tomu že už jim bylo dvacet pět. A já na to, no tak to pardón - a už je mám! Víte, když začnete s tím, vás to bolí, vydrzte, pan doktor přijde a bude dobře - tak to těm lidem nepomůžete. Pacientky jsou u mě děvenky a mužští sokolíci. Taky mi jeden řekl, že on není Sokolík, ale Vrána. Ale stejně byl pro, abych ho oslovovala „sokolíku“. Ten Sokolík mi zůstal i jako přezdívka. Hrozně moc mě zahřeje, když kluci ze záchranky vezou pacienta, který tu už byl, a on se ptá, jestli je dnes na příjmu sestřička Sokolík.

**Příjem nemocnice zejména v noci bohužel často nahra-**

**zuje záchytku. Jak si poradíte s opilci?**

S některými „společensky unavenými“ vyjdete, ale jsou typy, které nezvládnete. K těm na pomoc voláme městskou policii. Často ale i přes noc zůstanou u nás, protože na záchytce není volné místo. Dostávají se k nám ale i narkomani a narůstá i počet bezdomovců, často ve velmi zuboženém stavu. I těm pomáháme.

**Už před takřka deseti lety jste mohla odejít do penze. Sloužíte ale stále dál, většinou noční směny. Proč se už nevěnujete jen rodině a koníčkům?**

Mě by vůbec nenapadlo odejít. Při mém povolání musíte mít v pořádku zdraví, hlavu, ruce a nohy. Když jedno vypoví, nejde to dál. Mně to všechno zatím slouží. A ještě něco - i kdybych mohla znovu stát na začátku, znovu volit povolání, ale už s vědomím, do čeho jdu, tohle moje povolání bych za nic nevyměnila. Je na celý život a miluji ho takové, jaké je.

Jana Jílková

Inzerce M151000314



NANO MEDI  
**LOANA**



**Loana a Lonaris** je výrobní značkou kompresivních produktů s nejdelší tradicí na českém a slovenském trhu. Jsme také výrobcem ponožkového sortimentu se speciální úpravou, například proti klíšťatům nebo s vůní včetně antibakteriální úpravy se stříbrem. Obchodní zastoupení nám zajišťuje firma **Pobtex s.r.o.**



www.pobtex.cz  
www.loana.cz



# V odborné porotě soutěže Sestra roku 2014 zasedli

- Prezidentka České asociace sester **PhDr. Martina Šochmanová, MBA** (předsedkyně)
- Náměstek ministra zdravotnictví ČR **MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA**
- Prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR **Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA**
- Auditorka FN Motol a vítězka loňského ročníku soutěže Sestra roku v kategorii Management a vzdělávání **Bc. Eva Kučková**
- Ředitel FN Motol Praha **JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA**
- **MUDr. Ondřej Měšťák** z Kliniky plastické chirurgie 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce
- Ředitelka Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů **Mgr. Jana Mikulková**
- Ředitelka odboru marketingu společnosti AGEL **Maya Novackova**
- Manažerka korporátní komunikace společnosti Hartmann-RICO, a. s., **Sylwia Říhošková**
- Prezidentka Asociace PALMA **PhDr. Eva Procházková**
- Hlavní sestra Ministerstva zdravotnictví ČR **Mgr. Alena Šmídová**
- Předseda Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků **Bc. Tomáš Válek, DiS.**
- Šéfredaktorka časopisu Zdravotnictví a medicína **Mgr. Markéta Mikšová**

## Nejraději bych je naklonoval

Několik otázek, a to nejen o Sestře roku, jsme po vyhlášení výsledků soutěže položili také řediteli Fakultní nemocnice v Motole **JUDr. Ing. Miroslavu Ludvíkovi, MBA**.

**Vy jste úspěšně absolvoval tři vysokoškolská studia. Pro ředitele velké nemocnice je určitě výhodou mít tak široké vzdělání. Je i pro sestry nutné mít vysokou školu, v jejich případě zdravotnickou?**

Před dvěma třemi lety bych vám okamžitě odpověděl, že ano. Dnes si tím už úplně jistý nejsem. Pokud nedojde k reformě, díky níž se jim adekvátně přidají i kompetence, čili že se část lékařské péče přesune na sesterskou, což je běžný případ například v USA, nemá to smysl. U nás i v souvislosti s dosažením vysokoškolského vzdělání sester ubý-

vá, s vysokoškolským diplomem už některé nechtějí dělat sestry.

**Co byste vy očekával od sestry, kdybyste se ocitl v roli pacienta?**

Já jsem se v té roli ocitl, ležel jsem v motolské nemocnici loni na jaře. Sestry na mě byly moc hodné, dokonce za mnou šly až do sprchy, aby mi umyly záda.

**To máte u vás v nemocnici takovou protekci?**

To ne, ale já jsem měl rozbité rameno, tak sestry správně usoudily, že si ta záda sám umýt nemohu.

**Takže sestry to u vás mají dobré. Kdybyste měl kouzelný proutek a s jeho pomocí pro sestřičky něco vyčaroval, co by to bylo?**

Já bych naše sestry naklonoval, aspoň většinu z nich.

**Stává se, že si pacienti po hospitalizaci vzpomenu a dají i vám vědět, že o ně sestřičky moc dobře pečovaly?**

Ano, dostávám děkovné dopisy a e-maily i za práci sester. Jako ředitel nemocnice jsem na naše sestry právem pyšný, každý den se snaží o poctivou a smysluplnou práci.

**Má pro ně podle vašeho názoru významný přínos soutěž, jako je Sestra roku?**

Samozřejmě, protože je to ocenění jejich práce, je to pochvala a té je hodně zapotřebí. Tohle je navíc pochvala z těch nejvyšších míst, a protože soutěž Sestra roku proběhla férově a opravdu hodnotí sestry podle toho, jaké jsou. Nemí podle vzhledu, ale podle schopností. I když... vypadaly všechny taky moc dobře. Jako porotce jsem měl dost těžkou práci z finalistek vybrat jen některé, protože vynikající byly všechny. Sestra roku je podle mě ocenění, které začíná mít opravdu výborný zvuk a kvalitu.

## Sestra roku naši práci zviditelňuje

Jedním z porotců závěrečného kola soutěže byla **Bc. Eva Kučková**, sestra, která po desítkách let práce na III. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol nyní působí v motolské nemocnici jako auditorka v odboru vnitřního auditu a kontroly. Vloni byla Sestrou roku v kategorii „Sestra v managementu a vzdělávání“.

**Co se kolem vás dělo po soutěži, jaké byly reakce okolí na vaše vítězství?**

Především bych asi měla přiznat, že se mi soutěžit vůbec nechtělo, ale nakonec jsem byla ráda, že mě hlavní sestra Fakultní nemocnice v Motole do Sestry roku nominovala, protože soutěž proběhla moc pěkně. A reakce na mé umístění? I ty byly velice hezké. Lidé kolem mě to brali velmi pozitivně a nenarazila jsem na nikoho, kdo by mi třeba nějak naznačil, že jsem si to vítězství nezasloužila. Naopak, všichni mi to přáli. Dozvyky snad ale měly i širší dopad, například po soutěži mi vyšel článek v *MotoleIn*, to je náš časopis pro pacienty, a i oni se dozvěděli, že někdo „zabodoval“ a proč. Soutěže, jako je tato, jsou pro sestry přínosem už tím, že se pro ně pořádají. Pomáhá to zvýšit prestiž našeho povolání a vystoupit sestrám z anonymity, v níž na pracovištích mnohdy bývají.

**Zdá se, že jsme národ stěžovatelů. I sestry se od pacientů poměrně často dočkají spíš negativních postojů než poděkování...**

Víte, já od roku 2010 pracuji v odboru kontroly, takže já jsem teď spíš ten obávaný člověk, který na



Foto: Mladá fronta

oddělení chodí sledovat, jestli je ošetrovatelská péče, jak má být. Ale donedávna náš odbor řešil i stížnosti pacientů. Společnost je bohužel dnes tak nastavená a dějí se v ní takové změny, že si lidé obecně stěžují stále víc. V nemocnicích se setkáváte s neochotou pacientů chvíli počkat, ačkoli nejde o nic akutního, vymíňují si, že různé postupy chtějí tak, jak si to přejí oni, ne jak stanovil lékař a ne jak to provede sestra. Stížnostmi na zdravotnický personál pacienti rozhodně nešetří, jiná věc je odůvodněnost těch stížností.

**Co byste přála českým sestram?** Přeji jim, aby měly možnost zvyšovat si kvalifikaci ve svých oborech, které je zajímají a v nichž pracují. Ale také bych jim přála, aby i finanční odměna za jejich práci byla na odpovídající úrovni. **Jana Jilková**



Foto: Michael Tomeš

Jana Jilková



# Sestra je rovnocenný partner

**MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.**, působí jako plastický chirurg na soukromé klinice Esthé, současně pracuje na Klinice plastické chirurgie 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce. Kromě estetické chirurgie se zabývá rekonstrukcemi prsů po onkologických onemocněních, rekonstrukcemi břišní stěny a výzkumem.

**Jako stážiista jste operoval na klinikách po celém světě od Nového Zélandu po Boston, kde jste pracoval v týmu doktora Pomahače. Pozorujete mezi sestřičkami tam a tady nějaký rozdíl?**

Práce sestry na operačním sále je na celém světě dost podobná, musí perfektně znát příslušnou operaci, připravit nástroje a být v dokonalé souhře se všemi členy operačního týmu. Ve Spojených státech amerických mě zaujalo, že sestry měly práci přesně rozdělenou do intervalů, přesně v určitou hodinu skončily a na sále je vystřídaly jiné. Měly striktně určeno, kdy skončí práci a vystřídá je jiná kolegyňe.

**Vloni jste byl na dobrovolnické misi v jordánské nemocnici, kde jste pomáhal zraněným ze Sýrie. Zaujalo vás tam něco v souvislosti se sestrami?**

Především asi to, že na sále všechnu práci, kterou u nás obvykle dělají, tam vykonávají muži. Jordánsko je muslimská země, ženy jsou většinou doma a pečují o rodinu. V nemocnicích, tedy alespoň jako zdravotníci na sále, jsem je nevidal. Na odděleních možná byly.

**Zato na klinice Esthé jsem viděla samé krásné sestřičky, vy na ně děláte casting?**

Tak to tedy ne! Ale je pravda, že i sestry obecně jsou poměrně častými klienty kosmetické chirur-

gie, zejména přicházejí na mini-invazivní zákroky.

**Vášim učitelem na odborném poli byl jistě i váš otec, doцент Jan Měšťák. Dal vám do života i nějakou radu ohledně sester?**

Žádnou takovou radu mi nedal, ale stejně jako on se snažím s lidmi i mezi lidmi vytvářet pozitivní vztahy. Je to důležité i proto, že doba je hodně úspěšná a naše práce je velmi psychicky náročná, lidé jsou často hodně vystresováni. Mít dobrý kontakt se sestrami, hezky s nimi vycházet, to je stejně přirozené, jako je přirozené mít dobrý kontakt s lidmi v okolí, ať už na pracovišti nebo i v osobním životě. Se



Foto: Mladá fronta

sestrami vycházím dobře i proto, že je respektuji. Už na fakultě nás učili, že sestra je velmi důležitá pro zdravotní péči a je to člověk, který se na oddělení s pacientem setkává mnohem víc než lékař. Beru je jako rovnocenné partnery a respekt a úcta k nim je jednou z nejdůležitějších věcí, co lze pro takový vztah udělat. Nesnáším, když se sestrami někdo jedná s despektem, proto-

že má mylný pocit, že jejich práce není tak důležitá jako jeho.

**Vám je zřejmě vlastní hodné úcty a pokory...**

Nepřehánějte. Jeden můj kolega a kamarád na takové poklony říká, že v mládí byl namyšlený, ale teď že už je úplně bez chyby. Někdy si na to vzpomenu a přijde mi to dost vtipné.

Jana Jílková

KOMERČNÍ PREZENTACE

## AGEL slaví 25. výročí svého vzniku

Již 25 let od svého založení si v letošním roce připomíná společnost AGEL, která je v současnosti největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední a východní Evropě.

Růst skupiny AGEL na současných pět desítek subjektů v České republice a na Slovensku byl postupný, avšak stabilně se vyvíjející. Společnost již několik let po sobě generuje pozitivní hospodářský výsledek a intenzivně investuje do modernizace a nových technologií. Celkově skupina AGEL proinvestovala ve svých zdravotnických zařízeních za posledních pět let přes 3 miliardy korun. „Každý rok můžeme být svědky realizací významných investic. Například v loňském roce byly v Nemocnici Nový Jičín přebudovány operační sály a oddělení ARO na jedno z nejmodernějších pracovišť v Evropě. Investice si vyžádala více než 200

milionů korun,“ popsal předseda představenstva společnosti AGEL MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH. S téměř 9 tisíci zaměstnanci je v současnosti skupina AGEL rovněž vyhledávaným zaměstnavatelem, který nabízí svým pracovníkům odborný růst a prostředí pro kvalitní a odbornou profesionální péči. Všechna zdravotnická zařízení skupiny disponují akreditovanými pracovišti pro vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. „Díky těmto pracovištím jsme schopni mladým lékařům nabídnout absolvování základního kmene lékařských oborů, ale i vlastní specializační cvičení,“ uvedl MUDr. Dudra.

### Významná prvenství

Zdravotnická zařízení skupiny AGEL poskytují špičkové služby a disponují nejmodernějším přístrojovým vybavením. Status centra vysoce specializované péče nese a do speciální sítě Ministerstva zdravotnictví ČR se řadí například Komplexní onkologické centrum Nemocnice Nový Jičín, Iktové centrum Vítkovické nemocnice v Ostravě či Komplexní kardiologické centrum Nemocnice Podlesí v Třinci. Díky špičkovým léčebným výsledkům a komplexnosti poskytované péče zaznamenává AGEL neustále rostoucí zájem nejen tuzemských, ale také zahraničních pacientů.



AGEL se může pyšnit také mnoha prvenstvími na poli medicíny. Jako první v České republice například implantovali lékaři Nemocnice Podlesí zcela novou generaci náhrady srdeční chlopně metodou TAVI. Unikátní teleskopický hřeb, který poprvé v Česku použili v Nemocnici Přerov, zcela změnil život malému děvčátku, které trpí extrémní lámavostí kostí. Jediněný zákrok dal dívce naději, že se po dlouhé rehabilitaci poprvé postaví na vlastní nohy. Další český primát drží Nemocnice Prostějov, kde odborníci jako první v republice provedli v roce 2013 operaci tříselné kýly metodou ON-STEP. Toto je jen malý výčet jedinečných zákroků, které naši odborníci realizují.

Spektrum společností ve skupině AGEL doplňuje NADACE AGEL, která podporuje fyzické osoby

i sdružení, jež se ocitnou v těžké životní situaci.

### Kroky do budoucna

Zájmem skupiny AGEL v nadcházejících letech je sehrávat významnou roli také v oblastech vědy, výzkumu a inovací. Trendy v oblasti medicíny ukazují na nutnost flexibilní aplikace výsledků klinického výzkumu a nejnovějších poznatků v diagnostice a léčbě nemocí. „AGEL může přispívat k rozvoji medicíny v České republice díky potenciálu svých zaměstnanců, ale také díky svým technologickým možnostem,“ uzavírá MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH.



1990 25LET 2015





# Sestra roku 2014



Ceny vyrobila Nižborská sklárna RÜCKL CRYSTAL, a. s.



Finalistky Jitka Fikarová, Dana Pilátová, Marie Jurošková, Jindra Kracíková, Jana Průchová, Helena Křížková a Alena Dudová s šéfredaktorkou Markétou Mikšovou (uprostřed)



Zleva: náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Tom Philipp, výherkyně Jindra Kracíková, Dana Pilátová, Jitka Fikarová a generální ředitel MF Ing. David Hurta



Řetízek s diamantem pro vítězky soutěže



Doc. Leoš Heger, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR Ing. Jiří Horecký a ředitel ZP MV Ing. Jaromír Gajdáček



Ředitelka VFN Praha Mgr. Dana Jurásková



Ministryně práce a sociálních věcí Mgr. Michaela Marksová



Ředitelka odboru marketingu společnosti AGEL Maya Novackova



# HydroTerapie

Účinné hojení ran ve dvou jednoduchých krocích

Pokrývá všechny fáze hojení ran

1.  
KROK

HydroClean® (dříve jako TenderWet)

Savý polštářek aktivovaný Ringerovým roztokem

čisticí fáze

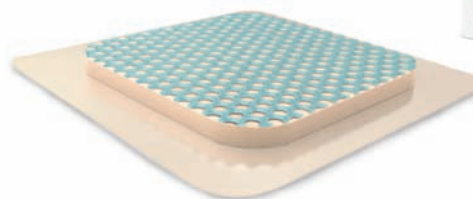


2.  
KROK

HydroTac®

Kombinace polyuretanové pěny s gelem vytvoří ideální prostředí pro úplné zahojení rány

granulační a epitalizační fáze



Více informací najdete na [www.lecbarany.cz/hydroterapie](http://www.lecbarany.cz/hydroterapie)  
Nebo volejte infolinku 800 100 333

HydroTherapy  
Efficacy. And Simplicity.







Kamila Nývltová, sestra mého srdce Jitka Fikarová a Václav Noid Bárta



Předseda ČLS JEP prof. Štěpán Svačina



Mgr. Alena Šmídová s doprovodem, vlevo ředitel divize Medical services MF Karel Novotný



K tanci a poslechu hrála skupina April.



Hostesky měly plné ruce práce.



Předseda POUZP Bc. Tomáš Válek a prezidentka ČAS PhDr. Martina Šochmanová



Ing. Miloslav Ludvík, ředitel divize Euro E15 Tomáš Skřivánek a MUDr. Eva Gottsteinová



Rektorka VŠ zdravotnické Praha 5 doc. Jitka Němcová



Na hosty čekalo bohaté pohoštění.

Inzerce M151000314



NANO MEDI  
**LOANA**



**Loana a Lonaris** je výrobní značkou kompresivních produktu s nejdelší tradicí na českém a slovenském trhu. Jsme také výrobcem ponožkového sortimentu se speciální úpravou, například proti klíšťatům nebo s vůní včetně antibakteriální úpravy se stříbrem. Obchodní zastoupení nám zajišťuje firma **Pobtex s.r.o.**



[www.pobtex.cz](http://www.pobtex.cz)  
[www.loana.cz](http://www.loana.cz)





Bc. Tomáš Válek a ředitel společnosti G5 Plus Dr. Martin Vrba



Plastický chirurg MUDr. Ondřej Měšťák



Profesor Pavel Pafko



Ředitel Strategického rozvoje Hartmann-RICO, a. s., Ing. Stanislav Jančík a manažerka korporátní komunikace Sylwia Řihošková



Manažerka externí komunikace ČNRDD Vladimíra Štěpánková a vedoucí Dárcovského centra v Plzni Eva Bystřická



Děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo s chotí MUDr. Lilianou Šedovou



Prezidentka Asociace PALMA PhDr. Eva Procházková



Předseda představenstva společnosti Hartmann-RICO, a. s., Ing. Ľubomír Páleník a Ing. Jiří Horecký

# roku Sestra 14

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

## Děkujeme partnerům soutěže!

Generální partner



O krok dál  
pro zdraví

Hlavní partneři



Science For A Better Life

Partneři galavečera



Mezinárodní kariéra ve zdravotnictví



Záštita



Garant



Těšíme se na spolupráci v dalším, již 16. ročníku soutěže!





## Vážené kolegyně, vážení kolegové,

ve své praxi jste jistě mnozí občas konfrontováni s různými mýty a mylnými přesvědčeními, které hýbou laickou veřejností, v daném čase jsou mediálně atraktivní neboli „in“, a přitom mohou negativně ovlivňovat zdraví a úsudek pacientů. Jedním z takových populárních témat je přesvěd-

čení, že populace je doslova promořena parazity, kteří jsou příčinou všemožných zdravotních neduhů vedoucích k chronickým onemocněním včetně rakoviny. Ačkoli odborníci – infektologové a parazitologové – tento názor vyvracejí, mnozí pacienti raději věří léčitelům a terapeu-

tům s nemedicínským vzděláním, kteří „dokážou“ příslušné parazity pomocí záračných přístrojů v těle detekovat a pomocí alternativních postupů je pak z organismu odstranit. I z tohoto důvodu jsme do aktuálního čísla zařadili článek MUDr. Markéty Geleneky Toxoplasmóza aneb máme se bát parazitů? Dočtete se také o infekcích vyvolaných virem *varicella zoster*, proble-

matice syfilisu u HIV-pozitivních pacientů a šíření „nových“ infekčních chorob v Evropě. Dále jsme pro vás připravili zpravodajství z několika odborných akcí – dozvíte se o novinkách v oblasti pediatrické endokriologie, léčbě lymfomů a chronické lymfocytární leukemie či zavádění léčebného konopí do praxe.

MUDr. Andrea Skálová

# Infekce vyvolané virem **varicella zoster**

Onemocnění planými neštovicemi je nejčastějším infekčním onemocněním v České republice. Přestože se vyskytuje v naprosté většině v dětském věku, může onemocnět i dospělý. Očkování proti planým neštovicím nepatří do pravidelného očkovacího kalendáře. Rodiče se nezdědí, zda je lépe nechat děti, popřípadě sebe očkovat, nebo zda nechat proběhnout plané neštovice přirozenou cestou. Autorka článku se pokusí tuto problematiku rozebrat a odpovědět na otázky pro i proti.

## Etiologie a epidemiologie

*Varicella zoster* virus (VZV) patří do skupiny  $\alpha$ -herpetických virů, které jsou vybaveny ikosaedrální symetrickou a lineární dvouvláknovou DNA. Při primoinfekci dochází ke vzniku planých neštovic (*varicella*) se sérokonverzí. Typickou vlastností herpetických virů je jejich přežívání v organismu po primoinfekci. Platí to i pro VZV. Po odeznění onemocnění zůstává virus celoživotně v organismu člověka a může se reaktivovat, a to i opa-

kovaně, v podobě pásového oparu (*herpes zoster*).

Plané neštovice jsou nejčastěji hlášeným infekčním onemocněním na území České republiky. V roce 2014 bylo hlášeno 51 617 případů. Onemocnění se šíří vzdušnou cestou, a to i na větší vzdálenost, kontakt tedy nemusí být úplně úzký. Nejčastější výskyt je mezi dětmi školního a předškolního věku, ale onemocnění se může objevit ve kterémkoli věku. Inkubační doba kolísá mezi 10–25 dny, s průměrem 15 dnů. Vi-

rus se šíří aerosolem z dýchacích cest již ke konci inkubační doby a dále v průběhu onemocnění, kdy je vylučován i z kožních lézí. Infekciozita trvá u nemocných s normální imunitní výbavou 3 dny po posledním výsevu varicellozních eflorescencí, u imunokompromitovaných osob může být delší. Nakažlivost při výskytu pásového oparu je mnohonásobně menší. Nicméně jsou popisovány případy nákazy, kdy při pásovém oparu je mnohonásobně menší. Nicméně jsou popisovány případy nákazy, kdy při pásovém oparu seniora onemocní vnouče planými neštovicemi.

## Patogeneze

Po vniknutí do organismu se VZV množí ve sliznici dýchacích cest a šíří se dále lymfatickými cestami, což vede k asymptomatické viremii zhruba 7 dní po naze. Virová replikace v mononukleárních buňkách vede k tvorbě intracelulárních inkluzí. Virus se dále šíří v lymfatickém a krevním řečišti, je pohlcován buňkami retikuloendotelového aparátu a replikuje se i v parenchymatózních orgánech. V době sekundární viremie, tj. v průměru 15 dní po

náze, kdy se dostává ve velkém množství do oběhu, se objeví kožní projevy. Jakmile jsou pomocí imunitního systému zvládnuty projevy infekce, virus není z organismu eliminován, ale přežívá v senzitivních gangliích, odkud může za pro něj příznivých okolností perineurálně migrovat a vést ke vzniku pásového oparu.

## Klinický obraz a diagnostika

Po uplynutí inkubační doby se na kůži objeví charakteristické eflorescence. Nejprve se objeví růžovočervená makula, která se mění v papulu, ta posléze v drobný puchýřek – vezikulu, jejíž obsah se kalí a vzniká pustula, jež zasychá do krusty. Kolem eflorescencí je patrný erytematózní lem. Nejcharakterističtější kožním projevem jsou puchýřky, pro něž se užívají také označení



## INFEKTOLOGIE



Ilustrační foto: Shutterstock

„kapka rosy“ nebo „sklenička“. Hustota vyrážky, která většinou silně svědí, kolísá od několika desítek eflorescencí až po stovky. Její výsev probíhá v několika vlnách, takže na kůži je přítomno vždy několik stadií. Vezikuly se tvoří 2.–3. den, krusty do 4.–5. dne. Běžně je exantém přítomen ve vlasaté části hlavy, na sliznici dutiny ústní, v zevním zvukovodu aj. Po odeznění vyrážky, která není komplikována sekundární impetiginizací, nevznikají na kůži jizvy. Onemocnění je pravidelně provázeno horečkou po dobu výsevu.

Pásový opar se vyskytuje především u osob s poruchou buněčné imunity. Může být postižena osoba jakéhokoli věku, která prodělala plané neštovice. U dětí a mladších lidí jde většinou o pacienty s onkologickým či onkohematologickým onemocněním, poruchami imunity jiné etiologie (např. HIV-pozitivní osoby). U starších osob může dojít k projevu pásového oparu i v důsledku přirozeného poklesu imunity. Pásový opar se vyskytuje v místě postiženého dermatomu zásobeného gangliem, ve kterém se virus aktivuje. Velmi často bývá v oblasti inervované interkostálními nervy (*herpes zoster thoracicus*), čili místem erupce je hrudní nebo bederní krajina, udává se až v 50 % výsevů, dále některou z větví trojklaného nervu v 10–15 % (*h. zoster ophthalmicus*) nebo i v oblasti 2. a 3. větve. Vzácněji je postiženo jádro lícního nervu, kdy dojde k jeho obrně (syndrom Rumsay-Huntův). Eflorescence jsou shodně s nálezy při varicelle, ale jejich trvání může být mnohem delší. Již před jejich erupcí se často objevují dysestezie a bolesti postižené oblasti, které potom výsev provázejí. Jde o akutní neuralgie.

Bolesti se však mohou objevit až po odeznění kožních změn. Jsou označovány jako postherpetické neuralgie, které pacienta mohou obtěžovat i řadu týdnů a měsíců po onemocnění. U osob s těžkou poruchou imunity může dojít až ke generalizaci pásového oparu. Erupce může mít až hemorragický či gangrenózní charakter s následnými jizvami.

Diagnostika onemocnění se provádí v naprosté většině z charakteristického klinického obrazu. Při diagnostických rozpacích je možno využít sérologického vyšetření pomocí testu ELISA, RIA, KFR, eventuálně přímé metody, tj. kultivaci viru na lidských embryonálních tkáních s využitím jeho cytopatického efektu, dále pomocí elektronové mikroskopie či polymerázové řetězové reakce (PCR).

### Komplikace

Onemocnění planými neštovicemi patří u zdravých osob mezi lehká onemocnění, i když subjektivní potíže mohou být v době výsevu nemalé a pro dospělé osoby není příjemné ani z estetického hlediska. Ohrožení tímto onemocněním jsou osoby z rizikových skupin. Nicméně i u lidí zdravých může být průběh spojen s těžkými komplikacemi, jejichž procento se zvyšuje v dospělém věku. Nejčastější komplikací je impetiginizace při sekundární bakteriální infekci, kdy může dojít i k rozšíření na poměrně velkou plochu. Zdrojem bývá nejčastěji stafylokok, který kontaminuje eflorescence při škrábání svědivé vyrážky. K závažným komplikacím patří intersticiální varicellozní pneumonie. Její průběh může být i život ohrožující. Vyšší riziko je u kuřáků, těhotných žen a imunosuprimovaných nemocných.

Prvními projevy jsou dušnost a pokles saturace kyslíkem. Poslechový nálezní je normální, rentgenový nálezní potvrdí diagnózu. Při onemocněním varicellou může dojít k postižení jater se zvýšenou hladinou transamináz. Vyskytuje se častěji u dospělých a jen vzácně je provázen ikterem kůže. V průběhu planých neštovic se může objevit trombocytopenie s projevy purpury na kůži, hematurie i krvácení do vyrážky. Postižení nervové soustavy může být manifestováno jako toxinfekční encefalopatie či encefaliditida. Ta zhruba v polovině případů postihuje mozeček. Průběh je většinou příznivý, jako její následek je však v některých případech uváděn vznik pozánětlivé epilepsie. Při výsevu planých neštovic může dojít též ke vzniku obávaného hepatocerebelárního syndromu (Reyův syndrom) u dětí.

Při onemocnění pásovým oparem může dojít také k impetiginizaci kožních projevů, dále vzniku zosterové encefaliditidy, vzácně myelitidy, popisován je zánět rohovky, duhovky či řasnatého tělesa při výsevu pásového oparu v oblasti první větve *n. trigeminus*.

Při diferenciální diagnostice planých neštovic je třeba odlišit generalizovaný *herpes zoster*, riketsiové neštovice, vezikulární exantém jiné etiologie vyvolaný například enteroviry či poxviry.

### Rizikové skupiny

Do rizikových skupin z hlediska infekce virem *varicella zoster* patří gravidní ženy, resp. existuje významné riziko pro plod a novorozence. Při nákaze v době gravidity může dojít ke kongenitální varicelle s možným postižením kůže, na niž dochází k tvorbě jizev. Dále se mohou objevit malformace končetin, postižení očí i centrálního nervového systému. Nákaza planými neštovicemi může vést i ke spontánnímu potratu či předčasnému porodu. K novorozenecké varicelle dojde v okamžiku, kdy gravidní žena onemocní těsně před porodem nebo krátce po něm. Kritická doba je 7 dní do porodu a 2 dny po něm. V době před porodem si matka nestačí vytvořit dostatečné množství protektivních protilátek, které by pasivně přešly na plod. Může tak dojít k rozvoji těžké novorozenecké varicely až s 30% úmrtností. Další rizikovou skupinou jsou osoby s významnými imunosupresemi, které mohou být v rámci jak vrozené, tak získané poruchy imunity, pacienti s onkolo-

gickými diagnózami, osoby léčené radioterapií či chemoterapií. U těchto pacientů může nastat i těžký průběh pásového oparu s hemorragickým výsevem či jeho generalizací.

### Léčba

Léčba nemocných nerizikových skupin je symptomatická. Spočívá v podávání antipyretik, antihistaminik, eventuálně dalších léčivých přípravků dle povahy potíží. Kontraindikováno je podávání salicylátů vzhledem k možnému výskytu Reyova syndromu. Co se týká lokální léčby, není třeba používat žádné přípravky. Pouze v případech, kdy exantém silně svědí, je možno použít jemné potření eflorescencí tekutým pudrem či vodným roztokem genciánové violeti. Spíše na škodu je však aplikace masivní vrstvy tekutého pudru, který oddaluje zasychání vyrážky. U pásového oparu nelze zapomenout na podávání analgetik, a to v závislosti na intenzitě potíží i po dobu několika týdnů až měsíců. Používána jsou běžná analgetika, ale u potíží vyšší intenzity jsou příznivé zkušenosti s přípravky obsahující gabapentin, někdy jsou nutné dokonce i opiáty.

U osob z rizikových skupin jsou plané neštovice i pásový opar indikací k léčbě virostatiky. V současnosti se v praxi využívá dobrého efektu acikloviru či valacikloviru (lze pouze u dospělých), účinný je též famciklovir, který lze použít rovněž jen pro dospělé nemocné. Při včasné zavedení léčby virostatiky u pásového oparu, tj. do 3 dnů po jeho erupci, lze očekávat jeho rychlejší hojení. Zmírnění zosterových neuralgií je popisováno při použití valacikloviru a famcikloviru, zvláště u osob nad 50 let věku.

### Význam očkování

Prevence je možná pomocí pasivní či aktivní imunizace. Pasivní imunizace spočívá v podání specifického imunoglobulinu vyrobeného z plasmy zdravých dárců s vysokou hladinou protilátek proti VZV. Je indikována u vnímavých osob v kontaktu s varicellou, u kterých je nebezpečí těžkého průběhu tohoto onemocnění. Jde o osoby s neoplastickými onemocněními, imunosuprimované jedince, gravidní ženy, novorozence ohrožené neonatální varicellou, děti s nízkou porodní hmotností nebo děti nedonošené. Přípravek je v režimu mimořádného dovozu. Aktivní imunizaci je mož-

no provést pomocí živé očkovací látky, která je na trhu již od roku 1984. Byla používána nejprve pro rizikové jedince, postupně byla zaváděna do širší praxe. Některé státy zavedly celoplošné očkování. V České republice je vakcína na trhu od roku 2002. Očkovat je možné od 9 měsíců věku. Očkování se provádí dvěma dávkami, u malých dětí v kombinované očkovací látce (spalničky, zarděnky, příušnice), nebo samostatně. Jde o živou očkovací látku, po které není u žen plánujících těhotenství doporučeno otěhotnět 3 měsíce po aplikaci. Cílovými skupinami jsou vnímavé imunokompromitované osoby, u nichž je možné provést očkování po pečlivém zvážení míry rizika vzhledem k základnímu onemocnění. Pokud se týká zdravých lidí, je očkování jednoznačně indikováno u dívek a žen ve fertilním věku, vhodné je i u osob s častými kontakty (učitelé, zdravotníci aj.). Studiemi bylo zjištěno, že téměř 10 % dospělé evropské populace nemá protilátky proti VZV. Pokud se týká zdravých dětí, je očkování na úvaze rodičů. Přestože onemocnění v této skupině probíhá většinou lehce, i když je často provázeno horečkami a nepříjemným svěděním, vede samozřejmě k nutnosti vyřadit dítě z kolektivního zařízení a minimálně dvoutýdenní změně režimu rodiny. Tyto skutečnosti je třeba zvážit a po poradě s pediatrem eventuálně dítě očkovat. Od roku 2014 je na trhu v České republice očkovací živá oslabená očkovací látka Zostavax, po jejímž použití byl prokázán studii významný pokles výskytu pásového oparu u osob nad 60 let. Tato očkovací látka by měla být využita především u osob, u nichž je předpoklad výskytu pásového oparu, samozřejmě z kontextu aktivity jejich základního onemocnění.

### Závěr

Závěrem lze říci, že přestože je onemocnění planými neštovicemi obecně považováno za lehkou infekční chorobu, nelze jej podceňovat a je třeba mu věnovat pozornost nejen u osob z rizikových skupin. I u zdravých, imunokompetentních osob může být průběh provázen poměrně závažnými komplikacemi, a proto je na místě v indikovaných případech zvážit možné očkování.

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.,

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha



# Radikální prostatektomie a „konec sezóny“

O souvislosti chirurgických řešení karcinomu prostaty a erektilních dysfunkcí jsme hovořili s přednostou Urologické kliniky LF UP a FN Olomouc a předsedou České společnosti robotické chirurgie ČLS JEP **doc. MUDr. Vladimírem Študentem, Ph.D.**

## Karcinom prostaty je nyní nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů. Pokračuje nárůst jeho incidence?

Bohužel ano, incidence karcinomu prostaty se zvyšuje celosvětově. V České republice ročně rakovinou prostaty nově onemocní asi 8500 mužů. To je poměrně hodně, ale v této souvislosti je docela zajímavé, že výskyt je nižší než například v Německu nebo Švýcarsku. Není přesně známo, které faktory v nárůstu incidence hrají hlavní roli, může to být životním stylem, ale i tím, že nyní se do kritického věku pro onemocnění karcinomem prostaty dostávají poměrně silné ročníky mužů. Vliv může mít i to, že zejména pokroky v léčbě kardiovaskulárních onemocnění umožnily vyšší průměrný věk dožití, asi o 10 let. Průměrný věk našich pacientů nově diagnostikovaných a indikovaných k chirurgické léčbě je 62 let a samozřejmě stále platí, že incidence karcinomu prostaty stoupá s věkem, prostě víc mužů se dožije i rakoviny prostaty. To ovšem neznamená, že by se nemohla vyskytovat i u relativně mladých lidí, operovali jsme i muže, kterému bylo 42 let.

Histologicky se jedná o adenokarcinom, který obvykle vzniká nejprve na periférii prostaty. Průběh nemoci je mnohdy velmi pozvolný, záleží na agresivitě nádoru. Nízkorizikový karcinom lze sledovat často i 10 až 15 let bez jeho dalšího progresu. Jestliže jej diagnostikujeme zejména ve vyšším věku, například v 80 letech, pochopitelně nelze očekávat dlouhou *life expectancy*. Pokud se však objeví u muže, kterému je 50 let a je jinak zcela zdravý, měl by mít bez tohoto onemocnění při průměrné očekávané délce doby života před sebou ještě 25 až 30 let. Bez správně volené strategie léčby ho však karcinom prostaty s takřka stoprocentní jistotou skolí nepoměrně

dříve. S velkou pravděpodobností se u něj v průběhu onemocnění objeví i metastázy, někdy jsou to právě naopak až ony, které na onemocnění upozorní. Lokalizované bývají typicky v kostech a lymfatických uzlinách. Kostní metastázy mají převážně osteoblastický charakter, přestavbou kostí způsobují bolesti a patologické fraktury.

## Jaký je nevhodnější způsob kurativy lokalizovaného karcinomu prostaty?

Nejvhodnější standardní modalitou léčby zhoubného nádoru prostaty je v těchto případech radikální prostatektomie, samotná umožňuje v 80 procentech úplné vyléčení lokalizovaného nádoru. Prováděna může být klasickou otevřenou operací, laparoskopicky nebo, jako je tomu na naší klinice, roboticky. U nás ve Fakultní nemocnici Olomouc bylo před šesti lety otevřeno první univerzitní robotické centrum a my urologové operačního robota od samého začátku využíváme nejvíce ze všech chirurgických oborů, za námi následují gynekologické indikace. Právě radikální prostatektomie (zkráceně RP) je výkon, který s „da Vincim“ provádíme nejčastěji. Dnes, tedy 31. března (*den vzniku rozhovoru – pozn. redakce*), jsme před chvílí dokončili již devadesátý šestý robotický výkon tohoto roku. Od července 2009 do konce letošního března už je to 1150 roboticky provedených RP. Roboticky asistovanými operacemi také spolehlivě odstraňujeme menší maligní nádory ledviny, přičemž větší část ledviny zůstane neporušena a je nadále funkční. Jako „robotický tým“ už jsme se dopracovali k dokonalé souhře, operujeme naprosto precizně. Kromě mne RP touto technikou provádějí už další tři operatři, ale výborný je celý tým a velmi důležitou úlohu v něm hrají nejen lékaři, ale i naše vynikající sálové sestry.



Foto: Viktor Čáp

## Proč jsou výsledky těchto výkonů lepší než u vývojově starších modalit?

Protože robotická chirurgie, jak už prokázala praxe a mnoho odborných studií, výrazně zvyšuje přesnost, kvalitu a radikaliitu chirurgických výkonů, a to i oproti běžněji užívané laparoskopii. Redukuje pooperační komplikace, zkracuje hospitalizační dobu nemocného i celkovou dobu nutnou k jeho rekonvalescenci. Pravdou ale zůstává, že na operační řešení nejčastějšího onemocnění prostaty, jímž je benigní hyperplazie tohoto orgánu, by použití robota bylo z ekonomického hlediska příliš nákladnou metodou. Lze říci, že v současné době v Olomouci provádíme roboticky všechny RP indikované pro karcinom prostaty, samozřejmě napřed prokázané histologicky biopsií, na podkladě zvýšené hladiny PSA.

Co se týče úhrad za RP karcinomu prostaty, zdravotní pojišťovny nám hradí v průměru asi 80 tisíc korun za otevřenou či laparoskopicky provedenou operaci, za roboticky asistovanou v průměru 115 tisíc korun. Rozdíl v ceně vyjádřený penězi je nesrovnatelně menší než benefit robotiky z hlediska objektivní situace pacienta a v celkové efektivnosti pro celý zdravotnický systém. Na primárním chirurgickém zákroku u onkologicky

nemocného by se nemělo šetřit, protože rozhoduje o dalším vývoji onemocnění a kvalitě života pacienta. Pokud se provádí roboticky, je velký předpoklad, že zákrok dopadne výborně nebo alespoň velmi dobře.

Mírně efektivnější jsou urologické operace provedené roboticky i z onkologického hlediska, právě pro preciznost zákroku. Prokázáno je u nich menší výskyt relapsů onemocnění. Minimální invazivnost přináší malé krevní ztráty, menší pooperační bolest i riziko infekce a další výhody, jaké ale mají i laparoskopické operace. Oproti laparoskopii má robot výhodu větší preciznosti provedení zvláště rekonstrukční fáze. Při prostatektomii robot umožňuje precizně separovat jednotlivé struktury tkání a zároveň co nejméně narušit nervové-cévní svazky, které jsou zodpovědné hlavně za erekci a zčásti i za kontinenci. Pokud se tyto svazky jakkoli tepelně poškodí, třeba zkoagulují elektrickým proudem, což je případ laparoskopie, nebo přeruší, pacientovi se neobnoví příslušná nervová spojení a následně reflexy.

Prostřednictvím robota pracují nejen ve 3D, ale i při desetinásobném zvětšení, se zafixovanou hlavou i rukama. Ke zmíněnému desetinásobnému zvětšení medikům při výuce říkám, že cit rukou dávám do očí a mám ho

v nich, i když robotem komprimuji tkáň nebo třeba uzlím šicí materiál. V rekonstrukční fázi je velmi důležité rovněž předejít pooperačním komplikacím v podobě postprostatektomické inkontinence.

V našem centru provádíme jako součást RP zároveň plastiku svalů pánevního dna. Výsledky máme výborné, operovaní už po vytažení močového katétru (asi šest dní po operaci) většinou udrží moč a podle studie, kterou jsme provedli, po čtrnácti dnech převážná většina nemívá s kontinencí téměř žádné potíže. Ty dříve po výkonu přetrvávaly v průměru tři měsíce i téměř rok. Komplikace, které může po operaci prostaty totiž nejvíc trápí, bývají chronologicky vzato nejprve pooperační inkontinence a pak erektilní dysfunkce.

## Operace prostaty bývá spojována s představou „konce sezóny“ v oblasti sexuální aktivity, někdy je to jeden z důvodů, proč ji pacient odsouvá...

Mnozí muži se ostýchají na toto téma mluvit, ale ve skutečnosti jim na tom velice záleží. Zmíněné obavy pacientů jsou v souvislosti s RP velmi časté a na možnost vzniku erektilní dysfunkce (ED) je opravdu třeba myslet už před operací. Setkal jsem se s muži, kteří po této operaci mají právě kvůli erektilní dysfunkci i značnou



## UROLOGIE

psychická traumata a deprese. Prediktivní roli v tom, zda je po zákroku tato komplikace a zejména v jaké míře postihne, nehraje pouze věk, ale i rozsah tumoru, kvalita erekce před operací, různá cévní onemocnění.

Součástí předoperačních vyšetření musí být i andrologické vyšetření, je velmi důležité stanovit erektilní funkci už před operací a informovat pacienta ohledně rizika vzniku ED a dalších možných komplikací. Pacientů se vždy ptáme na jejich stávající sexuální život a víme, že přibližně 60 až 70 % mužů kolem 62 let, což je průměrný věk našich operovaných pacientů, má ještě stále o sex zájem a chtěli by v sexuální aktivitě i nadále pokračovat. Vždyť jsou v nejlepších letech.

Informace tohoto typu jsou podstatné i pro operátora, protože pokud má pro pacienta erektilní funkce zůstat zachovaná, je třeba co nejstriktněji dbát na šetrnost nervově-cévních svazků. Největším přínosem pro zachování erektilních funkcí bylo podle mého názoru právě zavedení „nerve sparing“ prostatektomie. Pokles množství funkčních ner-

vových vláken a tím odezvy efektivitu hladkého svalstva snižuje i nejmodernější farmakoterapie, kterou doporučujeme nasadit. V souvislosti s farmakoterapií doporučujeme motivovaným pacientům, aby už čtrnáct dní před zákrokem užívali medikaci v podobě malých dávek inhibitorů PDE-5, podle našich zkušeností to přispívá k rychlejší penilní rehabilitaci po operaci.

### A jak dál, když už má operaci šťastně za sebou on i jeho nervově-cévní svazky v malé pánevi, aspoň většina z nich?

Pacient především nesmí ztratit trpělivost a již zmíněnou motivaci, právě dostatečná osobní motivace je nesporně jedním z prediktivních faktorů návratu erektilní funkce i po PR. Pro její obnovení je po operaci mimo jiné důležité i včas zahájit penilní rehabilitaci.

K zotavení erektilních funkcí doporučujeme v rámci penilní rehabilitace již týden až deset dní po operaci začít opět podávat avanafil (nejnovější inhibitor PDE-5 s minimem nežádoucích účinků) a podávat ho chronicky. Mecha-

nismus působení tohoto léčiva spočívá ve vazodilataci a zlepšení prokrvení svalových buněk kavernózních těles, protože zvyšuje oxygenaci kavernózních cév. Studie hodnotící dlouhodobé užívání avanafilu prokazují příznivý efekt na funkci endotelových buněk. Existují samozřejmě i vakuové pomůcky a injekčně aplikované prostředky, i ty při rehabilitaci erektilní dysfunkce pomáhají. V některých případech lze doporučit i kombinaci avanafilu a vakuové pomůcky. To má význam zejména, pokud pacient chce co nejdříve obnovit svoji sexuální aktivitu a překlenout i interval před úplným nástupem působení avanafilu. Vypadá to paradoxně, ale nakonec pak třeba i v pětadesáti mají tito muži, v důsledku penilní rehabilitace po prostatektomii, vyšší sexuální aktivitu než před ní.

### Jak to víte?

Oni se tím někteří pacienti u nás i docela rádi pochlubí. Někdy si tu pak připadám jako farář, co všechno musím vyslechnout... Ale na druhé straně – přijít do prostředí velké nemocnice a za-

čít se svěřovat nemůže být jednoduché. Někteří se ostýchají, proto my sami začínáme aktivně i o jejich sexuální aktivitě, a zda ji ještě plánují. Třeba i malinko v žertu, ale dozvědět se to musíme. Někdy jsou v horší situaci než já mladé lékařky, jsou i pacienti, kteří při takovém rozhovoru s chutí uvádějí do rozpaků i onkoložku. Lidé jsou různí.

### Nedoufají přitom vskrytu, že i problém s erekcí se spraví sám od sebe?

Může se to spravit samo, ale jsou studie prokazující, že s uvedenou farmakoterapií je penilní rehabilitace podstatně rychlejší. Vzhledem k jeho věku a psychice je pro muže dobře pro to něco udělat. Pomůže mu to i od pocitu, že se sice zbavil rakoviny, ale už není takový chlap, jakým by podle svého mínění měl být.

**Tím se vracíme obloukem na začátek. Vy jste velmi často právě ten lékař, který sdělí pacientovi fatálně znějící diagnózu a řešení pro něj může znamenat impotenci...**

Ano. Nemohu mu stoprocentně garantovat, že tak nedopadne, ale vysvětlím mu, že operativní zákrok umíme udělat šetrně a že jsou léky, které mu pomohou při erektilní rehabilitaci. Je pravda, že se mě ve fázi diagnostikování nádoru často zeptají, co jim v jejich situaci doporučuji, aby se stalo.

Pokud jde o nově diagnostikovaný případ karcinomu prostaty a jim je nějakých padesát, pětapadesát let, zpravidla jsem pro radikální prostatektomii. A na operaci je nejlépe jít tam, kde mají velkou zkušenost a operují v těchto indikacích často, ať už jakoukoli technikou.

Na každém pracovišti se vyskytnou operační komplikace, ale zkušený tým je umí lépe předvídat a řešit. Neplatí to jen pro chirurgické zákroky, klinická onkologická centra mají také lepší výsledky v podávání chemoterapií než malá pracoviště, kde jich podávají málo. Je to dáno velkými zkušenostmi s možnými komplikacemi. Momentálně v medicíně spěje vše ke koncentraci výkonů – a je to dobře.

Jana Jílková

Inzerce M151000061

## IX. SYMPOZIUM AGEL CIVILIZAČNÍ CHOROBY A NEMOCI TŘETÍHO VĚKU 1.-2. 10. 2015 HOTEL NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

### SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU

Ing. Tomáše Chrenea, Ph.D.  
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

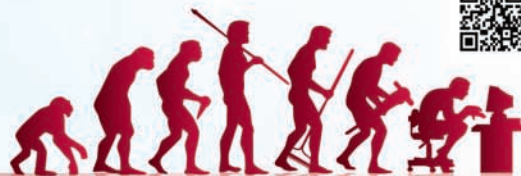
### PREZIDENT SYMPOZIA

MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH  
předseda představenstva AGEL a.s.

### PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU

prof. MUDr. David Stejskal, Ph.D., MBA, EurChem  
člen lékařské rady AGEL a.s.

symposium.agel.cz





# Toxoplasmóza

## aneb máme se bát parazitů?

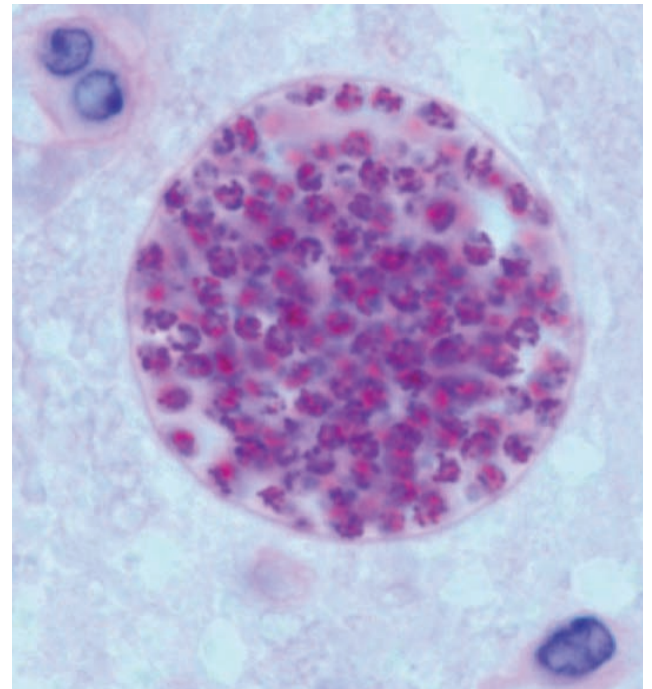
Toxoplasmóza je jednou z nejčastějších zoonóz v ČR, její prevalence se u nás pohybuje kolem 25–34 %. Přestože opravdu závažným problémem bývá jen u úzkého spektra pacientů (těžce imunosuprimovaní, gravidní, novorozenci, pacienti na cytostatické či biologické léčbě, pacienti s opakovanými očními formami apod.), těší se značné pozornosti laické veřejnosti a bývá oblíbeným účastníkem mnohých konspiračních teorií.

### Konspirační teorie a parazitofobie

Toxoplasmóza v tomto ohledu zdárně sekunduje takovým stálicím, jako je lymeská borelióza či chlamydiové infekce, a v posledních letech jsou jejím konkurentem snad jen infekce jako bartonelóza, yersinióza či ehrlichioza. Z říše parazitární však není jediným strašákem. Namátkou lze zmínit třeba filariózy, které jsou nyní opravdovým hitem. Parazitární *agens* jsou mezi laickou veřejností, která inklinuje k alternativní medicíně a konspiračním teoriím, považována za původce prakticky všech chronických onemocnění a příznaků, které kdy lidstvo poznalo – od nádorových procesů přes *sclerosis multiplex* a autismus až po slintání ve spánku či oteklá oční víčka.

Pacient nemá snadnou situaci. Stačí mu připojit se k internetu a již se na něj valí „zaručeně pravé“ informace o infekčních *agens*, paradoxně poskytované většinou těmi, kteří nemají medicínské ani přírodovědecké vzdělání, neznají rozdíl mezi prokaryoty a eukaryoty, ale zato mají na vše jasnou odpověď. Vadí však někomu, že jsou lidé přesvědčováni o nákaze tropickými parazitárními *agens*, přestože nikdy v životě nevyjeli mimo ČR? Zajímá někoho, že ten, kdo káže o imunopatologických procesech spuštených parazitem, nezná rozdíl mezi neutrofilem a lymfocytom? A tak naši pacienti podstupují na záračných přístrojích drahá diagnostická vyšetření, jejichž principu nerozumí ani ten, kdo je poskytuje, a následně je jim doporučována v lepším přípa-

dě mnohaměsíční kombinační léčba antiparazitiky, v případě horšího lokálními dezinfekčními prostředky v perorálním podání. To vše s odůvodněním, že bez tohoto postupu se svých obtíží nezbaví, ba co více, bez něj může být daleko hůř. Pacientům je předkládáno, že klasická medicína informace o parazitech tají, přestože například extraintestinální manifestace mnohých parazitárních onemocnění (toxokaróza, strongyloidóza, askarióza a další) či možnost asymptomatické infekce či nosičství u jiných (giardióza, balantidióza, amébióza, trichurióza, ankylostomóza, tenióza a jiné) jsou popisovány v každé učebnici parazitologie již desítky let. Jak bezmocná je vůči tomuto klasická medicína, která každé své tvrzení a postup musí opřít o faktografii odpovídající



Tkáňová cysta v myším mozku | Foto: Wikimedia

ci *evidence based medicine* (EBM) a na některé pacientské stesky zkrátka odpověď nemá. To vše v kontextu postupného podryvání důvěry k lékařům, na němž bohužel mnohdy participují i mainstreamová média.

Takto vytvářená parazitofobie je opravdovým morem. Laik bude jen těžko rozpoznávat validitu zdrojů a doporučení, a tak se vystavuje rizikům zbytečných finančních ztrát i zdravotních komplikací vzniklých v souvislosti s těmito praktikami. Jaká je motivace výše uvedených „podnikatelů“, zda jen nevědomost a naivita, či cílená touha po zisku, můžeme jen spekulovat.

### Toxoplasmóza: fakta

Toxoplasmóza má v tomto výčtu přesto výjimečné postavení. Je, s nadsázkou řečeno, aristokratickým „rizikovým původcem“ a je jí věnována i pozornost veřejnosti odborné. Mediálně ventilované informace, bohužel zaštitěné věrohodným autorem, pak samozřejmě zpochybňujeme o to komplikovaněji. Kdo by věřil tomu, že z úst věhlasného vědce vycházejí závěry vyplývající z vyhodnocení anonymního dotazníku na internetu.

Lékaři první linie jsou ti, kteří se s pacienty vybavenými informacemi z internetu (a majícími

dojem, že pronikli do medicínské problematiky dostatečně hluboko) setkávají nejvíce. Zbytek textu tedy bude věnován tomu, co je v ambulantní praxi opravdu potřeba řešit, abychom našim pacientům pomohli a zbytečně neplýtvali silami tam, kde s medicínskou argumentací stejně nemáme šanci uspět.

### Etiologie, epidemiologie, patogenese

Původcem toxoplasmózy je intracelulárně parazitující prvok *Toxoplasma gondii*. Vyskytuje se geopolitně v několika antigeně odlišných kmenech, lišících se svými vlastnostmi i charakterem jimi vyvolaného onemocnění. Objevuje se ve třech vývojových stadiích – tachyzoit, bradyzoit a sporozoit. Po inkubační době 5–23 dní dochází k rozvoji akutní fáze onemocnění, parazit (ve formě tachyzoita) proniká dále do hostitelského organismu zejména hematogenní cestou, pokud není vytvořena specifická imunita. Akutní fáze onemocnění trvá cca 4 měsíce, následně onemocnění přechází do fáze subakutní a nakonec do fáze latentní (ve formě bradyzoita). Tohoto stadia je dosaženo většinou za rok od nákazy, parazit je skryt do tzv. tkáňových cyst. V této podobě perzistuje v různorodých

## Toxoplasmóza v ambulanci praktického lékaře

### Kdy myslet na toxoplasmózu?

Toxoplasmózu většinou zvažujeme v diferenciální diagnostice uzlinového syndromu, často provázeného výraznou únavou a někdy i artralgiemi a myalgiami v úvodu. Základní laboratorní nálezy bývají v normě, nedochází k elevaci závažných parametrů, nebývá přítomna eozinofilie ani hepatopatie. Na oční formu onemocnění myslíme v případě zejména asymetricky se rozvíjející poruchy visu či skotomu.

### Co nabrat a jaká další vyšetření udělat?

Toxoplasmózu diagnostikujeme sérologicky, podle nabídky laboratoře nejčastěji kombinací KFR + IgM, IgG, případně IgA a IgE. Akutní fáze infekce je definována vztupnými titry akutních marke-

rů infekce (IgA, IgM) a střední až vyšší hladinou IgG a KFR. Pokud se vyšetří i avidita IgG, bývá nízká až střední. Akutní fáze infekce trvá 4 měsíce, následuje fáze subakutní, do latence přechází toxoplasmóza v průměru za 12 měsíců od nákazy. Uzliny přetrvávají 4–6 měsíců, někdy i déle, stejně tak mívá protrahovaný průběh únava. V rámci diferenciální diagnostiky doporučují sledovat především krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů, sérologicky vyšetřit CMV, EBV, v případě pozitivní anamnézy či vyhraněného klinického nálezu i bartnelózu, tularemii či toxokarózu. Myslet je potřeba i na možnost akutního retrovirového syndromu u HIV-positivních. Farýngitida či tonsilitida do obrazu akutní toxoplasmózy nepatří. Ze zobrazovacích metod lze doplnit UZ krčních uzlin (velikost, lokali-

zace, struktura). Je vhodné sledovat dynamiku protilátkových titrů až do přechodu do latentní fáze.

### Kdy a jak léčit?

Imunokompetentní pacienty s asymptomatickou či uzlinovou formou toxoplasmózy neléčíme. Někdy je možno se pokusit o terapii, pokud je průběh protrahovaný a přetrvávají zvětšené uzliny a artralgie i po 6–9 měsících od předpokládané nákazy. V tomto případě lze doporučit cotrimoxazol (2x 960 mg) na 2–3 týdny. V případě alergie lze volit klaritromycin. Pokud dojde k rozvoji viscerální formy, či se jedná o imunodeficitního pacienta, je jednoznačně indikována kauzální terapie na specializovaném pracovišti. Terapii očních forem zajišťuje oftalmolog či infektolog na základě očního vyšetření, diagnózu stanovuje oftalmolog.



## INFEKTOLOGIE

tkáních doživotně (pokud nedojde k situaci, kdy imunitní systém mezihostitele je tak významně poškozen, že může umožnit vzácnou reaktivaci onemocnění, nebo dokud není mezihostitel pozřen mezihostitelem jiným, což ale u člověka nebývá časté).

### Klinický průběh

U člověka se jedná až v 75 % případech o inaparentní infekci, někdy se setkáváme s průběhem abortivním (chřipkovitá symptomatologie, únava) a jen v 25 % případů se vyvine jasné symptomatická forma onemocnění. Vyhraněnými formami jsou uzlinová (krční, axilární, inguinální lymfadenopatie), oční (chorioretinitis), kongenitální (symptomatická či asymptomatická podle doby nákazy plodu – hydrocefalus, kalcifikace, poruchy zraku, sluchu, psychomotorická retardace, viscerální lymfadenopatie, pneumonitida, kožní projevy, anemie, trombocytopenie, hepatosplenomegalie aj.). U imunodeficitních pacientů může mít

onemocnění více podob (mozková, plicní, *myokarditis*, diseminovaná). Méně často se pak lze setkat s polymyositidami, hepatitidami a ostatními formami. Za nejrizikovější jsou tedy považováni pacienti s těžkými imunodeficity, gravidní, novorozenci a děti do 5 let a pacienti s recidivujícími očními formami onemocnění.

### Diagnostika

Základem diagnostiky jsou nepřímé metody, zejména sérologie. Stanovují se protilátky celkové (KFR či NIFR), jednotlivé třídy (nejčastěji ELISA IgG, IgM, IgA, IgE). Stáří infekce pomáhá určit avidita IgG (síla vazby protilátka-antigen vzrůstá s dobou trvání infekce). Vyšetřuje se nejčastěji krev, plodová voda, ale také likvor, nitrooční tekutina apod. Protilátková odpověď má svoji charakteristickou dynamiku, fáze onemocnění se tedy často verifikuje až na základě opakovaných odběrů. Z přímých metod je nejpřenosnější detekce parazitární DNA metodikou PCR (krev,

moč, likvor, nitrooční tekutina). Využíváme též možnosti zobrazovacích metod (MRI, RTG, UZ), zejména u imunodeficitních pacientů a gravidních. Z ostatních možností pak zmiňují klinická vyšetření u oční formy a novorozenců, biologický pokus na myši, histologické vyšetření tkání a jiné.

### Terapie

Základním kauzálním schématem v terapii onemocnění obecně je kombinace antimalarik pyrimethaminu a sulfadiazinu. Základním lékem je pyrimethamin. Sulfadiazin lze v určitých indikacích nahradit clindamycinem, případně clindamycin k základní dvojkombinaci přidat. Alternativních přípravků je více, vždy (vyjma monoterapie co-trimoxazolem) by se měly ale kombinovat s pyrimethaminem a jejich efektivita se předpokládá menší než při léčbě kauzální dvojkombinací. Některé z výše uvedených preparátů však nejsou registrovány v ČR, dováží se ze zahraničí a je-

jich preskripce je vázána na lůžkové ZZ. O alternativních antiinfektivech, která lze použít bez problémů v ambulantní praxi, bude pojednáno níže.

### Závěr

Pacienti s toxoplasmózou naplňují ordinace praktických lékařů, pediátrů i gynekologů. Výše uvedená doporučení by měla přispět k základní orientaci v tom, jaké diagnosticko-terapeutické postupy zvolit a kdy naopak pacienty odeslat ke speci-

alistovi. Diagnostika a terapie u rizikových pacientů by měla spadat pod infekční kliniku a oddělení, která by zároveň měla poskytovat konzultace stran adekvátního řešení u jednotlivých pacientů. Naše klinika poskytuje celorepublikové poradenství v oblasti diagnostiky i terapie všech forem toxoplasmózy, včetně interpretace sérologických nálezů.

MUDr. Markéta Gelencová

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha

## Toxoplasmóza v ambulanci gynekologa



ilustrační foto: Shutterstock

## Toxoplasmóza v ambulanci PLDD

### Kdy zvažovat vyšetření na toxoplasmózu?

Stejně jako u dospělých, manifestuje se toxoplasmóza nejčastěji uzlinovým syndromem v krční oblasti, zasáhnout ale může i uzliny lokalizované axilárně či inguinálně. S únavou se tolik u dětí neseťkáváme a obecně lze říci, že děti toto onemocnění (ostatně jako i mnohé jiné infekce) zvládají lépe než dospělí. Někdy je nelehké odlišit formu vrozenou od získané (například u očních forem), ale přístup k terapii je stejný. Nejrizikovější skupinou jsou novorozenci a děti do 5 let. U novorozenců

a kojenců se může projevit kongenitální toxoplasmóza poprvé až po narození a mnohdy nespecificky (trombocytopenie, křečce, hepatosplenomegalie, *pneumonitis*, *hepatitis* apod.). Oční formy se léčí stejně jako u dospělých. V rámci diferenciální diagnostiky zvažujeme u získaných nálezů zejména infekci CMV, EBV, případně bartonelózu a z neinfekčních samozřejmě hematologická onemocnění.

### Koho a jak léčit?

Děti do 5 let jsou brány jako imunodeficitní a terapie se u nich do-

poručuje i v případě asymptomatického průběhu, pokud je verifikována akutní fáze toxoplasmózy. Ambulantně lze v nekomplikovaných případech (pokud není postižení viscerální) volit opět nejlépe cotrimoxazol, ve standardním dávkování, na 2–3 týdny. V případě alergie lze volit klarithromycin. V případě suspekce na kongenitální toxoplasmózu je potřeba pacienta odeslat k infektoLOGOVÍ. U dětí starších 5 let stačí sledovat vývoj protilátkové odpovědi, ideálně v 3měsíčních intervalech, až do přechodu do latentní fáze.

### Kdy a proč vyšetřovat toxoplasmózu?

Mezi rizikové v ambulanci gynekologa patří samozřejmě gravidní pacientky. Riziko kongenitální toxoplasmózy vzniká pouze při primoinfekci v graviditě či v období těsně před otěhotněním. Výhodou je, pokud pacientka zná svůj imunitní status již v prekoncepčním období, jinak doporučuji prenatalní screening v prvním trimestru. Efekt prenatalního screeningu byl opakovaně prokázán. Naráží však na organizační a zejména finanční limity, které však lze řešit například spoluúčastí pacientek, pokud by to jinak bylo překážkou k jeho provedení. Toxoplasmóza není příčinou opakovaných abortů ani sterility.

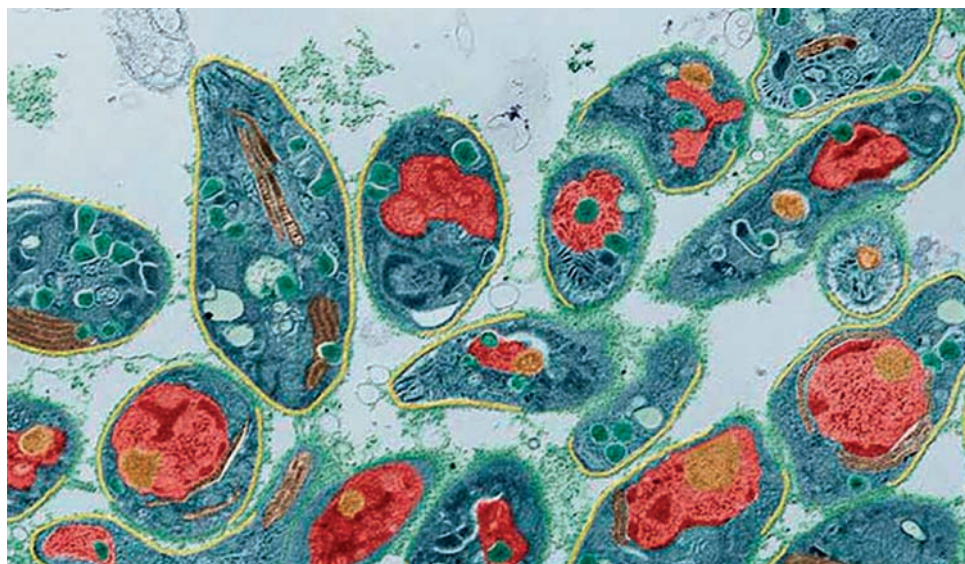
vat odběr 1x v každém trimestru a použít ji o hygienicko-epidemiologických preventivních opatřeních. Pokud je přítomna pozitivita IgG a negativita IgM (anamnestické titry), riziko kongenitální toxoplasmózy nevzniká a další odběry nejsou potřeba. V ostatních případech (pozitivity IgM, IgA, IgE, nízké avidity IgG) doporučuji pacientku odeslat k infektoLOGOVÍ. V případě nejasného sérologického nálezu je vhodné odběr konfirmovat ve zkušene laboratoři.

### Kdy a jak léčit?

Toxoplasmóza se v graviditě léčí v případě záchytu akutní či subakutní fáze, podle pokročilosti těhotenství. Do 16.–18. týdne těhotenství se podává spiramycin (Rovamycin 3MIU po 8 hodinách) k redukci rizika fetální infekce. Při nálezě v pokročilejších fázích gravidity či prokázané fetální infekci je indikována terapie kauzální dvojkombinací pyrimethaminu + sulfadiazinu, a to již patří do rukou specialisty. Vhodné je též sonografické sledování vývoje plodu a zvažování prenatalní diagnostiky (nejčastěji formou amniocentézy). Samozřejmějí je pak popoždě v těhotenství nakazit. V těchto případech doporučuji zkontrolo-

### Co nabrat a jak nález interpretovat?

Jako screeningovou kombinaci lze doporučit odběr IgG + IgM či ještě efektivnější kombinaci KFR + IgM. KFR však v ČR provádí jen cca 60 % laboratoří. Jako neefektivnější (ale zároveň nejdražší) se jeví kombinace KFR + IgG + IgM. Pokud pacientka nemá protilátky (je séronegativní), pak se může v těhotenství nakazit. V těchto případech doporučuji zkontrolo-



ilustrační foto: cbc.ca



# ČR se připojila ke konvenci zakazující nezákonné obstarávání orgánů

Celkem čtrnáct členských států EU podepsalo úmluvu Rady Evropy proti obchodování s lidskými orgány. Česká republika se zařadila mezi první signatáře této mezinárodní konvence.

**D**okument je výsledkem několikaleté snahy Rady Evropy v boji proti obchodování s lidskými orgány, které se účastnili také pracovníci Ministerstva spravedlnosti ČR a zástupce Koordinačního střediska transplantací (KST). V otázkách práva, ochrany a prevence vztažujících se k oblasti transplantací je Česká republika v popředí. Všechny zásady přijaté konvence jsou již několik let zakomponovány do českého trestního zákoníku, a to i díky novele transplantčního zákona z roku 2013, na které se spolupodílelo právě i KST.

## Zničené zdraví za pár eur

Na mezinárodní konferenci o boji proti nezákonnému obchodování

s lidskými orgány se v Santiagu de Compostela koncem března sešlo přes 250 odborníků – lékařů, právníků a politiků –, kteří zavržili několikaletou snahu Rady Evropy, na jejímž konci bylo přijetí mezinárodní konvence zakazující jakoukoli formu obstarávání orgánů k transplantacím, která by byla založena na vydírání, uplácení nebo zneužití nouze. Ve skutečnosti byla ČR jednou ze 14 zemí, které dokument podepsaly jako první a ke kterým se nyní budou přidávat státy další.

Během dvou denní konference zazněla celá řada příspěvků z mnoha zemí světa. „Vyslechli jsme příběhy zneužitých lidí z rozvojových zemí, ale vystoupili i účastníci ze zemí bohatých, kteří aktivně bojují proti tomu, aby tato

praxe dále pokračovala. Byly prezentovány fotografie lidí s jízvou po vyjmuté ledvině, za kterou dostali výměnou pár set eur a zničené zdraví až do konce života. Viděli jsme desítky novinových článků a obrázků dokumentujících otřesné případy, ale došlo i na záběry ze zatýkáni zdravotníků nebo zprostředkovatelů, kteří z nelegálních odběrů a transplantací bohatli,“ popisuje zástupce ředitele KST JUDr. Přemysl Frýda.

## České úspěchy

Koordinační středisko transplantací se problematikou nezákonného obstarávání orgánů k transplantacím zabývá dlouhodobě. Zástupce KST se spolu s kolegy z ministerstva spravedlnosti zúčastnil v Bruselu a Štras-

burku všech jednání, na nichž se přijatý mezinárodní dokument bod po bodu skládal. KST bylo také u přípravy návrhu novely transplantčního zákona, která zpřísnila podmínky pro žijící dárce právě s cílem zabránit možným snahám o získání orgánu k transplantaci mimo oficiální čekací listinu. Kromě toho se středisko zasadilo o to, aby se na českou čekací listinu nemohl dostat nikdo, kdo je už současně registrován v jiné zemi.

„Je potěšitelné, že se Česká republika aktivně zapojila do akce proti tak závažným zločinům a že byla mezi prvními signatáři konvence. A dvojnásob potěšitelná je i skutečnost, že všechny zásady boje proti nelegálnímu obchodování s lidskými orgány, které



ilustrační foto: Shutterstock

jsou v dokumentu obsaženy, byly už před několika lety zakomponovány do českého trestního zákoníku,“ dodává JUDr. Frýda. Česká republika tak v této oblasti získává respekt nejen stále rostoucím počtem provedených transplantací, ale nyní také v otázkách práva, ochrany a prevence.

(JUDr. Přemysl Frýda)

## Imunoanalýza přináší nové postupy v prevenci i léčbě

Ve dnech 12. až 14. dubna 2015 se v Plzni konala mezinárodní konference XXXVI. imunoanalytické dny. Byla zaměřena na využití speciálních vysoce citlivých analytických metod v biomedicinském výzkumu a medicínské praxi.

Byly prezentovány novinky týkající se prevence, diagnostiky a léčby tří skupin často se vyskytujících chorob: nádorová onemocnění, poruchy metabolismu a srdeční choroby. Neformálním výstupem konference byl posun v přístupu k pacientovi od klasických příznaků nemoci, včetně standardně užívaných vyšetřovacích metod, k poznání a využití genetické informace daného pacienta a jeho onemocnění. Konfrontace obou přístupů ukázala možnosti a potřeby obou pohledů v léčbě u některých nádorových onemocnění plic, jater, ledvin a prostaty.

Význam prezentované problematiky ve výzkumu i v praxi podtrhla přítomnost ředitele Fakultní nemocnice v Plzni MUDr. Václava Šimánka, Ph.D., a děkana Lékařské fakulty UK v Plzni prof. MUDr. Borise Kreuzberga, CSc., kteří vedli následnou diskusi. Součástí programu byla představení dvou nově vzniklých výzkumných center – Biomedicinského centra v Plzni a Biocevu ve Vestci u Prahy.

Novinkou letošních Imunoanalytických dnů byla sekce v anglickém jazyce zastoupená pozvanými zahraničními odborníky a zástupci všech „plzeňských“ institucí. Jejím cílem bylo srovnání našich a zahraničních výsledků a snaha odpovědět si na otázku, zda jsou naše ambice široké mezinárodní spolupráce reálné. O spolupráci ve výzkumu i v praxi projevil zahraniční účastníci zájem zejména v oblastech biobank a zpracování dat, onkologické problematiky a neurodegenerativních onemocnění. Konference přispěla k výměně názorů, zkušeností a optimálních postupů v oblasti prevence, diagnostiky a léčby významných onemocnění a posílení postavení „plzeňských“ pracovišť v mezinárodním výzkumu a praxi. Zúčastnilo se jí 210 odborníků z České republiky a 11 zahraničních hostů (4 z Izraele, 2 z USA, po jednom z Německa, Španělska, Slovenska, Polska a Irska).

prof. MUDr. Ondřej Topolčan, CSc.,  
doc. RNDr. Judita Kinkorová, CSc.,  
FN Plzeň

## Společný výzkum FNUSA-ICRC a vědců Mayo Clinic bude pokračovat

Podobu spolupráce v dalším období řešili společně v USA zástupci Mezinárodního centra klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny (FNUSA-ICRC) a kliniky Mayo na workshopu výzkumných pracovníků a na jednání zástupců vedení obou organizací.

„Workshopu výzkumných pracovníků se zúčastnilo více než 30 lidí. Zrekapitulovali jsme dosavadní výsledky spolupráce ve výzkumu a naplánovali oblasti, ve kterých by se mohlo spolupracovat v dalších letech,“ přiblížil ředitel FNUSA-ICRC Gorazd Stokin. Většina z výzkumných týmů FNUSA-ICRC, které nyní spolupracují s Mayo Clinic, chce i nadále pokračovat v grantovém období 2016–2020. U dvou stávajících, ale utlumovaných týmů spolupráce během roku doběhne, u dvou se o spolupráci bude teprve diskutovat. Restrukturalizaci současných 17 výzkumných týmů FNUSA-ICRC, zavedení takzvaného inkubátoru pro týmy které potřebují větší metodickou podporu, případně zrušení jednoho či dvou týmů doporučilo už prosincové společné jednání mezinárodní vědecké rady a dozorčí rady centra. Naopak například Animální centrum, anesteziologové či Centrum biomolekulárního a buněčného inženýrství již možnosti výměny zkušeností s protějšky z Mayo Clinic začali zkoumat.

Vznikl také výbor, který bude koordinovat plánování nových výzkumných aktivit. Setkání se budou opakovat každoročně.

## Změna finančního plánu

Na následném setkání se zástupci vedení Mayo Clinic se k vedení FNUSA-ICRC připojili ředitel FNUSA Martin Pavlík, zástupci ministerstev zdravotnictví a školství a děkan lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Společně analyzovali dosavadní aktivity a možnosti jak nejlépe naplnit plánované cíle této spolupráce. V rámci spolupráce poskytuje americká klinika brněnskému vědeckému centru know-how pro společný výzkum a mentorování jeho pracovníků. Od roku 2011 absolvovalo studijní pobyty (v délce od dvou týdnů po dva roky) na Mayo Clinic téměř 150 výzkumníků, lékařů a studentů FNUSA-ICRC a více než 50 specialistů z Mayo Clinic navštívilo Brno. Spolupráce již přinesla výsledky v podobě společných publikací v prestižních vědeckých časopisech jako Neurolo-

gy, Brain, Hypertension nebo American Journal of Psychiatry, několika prototypů nových či vylepšených zdravotnických přístrojů a společné patentové přihlášky v USA.

V návaznosti na restrukturalizaci týmu se změnil i finanční plán spolupráce. „Již za rok 2014 jsme kvůli změnám v plánovaném výzkumu poslali klinice o něco nižší platby,“ přiblížil ředitel FNUSA Martin Pavlík. „Po jednáních nás Mayo Clinic informovala, že pro pokrytí nákladů na společný výzkum v roce 2015 použije rezervy z předchozích plateb a nebude potřebovat další,“ doplnil. „Na příští grantové období předpokládáme trochu jiný mechanismus spolupráce, než je dnes,“ dodal Gorazd Stokin. „Předpokládáme, že bychom náklady na kooperaci se zahraničními partnery v příštím období hradili přímo ze společných grantů. To by mělo zajistit efektivnější financování ve srovnání s postupem předchozího vedení, kdy část peněz na společnou spolupráci pocházela z rozpočtu nemocnice,“ uzavřel.

(Zdroj: FNUSA – ICRC)

(red)

## ODBORNÉ AKCE

# Konopí je třeba dostat k pacientům

V Praze proběhla začátkem března mezinárodní konference Léčebné konopí a kanabinoidy: politika, věda a léčebná praxe. Cílem setkání bylo pomoci etablovat konopí v ČR jako standardní léčebný přípravek.

Konference se zúčastnili významní představitelé působící na poli národní i mezinárodní protidrogové politiky, stejně jako zástupci odborníků a vědců, kteří se zabývají výzkumem konopí a kanabinoidů – objevitel struktury a syntézy THC (účinné psychotropní složky marihuany) prof. Raphael Mechoulam, zvláštní vyslanec generálního tajemníka OSN a komisař Globální komise pro drogovou politiku dr. Michel Kazatchkine, zakladatel Programu léčebného konopí v Izraeli dr. Yehuda Baruch či výzkumný pracovník programu pro výzkum kanabinoidů na Hebrejské univerzitě v Jeruzalému doc. Lumír Ondřej Hanuš a další.

### Zajistit dostupnost a informovanost

Legalizaci a zpřístupnění léčebného konopí podle všech sociologických průzkumů podporuje přes 90 % české veřejnosti i občanů EU, USA a dalších západních států. Symbolem mezinárodní a celospolečenské shody je akce sociálních sítí „Support It!“, v jejímž rámci pražskou konferenci podpořili mezi jinými i ministr zdravotnictví ČR a patron konference MUDr. Svatopluk Němeček, MBA.

Odborná konference zmapovala současný stav a nastínila směr, kterým se bude zpřístupnění léčebného konopí v České republice ubírat. Konopí by mělo být v lékárnách běžně dostupné do konce tohoto roku. V současnosti je sice legální, avšak využívá se zřídka. Důvodem je jak nízká informovanost profesionálů i veřejnosti, tak nedostatečné zásobování. Konopí navíc stojí v lékárnách okolo 300 Kč za gram a na jeho úhra-

dách se zatím nepodílí zdravotní pojišťovny.

### Odborně-politická diskuse

Konference se věnovala společenským, politickým i odborným otázkám kolem léčebného využití konopí. Zkoumala mimo jiné efektivitu různých přístupů, jež si v kontextu striktních omezení Jednotných úmluv OSN jednotlivé země zvolily pro zavedení léčebného konopí a dalších mezinárodně kontrolovaných léčiv do praxe. Dále seznámila odbornou veřejnost s mimořádně slibnými perspektivami výzkumu konopí a z něj odvozených látek v léčebné praxi a poskytla praktická školení o používání léčebného konopí v různých oborech medicíny. Osm odborných workshopů vedených špičkovými zahraničními odborníky se zaměřilo na klinickou účinnost konopí, nastavení účinných dávek a související rizika při léčbě konopím. Jednotlivé bloky se zaměřily na možnosti využití konopí v léčbě bolesti, onkologii, paliativní péči, neurologii, psychiatrii, dermatologii a dalších oborech.

„Politici, lékaři a aktivisté se v průběhu konference shodli na jednom: lékaři i pacienti konopí potřebují. Všichni také vyjádřili vůli na zpřístupnění konopí pacientům spolupracovat,“ uvedl předseda organizačního výboru konference MUDr. Tomáš Zábanský, Ph.D.

Na konferenci byla založena Mezinárodní konopná koalice pacientů (IMCPC) sdružující ty, kteří se chtějí léčit prostřednictvím konopí, ale nemají k němu legální přístup. Její signatáři požadují, aby konopí bylo vyňato z úmluv OSN o omamných látkách a bylo zpřístupněno všem, kterým mů-

že pomoci v léčbě jejich nemoci nebo v potírání symptomů.

### Perspektivy využití konopí

Konopí se od pradávna používalo v přírodním léčitelství a medicíně na celém světě. Dnes jsme svědky narůstající tendence na základě vědeckých poznatků znovu zavést konopí do „oficiální“ zdravotnické praxe – a ukončit tak období globální prohibice psychotropních rostlin a látek. Používání léčebného konopí v medicínské praxi a ve výzkumu již bylo povoleno v Kanadě, v 23 státech USA a řadě evropských zemí. Další desítky zemí začínají na toto téma diskutovat na politické úrovni nebo již zahájily legislativní proces. Česká republika zpřístupnila konopí pro léčebné použití v dubnu 2013 a zvolna uvádí tento zákon do praxe.

„Problématika využití léčebného konopí je obecně zkreslena ideologickými spory, proto bylo důležité přenést tuto debatu na akademickou půdu a věnovat se konopí z pohledu vědeckého a klinického výzkumu,“ vyzdvihl prof. Michel Kazatchkine. Současně připomenul, že problém se netýká jen konopí, ale také dalších psychotropních látek, zejména opiátů, které jsou nedostupné pacientům v mnoha zemích světa.

### Zbavit diskusi o konopí ideologii

O potřebě dát debatě o léčebném konopí racionální charakter se zmínil i národní protidrogový koordinátor Mgr. Jindřich Vobořil, PgDip. „Z mého pohledu je nezbytné odlišovat používání konopí pro léčebné účely a pro účely rekreační. Diskusi nad léčebným používáním považuji za legitimní, nicméně je zde stále řada



Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček | Foto: ResAd

otazníků a neznámých. Je třeba si ujasnit, zda dosavadní regulace byly efektivní, čekáme také na vyhodnocení zkušeností ze zemí, jako je Uruguay, které schválily úplnou legalizaci konopí. V současnosti považují za nejdůležitější rozhodnout jak dostat konopí pacientům, kteří ho skutečně potřebují,“ upřesnil Mgr. Vobořil. „Schválením zákona č. 50/2013, o léčebném konopí, jsme neudělali žádnou revoluci v drogové politice České republiky. Pouze jsme napravili dosavadní legislativu, která znemožňovala nemocným lidem používat efektivní léčebný prostředek pro zmírnění jejich utrpení,“ konstatoval prezident konference MUDr. Pavel Bém. Dodal, že nejen konopí, ale zejména další výzkum endokanabinoidního systému s velkou pravděpodobností vnese zásadní změny do chápání patofyziologie onemocnění a možnosti jejich ovlivnění. „Tato konference je příležitostí jak propojit odborníky, vědce, politiky i zástupce patientských organizací s cílem dostat léčebné konopí pacientům,“ zdůraznil Pavel Bém.

### Význam endokanabinoidního systému

„Chtěl bych upřesnit, že první konference na téma léčebného konopí se uskutečnila již v roce 1954, a to na půdě olomoucké lékařské fakulty pod vedením profesora Kabelíka. Již tehdy se ukazovalo, že konopí lze úspěšně využít v léčbě řady onemocnění. Jak to tak bývá, k legalizaci léčebného konopí se dostáváme až po 60 letech,“ pronesl s úsměvem doc. RNDr. Lumír Ondřej Hanuš, DrSc., Dr. h. c. mult., český rodák působící jako výzkumný pracovník na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě. Právě toto pracoviště v čele s pro-

fesorem Mechoulamem se zasloužilo o objev tetrahydrokanabinolu (THC), anandamidu a dalších kanabinoidů.

„V průběhu našeho výzkumu jsme objevili, že v mozku existují minimálně dvě sloučeniny, které mají obdobný účinek jako THC. Jde o endogenní kanabinoidy. Jedna z těchto látek získala název anandamid, což je odvozeno ze sanskrtského výrazu pro blaženost. Později jsme zjistili, že tyto vnitřní kanabinoidy jsou patrně zapojeny do patofyziologických mechanismů stojících za všemi nemocemi. To bylo velmi překvapivé zjištění, neboť neznáme v těle jiný systém, který by měl tak významné působení. Funkce endokanabinoidního systému může vysvětlovat, proč lze využívat konopí a kanabinoidy v širokém spektru indikací. A je zde naděje pro budoucnost, že budeme moci využít znalosti o tomto systému nejen pro léčbu symptomů, ale také pro kauzální léčbu,“ upřesnil emeritní rektor Hebrejské univerzity prof. dr. Raphael Mechoulam, Ph.D. Zároveň upozornil na to, že při léčbě konopím je důležité stanovit správnou dávku, neboť medicína je založena na kvantifikaci a žádné léky nelze podávat bez přesného dávkování.

Konference měla vzdělávací charakter, byla akreditována Českou lékařskou komorou, Českou lékárnickou komorou a Českou asociací sester. Hlavní záštitu převzal ministr zdravotnictví ČR, dále národní protidrogový koordinátor ČR Jindřich Vobořil a Český helsinský výbor. Akce se konala ve spolupráci s Globální komisí pro protidrogovou politiku, Českou lékařskou akademií, Společností pro návykové nemoci ČLS JEP, Státním ústavem pro kontrolu léčiv/Státním agenturou pro konopí pro léčebné použití, patientským spolkem KOPAC a řadou dalších institucí.

MUDr. Andrea Skálová



Zleva: Jindřich Vobořil, Pavel Bém, Raphael Mechoulam, Lumír Hanuš, Michel Kazatchkine | Foto: Andrea Skálová



# Perspektivy a otazníky nad léčbou lymfomů a CLL

Lymfomy a chronická lymfocytární leukemie (CLL) tvoří početnou skupinu nově diagnostikovaných hematologických nemocných. O současných možnostech diagnostiky a léčby pacientů s těmito malignitami diskutovali odborníci na plenárním zasedání České skupiny pro chronickou lymfocytární leukemii (ČSCLL) sekce České hematologické společnosti ČLS JEP a Kooperativní lymfomové skupiny 18.–20. března v pražském hotelu Eurostars Thalia.

Lymfomy a CLL patří do skupiny lymfoproliferativních chorob s incidencí téměř 25 nových případů na 100 000 obyvatel ročně. Znamená to, že zhruba každé 3 hodiny je diagnostikován nový pacient s touto diagnózou. Prognóza těchto nemocných se zlepšuje, řadu z nich lze vyléčit nebo dosáhnout významnějšího prodloužení jejich života. Stále více se v léčbě uplatňují cílené léky a jejich kombinace, na významu nabývá také individualizace léčby vycházející z biologických charakteristik nádoru.

## Přínosy cílené léčby

„Už po zavedení cílené léčby rituximabem došlo u pacientů s velkobuněčným difúzním lymfomem k výraznému snížení rizika jejich úmrtí a prodloužilo se přežívání těchto pacientů. Z novějších léků zmiňme monoklonální protilátku anti-CD30 s navázaným jedem – brentuximab vedotin –, jejíž efekt byl prokázán například u Hodgkinova lymfomu. V České republice však zatím nezískala úhradu. Dalším nadějným lékem je ibrutinib – inhibitor Brutonovy tyrosinkinázy určený pro pacienty s relabovanou či rezistentní

lymfatickou leukemií nebo lymfomem z pláštových buněk. Pro pacienty s chronickou lymfocytární leukemií je nově k dispozici inhibitor fosfatidylinositol 3-kinázy – idelalisib. Poslední dva preparáty jsou významné proto, že umožňují překonat dosud nepřekonatelné – tedy geneticky nepříznivé aberace, jako je delece 17p, respektive mutace TP53. U obou léků již došlo ke schválení Evropskou komisí, jednání o úhradě probíhají,“ uvádí prof. MUDr. Marek Trněný, CSC., a doplňuje: „V průběhu jednání jsme diskutovali také o lenalinomidu, který významně prodlužuje přežití pacientů s mnohočetným myelomem a začíná se uplatňovat i v léčbě některých lymfomů. Za zmínku stojí i to, že naše pracoviště testuje nový typ léku ze skupiny inhibitorů osy PD1-PDL1 (*program death receptor* – ligand), tlumící funkci imunitního systému. Tento lék se zdá být perspektivní pro pacienty s Hodgkinovým lymfomem. Ve spolupráci s Akademií věd ČR dále zkoumáme možnost terapeutického využití geneticky modifikovaných buněk s chimérickými antigenními receptory – CAR u pacientů s lymfomy.“

## PET/CT diagnostika

V rámci plenárního zasedání ČSCLL proběhl workshop věnovaný novým stážovacím a odpověď hodnotícím kritériím lymfomů. Příspěvky se zaměřily zejména na možnosti využití PET vyšetření, zkušenosti s hodnocením PET/CT v České republice, problémy s tím spojené i možná řešení. Odborníci z nukleární medicíny měli možnost vyměnit si zkušenosti s mezinárodně uznávaným expertem na tuto problematiku – prof. Michele Meignanem z Francie. Zamýšleli se například nad otázkou, zda může PET vyšetření u velkobuněčného difúzního lymfomu nahradit trepanobiopsii. „Využití PET/CT výrazně posunulo naše možnosti diagnostiky lymfomů a nahradilo ve většině případů vyšetření pomocí samotným PET a CT. Dosavadně užívaná trepanobiopsie má nevýhodu v tom, že poskytuje jen vzorek tkáně a neukáže celkový rozsah onemocnění,“ vysvětluje prof. Trněný. Často však nemůže být vstupní vyšetření pomocí PET v některých centrech provedeno z důvodu nedostatečného pokrytí PET centry. Pro srovnání, u nás je jedno centrum na milion obyvatel, v okolních zemích pak na stejný počet



Marek Trněný | Foto: archiv

obyvatel připadají centra dvě. Z toho plynou delší čekací lhůty na vyšetření. „U lymfomů jde přitom o kritickou situaci, neboť PET je základní metodou pro hodnocení léčebné odpovědi. A pokud nemáme data z počátku onemocnění, hodnocení léčby může být zkreslené, což má přímý dopad na další léčebný osud pacienta,“ upozorňuje Marek Trněný, podle jehož slov by se počet center měl v příštím roce navýšit, avšak současně s tím je třeba vytvořit národní *guidelines*, aby bylo PET vyšetření správně indikováno i interpretováno. Někdy je totiž toto vyšetření indikováno zbytečně nebo nadbytečně.

## T-lymfomy: stálá výzva

Blok přednášek Kooperativní lymfomové skupiny se zaměřil na dvě skupiny lymfomů, na nejčastější typ lymfomu – velkobuněčný difúzní lymfom z B buněk (DLBCL) – a pak na T-lymfomy.

Prof. Georg Lenz z Německa, který se specializuje na biologickou a genetickou charakteristiku lymfomů, při nich diskutoval s účastníky o otázce biologie a patogenese DLBCL a dopadu nových poznatků na možné léčebné ovlivnění této velké skupiny lymfomů. T-lymfomy na druhou stranu představují početně menší, ale výrazně heterogenní skupinu někdy obtížně diagnostikovatelných nádorů se stále nepříznivou prognózou. Důvodem jsou i dosud omezené možnosti cílené terapie.

## Péče u CLL

Setkání skupiny pro chronickou lymfatickou leukemii se věnovalo imunologickým a genetickým aspektům tohoto onemocnění, antiinfekční profylaxi nemocných s CLL, výsledkům nových studií a také osudu nemocných po transplantaci kostní dřeně.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M151000259



**Společně** měníme pohled na onkologická onemocnění.

Naším cílem je změnit průběh onkologických onemocnění, aby se stala vyléčitelnými nebo alespoň chronickými. Snažíme se o naplnění naší vize – předcházet onkologickým onemocněním.

Úzce spolupracujeme s nejuznanějšími odborníky z oblasti onkologie, akademickými a vládními institucemi stejně jako s odborníky z oblasti poskytování zdravotní péče a s pacienty.

Naše úsilí spojuje společný cíl: změnit negativní dopady onkologických onemocnění na pacienta a jeho blízké.

Přinášíme moderní diagnostické a terapeutické postupy, které prodlužují život nebo zlepšují kvalitu života pacienta.

Společnost Janssen využívá vědecké poznatky k pomoci pacientům na celém světě.

**Janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANY  
of Johnson & Johnson

## ODBORNÉ AKCE

# Zaměřeno na **pediatrickou endokrinologii**

Mezinárodní seminář „Pediatrická endokrinologie 2015: aktuality pro pediatry a endokrinology“ proběhl koncem března v pražské Fakultní nemocnici Motol. Zaznělo zde 10 přednášek členů výboru Evropské společnosti dětské endokrinologie (ESPE).

**S** vybranými tématy nás seznámil pořadatel semináře, přednosta Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol **prof. MUDr. Jan Lebl, CSc.**

### Intersex neboli DSD

Profesorka Laura Audiová z Barcelony, současná prezidentka ESPE, zahájila seminář přednáškou o aktuálních trendech v diagnostice a terapii poruch sexuálního vývoje. „Tyto poruchy jsou známé dlouho. Do roku 2005 se však označovaly jako intersex, nyní se pro ně používá zkratka DSD – z anglického *disorders of sex development*. Prof. Audiová kromě toho představila nový termín, a sice *different sex development*, čímž chtěla vyjádřit, že se nejedná o nemoc. Důvodem této změny je snaha chránit osoby, jichž se to týká, před celoživotní zátěží spojenou s označením nemoc,“ vysvětlil profesor Lebl.

Poruchám DSD je v poslední době věnována větší pozornost – připomeňme, že Německo jako první země nedávno uzákonila třetí pohlaví. Osoby s poruchou pohlavního vývoje se v současnosti silněji dožadují svých práv a aktivně vystupují na řadě evropských kongresů. Příčinou DSD může být nedostatečná virilizace u mužů, nebo naopak nadměrná virilizace u žen, dále poruchy vývoje genitálu vedoucí k nedostatečné diferenciaci v mužské nebo ženské pohlaví. „Některé z těchto stavů mohou být i život ohrožující, jsou-li spojeny s poruchou funkce nadledvin. Proto je důležité hned po narození určit příčinu chorobného stavu, neboť poruchy funkce nadledvin představují urgentní situaci již v novorozeneckém období,“ upozornil prof. Lebl. DSD mohou souviset také s poruchou vnímavosti androgenního receptoru, která má za následek nedostatečnou či zcela chybějící virilizaci.

### Gender dysphoria

Tématu transsexuality (dnes označované jako *gender dysphoria* čili nespokojenost s vlastním po-

hlavím) u adolescentů se věnoval profesor Gary Butler z Londýna. „Tito lidé jsou plně pohlavně vyvinuti, ale dali by přednost být jedincem opačného pohlaví. Zde se dostáváme do jiné situace než v předchozím případě. U DSD jsme se snažili u osob s nevyhraněným nebo neurčeným pohlavím najít optimální pohlaví, které by jim umožnilo prožít maximálně kvalitní život. V případě *gender dysphoria* přistupujeme po zvážení všech pro a proti k provádění složitých postupů – hormonálních a chirurgických –, na jejichž konci je změna pohlaví, provázená ztrátou fertility,“ uvedl profesor Lebl.

DSD nyní zažívá světový boom. Profesor Butler prezentoval statistiky dětských a adolescentních pacientů z Velké Británie, kteří přicházejí k lékařům s tímto problémem. Za posledních 10 let stoupl počet jedinců nespokojených s vlastním pohlavím desetinásobně. Zatímco v roce 2005 to bylo kolem 50 pacientů, dnes je to 500. Nejedná se přitom o problém medicínský jako spíše sociální, spojený se změnami genderového vnímání. V České republice se zatím porucha týká několika desítek pacientů ročně, avšak je pravděpodobné, že budeme-li kopírovat západní trend, počet těchto jedinců bude narůstat. Na řešení problému s *gender dysphoria* by se ideálně měl podílet multidisciplinární tým, v němž je zastoupen jak endokrinolog, tak dětský psychiatr, sexuolog a další odborníci.

### Co ovlivňuje růstovou chrupavku

Další přednášky se zaměřily na faktory ovlivňující dětský růst. Prof. Lars Sävendahl ze Stockholmu hovořil o hormonální regulaci růstové chrupavky, zejména o vlivu estrogenu a estrogenního receptoru. „Tým profesora Sävendahla zjistil, že estrogény, respektive dosažení určité hladiny těchto hormonů, jsou nezbytné pro ukončení růstu u obou pohlaví. Defekt estrogenního receptoru pak vede k tomu, že se



Ilustrace: Foto: Shutterstock

růst takového jedince nezastaví, jak se ukázalo na případu pacienta s tímto defektem. Naštěstí jde o vzácnou poruchu,“ konstatoval profesor Lebl.

Na tuto přednášku navázal prof. Faisal Ahmed z Glasgow příspěvkem o růstu a skeletálním vývoji u chronicky nemocných dětí. „Výzkum profesora Ahmeda ukázal, že poruchu vývoje růstu mohou mít jak děti s endokrinní poruchou, tak děti s chronickým onemocněním. Patologicky se zde uplatňují jednotlivé mediátory zánětu, například některé interleukiny, ovlivňující děje v růstové chrupavce. Toto zjištění může vysvětlovat, proč například děti s Crohnovou nemocí špatně rostou a opožděně dospívají,“ vysvětlil prof. Lebl.

Prof. Moshe Phillip z Tel Avivu poté informoval o interakci mezi výživou a růstem. Jeho tým vyvinul speciální výživový doplněk obohacený aminokyselinami a dalšími látkami a prokázal jeho efekt na regulaci růstu u dětí. „Již dříve se vědělo, že podvýživa negativně ovlivňuje růst, nepředpokládal se však pozitivní efekt obohacené výživy. Profesor Phillip prokázal, že tato vazba existuje,“ řekl profesor Lebl a dodal, že od samotného výživového doplnku pochopitelně nelze očekávat vyřešení závažnějších problémů spojených s nedostatkem růstového hormonu.

### Zkušenosti s růstovým hormonem

Profesorka Anita Hokkenová-Koelegaová z Rotterdamu se zaměřila na vliv léčby růstovým hormonem u dětí se syndromem Pradera-Williho. Ten způsobuje již v raném věku stav, který by se dal charakterizovat jako jídelní obsese, a to má za následek monstrózní obezitu. U postižených jedinců se již dříve zjistil deficit růstového hormonu. Výzkumným prof. Koelegaové nedávno potvrdil pozitivní vliv substituce tímto hormonem na projevy syndromu Pradera-Williho.

V další přednášce o farmakogenomice u růstových poruch se prof. Peter Clayton z Manchesteru pokusil odpovědět na otázku, proč některé děti odpovídají na léčbu růstovým hormonem lépe než jiné. „Dříve se to přisuzovalo *compliance*, nyní se ukazuje, že to může souviset s geneticky podmíněnou odpovědí na léčbu,“ řekl profesor Lebl. Objasnění genetického pozadí by podle něj mohlo pomoci určit dávkování pro jednotlivé pacienty i optimalizovat léčbu růstovým hormonem, která je poměrně nákladná.

Dlouhodobým zdravotním stavem po léčbě růstovým hormonem v dětství se pak zabýval profesor Jean-Claude Carel z Paříže. „Otázka, zda růstový hormon může negativně ovlivňovat zdravotní stav dospělých po léč-

bě v dětství, je velmi složitá. Jsou náznaky, že zde existuje nepatrně zvýšené riziko některých nádorových onemocnění, ale bude třeba realizovat ještě další studie, neboť může jít o chyby malých čísel,“ domnívá se prof. Lebl.

### Poruchy funkce hypofýzy

O nových pohledech na vrozené poruchy funkce hypofýzy hovořil prof. Mehul Dattani z Londýna, který upozornil na skutečnost, že vědci začínají odkrývat také genetické pozadí poruch hypotalamu a celého hypotalamo-hypofýzárního systému. Na závěr sympozia seznámil profesor Lebl se závěry pátrání po genetickém dědictví hypopituitarismu ve střední a východní Evropě. „Vycházel jsem z faktu, že na chorvatském ostrově Krk se od roku 1884 narodilo nejméně 24 osob s trpasličím vzrůstem. Většina z nich pak pocházela ze dvou ostrovních vesnic. Výskyt endemického nanismu tam lákal výzkumníky po celé 20. století. Až v roce 1999 bylo však zjištěno, že příčinou tohoto malého vzrůstu je defekt genu PROP1. Ukázalo se, že dvě jeho mutace jsou poměrně častou příčinou poruchy funkce hypofýzy v zemích střední a východní Evropy, včetně Česka. V našem výzkumu jsme pátrali, zda je původcem těchto mutací společný předek, nebo tyto mutace vznikají opakovaně vlivem zranitelnosti specifických oblastí DNA. Pomocí genetických markerů se nám nakonec podařilo lokalizovat dva původce častých mutací PROP1. Jedna z mutací vznikla na území Běloruska v období 1. tisíciletí před Kristem a odtud se rozšířila přes střední Evropu do jižní, včetně ostrova Krk. Druhá mutace pochází z Litvy, z období 2. tisíciletí před Kristem. Odtud se šířila přes Evropu do USA a jižní Ameriky,“ popsal profesor Lebl. Výsledky výzkumu podle něj přispěly nejen ke zmapování rodokmenu konkrétní genetické poruchy a části genetické historie lidstva, ale mohou být i užitečnou informací o tom, v kterých lokalitách je třeba na tuto poruchu myslet.

Seminář proběhl v souvislosti s výročním zasedáním výboru ESPE, které se letos konalo v Praze. „Byla to výjimečná akce, neboť málokdy se podaří, aby se tak významní experti z oboru pediatrie a endokrinologie sešli na jednom místě a měli možnost spolu diskutovat. Atraktivitě sympozia odpovídá i velká účast lékařů, kteří zcela zaplnili kinosál motolské nemocnice,“ uzavřel pořadatel akce.

**MUDr. Andrea Skálavá**



# Infekční nemoci nerespektují lidmi vytýčené hranice

Americký epidemiolog William H. Stewart pronesl v roce 1969: „Přišel čas uzavřít kapitolu infekčních nemocí.“ Bohužel to byl výrok nepravdivý.

Jen namátkou, co nás trápí v 21. století: epidemická pohroma virové hemoragické horečky Ebola v západní Africe, pandemická chřipka, HIV, SARS, epidemie spalniček v USA, Německu a Velké Británii či každoroční desítky tisíc případů planých neštovic v České republice. Na druhou stranu je Evropa úspěšná v prevenci onemocnění, jako jsou tetanus, záškrt či hepatitida B. Osvědčily se očkovací programy proti meningitidě a lidským papilomavirům (HPV). Přesto se infekční choroby celosvětově podílejí na celkovém počtu onemocnění zhruba 10 procenty. A kolem 400 tisíc pacientů ročně je infikováno bakteriemi rezistentními k širokospektrým antibiotikům.

Infekční choroby neznají hranice a nelze se jim bránit pouze na lokální úrovni. Boj proti nim musí zahrnovat koordinované přístupy od imunizačních kalendářů přes databáze s údaji o infekcích a pacientech po strategie vůči klimatickým změnám i řešení problematiky přistěhovalců. Evropské středisko prevence a kontroly nemocí (ECDC) a Světová zdravotnická organizace (WHO) spolupracují na vytvoření celoevropské databáze chorob, která by měla být v tomto boji nápomocná. Viry i bakterie se neustále vyvíjejí (mutují) a seznam sledovaných infekcí je proto nutné revidovat.

## Infekce přenášené komáry

S klimatickými změnami přicházejí do Evropy nové druhy invazivních komárů, mnohdy zodpovědných za přenos infekčních onemocnění. Typickým příkladem je *Aedes aegypti*, přenašeč žluté zimnice, dengue, nemoci Chikungunya a Zika viru. Během epidemie dengue v období říjen 2012 až leden 2013 byly hlášeny 2 tisíce nakažených, z toho 78 turistů z Evropy. Historicky se tento komár několikrát vyskytl v oblasti Oděsy a Brestu. V současnosti se vyskytuje na Madeiře, v jižním Rusku, Cruzii a okolo Středozemního moře. Několikrát byl odchycen

v Holandsku. Jsou známy stovky importovaných nákaz, reálnou hrozbou je *Aedes aegypti* hlavně pro jižní Evropu. Tento druh netoleruje mrazivé zimní teploty, ale v souvislosti s globálním oteplováním může být brzy hrozbou pro celou Evropu.

*Aedes japonicus*, nalezený v Belgii, Francii, Německu a Švýcarsku, je zodpovědný za přenos západonilského viru. Uvažuje se, že by se mohl podílet i na přenosu dengue a onemocnění Chikungunya. Původně se vyskytoval hlavně v Japonsku a Koreji, v současnosti expanduje ve střední Evropě. Jeho šíření je spjato s distribucí pneumatik, které při venkovním skladování slouží jako ideální nádržky stojaté dešťové vody – což je ideální biotop pro komáry.

Dříve pro severní Ameriku typický *Aedes atropalpus* byl opakovaně odchycen v Itálii, Francii a Holandsku a je také vektorem západonilského viru, stejně jako viru La Crosse, viru japonské encefalidity a viru encefalidity Saint Louis. Tento druh se již dobře etabloval v oblasti jihovýchodní evropské osy, od Středozemního moře po Balt. Byl detekován i v České republice a řadě dalších zemí. Má v oblíbě jak sladkou, tak slanou a hlavně brakickou vodu bohatou na řasy.

Ve Francii byl nalezen *Aedes triseriatus*, přenašeč viru La Crosse a potenciálně západonilský virus. Typicky se vyskytuje v severní Americe, zejména v USA. V současnosti je považován za hrozbu pro celou Evropu.

*Aedes albopictus* je přenašečem jak onemocnění Chikungunya (zjištěno v Itálii a ve Francii), tak dengue (známo z Francie a Chorvatska). Jeho výskyt je dokonalou ukázkou globálního rozšíření. Doslava dramaticky v krátké době expandoval po celém světě (nemá problém adaptovat se na chladnější prostředí). Tento druh komára se rozšiřuje zejména s prodejem bambusu (*lucky bamboo*) a nevyhnul se ani České republice.

Za zmínku stojí i druh *Aedes koréicus*, vyskytující se v Japonsku, Číně, Jižní Koreji a v některých

oblastech Ruska. Nejnovější zprávy uvádějí jeho zachycení ve východní Belgii a v Itálii. Komár je vektorem pro japonskou encefalitidu.

V Evropě byly dále detekovány již čtyři přenašeči malárie, a to *Anopheles atroparvus* (jihovýchodní Švédsko, pobřežní evropské oblasti až do Portugalska, oblasti Baltu a Středozemního moře, nalezen i v ČR), *A. labrianchiae* (jižní a jihovýchodní Evropa, ČR, SR), *A. plumbeus* (Evropa, Kavkaz, Blízký východ, Írán, Irák, Severní Afrika) a *A. sacharovi* (jihovýchodní Evropa).

## Význam evropské surveillance

V souvislosti s problematikou nových, dosud jen importovaných infekčních onemocnění v Evropě se ukazuje jako velmi důležité uplatňování algoritmu epidemiologické bdělosti, tzv. *surveillance*. Jedná se o komplexní a soustavné získávání dostupných informací o šíření nákazy a sledování podmínek a faktorů, které tento proces ovlivňují, za účelem stanovení systému účinných opatření k potlačování nebo likvidaci dané nákazy.

Na základě rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady mají členské státy EU provádět celoevropskou *surveillance* vybraných infekčních onemocnění, včetně molekulární charakterizace virových a bakteriálních *agens*. Povinnost provádět národní *surveillance* vyplývá z právně závazné národní a evropské legislativy. Kvalita evropského systému je odrazem kvality jednotlivých programů *surveillance* v členských státech EU, a je proto povinností členských států EU zajišťovat národní programy *surveillance* nejen v zájmu vlastní bezpečnosti, ale i v zájmu standardizace a zkvalitnění *surveillance* v EU (pandemie, bioteroristická hrozba). Program zahrnuje:

1. sledování trendů infekčních onemocnění s cílem zhodnocení aktuální situace;
2. detekci a sledování mezinárodních ohnisek infekčních onemocnění s cílem poskytnout

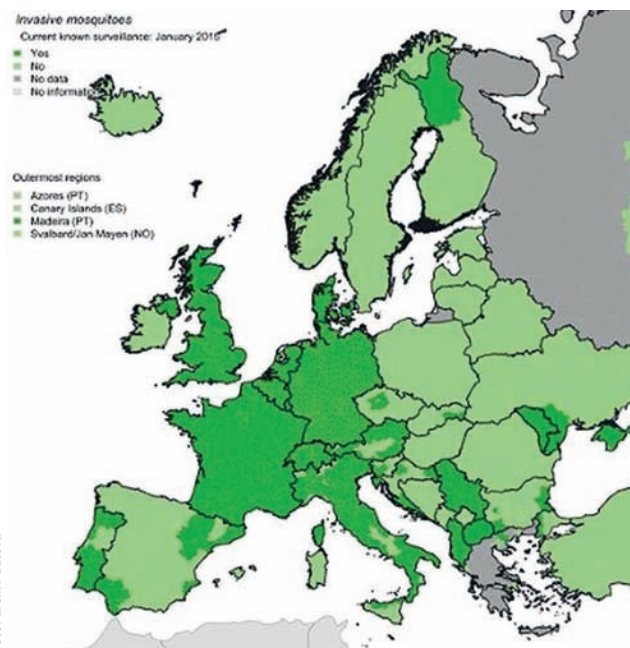


Foto: archiv autorů

nout podklady k účinným opatřením;

3. hodnocení preventivních programů proti infekčním onemocněním s cílem jejich posílení na národní i evropské úrovni;
4. detekování rizikových částí populace a potřeb cílených preventivních opatření;
5. hodnocení hrozby výskytu infekčních onemocnění v populaci analýzou prevalence a mortality onemocnění;
6. vytváření hypotéz o nových zdrojích infekce a způsobech šíření s cílem stanovit priority výzkumu.

## Šest okruhů surveillance

ECDC koordinuje rozvoj evropských *surveillance* programů v šesti okruzích:

1. **onemocnění preventabilní vakcinací a invazivní bakteriální onemocnění** (záškrt, pertuse, přenosná dětská obrna, lidské papilomaviry, invazivní hemofilové onemocnění, invazivní meningokoková onemocnění, invazivní pneumokoková onemocnění, příušnice, rotavirové infekce, spalničky, tetanus, vzteklinka, zarděnky a kongenitální zarděnkový syndrom, *varicella*);
2. **respirační onemocnění** (chřipka – jak sezónní, tak pandemická, ptačí chřipka, tuberkulóza);

3. **nově se objevující onemocnění a onemocnění přenášená vektory** (Chikungunya, dengue, hantavirové infekce, legionelóza, lymeská borelióza, malárie, mor, Q-horečka, SARS, klíšťová encefalitida, tularémie, virové hemoragické horečky, západonilská horečka, žlutá zimnice);
4. **HIV/AIDS, STI, hepatitidy** (HIV/AIDS, hepatitida B, hepatitida C, chlamydiové infekce, gonokokové infekce, syfilis);
5. **onemocnění přenosná potraviny, vodou a zoonózy** (botulismus, brucelóza, kampylobakteriíza, Creutzfeldtova-Jacobova nemoc, kryptosporidióza, hepatitida A, hepatitida E, listerióza, norovirové infekce, salmonelóza, toxoplazmóza, trichinóza, yersinióza).
6. Poslední skupinou jsou **antimikrobiální rezistence a nemocniční nákazy**.

Za Českou republiku dodává příslušné datové informace Státní zdravotní ústav.

doc. RNDr. Vanda Boštková, Ph.D.,  
MUDr. Petr Prášil, Ph.D.;

MUDr. Miloslav Salavec, CSc.;

prof. MUDr. Pavel Boštk, Ph.D.;

<sup>1</sup>Katedra epidemiologie VZU UO Hradec Králové,

<sup>2</sup>Klinika infekčních nemocí LF UK a FN HK,

<sup>3</sup>Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN HK



## KOMENTÁŘ

Komentář ke článku

## „Časná a individualizovaná cílená terapie pro léčbu traumatem indukované koagulopatie“

Komentář MUDr. Miroslava Durily, Ph.D., k článku, který vyšel v časopise *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (Schöchl et al.: Early and individualized goal-directed therapy for trauma-induced coagulopathy. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2012 20:15).

Pacienti s těžkým traumatickým poraněním jsou ohroženi rozvojem život ohrožujícího krvácení, které je v praxi závažným problémem z mnoha důvodů. Jelikož tyto pacienti ztrácejí cirkulující krevní objem z cévního řečiště, je nutno k zachování dobré perfuze a dodávky kyslíku tkáním nahradit tento objem jiným cirkulujícím objemem, např. krystaloidními roztoky, koloidními roztoky nebo transfuzními přípravky. V praxi je těžké takto léčeného pacienta udržet v normotermii; častým nežádoucím vlivem terapie je hypotermie pacienta a diluční efekt náhradních traumatickým poraněním (dochází k poškození endotelu cév a konzumpci koagulačních faktorů), a proto je důležité zahájit léčbu celkového stavu co nejdříve a adekvátním způsobem.

**Nevýhody běžných koagulačních testů**

Terapie koagulopatie na základě běžně používaných laboratorních testů, jako je protrombinový čas (PT) či aktivovaný parciální trombotoplastinový čas (APTT), je sice teoreticky možná, ale v praxi z časových důvodů nevyhovující. Výsledky jsou k dispozici obvykle ne dříve než za 30 minut a za tuto dobu se může situace u pacienta významně změnit. Další nevýhodou těchto testů je, že se k vyšetření používá plasma centrifugací zbavená buněčných elementů, jako jsou trombocyty, které *in vivo* hrají důležitou roli v aktivaci srážecích faktorů. Třetí nevýhodou běžných koagulačních laboratorních testů je, že ačkoli nás informují o absolutní hladině fibrinogenu či trombocytů, neříkají nám nic o jejich funkčním stavu. Z výše popsaných

důvodů je vedení terapie krvácení na základě těchto testů nepraktické. Proto se v praxi dává přednost spíše časnému zahájení masivního transfuzního protokolu, který spočívá v podávání optimálního poměru čerstvé mražené plasmy (ČMP) a erytrocytů (RBC), a to v poměru 1,5 : 1 či 1 : 1. Ideální poměr je neustále diskutován a doporučuje se i současné podávání trombocytů s cílem udržet hladinu trombocytů v hodnotě 50–100 000/μl (poměr 1 : 1 : 1). Tento koncept masivního transfuzního protokolu sice zlepšuje přežívání pacientů, je ale spojen s mnoha riziky (infekce, syndrom akutní dechové tísně – ARDS – apod.). Dalším nedostatkem tohoto protokolu je i fakt, že u pacienta s těžkým traumatickým poraněním nelze koagulopatii zvládnout pouze podáváním transfuzních přípravků, ale čas-



Ilustrační foto: Shutterstock

to je nutné podání dalších srážecích faktorů (jak uvádíme v naší kazuistice „*Rotational thromboelastometry along with thromboelastography plays a critical role in the management of traumatic bleeding*“, Durila M, Malošek M, *Am J Emerg Med.* 2014 Mar; 32(3):288.).

**Metoda ROTEM**

Autoři Schöchl a spol. nám nabízejí nový přístup k managementu traumatického krvácení. Tento přístup využívá k diagnostice koagulopatie metodu rotační tromboelastometrie (ROTEM). Jde o viskoelastickou metodu, která je schválena pro klinické používání americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (Food and Drug Administration, FDA) a je součástí evropských doporučených postupů pro management život ohrožujícího krvácení z roku 2013. Výhodou této metody je, že pro vyšetření používá plnou krev, a jelikož jde o „*bedside*“ metodu, výsledky vyšetření jsou k dispozici do několika málo minut od aktivace vzorku (již po 80 sekundách lze zjistit poruchu iniciace srážení a reagovat promptně podáním např. protrombinového komplexu). Pomocí ROTEM lze díky různým

reagencím získat informaci o vnitřní cestě srážení (INTEM – porucha vlivem heparinu či u těžkých hemofilických pacientů), informaci o vnější cestě srážení (EXTEM – tento typ je běžně v praxi preferován jako základní test). Použitím blokátorů trombocytů lze zjistit informaci o funkční hladině fibrinogenu (FIBTEM), který při krvácení dosahuje kritických hodnot jako první. Použitím testu APTEM je možné detekovat přítomnou fibrinolýzu. Dle výsledku ROTEM je možno terapeuticky zasáhnout do poškozené fáze koagulace, a to podáním fibrinogenu, protrombinového komplexu, antifibrinolytik či trombocytů. Na naší klinice metodu ROTEM s oblibou používáme v denní praxi jak u krvácejících pacientů (trauma atd.), tak i předoperačně u pacientů s laboratorně zjištěnou patologicky prodlouženou hodnotou PT či APTT. Častým nálezem je normální křivka ROTEM i přes patologii v PT či APTT – v takových případech se řídíme, po posouzení klinického stavu pacienta, spíše výsledkem ROTEM.

MUDr. Miroslav Durila, Ph.D.,

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče 2. LF UK a FN Motol, Praha



Ilustrační foto: Shutterstock



# Nové poznatky o roli cytokininů

K překvapivému a významnému objevu dospěl mezinárodní tým vědců, mezi nimiž nechybějí čeští zástupci – prof. Ing. Miroslav Strnad, CSc., a Mgr. Ondřej Novák, Ph.D., z Laboratoře růstových regulátorů, která je součástí olomouckého Centra regionu Haná pro biotechnologický a zemědělský výzkum.

Vědci zjistili, že cytokininy, dosud známé jako rostlinné hormony, mají významnější roli, než se předpokládalo. Jeden z genů jejich metabolismu dokonce rozhoduje o infekčnosti tuberkulózy, což může být cenná informace pro vývoj nových léků. Práci publikoval prestižní časopis *Molecular Cell*. „Po dlouhé době je to velmi objevná práce v oblasti mykobakteriálních infekcí. Je důležitá pro pochopení mechanismu, proč bakterie způsobující tuberkulózu jsou tak odolné a dokáží proniknout i přes bariéry imunitního systému,“ uvedl profesor Strnad. Laboratoř růstových

regulátorů, kterou vede, je společným pracoviště Přírodovědecké fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a Ústavu experimentální botaniky Akademie věd ČR.

## Může pomoci vývoji tuberkulostatik

Na počátku práce stáli američtí biochemici a lékaři, kteří tyto bakterie studují již několik let. Ke svému překvapení zjistili, že obsahují také gen pro cytokininy, konkrétně *Lonely Guy* (zkráceně LOG gen). To je naprostý převrat, neboť dosud byly cytokininy spojovány zejména s rostlinami. Jelikož olomoučtí vědci mají ve světě v oblasti zkoumání těchto

látek velké renomé, stali se součástí mezinárodního výzkumného týmu. „Tento článek poprvé ukazuje, že cytokininy ve své podstatě nejsou signální látky pouze u rostlin, ale jsou významné i v živočišné a bakteriální říši a mají mnohem více funkcí, než se předpokládalo,“ soudí Ondřej Novák. Tuberkulózní mykobakterie (*Mycobacterium tuberculosis*) dokáží v organismu projít obranným valem makrofágů, tedy buněk přirozené imunity. Ty proti nezvaným vetřelcům využívají oxid dusnatý (NO), tuberkulózní bakterie však umějí i tuto nástrahu zdolat. Dosud se nevědělo, proč tomu tak je. Vědci nyní



Ilustrační foto: Shutterstock

zjistili, že klíčovou roli má právě cytokininový gen, který zesiluje účinek NO zabíjející bakterie tuberkulózy.

„Tyto informace mohou být významné pro medicínu i další obo-

ru. Jestliže cytokininy hrají takovou roli při vzniku tuberkulózy, je to důležitý poznatek například pro vývoj nových tuberkulostatik na bázi cytokininů,“ uzavřel Miroslav Strnad. (red)

## Nové poznatky o Downově syndromu

Vznik aneuploidie u savčím vajíčku, jež způsobuje mj. Downův syndrom, úspěšně zkoumali vědci z Ústavu živočišné fyziologie a genetiky AV ČR. Výsledky jejich výzkumu publikoval prestižní časopis *Nature Communications*.

Tým Ing. Michala Kubelky, CSc., Ing. Andreje Šušora, Ph.D., MVDr. Martina Angera, Ph.D., a jejich zahraničních kolegů z Kalifornské univerzity v San Francisku a Sungkyunkwan univerzity v Jižní Koreji učinil zásadní objev o příčině aneuploidie u vajíček, která postihuje až 35 % žen po 35. roce života. Chybějící či přebývající chromozom ve vajíčku může mj. vést ke vzniku Downova syndromu

či potratu v 1. trimestru. Vědci zjistili, že potlačení funkce molekulární dráhy mTOR, která je zodpovědná za syntézu specifických bílkovin na správném místě ve správném čase či její narušení vede ke genomické nestabilitě, i když je vajíčko schopné být oplozeno spermií. Studie také popisuje, že syntéza bílkovin ve vajíčku neprobíhá ve všech částech této buňky stejně, ale probíhá v tak-

zvaném gradientu, jenž je pro vývoj vajíčka nezbytný. Výsledky výzkumu mají význam nejen pro pochopení primárních kroků při regulaci dějů v této buňce v modelovém organismu myši, ale i pro humánní medicínu. Dosavadní data, získaná ve spolupráci s klinikou Centra asistované reprodukce LFUK a VFV v Praze, totiž ukazují, že i lidské vajíčko funguje podobně jako to myší. (red)

## Průlom v transplantacích: dárce kostní dřeně najde každý

Lékaři v Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHK) spustili nový transplantací program. Kostní dřeň v něm půjde převést i mezi dárce a pacientem, kteří jsou neshodní. Nebo přesněji – jsou shodní jen napůl.

U klasických transplantací je nutné hledat shodu v 9 nebo minimálně 8 znacích z 10. Pro řadu vážně nemocných proto budou nové, tzv. haploidentické transplantace novou šancí. „Umožní nám transplantovat i pacienty, kterým jsme dosud nedokázali pomoci. Tedy zhruba 30 procent nemocných, kteří nemají HLA identického sourozence a ani shodného dárce v registrech,“ říká prof. MUDr. Petr Cetkovský, Ph.D., MBA,

ředitel hematologického ústavu, ve kterém se právě na transplantace kostní dřeně specializují. Při haploidentické transplantaci lze použít kostní dřeň, jež je shodná jen z 50 procent. „Typicky to jsou kvetvorné buňky od dětí či rodičů nemocného. Díky tomu může mít najednou svého dárce kostní dřeně prakticky každý,“ dodává prof. Cetkovský. „První pokus o haploidentickou transplantaci se odehrál v USA už

v 70. letech minulého století. Několik dalších desítek let ale vypadal kvůli následnému průběhu beznadějně. Situace se na světových klinikách výrazně mění až poslední dva tři roky,“ popisuje šéf transplantacího programu ÚHK MUDr. Antonín Vítek, pod jehož vedením se nyní dostává donedávna experimentální metoda do rutinní praxe také v Česku.

(red)

## Čeští cestovatelé podceňují očkování

Mnoho českých turistů stále podceňuje ochranu před tropickými nemocemi. Riziko nákazy závažnou chorobou přitom existuje i v turisticky oblíbených destinacích. Nejčastěji lidé onemocní infekčním průjemem, časté jsou hepatitidy, v poslední době i horečka dengue, přetrvávající hrozbou je malárie.

Turisté v zahraničí nejčastěji sužují střevní potíže. Potýká se s nimi až 50 % cestovatelů směřujících do zemí severní Afriky či jihovýchodní Asie. Některá onemocnění jsou přitom vysoce infekční. Postižený pak při návratu v autobuse nebo v letadle může ohrozit stovky dalších lidí. Vedle žloutenkových onemocnění, která jsou spjata zejména s nedostatečnou hygienou v rizikových oblastech, představují značnou hrozbu nemoci přenášené bodavými hmyzem, jako například horečka dengue. Nemoc může mít lehčí průběh podobný chřipce, těžší průběh vyžaduje hospitalizaci a v extrémních případech může postiženého ohrozit na životě.

### Lékárnička na cesty

Základem turistické lékárníčky jsou probiotika na prevenci střevních potíží, účinný repelent, případně i rehydratační roztok, dezinfekce na ruce i na rány, obvazy, náplasti, za jistých okolností i vlastní jehly a stříkačky. Samozřejmostí jsou léky proti horečce a bolesti, dále léky proti průjmu, zvracení, nevolnosti. Užitečnou součástí lékárníčky jsou léky na alergii, kašel, bolesti v krku, kapky do očí a nosu. Populárním doplňkem lékárníčky je speciální filtrační láhev na pitnou vodu.

Antibiotika jsou vhodná pro skupiny cestovatelů, směřujících do oblastí bez dostupné zdravotní péče.

### Očkování

Mnohým problémům lze předejít očkováním. Vhodné vakcíny je třeba zvolit individuálně s ohledem na plánovanou cestu a zdravotní stav jednotlivce. Například před plánovanou cestou do Keni, Nepálu, Egypta, Mexika nebo Thajska by se měli lidé nechat očkovat proti hepatitidám. Dále odborníci doporučují očkování proti břišnímu tyfu.

Ne všechna očkování jsou hrazena zdravotními pojišťovnami. Jednotlivé vakcíny stojí od několika stokorun až po několik tisíc korun. Přestože se ceny některých vakcín mohou zdát vysoké, ochrání zdraví před závažnými zdravotními komplikacemi a rizikem trvalých následků. Češi podceňují vakcíny, které jsou zdarma či s významným příspěvkem zdravotní pojišťovny – například očkování proti chřipce nebo pneumokokům u starších a chronicky nemocných osob. Zde je třeba připomenout, že kombinace infekčního onemocnění například se zápallem plic může být fatální i pro člověka, který byl do té doby zdravý.

(Zdroj: cpzp.cz)

(red)

## INFEKTOLOGIE

# Syfilis u pacientů s HIV infekcí

Článek se zabývá problematikou onemocnění syfilis se zaměřením na neurologické formy u pacientů s HIV infekcí.

**K**romě definice nozologických jednotek syfilis a HIV infekce a uvedení základních dostupných aktuálních epidemiologických údajů o obou chorob s upozorněním na rostoucí incidenci obou diagnóz jsou nastíněna specifika výše uvedené koinfekce se sňahou zdůraznit určitou nejednotnost anglosaské a české terminologie a klasifikace neurosyfilis. Diagnostické a terapeutické postupy jsou v tomto případě také předmětem diskuse, na závěr je prezentován výstup aplikovaných vyšetřovacích a léčebných postupů na souboru pacientů s koinfekcí syfilis a HIV infekcí hospitalizovaných na Klinice infekčních, tropických a parazitárních nemocí Nemocnice Na Bulovce v letech 2013–2014.

### Definice

**Syfilis (lues, příjice)** je sexuálně přenosné systémové onemocnění známé odnepaměti. Historie nemoci sahá do hluboké minulosti, hlavní vlna epidemického šíření nemoci v Evropě je datována na konec 15. století, tedy na období rozvolnění mravů a zámořských objevů Kryštofa Kolumba, což jsou hlavní dva faktory, jež ovlivnily rozšíření syfilis. Původce nemoci – fakultativně anaerobní spirocheta *Treponema pallidum* – byl objeven a popsán německým zoologem Fritzem Schaudinnem a německým dermatologem Erichem Hoffmannem v roce 1905 pod původním názvem *Spirochaeta pallida*. První sérologický test byl objeven v roce 1906 – jedná se o Bordetovu-Wassermannovu reakci (reakce kardiolipinu s nespecifickými antifosfolipidovými protilátkami). V roce 1909 byl objeven Erlichem a Hatou salvarsan (derivát arsenu), chemoterapeutikum účinné v léčbě syfilis. V roce 1913 prokázal japonský vědec Hideyo Noguchi přítomnost agens v mozku pacienta s progresivní paralýzou.

**Inkubační doba** nemoci se pohybuje mezi 3 a 90 dny, s mediánem 21 dní.

### Klinické formy syfilis

Rozlišujeme dvě základní formy nemoci, a to **vrozenou syfilis**, která vzniká transplacentárním přenosem od 5. měsíce gravidity (a to ve formě fetální

infekce, *syphilis congenita recens* či *syphilis congenita tarda*) a **získanou syfilis** s dalšími podjednotkami – časná forma (primární syfilis, sekundární syfilis, časná latentní syfilis) a pozdní forma (pozdní latentní syfilis, terciární syfilis, kvarterní syfilis). Získaná syfilis se tedy vyskytuje v následujících formách: **primární syfilis** (projevuje se ve formě nebolestivě erodující papuly v místě inokulace, zhojení léze nastává většinou do 1–12 týdnů, častá je regionální lymfadenopatie), **sekundární syfilis** (navazuje po 2–8 týdnech na primární stadium, zpočátku je fáze generalizovaného makulózního exantému (*roseola syphilitica*), různých enantémů, ev. rozvoj alopecie, syfilitické tonzilitidy, časté jsou subfebrilie, anorexie, artralgie, únava, generalizovaná lymfadenopatie), **časná latentní syfilis** (jedná se o několik týdnů trvající období klinických rekurencí, občas s výskytem asymetrických exantémů), **pozdní latentní syfilis** (fáze bez relapsů, trvající 2–3 roky), **terciární syfilis** (období nastupující 3–5 let po časné fázi, charakterizované podkožními uzly, lividně zbarvenou kůží s následně vznikajícími vředy, orgánová postižení ve formě kardiologických projevů (disekující aneurysmata vzestupné aorty, stenózy ústí koronárních tepen), neurologických projevů (*meningoencephalitis syphilitica chronica* – léze okohybných nervů, *n. trigeminus* a *n. facialis*, ev. epileptické paroxysmy, hemiparézy, fatické poruchy), *pachymeningitis cervicalis hypertrophica* – paraparézy horních končetin; *endarteritis obliterans Heubneri* – ischemické cévní mozkové příhody; expanzivní procesy – přítomnost gumat v mozkové tkáni), **kvarterní syfilis** (rozvíjí se po 10–20 letech nálezů, příkladem je dnes již vzácná jednotka *tabes dorsalis* či progresivní paralýza).

### HIV

**Infekce virem lidské imunodeficiency (HIV)** byla objevena v první polovině 80. let 20. století na základě neobvyklého nárůstu do té doby nezvyklých chorob (Kaposiho sarkom, pneumocystová pneumonie) mezi homosexuálně orientovanými muži a toxikomany. V roce 1981 byl stav

pojmenován jako AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*), odhalen byl sexuální a intravenózní přenos infekce. Roku 1983 byl týmem francouzského virologa Luca Montagniera detekován virus pojmenovaný *Lymphadenopathy-associated virus (LAV)*, který byl roku 1984 americkým biochemikem Robertem Gallem potvrzen a přejmenován na *Human T-lymphotropic virus III (HTLV III)*. Roku 1986 byl virus definitivně přejmenován na konečnou podobu – HIV. Montagnier a jeho kolegyně Françoise Barréová-Sinoussiová byli roku 2008 za objev HIV oceněni Nobelovou cenou. Roku 1987 byl vyvinut první lék proti HIV infekci – zidovudin (Retrovir). V polovině 90. let 20. století byla zavedena kombinovaná antiretrovirová terapie (cART, dříve HAART – *highly active antiretroviral therapy*) s výrazným zlepšením prognózy pacientů s HIV infekcí.

**Inkubační doba nemoci** je 2–8 týdnů, výjimečně déle.

### Klinické formy HIV infekce

**Podle CDC 1993** se u HIV infekce rozeznávají 3 stadia:

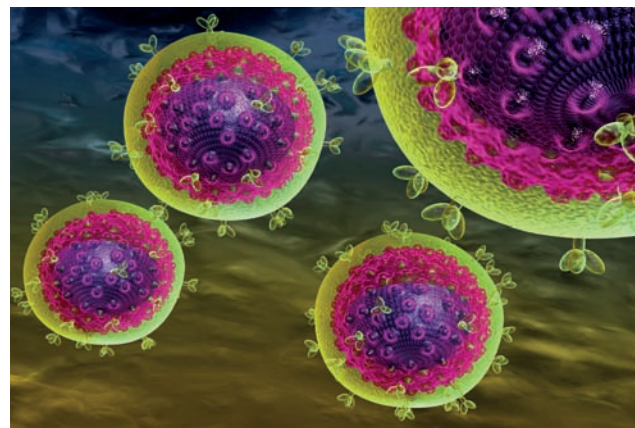
**A. časné období (early stage)** – primoinfekce – akutní retrovirový syndrom, perzistující generalizovaná lymfadenopatie, ev. asymptomatická fáze

**B. střední období (intermediate stage)** – malé oportunní infekce – orální nebo vulvovaginální kandidóza, leukoplakie, těžké bakteriální infekce, febrilie, průjmy, listerióza, zánětlivá onemocnění malé pánve, trombocytopenická purpura aj.

**C – pozdní období (late stage)** – **AIDS** – velké oportunní infekce – pneumocystová pneumonie, toxoplazmová encefalitida, ezofageální až plicní kandidóza, CMV retinitida, recidivující salmonelová bakteriémie, progresivní multifokální leukoencefalopatie, HIV encefalopatie, tuberkulóza, recidivující bakteriální pneumonie, Kaposiho sarkom, maligní lymfomy, invazivní karcinom děložního hrdla, waisting syndrom

**Podle stupně imunodeficiency se dále rozlišují laboratorní kategorie:**

• Stadium 1 – žádný imunodeficit: CD4+ lymfocyty v periferní krvi > 500/μl



Virus lidské imunodeficiency (HIV) | Foto: Shutterstock

- Stadium 2 – mírný imunodeficit: CD4+ lymfocyty: 350–499/μl; – pokročilý imunodeficit: CD4+ lymfocyty: 200–349/μl
- Stadium 3 – těžký imunodeficit: CD4+ lymfocyty < 200/μl nebo (< 15 %)

### Epidemiologie syfilis

Podle údajů z ÚZIS incidence syfilis v ČR do roku 2010 výrazně stoukala. V roce 2010 bylo hlášeno 1022 případů, v roce 2011 již jen 737 případů, v roce 2012 případů 696, údaje z posledních dvou let nejsou ještě veřejně dostupné. Trendově se tedy zastavil nárůst výskytu nemoci a vrací se k hodnotám kolem roku 2000.

Z téměř 90 % případů syfilis jde o první záchyt nemoci v životě, podíl mužů proti ženám je dvojnásobný, podíl cizinců ze všech hlášených syfilis tvořil do roku 2012 čtvrtinu případů. Uvádá se, že 25 % nových případů syfilis připadá na HIV pozitivní pacienty.

### Epidemiologie HIV infekce

Výskyt infekce virem HIV zpracovává Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS při Státním zdravotním ústavu, která zaznamenala v roce 2012 celkem 226 nově zjištěných případů HIV-pozitivity a 29 nových onemocnění AIDS, z 85 % se jednalo o muže. Trendově nadále stoupá incidence výskytu HIV infekce, a to přibližně o čtvrtinu případů za rok, geograficky dominuje hlavní město Praha. Celkem je ke dni 31. 12. 2014 v České republice evidováno 2354 HIV pozitivních pacientů, z toho 1973 mužů a 381 žen. Z tohoto počtu již u 426 osob propuklo onemocnění AIDS, celkem zemřelo 225 osob (182 mužů, 43 žen). V roce 2014 nadále rostla incidence HIV infekce, a to především ve věkových skupinách 15–

19 let a 20–24 let, v absolutním počtu se jednalo o 30 lidí v těchto věkových kategoriích, oproti skupině nad 60 let, kde bylo diagnostikováno jen 9 pacientů.

### Syfilis a HIV

V následující části se zaměříme na specifika syfilis (se zaměřením na neurologické formy) u HIV-pozitivních pacientů. Koinfekce syfilis a infekce HIV je běžná, nezřídka je infekce virem HIV odhalena venerologem při záchytu syfilis. Obě infekce se navzájem potencují, pacienti se syfilis mohou být např. vnímavější k nákaze virem HIV. Syfilis může mít těžší průběh ve formě mnohočetných vředů či maligního průběhu. Další úskalí spočívají v diagnostice syfilis – pacienti mají často vysoké titry sérologických vyšetření s pomalým poklesem po léčbě do okamžiku, než je zahájena léčba HIV infekce.

Pacienti s HIV infekcí mají větší riziko rozvoje nejen maligního průběhu syfilis, ale i neurosyfilis či syfilitické uveitidy. Selhání léčby syfilis u HIV pacientů by mělo být bráno na zřetel, a to především v podobě neurologické či oční manifestace, řešením je většinou prolongovaná antibiotická terapie vhodným preparátem, pro nižší účinnost se například nedoporučují doxycyklinové preparáty.

HIV-pozitivní pacienti často vykazují abnormality ve výsledcích sérologických testů ve formě falešně pozitivních hodnot či vysokých títů v časných fázích stadia syfilis především u neléčené HIV infekce kvůli polyklonální stimulaci B lymfocytů.

**Nozologická jednotka neurosyfilis** není sjednocená, diskrepance je především v anglosaské a české (německé) terminologii neurosyfilis:



- **česká terminologie** vyrazuje termín neurosyfilis pro terciární stadium nemoci,
- **anglosaská literatura** je poněkud benevolentnější – neurosyfilis rozděluje podle klinického průběhu na asymptomatickou (jedná se o případy s pozitivním cytobiochemickým nálezem v mozkomíšním moku nacházené u přibližně 30 % pacientů) a symptomatickou se dvěma základními formami – meningovaskulární (rozvoj po 5–10 letech trvání nemoci) a parenchymatózní formou (rozvoj po 15–30 letech).

Patologické nálezy při vyšetření mozkomíšního moku (MM) bez klinického korelátu bývají přítomny i v primárním stadiu onemocnění syfilis, v sekundárním stadiu bývá popisována meningitis syphilitica, vyskytující se cca u 1–2 % pacientů v podobě noční cefaleje. Patologie ve vyšetření MM ve smyslu proteino-cytologické asociace bez klinického korelátu bývá přítomna až z 8–40 %.

### Diagnostika neurosyfilis u HIV<sup>+</sup> pacientů

Jak již bylo zmíněno, patologie v cytobiochemickém vyšetření MM může být přítomna prakticky v jakémkoli stadiu syfilis, a to bez ohledu na to, zda se jedná o pacienty HIV-negativní či pozitivní. Vzhledem ke skutečnosti, že sérologie u HIV-pozitivních pacientů vykazuje diskrepance ve smyslu falešné pozitivivity sérologických testů či vyšších titerů protilátek, je více než jindy nutné zohledňovat klinické symptomy a další kritéria. V případě neurologických příznaků, očních příznaků nebo titru testů RPR či VDRL  $\geq 1:32$ , případně počtu CD4+ lymfocytů  $\leq 350$  buněk na mikrolitr je v našich podmínkách indikováno vyšetření mozkomíšního moku. HIV-pozitivní pacienti vykazují určité abnormality v MM za fyziologických podmínek – častá bývá mírná pleocytóza s počtem elementů  $> 5$  buněk na  $\text{mm}^3$ , pro diagnózu neurosyfilis bývá proto jako mezní užívaná hodnota více než 20 elementů na  $\text{mm}^3$ . Pacienti s podezřením na neurosyfilis by měli dále absolvovat neurologické a oční vyšetření.

### Terapie neurosyfilis u HIV<sup>+</sup> pacientů

Podle doporučení Centers for Disease Control and Prevention z roku 2010 jsou pacienti s neurosyfilis bez ohledu na HIV-pozitivitu indikováni k terapii benzylpenicilinem G (krystalický penicilin) v dávce 3–4 mil. IU po 4 hodinách na 10–14 dní, varian-

tu u spolupracujících pacientů je prokain benzylpenicilin G v dávce 2,4 mil. IU intramuskulárně na 10 dní v kombinaci s Probenecidem 500 mg po 6 hodinách (pro dvojnásobné zvýšení plasmatické hladiny penicilinu). V případě alergie na peniciliny antibiotika jsou doporučována cefalosporinová antibiotika III. generace – ceftriaxon v dávce 2 g na den na dobu 10–14 dní, ev. doxycyklin v dávce 100 mg *per os* na den po dobu 28 dní.

U HIV-pozitivních pacientů, u nichž je prokázána intratekální syntéza protilátek proti *Treponema pallidum* pomocí ITPA indexu, se v našich podmínkách dodržuje léčebné schéma benzylpenicilin G v dávce 5 mil. IU po 6 hodinách po dobu 21 dní, následně zakončené čtyřmi aplikacemi benzathin benzylpenicilinem v dávce 3 mil. IU intramuskulárně každých 7 dní.

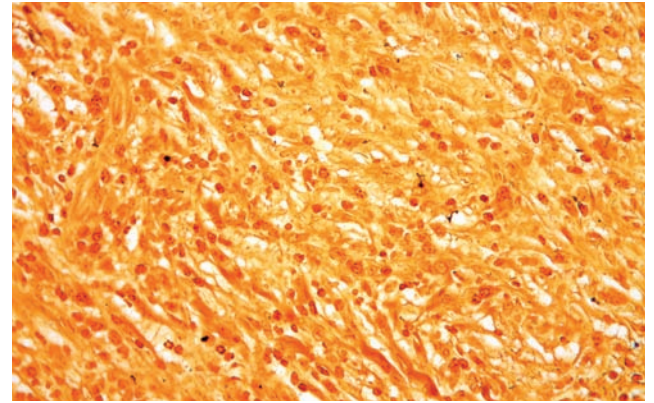
Diskutuje se o vlivu antiretrovirotik na prognózu syfilis. Určité studie naznačují, že použití antiretrovirotik v časně fázi syfilis zamezí rozvoji neurologických komplikací, jejichž výskyt je u pacientů s HIV infekcí vyšší než u ostatních pacientů. Další otázkou zůstává sledování pacientů po léčbě. Doporučuje se sérologické sledování (test RPR a VDRL) 3, 6, 9, 12 a 24 měsíců po ukončení terapie penicilinem z důvodu možného rizika selhání léčby. Selhání léčby je definováno neklesajícím titrem testů po 6 a 12 měsících a mělo by být indikací ke kontrolnímu vyšetření MM a přeléčení pacienta.

### Závěr

Cílem sdělení je upozornit na specifika interpretace diagnostických, klinických a terapeutických kritérií u pacientů s HIV infekcí. V případě neurosyfilis existuje nejednotnost v terminologii i diagnostických a terapeutických postupech, upřesněno by mělo být i laboratorní sledování po ukončení léčby. Situace je komplikována nevelkým počtem pacientů s koinfekcí HIV nákazy a syfilis a tím pádem omezenými zkušenostmi. V neposlední řadě hraje roli i omezená spolupráce pacientů s navrhovými vyšetřovacími a léčebnými postupy (např. odmítnutí lumbální punkce v případě absence subjektivních obtíží pacientů apod.). Z údajů námi zpracovaného souboru 70 pacientů hospitalizovaných na Klinice infekčních, parazitárních a tropických nemocí 1., 2. a 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce v uvedeném období vyplývá, že u 21 % pacientů s koinfekcí

HIV a syfilis byla diagnostikována a řádně přeléčena asymptomatická neurosyfilis díky vyšetření MM, které bylo indikováno podle sérologických kritérií i při absenci klinických obtíží. Tito pacienti byli tedy řádně diagnostikováni a léčeni na základě aplikace výše zmiňovaných doporučených diagnostických kritérií a bylo tak minimalizováno riziko rozvoje komplikací neléčené neurosyfilis.

Diagnostika neurosyfilis nadále zůstává svízelná a spočívá nejen v průkazu neuroinfekce (pleocytóza v MM), ale i v detekci specifických antisifilitických protilátek v MM, definitivním potvrzením diagnózy je průkaz intratekální syntézy protilátek. Určitou výhodou zůstává centralizace těchto pacientů na sedmi pracovištích na území České republiky a tudíž dobrá možnost statistického zpracování a dalšího sledování pacientů k posouzení dalšího vývoje onemocnění. Vzhledem k nepříznivému trendu nárůstu počtu pacientů



Treponema pallidum | Foto: Wikimedia

s HIV infekcí a syfilis je nutno na nozologickou jednotku neurosyfilis nutno pomýšlet na přič několik interními obory, zahrnujícími nejen infektologii, ale i neurologii, dermatovenerologii, z chirurgických oborů především oftalmologii a otorinolaryngologii.

### Seznam zkratk:

**AIDS** – Acquired Immune Deficiency Syndrom, **cART** – combined Antiretroviral Therapy, **CD 4** – Cluster of Diffe-

rentiation 4, **CDC** – Centers for Disease Control and Prevention, **CMV** – Cytomegalovirus, **FTA ABS IgG** – Fluorescent Treponema Antibodies Immunoglobulin G, **HIV** – Human Immunodeficiency Virus, **ITPA** – Intrathecal Treponema pallidum Antibody Index, **MM** – mozkomíšní mok, **RPR** – Rapid Plasma Reagin, **ÚZIS** – Ústav zdravotnických informací a statistiky, **VDRL** – Venereal Disease Research Laboratory

MUDr. Lukáš Fleischmans,

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce

## Do NUDZ míří unikátní rezonance

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) získá unikátní magnetickou rezonanci (MRI). Vybavení ústavu touto páteří výzkumnou technologií bylo podmínkou pro čerpání účelové dotace Operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace (OP VaVPI), alokované právě na nákup MRI.

Odklad nákupu by vedl v první fázi k navržení těchto prostředků, ve druhé fázi by ohrozil základní pilíř výzkumného neurovizuálního programu NUDZ, který v současné chvíli zaměstnává 120 výzkumných pracovníků. To by výrazně zvýšilo riziko vrácení veškeré dotace z prostředků OP VaVPI ve výši více než 900 milionů Kč.

### Jediný na světě

Účinnější léčba nejzávažnějších duševních onemocnění závisí na rozpoznání jejich příčin. Dlouho se předpokládalo, že duševní onemocnění nezanechávají v mozku žádnou zjiřitelnou stopu. Tato představa byla vyvrácena s nástupem magnetické rezonance. „Zavedení této technologie v psychiatrickém výzkumu je skokem vpřed, srovnatelným se sestavením mikroskopu. Díky rezonanci jsme nyní v řadě duševních poruch schopni rozeznávat drobné rozdíly ve struktuře a funkci mozku, které byly ještě nedávno hluboko pod rozlišovací schopností dostupných přístrojů,“ potvrzuje MUDr. Filip Španiel, Ph.D., z NUDZ. „Stále se ale v psychiatrickém výzkumu pohybujeme na samé hranici možnosti této technologie. Kromě psychiatrie proto neexistuje jiný obor neurověd, kde by byly kladeny tak maximální nároky na funkční parametry

magnetické rezonance. Vlastnosti, jež k výzkumu příčin duševních onemocnění nezbytně potřebujeme, splňuje v současné době jediný přístroj, zkonstruovaný primárně k vědeckým účelům,“ dodává doktor Španiel. A právě tato magnetická rezonance míří pod střešou NUDZ v Klecanech. Unikátnost přístroje spočívá především v tom, že je technicky konstruován tak, aby poskytl maximálně kvalitní údaje o vzájemné kooperaci (konektivitě) jednotlivých mozkových oblastí.

„Tato konektivita se pak týká jednak struktury mozku, kdy hodnotíme průběh nervových drah bílé hmoty. Současně hodnotíme konektivitu funkční, která odpovídá míře shody signálu ve dvou vzdálených oblastech mozku. Narušení obou typů konektivit může být příčinou řady, ne-li většiny, duševních poruch. Jsme moc rádi, že se nám s přispěním Evropské komise podařilo získat technologii, která vykazuje unikátní parametry právě v této, pro psychiatrii zcela klíčové, oblasti,“ dodává prof. MUDr. Jiří Horáček, náměstek pro vědu a výzkum NUDZ.

### Zlepšit prevenci onemocnění

Klecanský neurovědní ústav bude navíc disponovat špičkovým digitál-

ním EEG přístrojem s vysokým rozlišením, který je schopen získávat data přímo během vyšetření magnetickou rezonancí. „Při funkčním vyšetření mozku získáme pomocí rezonance přesnou informaci o tom, které oblasti jsou aktivní, zatímco EEG se svou rychlou časovou rozlišovací schopností zachytí dynamiku těchto dějů. To nás ve výzkumných možnostech posouvá na zcela novou úroveň,“ upozorňuje MUDr. Španiel.

NUDZ tak například naváže na léta budovanou, v tuto chvíli jednu z největších evropských výzkumných databází pacientů s psychotickými onemocněními. Hlavním cílem je nejenom základní výzkum těchto nemocí, ale i zavedení preventivních programů, které umožní například pomocí nositelných technologií a telemedicinských programů včas zjistit hrozící opětovné vzplanutí psychózy a zabránit jejich důsledkům. „Psychofarmaka jsou a budou hlavním pilířem léčby závažných duševních chorob, nicméně zlatý věk vývoje nových léků je za námi. Je čas pozvat do oblasti prevence a léčby těchto nemocí nové technologie. K tomuto trendu chceme za naší zemi rovněž přispět,“ uzavírá doktor Španiel.

(Zdroj: NUDZ)

(red)



# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Volná místa

### Více pozic

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ** přijme zaměstnance na pozici:

#### ■ lékař pro Onkologickou a radioterapeutickou kliniku

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru klinická nebo radiační onkologie výhodou,
- případně ukončený základní interní kmen výhodou,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

#### ■ lékař pro Ústav imunologie a alergologie (dětská alergologická ambulance)

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost

- v oboru pediatrie, příp. ukončený pediatrický kmen,
- specializovaná způsobilost v oboru alergologie a klinická imunologie výhodou,
- praxe v oboru vítána,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

#### ■ biomedicínský technik pro Oční kliniku (sítnicové aplikační centrum)

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání biomedicínského technika dle § 20 zákona č. 96/2004 Sb.,
- praxe v oboru vítána,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi, doklady o dosaženém vzdělání a platným výpisem z vstředního rejstříku zasílejte do 10 dnů po uveřejnění na adresu: Fakultní nemocnice Plzeň, oddělení personálního řízení a organizace, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň  
e-mail: grubrova@fnplzen.cz, tel.: 377 402 223

M151000334

### Více pozic

**NEMOCNICE PODLEŠÍ, A. S.,** přijme do pracovního poměru:

#### ■ lékaře/lékařku na oddělení preventivní medicíny a pracovního lékařství

Požadujeme:

- způsobilost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- bezprostředně před nebo s dokončeným interním kmenem,
- specializovaná způsobilost v oboru všeobecné nebo interní lékařství vítána,
- flexibilitu, samostatnost, spolehlivost a odpovědnost.

Nabízíme:

- nadstandardní platové podmínky,
- práci na částečný nebo plný úvazek,
- možnost zajištění ubytování,
- profesionální zázemí a stabilní zaměstnání.

#### ■ lékaře/lékařku na oddělení cévní a miniinvasivní chirurgie

Požadujeme:

- způsobilost podle zákona č. 95/2004 Sb.,

- minimálně základní chirurgický kmen,
- spec. způsobilost v oboru cévní chirurgie vítána,
- aktivní znalost cizího jazyka,
- flexibilitu, samostatnost, spolehlivost a odpovědnost,
- aktivní přístup k práci,
- vstřícné chování a vystupování.

Nabízíme:

- smluvní mzdu,
- práci na plný úvazek,
- možnost dalšího odborného rozvoje s podporou zaměstnavatele,
- profesionální zázemí a stabilní zaměstnání.

Benefity:

- příspěvek na životní pojištění,
- příspěvek na stravování,
- týden dovolené navíc,
- firemní mateřská školka aj.

Termín nástupu: možný ihned nebo dle dohody

Kontakt: Mgr. et Bc. Simona Szusciková, e-mail: simona.szuscikova@npo.agel.cz, tel.: +420 558 304 103

M151000330

### Gynekolog

**SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV,** příspěvková organizace, přijme do pracovního poměru:

#### ■ lékaře gynekologa se specializovanou způsobilostí na funkční místo zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení

Nabízíme práci v moderně vybaveném oddělení, nadstandardní platové podmínky, možnost získání ubytování (ubytovna nebo byt).

Nástup možný ihned.

Kontakt: MUDr. Ivan Pavlák, náměstek LPP, tel.: 606 720 773; e-mail: pavlak.ivan@szzkrnov.cz, Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

M151000324

### Lékař/-ka

**VOJENSKÁ LÁZEŇSKÁ LÉČEBNA KARLOVY VARY** přijme do pracovního poměru:

#### ■ lékaře/lékařku

Nástup možný ihned.

Možno i na zkrácený pracovní úvazek, živnostenský list, jako

Kraj Vysočina

Kraj Vysočina ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí, o. p. s., Johnson & Johnson, s. r. o., Project HOPE – Česká republika, o. p. s. a Českou asociací sester, o. s. vyhlašují 8. ročník celostátní soutěže

### „Bezpečná nemocnice“

Zastřešující téma soutěže – Co můžeme udělat (děláme) pro zdravotníky, aby mohli poskytovat bezpečnou péči

Celostátní soutěž s názvem Bezpečná nemocnice je určena pro lůžková zdravotnická zařízení akutní, následně i dlouhodobé péče, která mají sídlo na území naší republiky. Vyhlášení soutěže bude uveřejněno ve Zdravotnických novinách, na webových stránkách Kraje Vysočina a na webových stránkách všech spolupracujících subjektů. Do soutěže jsou přijímány jak projekty již realizované, tak i projektové záměry.

Termín pro podávání projektů: 1. 4. 2015 – 31. 10. 2015

Adresa pro podávání projektů: Krajský úřad Kraje Vysočina, odbor zdravotnictví, Žitkova 57, 587 33 Jihlava

Kontaktní osoba: Bc. David Talpa

Označení projektu: Zalepená obálka s označením: „NEOTVÍRAT – soutěž Bezpečná nemocnice“

Povinné údaje:

1. Název projektu
2. Název předkladatele
3. Sídlo a adresa předkladatele
4. Kontaktní osoba (jméno a příjmení, telefon, e-mail)
5. IČ předkladatele
6. Abstrakt (stručný výňatek projektu)

Kritéria pro hodnocení projektu:

1. Kvalita projektu zaměřeného na oblast bezpečí zdravotní péče
  - zaměření projektu na dané téma Co můžeme udělat (děláme) pro zdravotníky, aby mohli poskytovat bezpečnou péči
  - přínos pro zvyšování kvality a bezpečí
  - finanční efektivita vztažená k míře přínosu pro zvýšení kvality a bezpečí
2. Projekt obsahuje:
  - analýzu stávajícího stavu
  - zdůvodnění intervence řešené projektem
  - popis řešení
  - vyhodnocení účinnosti řešení (hodnoceno věcně zdůvodnění i písemná prezentace projektu)
3. Využitelnost projektu v jiných zařízeních

Projekt bude zaslán v písemném vyhotovení a dále v elektronické verzi na adresu: talpa.d@kr-vysocina.cz

Projekty budou předloženy hodnotící komisi, která určí jejich pořadí na základě bodového ohodnocení jednotlivých kritérií.

Vítězné projekty budou odměněny cenou hejtmana Kraje Vysočina.

Společnost Johnson & Johnson, s. r. o., ocení projekty s nejvyšším hodnocením poroty na prvních třech místech mimořádnou finanční cenou, a to ve výši 60 tis. Kč pro umístěného na 1. místě, 30 tis. Kč pro umístěného na 2. místě a 10 tis. Kč pro umístěného na 3. místě. Finanční cena je určena na odborné vzdělávání vítězných projektových týmů.

Vítězné projekty budou prezentovány na 9. ročníku celostátní konference Dny bezpečí v lednu 2016.



Johnson & Johnson



B-Plus Project Ltd je jedna z předních švýcarských společností, která se specializuje na projektový management v oblasti medicíny.

## NABÍZÍME LÉKAŘSKOU PRAXI VE ŠVÝCARSKU



třem lékařům do našeho nového zdravotního střediska:

- všeobecný lékař
- pediatr
- gynekolog

Švýcarsko má zdravotnický systém na vysoké úrovni, stabilitu ekonomickou, politickou, daňovou, měnovou, bezpečnostní a mimořádně vysokou životní úroveň. Minimální praxe uchazeče 5 let v oboru, znalost NJ či FJ na úrovni B2–C1 podmínkou.

Máte-li zájem o tuto práci nebo máte nějaké dotazy, neváhejte a kontaktujte nás.

Poskytneme vám zdarma veškerou podporu administrativní včetně zavedení se v novém prostředí.

Těšíme se na vás!

M. Švecová, madlous@centrum.cz, 605 543 719

Nemocnice Sušice o.p.s. přijme: **ERGOTERAPEUTKU/ ERGOTERAPEUTA** na nadstandardně vybavené rehabilitační pracoviště

**Požadujeme:**

- vzdělání odpovídající danému zařazení i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP
- mladý kolektiv s nadstandardními pracovními podmínkami
- profesní růst s intenzivním vzděláváním
- atraktivní prostředí centrální Sumavy s nabídkou pestrého sport. i kultur. využití

**Nabízíme:**

- zázemí nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech včetně multidisciplinární JIP a RLP
- mladý kolektiv s nadstandardními pracovními podmínkami
- profesní růst s intenzivním vzděláváním
- atraktivní prostředí centrální Sumavy s nabídkou pestrého sport. i kultur. využití

**Nástup možný ihned.**

**Bližší informace:**  
p. Kosinová, nám. pro ošetřovatelskou péči, tel. č. 376 530 213  
e-mail: kosinova@nemocnice-susice.cz  
[www.nemocnice-susice.cz](http://www.nemocnice-susice.cz)

Inzerce M151000339

**Centrum sociálních služeb Praha 2**  
hledá

- lékaře z oboru geriatric
- internistu
- všeobecného praktického lékaře

Bližší informace o spolupráci podá ředitelka organizace  
Mgr. Martina Polanská,  
mobil.: 602 683 016  
e-mail: reditelstvi@cssp2.cz

Nabízíme dobré platové podmínky.

V případě trvalého pracovního poměru také možnost přidělení služebního bytu a další.  
Centrum sociálních služeb Praha 2  
Máchova 14, Praha 2  
[www.cssp2.cz](http://www.cssp2.cz)

Inzerce M151000300

Inzerce M151000313

Inzerce M151000273



## PERSONÁLNÍ INZERCE



Zdravotnické zařízení SWISS MED CLINIC v Plané u Mariánských Lázní hledá registrované zdravotní sestry na hlavní pracovní poměr se specializací v oborech:

- perioperační péče
- intenzivní medicína
- chirurgie

**Nabízíme:** dobré platové podmínky, náborový příspěvek ve výši 20 tisíc Kč a ubytování.

**Kontakt:** pí Elena Fejtová  
tel.: +420 374 612 102  
mob.: +420 725 583 512  
e-mail: info@swissmedclinic.cz

Inzerce M151000296

druhý pracovní poměr, vhodné i pro důchodce.

Nabízíme:

- podporu dalšího vzdělávání, osobního a profesního rozvoje,
- zaměstnanecké výhody (stravování, 5 týdnů dovolené, podnikové rekreace),
- ubytování.

Kontaktní osoba: JUDr. Milan Čížek, tel.: 606 739 554

M151000269

## Pediatri

## DĚTSKÉ CENTRUM

KYJOV, P. O.,

zdravotnické zařízení pro děti do 3 let, přijme lékaře s atestací z pediatrie na plný úvazek s možností nástupu od července 2015.

Bližší informace na

tel.: 518 601 390 (392), e-mail: petrasova.jana@dckyjov.cz

M151000306

## Lékař-psychiatri

PSYCHIATRICKÁ  
LÉČEBNA LNÁŘE

hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie.

Nabízíme byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu, při stabilizační dohodě významný podíl na nákladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.).

**Kontakt:** MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz,  
prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.: 605 164 841,  
e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M151000286

## Vedoucí lékař

JÚŠ přijme vedoucího lékaře.

Požadujeme: atestaci v oboru všeobecné lékařství, neurologie, ortopedie, FBLR nebo pediatrie. Osvědčení odborné způsobilosti v oboru. Nástup podle dohody.  
**Kontakt:** jus@jus.cz,  
tel.: 261 220 079

M151000276

## Pronájem

## Ordinace

Pronajmu nově zrekonstruovanou ordinaci ve Frenštátě pod Radhoštěm, na Tyršově ulici 949 (v zavedeném zdravotnickém zařízení).

K ordinaci patří čekárna, laboratoř a společná šatna, WC.

Možno prohlédnout.

**Kontakt:** Gabriela Pochylá, Tyršova 949, Frenštát p. R., tel.: 608 666 610,  
e-mail: pochyla@konas-cz.cz

M151000342

## Nebytové prostory

Nabízíme rekonstruované nebytové prostory o celkové výměře 232



## PERSONÁLNÍ INZERCE

Přijem personální inzerce:

Jana Schrammová  
tel.: 225 276 380  
e-mail: schrammova@mf.cz  
personalni.inzerce@mf.cz

Zdravotnictví a medicína  
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9  
143 00 Praha 4 – Modřany

m<sup>2</sup> (recepcie, 8 místností) v centru Prahy v ulici Kateřinská 7, Praha 2. Prostory jsou kolaudovány pro zdravotnické zařízení, vhodné pro plastickou chirurgii, eventuelně gynekologickou kliniku.

**Kontaktní osoba:** Zdeněk Javůrek, tel.: 602 395 933

M151000353

## Prodej

## Ordinace

Přenechám/prodám nebo zaměstnám dobře zavedenou ordi-

naci /lékaře na plný či částečný úvazek PLDD v Opočně – okres Rychnov n. Kn. Zapracovaná sestra a přístrojově vybavená ordinace.

Tel.: 494 667 436, e-mail: mus.manka@seznam.cz

M151000272

## Rehabilitace

Prodáme zavedenou rehabilitaci (spol. s r. o.) v Praze, smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami.

**Kontakt:** tel.: 222 586 349

M151000350

ZDRAVOTNICTVÍ  
MEDICÍNA

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 4/2015

## Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

## Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz  
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)  
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz  
MUDr. Andrea Skálová  
(Medicína a kongresové zpravodajství)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

## Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,  
Irena Soukupová, David Daniel,  
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

## Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,  
PhDr. Jana Jilková

## Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@mf.cz

## Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkín Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Polešný, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.  
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.  
MUDr. Jana Vojtišková  
Mgr. Alena Smejdová  
Ing. Bc. Irena Kourilová  
Mgr. Jana Nováková, MBA  
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

## OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

## group sales manager

František Bauer  
tel. 225 276 393  
e-mail: bauer@mf.cz

## personální inzerce

Jana Schrammová  
tel. 225 276 380, 725 036 036  
e-mail: schrammova@mf.cz,  
personalni.inzerce@mf.cz



## generální ředitel

Ing. David Hurta

## ředitel divize Medical Services

Karel Novotný

## art director

Petr Honzátka

## DTP

retuší Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

## MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

## DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby  
Soňa Starhová  
koordinátor výroby a distribuce divize  
Medical Services  
Monika Snádrová  
tel. 225 276 392,  
e-mail: snadrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,  
sídl: 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

## DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:  
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,  
111 21, Praha 1  
tel. 800 248 248,  
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,  
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,  
Videnská 995/63, 639 63 Brno,  
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:  
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,  
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183  
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3  
tel. +421 244 458 821, fax + 421 244 458 819  
e-mail: predplatne@abompkapa.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 16. 4. 2015

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

LIFE IS A GAME, ICE HOCKEY IS SERIOUS...

## AugustICE HOCKEY DAYS

1.-17.5. 2015



THE AUGUSTINE  
PRAGUE

[www.augustinehotel.com](http://www.augustinehotel.com)