



Z DOMOVA
Finanční zdraví pojišťoven
ohodnotil index

STRANA 4



Z MEDICÍNY
Onkologie
Novinky v léčbě karcinomu
prsů

STRANA 33



SESTRA
Letovice Care 2015
Stomie: stále aktuální téma

STRANA 26



MUDr. JUDr. Petr Honěk:
Chápu, že bezdoplatkové
léky nejsou pro lékárny
atraktivní. To by si
zasloužilo změnu. (více viz str. 2)

Foto: archiv VZP

Farmaceutické konotace systému zdravotnictví

Kdy vejde v platnost novela zákona o léčivech? Jak si mezi evropskými lékovými agenturami stojí z hlediska schopnosti ukončování schvalovacích procedur český SÚKL? Přispělo by prodloužení lhůty hloubkových revizí ze tří na pět let k urychlení nástupu nových léků na český trh? Pozměnily pozitivní listy lékovou cenotvorbu?

Na tyto otázky přinesla odpovědi konference Rizika v činnostech farmaceutického průmyslu, kterou ve Špindlerově Mlýně tradičně pořádá společnost Androsa, jež tak zástupcům farmaceutického průmyslu a ostatním hráčům umožňuje potvrdit si vzájemně stávající postoje, ale i představit systémové novinky ve zdravotnictví.

Změny v legislativě

Legislativní změny představila ředitelka odboru farmacie ministerstva zdravotnictví Alena Tomášková. „Nejzazší termín nabytí účinnosti novely zákona o léčivech, která nyní vešla do vnějšího připomínkového řízení,

je květen 2016. Změn se v zákoně dočkají především klinická hodnocení a dostupnost léčiv. Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje za ideální řešit reexporty pouze restriktivními opatřeními. U novelizace legislativy v souvislosti se stanovováním úhrady zdravotnických prostředků si zatím termín nedovolím předjímat, protože materiál zatím nedošel do připomínkového řízení,“ uvedla ředitelka Tomášková. Na dotaz, zda nyní ministerstvo pracuje na dotčených částech zákona o regulaci reklamy, kterou v obecné rovině připravuje ministerstvo průmyslu a obchodu, Alena Tomášková sdělila, že tato legislativa zatím není na pořadu dne.

Snížit frekvence hloubkových revizí

Novinky Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) představil jeho ředitel Zdeněk Blahuta. „Obraz ústavu v mezinárodním srovnání lékových agentur členských zemí EU se za poslední rok změnil. Z hlediska ukončených procedur MRP (*mutual recognition procedure*) a decentralizovaných registrací (DCP) – registrace procedurou vzájemného uznávání – jsme na devátém místě ze všech zemí EU a naprostou jedničkou ve střední a východní Evropě. U DCP registrací je s ohledem na výrobce nejdůležitější, že SÚKL přešel na čtvrtletní (pokračování na straně 2)



Z DOMOVA

Farmaceutické konotace systému zdravotnictví

(pokračování ze str. 1)

uzavěrky žádostí k poslednímu dni kvartálu a DCP sloty (časový interval, ve kterém je možné předložit ústavu a agenturám dotčených členských států žádost o registraci léčivého přípravku v rámci DCP procedury, kde ČR vystupuje v roli referenčního členského státu) přiděluje v rámci dvouletého období,“ uvedl ředitel Blahuta.

Významná změna nastala i u národních žádostí, kde jsou v jednotlivých registračních procedurách zasílány hodnotící zprávy společně s výzvou z datel, což by mělo zvýšit žadatelovu informovanost a lepší předvídatelnost harmonogramu žádostí. Podle ředitele Blahuty je od 1. ledna 2016 SÚKL připraven přijímat také elektronickou formu žádostí. Proklientským přístupem úřadu je podle něj také dohled nad implementací evropských přehodnocení. U držitelů registrace, kteří opomenou v dohodnutých termínech podklady k přehodnocení, ústav sám na termíny upozorňuje. V současné chvíli SÚKL vyvíjí agendu hodnocení názvů léčivých přípravků. Jak Zdeněk Blahuta naznačil, úřad bude usilovat o snížení frekvence hloubkových revizí na pět let, aby se ústavu uvolnily ruce a mohl se věnovat zkráceným revizím a správním řízením při vstupu nových přípravků na trh.

Prioritou zrychlení vstupu na trh

Odborníci se na konferenci shodli, že reformu vyžaduje nástup nových inovativních přípravků a nových molekul na český trh změnou periodicity hloubkových revizí. Vliv na zrychlení potvrdila také vedoucí sekce cenové a úhradové regulace SÚKL Helena Skácelová. Zároveň připustila, že v současném třiletém intervalu hloubkových revizí, kterých je 350 ročně, ústav nedokáže udržet stanovené lhůty – překračuje je o 20 až 30 dní.

Ještě dál jde v příštupu k hloubkovým revizím náměstek ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Petr Honěk: „Dokážu si představit systém, kdy bude hloubková revize spuštěna pouze na žádost zdravotní pojišťovny, držitele registrace, případně ji SÚKL otevře *ex officio*. Pro pojišťovny nákladově nezajímavé skupiny léčiv by mohly zůstat neotevřeny klidně i deset let, jejich

revize je pro SÚKL zbytečná práce, která nepřináší užitek.“

Předsedkyně lékové komise svazu zdravotních pojišťoven (SZP) Kateřina Podrazilová v souvislosti s urychlením správních řízení ze strany SÚKL připomněla, že svazové zdravotní pojišťovny by uvítaly, kdyby zejména řízení u prvních revizí špela k pravomocnému rozhodnutí, protože plátcí v nich mají alokovány úspory ve výši sta milionů korun.

Podle farmakoekonomů z Value outcomes Tomáše Doležala by měl SÚKL právě u nových molekul, nových indikací nebo vysoce inovativních léčivých přípravků (VILP), které přecházejí z výjimečného režimu do systému trvalé úhrady, postavit tato řízení jako prioritní a vydávat dříve například výzvy k součinnosti.

Ukotvení pozitivních listů

Jak připomněl advokát Libor Štájer, pozitivní listy zdravotních pojišťoven v současné době nejsou zakotveny v legislativě. Náměstek Honěk oponoval tím, že zákonnou úpravu nepotřebují, protože jde o veskrze dobrovolnou aktivitu výrobce navrhnout slevu, která jejich přípravek na pozitivní list dostane, a doporučující charakter mají i pro lékaře, kteří tyto léky (jež jsou vždy bez doplatku) předepisují. Prezident České lékárnické komory (ČLkK) Lubomír Chudoba kontroval tím, že snížení ceny je sice pro výherce slevy dobrovolné, ale pro další členy v referenční skupině léků už snížení ceny na bezdoplatkovou úroveň dobrovolné není.

Vedoucí ústavní lékárny Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) Michal Hojný uvedl, že zatímco pro pojišťovny jsou pozitivní listy jednoznačnou úsporou a bonifikací mají i předepisující lékaři, lékárny z tohoto systému žádnou motivaci nebo z ní pramenící výhodu nemají. V této souvislosti připomněl záměr ministerstva zdravotnictví vyhlásit pro jím přímo řízené nemocnice centrální nákupy antimikrobiálních látek, kde se počítá s myšlenkou jednoho vítěze. „Máme zkušenost, že právě u těchto látek je schopnost výrobce pokrýt 100 procent spotřeby velmi limitovaná, a setkáváme se zde s opakovanými výpadky. To je ilustrace situace pozitivních listů – pokud je jeden výherce, neexistuje napříč vše-

mi lékovými skupinami pokrytí spotřeby v ČR, což nese problémy v zajištění těchto přípravků. Klasickým případem je účinná látka linezolid,“ uvedl Michal Hojný.

Dostupnost zlevněných léků

Positivní listy zasahují také do agendy SÚKL. Právě zde je na základě předchozí dohody mezi pojišťovnou a výrobcem zahájena zkrácená revize. „Přípravek, u kterého je uzavřena smlouva DNC (*dohodnutá nejvyšší cena – pozn. red.*), se stane referenčním a je na něm postavena základní úhrada referenční skupiny. Tyto přípravky jsou zvýhodněné, protože se nedíváme na jejich spotřebu na trhu, ale zákon říká, že jsou automaticky dostupné, takže bez ohledu na to, v jaké míře jsou obchodovány, mohou být rozhodujícími pro stanovení úhrady. Slyšíme časté námitky, že díky nízkému podílu přípravků s DNC na trhu systém podkopáváme a základní úhrada je stanovena nesmyslně nízkou. Další námitkou je, že přípravky, které by měly být plně hrazené, nejsou ve skutečnosti dostupné pro pacienty. Když jsme tento argument posuzovali, zjistili jsme, že přípravky s DNC po uzavření smlouvy na pozitivní list svůj podíl na trhu získají a zabírají 3, ale často i 15 procent trhu jen díky tomu, že dostanou šanci. Pokud najdeme případy, kdy se tak nestalo, došlo k tomu, že přípravky s majoritním podílem na trhu byly schopny jít s cenou dolů tak, aby doplatek pro pacienta vůbec nebyl nebo byl minimální,“ vysvětlila Helena Skácelová ze SÚKL.

(Ne)atraktivní pro lékárny

Podle slov prezidenta Chudoby se ale všichni výrobci ceně nepřizpůsobí a někteří z nich doplatky zachovávají. Prezident ČLkK proto požádal SÚKL o vytvoření analýzy, která by ukázala, zda mají skutečně pacienti záruku, že po zkrácených revizích bude u všech přípravků spoluúčast nulová anebo zanedbatelná. Helena Skácelová k tomu uvedla, že SÚKL nyní čeká na vyjádření Městského soudu v Praze, jenž rozhoduje o dvou případech, u nichž je potvrzeno, že k adaptaci takto dotčených výrobců došlo. Jejich originální přípravky měly (do doby vstupu konkurenta z pozitivního listu) majoritní podíl na trhu. Jeden z nich snížil cenu tak, že přípravek byl plně hrazený, ve



Ilustraci foto: Shutterstock

druhém případě tak, aby se doplatek nenavýšoval oproti stavu před revizí.

Náměstek Honěk zase vyzval lékárny, aby dávaly pojišťovně vědět, pokud je lék z pozitivního listu nedostupný, tedy že si ho lékárny nemohou koupit. Jak ale připomněl, v případě, že přípravek není dostupný, mají lékárníci možnost nabízet bez doplatku generické verze. „Chápu, že bezdoplatkové léky nejsou pro lékárny atraktivní, a to by si zasloužilo změnu. Léky výhodné pro systém by měly být výhodné i pro lékárny,“ uvedl Petr Honěk a odmítl tezi, že pozitivní listy vytvářejí nedostupnost léků bez doplatku. Michal Hojný ale uvedl případ z roku 2014, kdy na pozitivní list VZP přibyl přípravek Zoloft. Po následné revizi ve skupině dotlačil většinu přípravků k poklesu úhrady, jenže následně z trhu vypadl. „Je to nefér vůči ostatním ve skupině. Zejména když víme, že výrobce zmíněného přípravku reportuje ve většině sil (*obsah účinné látky v jedné dávce – pozn. red.*) svých produktů poměrně dlouhodobé výpadky v dodávkách,“ podotkl Michal Hojný. Kateřina Podrazilová uvedla, že právě kvůli výpadkům byl Zoloft z pozitivního listu SZP vyřazen.

Vstup inovativních přípravků na trh

Český farmaceutický trh stále ovlivňuje také přítomnost vysoce inovativních léčivých přípravků, u nichž je stanovena pouze dočasná úhrada. Podle Tomáše Doležala není nutné, aby byl na každý VILP budován registr sběru dat. „Praxe ukázala, že u osmi z deseti případů se nic nového nezjistilo. Systém dat má smysl budo-

vat tehdy, pokud se investice do sběru dat vyplatí v hodnotě informací, které získáte. Což mnohdy není možné,“ uvedl k registrům VILP. Jak ale dodal, zachoval by pro VILP dočasnou úhradu, s variabilní fixací. „Zrušení systému bez náhrady by nebylo správné. Léky, které by neměly šanci splnit standardní podmínky, by byly převedeny pod paragraf 16, což by problém nevyřešilo. Navíc by to určitě znamenalo obtížný vstup pro úzkoprofilové léky z kategorie orphanů, které mají výrazně limitovaná data, ale zároveň jsou významně potřebné pro pacienty,“ dodal Tomáš Doležal. Kateřina Podrazilová z lékové komise SZP považuje registry VILP za potřebné. „Obsahují informace, které jinde dostupné nejsou. Na počátku správného řízení klademe otázky, které nemohou být zodpovězeny, protože na ně v praxi nikdo odpověď nezná. V registru hledáme odpovědi například na to, u kolika pacientů se léčba eskaluje a kolik nás to stojí, jestli pacienti na dávkách daných v SPC skutečně prospívají. Jsou zde měřeny parametry, které nebyly hodnoceny v registračních studiích, protože ty proběhly před deseti lety a tehdy nemusely být k dispozici všechny dnes dostupné diagnostické metody. Registry přinášejí rozšířenou informaci, které bych se nechtěla vzdát. Chápu, že registr pro deset pacientů v republice, kde nelze změnit přežití, asi opravdu nepřináší efekt. Ale takových je málo,“ uvedla Kateřina Podrazilová.

Více o vztahu doplatků na léky a pozitivních listů z pohledu České lékárnické komory čtěte na straně 6.

Mocné kouzlo peněz

Svatopluk Němeček otevřel čínskému kapitálu velmi netradiční cestu do Evropy.

Návštěva čínských zdravotnických expertů po sobě zanechává zvláštní pachut. Aby ji člověk cítil, nemusí být zrovna zavilým lidskoprávním aktivistou. Mocná lobby Česko-čínské obchodní komory vedené Jaroslavem „Luftjardou“ Tvrdíkem dávno dokázala za ochotné spolupráce několika posledních vlád zatlačit v diploma-

tické agendě politické otázky vztahů s Čínou hluboko pod otázky ekonomické.

Budiž, ekonomický pragmatismus vůči druhé největší ekonomice světa lze alespoň jakžtakž pochopit, když už není možné se s ním zcela smířit. V Číně nebývá vzkvétá farmaceutický průmysl především v oblasti produkce generik. O místo na tomto trhu se, stejně jako v mnoha jiných branžích, rvou největší globální hráči za spokojeného pokyvování vedoucích komunistických pohlavárů. Jednáním o spolupráci na tomto atraktivním hřišti by tedy bylo možné rozumět.

Silná káva

Čemu však rozumět nelze, je teatrální představení projektu výzkumného centra čínské tradiční medicíny při Fakultní nemocni-



Martin Čaban

ci Hradec Králové. To je nevídané, nečekané a špatně vysvětle- né prolomení dosavadních zvyklostí.

Není nutné se hned ohánět nejtvrďšími slovy o šarlatánství. V čínské medicíně jsou možná prvky, ji-

miž je možné se inspirovat, například celostní přístup k léčbě, který západní medicína během ohromného oborového rozvoje v posledních desetiletích poněkud poztrácela. Nicméně to je spíše téma na avantgardnější odborné konferenci nebo do univerzitních kuloárů. V kombinaci s fungováním samostatných praxí provozujících čínské léčebné metody a inkasujících peníze od dobrovolně platících – a zřejmě tedy spokojených – klientů to představuje vcelku vyhovující model soužití. Ale udělat ze syntézy čínské a západní medicíny *mainstream* podepřený autoritou

ministerstva zdravotnictví a záze- mím fakultní nemocnice, to Svato- pluk Němeček servíruje oprav- du silnou kávu.

Chrastění měšcem

Za projekt se postavil profesor a šéf hradecké nemocnice Roman Prymula, ale uzejme, že vzhledem ke stabilitě postave- ní ředitele fakultky mu mnoho jiného nezbývalo. Jinak nápad mezi odbornou obcí žádné velké ovace nesklidil. Lékařská komo- ra se od něj rovnou distancovala, z druhé strany názorového spek- tra zazněla tvrdá kritika od farma- ceuta a publicisty Tomáše Cikrta, který ve svém komentáři označil čínskou tradiční medicínu za šar- latánství a vývozní produkt ma- oistické diktatury.

Jestliže se Němeček zamiloval do alternativních léčebných metod, pak se nabízí otázka, proč vedle Číňanů nemají své hradecké vý- zkumné centrum eskymáčí ša-

mani, afričtí kouzelníci nebo in- diánští *ayahuasqueros*. Odpověď bohužel zní, že žádný z nich by na rozdíl od Číňanů nedokázal při- jet do Česka a zachrastit měšcem se čtvrtmiliardou korun, za niž by si centrum sám postavil. Žádný z nich také nežije v zemi s kumu- lovanými obchodními přebytky počítanými v bilionech dolarů, za něž lze po světě nakupovat vliv. Pronikání čínského kapitálu do Evropy probíhá velmi různorodými cestami. Po nákupech ukra- jinských obilných lánů a řeckých přístavů se ministr Němeček stal průkopníkem dalšího kanálu. Sklidil za to mimochodem od- měnu v podobě výsměchu čín- ské šéfký Světové zdravotnické organizace, která jej upozorní- la, že ve výdajích českého zdra- votnictví jsou třetinové rezervy. Inu, sterilizovat sadu akupun- turních jehliček je jistě levnější než nakupovat zastaralá západá- cká anestetika.



ilustrační foto: Shutterstock

Inzerce M151000611

3. NÁRODNÍ KONGRES O KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMU

11.–12. 12. 2015
Clarion Congress Hotel Prague

www.crc2015.cz

Pořádá:
Společnost pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP

Sekretariát kongresu:
GUARANT International
Na Pankráci 17, 140 21 Praha 4
Tel.: +420 284 001 444
Fax: +420 284 001 448
E-mail: crc2015@guarant.cz



SGO
SPOLEČNOST PRO
GASTROINTESTINÁLNÍ
ONKOLOGII ČLS JEP

Z DOMOVA

Finanční zdraví pojišťoven hodnotil index

Platforma zdravotních pojištěnců (PZP) připravila úvodní ročník hodnocení „Index zdraví zdravotních pojišťoven“. Ten jako tři nejlepší určil Oborovou zdravotní pojišťovnu, Zdravotní pojišťovnu Škoda a Vojenskou zdravotní pojišťovnu. Index přichází těsně před 30. červnem, kdy končí možnost přechodu zdravotních pojištěnců mezi pojišťovnami.

Autory indexu jsou vedle PZP zastoupené Ondřejem Dostálem rovněž ekonomové David Havlíček, který působil v Národní ekonomické radě vlády (NERV) a také ve správní radě VZP, a Štěpán Křeček z Národohospodářské fakulty Vysoké školy ekonomické. Hodnotícím hlediskem indexu byl například počet pojištěnců, kumulovaný rozdíl příjmů a výdajů v letech 2010–2014, rozdíl příjmů a výdajů za rok 2015 i změny ve výdajích za preventivní péči.

„Index zdraví porovnává jednotlivé zdravotní pojišťovny mezi sebou. Pro zachování objektivity hodnocení jsme vycházeli výhradně ze základních údajů z veřejně dostupných zdravot-

ně-pojistných plánů pojišťoven. Celkové pořadí je pak dané tím, jak pojišťovny dopadly v jednotlivých kategoriích,“ vysvětlil spoluautor studie David Havlíček. Podle informací ministerstva financí lze i v systému zdravotního pojištění očekávat navýšení příjmů díky růstu ekonomiky a předpokládanému růstu platů. „Promítne se i samo navýšení minimální mzdy a navýšení platby za státní pojištěnce. Ale zvýší se i výdaje, které odrážejí plnění vládních priorit. Do toho je třeba zahrnout zejména navýšení platů pracovníků ve zdravotnictví a kompenzaci výpadku příjmů poskytovatelů zdravotních služeb ze zrušených regulačních poplatků. Plánované celkové sal-



ilustraci foto: Shutterstock

do příjmů a výdajů systému veřejného zdravotního pojištění je přibližně vyrovnané. O to větší význam má srovnání jednotlivých pojišťoven, co se výdajů na pojištěnce týče,“ okomentoval Štěpán Křeček.

Jsou peníze, nebo nejsou?

Podle ekonomy Miroslava Zámečnicka ale index staví na závadných kritériích. „Kritérium

vývoje dlouhodobého hospodaření zdravotní pojišťovny by bylo právo platné, kdyby bylo zvoleno dobře, kdyby tedy skutečně odrazilo finanční stabilitu pojišťovny. Autoři studie ho pojali tak, že sestavili pořadí podle kumulovaného rozdílu mezi příjmy a výdaji za posledních pět let v přepočtu na pojištěnce. Důvod? Negativní saldo vede k riziku prodloužení plateb zdravotnickým zařízením a jejich následně menší ochotě přimout pacienta takové pojišťovny. Tvrdí to aspoň platforma pojištěnců. V oblíbenosti pojišťoven u zdravotníků jsou samozřejmě rozdíly, stejně jako v tvrdosti uplatňované regulace. To ví každé zařízení, jež kdy zdravotním pojišťovnám fakturovalo. Jenže ochota platit nevyplývá striktně vzato z kumulovaného, natož pak ročního rozdílu mezi příjmy a výdaji, ale především z toho, zda jsou, nebo nejsou peníze,“ uvedl ve svém komentáři Miroslav Zámečnick s tím, že z hlediska vypovídací hodnoty je tento ukazatel slabší než zůstatky na účtech jednotlivých fondů v přepočtu na pojištěnce, které přitom uvádí ministerstvo zdravotnictví.

„Ještě lepší vypovídací hodnotu dostanete, když finanční zásobu na pojištěnce přepočtete na počet dnů, na které vystačí. A ještě o úroveň výš se dostanete, když zohledníte objem závazků včetně dohadných položek (bylo vyfakturováno, ale nebylo ještě uznáno a zapláceno) a opět to přepočtete na dny,“ dodal ekonom Zámečnick.

Investice do prevence

Index hodnotil také výdaje na prevenci na jednoho klienta

a meziroční změnu výdajů na prevenci, které představují pro jednotlivé pojištěnce nejmaternejší výhody.

Index zdraví pojišťoven proto porovnal, jak se jednotlivé zdravotní pojišťovny liší ve schopnosti hospodařit ve prospěch svých klientů. „Pojištěnci by se při volbě pojišťovny neměli rozhodovat podle reklam a náborových akcí, ale podle toho, jak efektivní přístup k hrazení zdravotní péči jim pojišťovna zajistí,“ řekl Ondřej Dostál. „Mezi pojišťovnami existují rozdíly v tom, jak hospodaří s penězi svých klientů a jaké prostředky vynakládají na preventivní péči. Také je třeba zohlednit, s jakou vstřícností přistupují k žádostem pojištěnců a k řešení jejich problémů s dostupností péče,“ dodal Ondřej Dostál s tím, že index chtějí jeho autoři publikovat pravidelně.

Ani s kritériem výdajů na prevenci Miroslav Zámečnick nesouhlasí. „Jeden nemusí být matematik, aby uznal, že je scestné měnit pojišťovnu kvůli benefitům, jež se liší v řádu desetíkorun a maximálně dosahují částky 237 korun za pojištěnce a rok (ZP Škoda). Vždyt průměrné náklady na zdravotní péči na pojištěnce byly loni 22 460 korun, tedy téměř stokrát víc... Kdo chce být přísný na management, může se podívat na průměrné provozní výdaje na pojištěnce, což je určité vodítko provozní efektivity. Co zjistíte? Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra je má spolu s Vojenskou zdravotní pojišťovnou nejnižší v celém systému zdravotních pojišťoven. A kdo je má nejvyšší? Všeobecná zdravotní pojišťovna,“ podotkl ekonom Zámečnick. (klu)

Index zdraví zdravotních pojišťoven

Hospodaření

U žádné zdravotní pojišťovny se nepředpokládají závazky po lhůtě splatnosti. U všech zdravotních pojišťoven se projevuje snaha o regulační omezení objemu poskytovaných zdravotních služeb v rámci dohodovacích řízení a účinných právních předpisů.

Z pohledu meziročního srovnání plánují zdravotní pojišťovny jako celek meziroční zvýšení objemu nákladů hrazených ze základního fondu zdravotního pojištění celkem o 3,0 %, což představuje 7 miliard Kč. Z detailních podkladů jednotlivých zdravotních pojišťoven vyplývá, že všechny plánují meziroční zvýšení nákladů na zdravotní služby. V objemově největším segmentu lůžkové zdravotní péče je předpokládán nárůst nákladů o 3,7 %, což činí 4,49 mld. Kč oproti očekávané skutečnosti roku 2014. U ambulantní péče se plánuje navýšení nákladů celkem o 3,5 %, což znamená 2,17 mld. Kč.

Komparace zdravotních pojišťoven

Co se týče počtu pojištěnců, trhu nadále dominuje VZP ČR, kte-

rá spravuje většinu pojištěných. V oblasti hospodářských výsledků je situace více různorodá. V roce 2015 má sice VZP ČR jako jediná zdravotní pojišťovna dosáhnout kladného salda příjmů a výdajů, nicméně v období let 2010–2014, kdy se systém veřejného zdravotního pojištění potýkal s úbytkem příjmů vlivem ekonomického ochlazení, činil kumulovaný rozdíl příjmů a výdajů u VZP ČR -11,5 mld. Kč. Pokud tento výsledek přepočteme na 1 pojištěnce, abychom kompenzovali rozdíly ve velikosti pojišťoven, tak VZP ČR společně s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou vygenerovaly za toto období ztrátu v cash-flow ve výši přesahující 1900 Kč na 1 pojištěnce. Naopak například Oborová zdravotní pojišťovna dosáhla nejnižšího dopadu ve výši -304 Kč na 1 pojištěnce.

Rok 2015 bývá také prezentován jako rok, kdy zdravotní pojišťovny začnou uvolňovat vyšší výdaje do systému. Z pohledu do jejich zdravotně-pojistných plánů vyplývá, že největší nárůst výdajů zaznamená Oborová zdravotní pojišťovna (téměř o 6 %) a Vojenská zdravotní po-

jišťovna ČR (téměř o 5 %). Můžeme tedy pracovat s hypotézou, že pojišťovny, které neměly tak velké hospodářské problémy v letech 2010–2014, si nyní mohou dovolit tyto výdaje více zvýšit.

Z pohledu klientů zdravotních pojišťoven je určité důležitý také indikátor výdajů na preventivní péči. V průběhu let je tento indikátor velmi volatelný, což můžeme vidět i na průřezových datech zdravotních pojišťoven pro rok 2015, kdy některé pojišťovny tyto výdaje výrazně snižují (zejména Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, téměř o polovinu) a jiné výrazně zvyšují (Zaměstnanecská pojišťovna Škoda o více než pětinu a Oborová zdravotní pojišťovna o více než osminu).

V přepočtu na 1 pojištěnce na preventivní péči vynakládá nejvíce Zaměstnanecská pojišťovna Škoda, naopak nejméně vynakládá VZP ČR, rozdíl je dokonce trojnásobný (237 vs. 76 Kč na 1 pojištěnce). Tento výsledek je dán specifícností obou pojišťoven. Ostatní zdravotní pojišťovny se pohybují v rozmezí 80–130 Kč na 1 pojištěnce.

(Zdroj: Index zdraví pojišťoven, PZP)

Odborné společnosti znovu k *non lege artis* postupům

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) vyjádřila prostřednictvím představitelů dotčených odborných společností postoj k alternativní medicíně, domácím porodům či mýtům v obezitologii.

Česká společnost je velmi málo vzdělaná v prevenci nemocí, což poskytuje prostor pro šíření nevědeckých a alternativních postupů. ČLS JEP podle slov svého předsedy prof. Štěpána Svačiny byla málo aktivní nejen v edukaci laické veřejnosti k primární prevenci chorob a podpoře zdraví, ale i v upozorňování na možná nebezpečí alternativních diagnostických a léčebných postupů.

S nejtragičtějším důsledkem alternativně medicínských postupů, zejména s odrazováním pacientů od účinných metod medicíny

založené na důkazech (*evidence based medicine*), se lékaři setkávají v onkologii.

Placebo racionálně

„Metody CAM (*complementary and alternative medicine*) působí především jako placebo a jen v některých případech i prostřednictvím chemických nebo fyzikálních činitelů. Příkladem metody, při níž se uplatňuje i jiný než placebový účinek, může být chiropraxe, tedy manipulační výkony při vertebrogenních potížích, masáže nebo aplikace určitých rostlinných drog.

Některé metody CAM mohou mít adjuvantní (pomocný) účinek,“ uvedl předseda Pracovní skupiny pro nevědecké léčebné a diagnostické metody ČLS JEP prof. Jiří Beneš a připomněl, že u diagnóz, které nemají charakter psychosomatických onemocnění, chybí dostatek dvojitě zaslepených klinických studií, které by specifickou účinnost CAM prokázaly. Pokud tyto dvojitě zaslepené studie vzniknou, jejich výsledky jsou podle slov prof. Beneše většinou negativní nebo na pokraji průkaznosti.

„Pravděpodobně jediným rozumným východiskem je odmítavý nebo velmi zdrženlivý vztah lékaře k CAM, provázený snahou o maximalizaci dodatečného placebového účinku racionální terapie a případným vysvětlením dů-

vodů, které jej k odmítání CAM vedou. Klíčem je posílení důvěry pacienta v metody, které mu nabízí medicína založená na důkazech, což je zřejmě úkol dalece přesahující konfrontaci s CAM,“ shrnul Jiří Beneš.

Ne porodům doma

Jednoznačně odmítavé stanovisko k domácím porodům vyjádřili zástupci České neonatologické společnosti ČLS JEP (ČNS). Předseda ČNS Lumír Kantor se pozastavil nad faktem, že odborná společnost nebyla prizvána k účasti v Pracovní skupině pro porodnictví, která byla v lednu zřízena při Radě vlády pro rovné příležitosti žen a mužů. Jak uvedl ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu Jiří

Dienstbier, který skupinu založil, považuje ji za vhodnou platformu pro přípravu případných doporučení vládě ČR v oblasti porodnictví.

Mýty tam, kde se nevyvíjí moderní léčba

Předseda ČLS JEP prof. Štěpán Svačina zdůraznil souvislost mezi dostupností nejmodernějších léků a rostoucím zájmem o nevědecké postupy. „V USA je již 4 roky dostupné nové centrálně působící antiobezitikum, Evropa žádnou novinku pro farmakoterapii obezity nemá. Na nedávném Evropském obezitologickém kongresu referoval profesor Philip Calder z Univerzity v Southamptonu o klasickém prostředku nevědecké medicíny – omega-3 mastných kyselinách, které mohou snižovat zánět tukové tkáně, ale u člověka nebyl prokázán žádný jejich efekt na cukrovku, lipidy, krevní tlak či aterosklerózu. Tím, že je obezitologie málo úspěšná ve vývoji nových léčebných postupů, je objektem zájmu nevědeckým postupů a vznikají nové a nové mýty o hubnutí,“ upozornil prof. Svačina. (klu)

Porovnání principů EBM a nevědeckých postupů CAM

EBM	CAM
Respektování přírodních zákonů je samozřejmostí	Jsou zahrnovány dosud nepoznané nebo iracionální síly
Argumentace je logická	Argumentace je v rozporu s logikou
EBM je jednotný systém	CAM je nesourodá směs různých metod
Používá se přesná terminologie	Terminologie zahalená tajemstvím, vágní a nepřesné termíny
Objektivní poznání, experiment	Subjektivní názory, spekulace
Reprodukovatelnost výsledků	Odmítání statistických metod
Přesná diagnostika	Odhady a vymyšlení diagnózy
Kauzální nebo symptomatická léčba	Celkovostní léčba
Specificky účinná léčba	Panacea (všeléky)
Povinností je vedení dokumentace a evidence	Chybění záznamů o výkonech
Kontinuální vývoj znalostí	Nezpochybnitelná dogmata
Erudovaní lékaři	Často laici bez medicínského vzdělání
Kolektivní spolupráce lékařů (konzílie)	Individuální přístup
Pravdivost a serióznost informací	Demagogie, reklama, podvody, lži

(Zdroj: prof. Jiří Beneš)

Inzerce M151000475

Vznikl nový akční plán kvality a bezpečí ve zdravotnictví

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček představil na konferenci Udržitelnost kvality ve zdravotnictví, pořádané Spojenou akreditační komisí, nový akční plán ministerstva o kvalitě a bezpečí. Dokument je nyní ve vnitřním připomínkovém řízení.

„Materiál formalizuje a strukturuje cíle v oblasti řízení kvality a bezpečí pro budoucí roky,“ řekl jeden z tvůrců Akčního plánu, ředitel Spojené akreditační komise David Marx. Akční plán bude součástí zákona o zdravotních službách, resp. jeho vyhlášky o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Úpravou legislativy resort reaguje na doporučení OECD, aby se ČR kvalitou a bezpečím ve zdravotnictví zabývala. „V našem systému zdravotnictví

chybí dostatečná motivace ke kvalitě, je nedostatek manažerů kvality a bezpečí, nedostatečně se do prosazení kvality zapojují, postrádáme také analýzu nežádoucích událostí a zlepšit bude třeba i systém vzdělávání zdravotníků v oblasti managementu zdravotnictví,“ vyjmenoval rezervy systému vzhledem ke kvalitě péče ministr Němeček, pod jehož bývalým vedením prošla akreditačním procesem Fakultní nemocnice Ostrava. Jak dodal, vedle samot-

né optimalizace hodnocení kvality má ministerstvo v plánu podporovat kvalitu zdraví populace a popularizace kvality u laické veřejnosti. Vznikne proto veřejně dostupný dokument Rádce pacienta a také elektronický portál kvality. Možnost bonifikace akreditovaných nemocnic nabídla letos úhradová vyhláška. Pojišťovny zatím tento typ bonifikace příliš nevyužívají. Více o kvalitě a bezpečí v nemocnicích v příštím čísle. (klu)

ZVÝŠILI JSME ÚHRADY SOCIÁLNÍM ÚSTAVŮM A HOSPICIŮM

- VZP letos garantuje všem pobytovým zařízením sociálních služeb na zdravotní služby o 10 % více peněz než loni.
- VZP navýšila úhrady o dalších 5 % všem domovům, které s ní mají uzavřený smluvní dodatek.
- VZP pro letošek navýšila úhrady pro lůžkové hospice oproti loňsku téměř o 7 %, což je hned po láních nejvyšší meziroční nárůst úhrad.
- VZP jako jediná pojišťovna v Česku podporuje pilotní projekt mobilních hospiců.

S NÁMI MÁTE JISTOTU, ŽE VÁM PRÁCI POCTIVĚ ZAPLATÍME

Registrujte se na www.vzp.cz.

VZP
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

Letos
+100 MILIONŮ Kč

Z DOMOVA

Lékárníci chtějí být hodnoceni za odbornou činnost, **ne za marži z léků**

Česká lékárnická komora (ČLnK) usiluje o úhradu výkonů lékárenské péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Financování prostřednictvím marže lékárníci nepovažují za spravedlivé ohodnocení své odborné činnosti, kam spadá například poradenství ohledně racionální farmakoterapie či *screening* diabetu, obezity nebo hypertenze.

Jak uvedl člen Výboru pro zdravotnictví poslanecké sněmovny PharmDr. Jiří Skalický, lékárníci byli v posledních dekádách degradováni pouze na výdejce léků a soutěžitele na lékárenském trhu. „Lékárníci by měli být opět vnímáni jako odborníci, jejichž úlohou je dispenzarizace a odborné poradenství,“ zdůraznil při zahájení semináře, který před-

stavil vize ČLnK o budoucnosti financování odborné lékárenské činnosti.

„Lékárny mají nezastupitelnou roli v přispívání ke stabilizaci zdravotního stavu pacientů formou racionální farmakoterapie, což by měly zdravotní pojišťovny v péči o své klienty zohledňovat. Úsilí komory spočívá v tom, aby se lékárny co nejvíce oddá-

ly od financování závislého na ceně a farmaceuti byli odměňováni podle odborných služeb, které pacientům poskytnou, ať už půjde o *screening* diabetu, hypertenze či astmatu, individuální konzultace nebo odvykání kouření a snižování hmotnosti,“ uvedl prezident ČLnK Lubomír Chudoba a ukotvil roli lékárníků i v souvislosti s nedostatkem lékařů. „Zjednodušení

specializací a další zvyšování platů lékařů není – zejména při regionálním nedostatku zdravotníků – převratným řešením. To spočívá v poskytování tzv. veřejných praktických služeb, kdy i v souvislosti se stárnutím populace bude stále větší poptávka po ambulantní a komunitní zdravotní péči. Měly by proto růst kompetence a odpovědnost nejen lékárníků, ale i klinických farmaceutů a sester. Takové trendy vidíme i jinde ve světě,“ dodal prezident Chudoba. V následováníhodných zemích se lékárníci soustřeďují na služby, které jsou tam již nyní propláceny zdravotními pojišťovnami. Patří sem např. poradenství i v oblasti lékových interakcí nebo služby související s lepší adherencí a *compliance* pacientů.

Individuální konzultace

Jednou z vlastovek takového přístupu je lékárna ve Cvikově. Individuální konzultace v oddělené místnosti zde provádí PharmDr. Jana Šolínová. „Odborné konzultace jsou součástí farmaceutické péče, kterou definuje zákon o zdravotních službách. Snažíme se o zvýšení účinnosti a bezpečnosti léčby, pacientovu vyšší adherenci k léčbě a s tím související optimalizaci nákladů na léčbu,“ uvedla PharmDr. Šolínová, která vyzdvihla zejména individuální přístup k pacientovi a jeho zpětnou vazbu, kterou navíc lékárníci často zaznamenají i od ošetřujícího lékaře. V kazuistice uvedla příklad pacienta, u něž při dispenzarizaci zjistila nonadherenci k inzulinoterapii. „Po konzultaci jsme zjistili, že zaměňuje krátkodobý a dlouhodobý inzulin, což vedlo k výkyvům glykemií. Stav byl závažný, a proto jsem jej pozvala ke konzultaci. V lékové anamnéze jsem zjistila chybu u užívání omeprazolu, který byl užíván večer, pacient neměl k dispozici nitroglycerin a zaměňoval bazální a rychlý inzulin, který aplikoval ve špatnou denní dobu. Pacient byl poučen v užívání inzulinové dia průkazu, upravila jsem dávkování omeprazolu ráno na

lačno a vysvětlila zásady selfmonitoringu hypoglykemie,“ popsala Jana Šolínová. Jak dodala, ČLnK má pro konzultace vytvořeny vlastní standardy, jejichž výstupem je konzultační formulář, dostupný lékárníkům na webu komory.

Komora se spolu s odborným zaštitěním ze strany sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP podílí na vzdělávacím projektu interaktivních dispenzačních seminářů. „Vzdělávací projekt trénuje farmaceuty v managementu lékových problémů u konkrétních pacientů, a to formou řešení kazuistik. Lektorem je zde vysokoškolský farmaceut a konzultantem lékař,“ vysvětlila vedoucí projektu PharmDr. Alena Linhartová.

Příprava výkonů

Od podzimu 2014 lékárníci ve standardním procesu připravují podmínky pro financování jejich činnosti formou výkonu hrazeného z veřejného zdravotního pojištění. Farmaceuti byli také přizváni do pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů. Změnu financování lékárenské péče požadují lékárníci zejména proto, že současnou regresivní obchodní příražku, tzv. marži, považují za rigidní a nemotivační systém, který farmaceute odměňuje nespravedlivě – ne dle jejich odborné činnosti, ale dle ceny vydaných léků.

„Cenové a úhradové revize mají zásadní dopad na snížení koncové ceny léčivých přípravků, a tím pádem se snižuje i koncová odměna lékárníků. Naši ambicí je tento systém změnit,“ uvedl viceprezident ČLnK Mgr. Michal Hojný a připomněl, že vedle marže jsou lékárny financovány za individuální přípravu léčiv v lékárně formou tzv. *taxy laborum*. „Aktuálně má komora ve fázi pokročilé přípravy kalkulací výkonu aseptické přípravy cytotatik. Ten splňuje všechny parametry pro racionální ocenění a úhrady ze strany plátců zejména proto, že příprava cytotatik je nedílnou součástí *lege artis* poskytnuté onkologické péče. Druhým připravovaným výkonem je výkon klinickofarmaceutické péče poskytované v rámci hospitalizace. Jde o konziliární činnost v rámci ústavní péče,“ vysvětlil Michal Hojný.

Petra Klusáková

Lékárníci klestí cestu doplčkovou džunglí

Zástupci poskytovatelů lékárenské péče hledají recept na zjednodušení systému doplatků na léky. Současný systém úhrad léků je složitý, dochází k výpadkům léků a výše doplatků je nepředvídatelná nejen pro pacienty, ale i pro předepisující lékaře a lékárníky. To chce Česká lékárnická komora (ČLnK) změnit.

„Poměrně stabilní a robustní systém českého zdravotnictví stále připomíná stabilitu ekosystému džungle. Je špatně propustný pro validní informace, bludný pro vstupy nových léků a technologií a pacienti, politici i média se v něm mnohdy ztrácejí. Segment lékové politiky nabízí trvale nutnost kultivace pravidel z hlediska dostupnosti i medicínské efektivity léčiv. Jde však o to, aby kultivační kroky byly racionální, kvalifikované, prospěšné a odbornou i laickou veřejností pochopené a přijímané,“ uvedl na semináři k otevření diskuse nad doplatky předseda Výboru pro zdravotnictví a sociální politiky Senátu PČR prof. Jan Žaloudík.

Nejkomplikovanější systém v Evropě

„Posláním lékárníka je maximálně přispět ke kvalitní a bezpečné farmakoterapii pacienta. Velmi by nám k tomu pomohl předvídatelný a rychlý proces stanovení cen a úhrad léků, jistota dostatečného množství léků v distribuci a stejné doplatky na předepsané léky ve všech lékárnách. Místo nadbytečné administrativní zátěže bychom se tak – a mnohem raději – věnovali hlubšímu odbornému poradenství ve prospěch svých pacientů,“ řekl prezident ČLnK PharmDr. Lubomír Chudoba a připomněl, že ČR je jedinou zemí v Evropské unii,

kteřá nemá pevnou cenu nebo pevný doplatek.

Jak prezident Chudoba připomněl, specifický typ správního řízení, kterým jsou stanoveny ceny, výše a podmínky úhrady léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění, byl zaveden počátkem roku 2008 a v průběhu času doznal řady legislativních úprav. Nadále ale zůstává velmi komplikovaným procesem s nepředvídatelným výsledkem a často vede ke zvýšené spoluúčasti pacientů a nemá obdobu v žádné evropské zemi. „Zvyšuje se například část doplatků, které nelze započíst do ochranného limitu,“ dodal prezident Chudoba. Není také řádně monitorována zákonně stanovená povinnost, aby pacient mohl v každé lékové skupině získat alespoň jeden lék plně hrazený zdravotní pojišťovnou.

Pacienti preferují stejnou výši úhrady

Jak ČLnK od svých členů zjišťuje, lékárníci se musí intenzivně věnovat zajištění léků kvůli přetrvávajícím výpadkům v jejich dodávkách. Častou příčinou jsou reexporty léčiv mimo území ČR. Většinu situací jsou lékárníci schopni (se souhlasem pacienta) vyřešit formou tzv. generické substituce. „Stále ale marně čekáme na flexibilní zákaz vývozu nedostatkových léků, který by mělo vydat ministerstvo zdravotnictví. Cílem takového opatření by mělo být zajištění

nezbytných a velmi často životně důležitých léků pro naše pacienty,“ uvedl Lubomír Chudoba, který si slibuje změny od novely zákona o léčivech, jenž je nyní v připomínkovém řízení. Z diskusí s pacienty lékáren a z průzkumů veřejného mínění jednoznačně vyplývá, že obyvatelé preferují stejně vysoké doplatky na léky, a to ve všech lékárnách. Tedy systémem, který je běžný v zemích Evropské unie. Stejný záměr, tj. zavedení pevných a předvídatelných doplatků na léky, má i ČLnK. „Vizi komory je, aby pacient už při předepsání léku v lékárně znal výši doplatku,“ vysvětlil prezident Chudoba. Rozdíly mezi cenami v jednotlivých lékárnách jsou nyní významné. „Setkáváme se také s diskriminací ze strany výrobců, kteří do některých lékáren dodávají léky za plnou cenu, ale do jiných putuje stejný přípravek s padesáti procentní slevou oproti ceně, která byla schválena ve správním řízení. Pojištěnci, pokud chtějí ušetřit, obcházejí lékárny, hledají nejlevnější variantu léku a zvyšují si náklady za dopravné, nemluvě o jejich mnohdy chronických chorobách,“ zdůraznil prezident ČLnK a vznesl tak dotaz směrem k autoritám, zda má ČR i nadále solidární systém i v přístupu k léčbě a lékům. Vedle role ministerstva zdravotnictví by podle něj měl ceny léků více monitorovat Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL).

(klu)



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.

Jak se vyhnout problémům při revizích laboratorních výkonů lékařské genetiky

Při kontrolách a revizích v laboratořích lékařské genetiky narazili pracovníci VZP v poslední době opakovaně na problémy. Nejčastěji se setkávají s nesprávným postupem u žádostí o provedení laboratorního vyšetření a s chybami při vykazování těchto vyšetření k úhradě.

Ukázalo se například, že laboratorní vyšetření jsou formálně indikována lékařem genetikem jen na základě jakési konzultace/poradenství. Tedy bez toho, že by tento lékař pacienta viděl a fyzikálně vyšetřil. Takováto konzultace, pokud není spojena s faktickým klinickým vyšetřením pacienta, však není hrazena z veřejného zdravotního pojištění a nemůže být relevantní ani pro oprávněnou indikaci hrazeného laboratorního vyšetření.

Podle metodiky VZP pro pořizování a předávání dokladů, která je závazná pro smluvní partnery pojišťovny, je žadatelem dalšího vyšetření vždy ošetřující lékař. Ten musí být uveden na žádosti o laboratorní vyšetření a s touto informací musí provedené vyšetření laboratoř vykázat a nárokovat k úhradě.

Ošetřující lékař pak zodpovídá za odůvodněnost a účelnost jím indikované péče a za úplnost a správnost údajů v jím vyplňovaných dokladech. Je také povinen zaznamenat ve zdravotní dokumentaci přesný rozsah a objem ordinované péče, případně uschovat v dokumentaci kopii požadavku.

Lékař, který pacienta neviděl, nevyšetřil a fakticky ho nezná, nemůže oficiálně figurovat jako indikující lékař. A to ani tehdy, pokud by takovou indikaci provedl na základě požadavku skutečného ošetřujícího lékaře.



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

Pracovníci VZP se setkali i s názorem, že klinická vyšetření, včetně výkonu minimálního kontaktu, nemusí být spojená s fyzickým kontaktem pacienta a jeho fyzikálním vyšetřením. Tento názor je ale nesprávný. Žádný lékař není oprávněn vykázat k úhradě výkon klinického vyšetření, popř. minimálního kontaktu, pokud pacienta průkazně nevyšetří. Vyšetření tzv. „na dálku“ (na základě

písemných materiálů, zpráv, po telefonu apod.) není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Závazná pravidla pro indikaci a vykazování laboratorních genetických vyšetření (výkonů odbornosti 816), u nichž se podle zkušeností VZP nejčastěji chybuje:

- Laboratorní genetické vyšetření indikuje výhradně ošetřující lékař pacienta, vždy na základě jeho klinického vyšetření (tj. fyzického kontaktu lékaře s pacientem). Toto vyšetření musí být doloženo řádným záznamem v související zdravotnické dokumentaci.
- Žádanka indikujícího ošetřujícího lékaře odeslaná spolu se vzorkem příslušného biologického materiálu laboratoř lékařské genetiky musí být řádně a úplně vyplněna. Přesně je to popsáno ve smluvně závazné Metodice VZP pro pořizování a předávání dokladů. Stejně tak musí být přesně specifikována požadovaná péče.
- Vystavení požadavku na laboratorní genetické vyšetření lidského zárodečného genomu (není omezeno pouze na vyšetření samotných zárodečných buněk), resp. genomu buněčné linie příslušníků více generací, je vázáno výhradně na indikaci lékaře se specializací v oboru lékařská genetika (odbornost 208).
- Při vykazování provedeného laboratorního genetického vyšetření uvede laboratoř jako žadatele ošetřujícího lékaře pacienta (nikoli lékaře genetiky, který v zařízeních lékařské genetiky pracuje, posuzuje odůvodněnost indikace a hodnotí výsledek).
- Vyšetření „BRCA screen“ není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

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

Nemocnice zveřejní pouze jedno procento úniků dat

Přestože význam informací obecně stoupá, nemocnice ochranu dat podceňují a bezpečnostní opatření přijímají často až po hrozícím skandálu. Jak varují odborníci, útoků na data ve zdravotnictví přibývá a nemocnice je většinou ani nezjistí. Řada z nich se ale brzy stane povinnými subjekty zákona o kybernetické bezpečnosti.

Akreditace? Zabezpečení dokumentace a dat

„Nejen na základě zkušenosti v ČR, ale i s ohledem na zkušenosti zahraniční mohou konstatovat, že obecně u zdravotníků panuje poměrně malé povědomí o rizicích spojených s nedostatečnou ochranou dat. Netýká se to IT profesionálů – bezpečnost a ochrana informačních systémů v našich nemocnicích včetně zálohování dat a ochrany serverů proti rizikům bývá velmi dobrá. Například často vidáme nedostatečnou ochranu přímo na zdravotnických pracovištích. Nejsou výjimečné situace, kdy není dostatečně chráněna dokumentace pacientů (nebo její součásti obsahující osobní údaje pacientů) – chorobopisy odložené na převazových stolcích či na pultech inspekčních stanic, žádanky na vyšetření připravené na nehlídaném svozovém místě, nezajištěné vstupy na inspekční pokoje nebo situace, kdy v místnosti, kde jsou uloženy chorobopisy, pracuje zaměstnanec externí úklidové firmy bez jakéhokoli dohledu,“ řekl naší redakci ředitel Spojené akreditační komise (SAK) David Marx a uvedl svou zkušenost, že u nemocničních informačních systémů (NIS) není vzácná situace, kdy se ráno po zapnutí počítače přihlásí do systému jeden pracovník a dále zůstane přihlášen, takže všichni další do NIS vstupují pod jeho jménem. Pohodlnost vede k tomu, že si pracovníci vzájemně prozrazují přístupová hesla (obvykle lékaři sestrami). „Situace se postupně – a to i díky akreditačnímu procesu – zlepšuje, ale vyžaduje to systematický a důsledný tlak managementu nemocnic na všechny pracovníky, kteří přicházejí do styku s citlivými a osobními daty pacientů, aby tato data úzkostlivě chránili, a tím chránili před postihem sebe samotné i dané zařízení,“ podotkl ředitel Marx.

Bezpečnost dat a dokumentace pacientů

Zkušenost s tím, jak české nemocnice přistupují k ochraně svých dat, má i ředitel společnosti Al-

kom Václav Růžička. Také on vidí největší rizika především ve fyzické ochraně dokumentace i serverů. Problém vidí v nedostatečném propojení IT oddělení, technického zabezpečení objektů, dálkového dohledu a pracovníků fyzické ostrahy. „Při každodenní práci vnímáme, že sektory IT a klasické bezpečnosti spolu moc nespolečně spolupracují. Právě zde přitom platí nutnost integrovaných opatření. IT pracovníci přeceňují IT opatření v rámci počítačové sítě, šifrují ji, dokážou zamezit elektronickému přístupu, ale hrubě podceňují technické zabezpečení budovy, režimová opatření a dálkový dohled technických zabezpečovacích systémů. Prostor, kde je server umístěn, je třeba chránit před vniknutím nepovolané osoby i před nekontrolovaným vstupem osoby, která zde pracuje. Navíc je třeba dbát na riziko zaplavení, výpadek proudu, vloupání a vandalismus,“ uvedl Václav Růžička s tím, že zatímco do IT systémů nemocnice významně investují, klasická bezpečnostní opatření jsou podceňována. „Úplně nejhorší je zajištění personální bezpečnosti – kontrola osob, které jsou oprávněny s daty pracovat, archivovat je a chránit. V Evropě celý proces legislativních norem směřuje k tomu, aby instituce zaměřily ochranná opatření i na vlastní zaměstnance, tedy k ochraně před vnitřním nepřitelem, který může data zneužít, prodat či zničit. Právě vlastní zaměstnanci páchají až 90 procent případů datové kriminality,“ dodal ředitel Růžička a doporučuje, aby nemocnice svá data zabezpečily dle ČSN ISO/IEC 27 001:2014 – tedy souboru postupů pro opatření bezpečnosti informací.

Údaje pacientů a lékařů u soudu

V těchto dnech začíná soudní spor, v němž je ze zneužití lékařské dokumentace obviněn lékař z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Jak uvedla ČTK, lékař čelí obvinění z toho, že svému pacientovi pomáhal falšovat směnky v hodno-

tě 6 milionů korun. Dle obžaloby poskytl údaje (jména a příjmení, rodná čísla, adresy, kontakty na blízké osoby a někdy i diagnózu) zesnulých pacientů léčených na oddělení tamní ortopedie a traumatologie. Lékařův pacient prý potom vepsal získané údaje do falešných smének. Cenné papíry následně udal u pražského městského soudu jako pravé.

„Při výkonu svého povolání lékaře pod svým přihlašovacím loginem a po zadání svého hesla vstoupil do počítačového systému AMIS a nahlédl do zdravotnické dokumentace osob zemřelých v této nemocnici i do ambulantních účtů pacientů ortopedické ambulance, a to nikoli za účelem oprávněné zdravotní péče, ale neoprávněně s cílem získat jejich osobní údaje,“ ocitovala ČTK obžalobu. Lékař vinu popírá a hájí například tím, že jeho heslo do nemocničního systému znaly i sestry.

Zákon o kybernetické bezpečnosti

Na obecní úrovni nyní pomáhá v ČR chránit data zákon o kybernetické bezpečnosti. Podléhá jí mu organizace, které jsou tzv. prvky kritické informační infrastruktury. Tisková mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová pro naši redakci uvedla, že nemocnice v současné chvíli do kritické informační infrastruktury nespádají, protože nesplňují kritéria daná nařízením vlády č. 432/2010 Sb., o kritériích pro určení prvku kritické infrastruktury, ve znění novely č. 315/2014 Sb. To by se ale mělo dohledně době změnit. Nemocnice by se měly začít na ochranu dat připravovat, protože zákon o kybernetické bezpečnosti a nařízení o stanovení prvků kritické bezpečnosti se bude novelizovat tak, aby i ony zákonu vzhledem k ochraně dat podléhaly. „Vedle státům a krajem zřizovaných nemocnic by se povinnosti nového zákona mohly rozšířit na zdravotnická zařízení, která zřizují obce. Dosud byl limitním parametrem pro zařazení do kritické infrastruktury počet 2500 lů-

žek. Tento parametr bych v novele zrušil. Důležitější je například počet osob ve spádové oblasti nebo pokrytí základních lékařských odborností. Novelizací odpovídajících předpisů bude nutné zahrnout nemocniční informační systémy mezi ty, které spadají pod zákon o kybernetické bezpečnosti,“ uvedl pro naši redakci spoluautor věcného záměru zákona o kybernetické bezpečnosti Ing. Aleš Špidla, který v minulosti působil například jako vedoucí sekce informatiky ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv, kde se věnoval i problematice eHealth, a v současné době pracuje jako manažer oddělení řízení rizik ve firmě PricewaterhouseCoopers (PwC).

Pro nemocnice to bude znamenat řešení řady obtížných situací. „Nemůže například docházet k tomu, aby jediná osoba zaváděla nové informační softwary a jejich součásti, zároveň tyto kontrolovala, sledovala možné incidenty a řešila bezpečnostní problémy. Tam selhává kontrolní mechanismus,“ uvedl praktický příklad přístupu nového zákona Václav Růžička.

Kdo pozná únik informací? Nikdo!

Podle americké srovnávací studie Ponemon si 54 % tamních nemocničních manažerů není jisto, zda může únik informací o pacientech vůbec zjistit. Protože se navíc podle ředitele Růžičky vnitřní úniky informací tají. Pokud je nemocnice přece jen zjistí, ke zveřejnění úniku dat dojde podle něj jen u jednoho procenta případů.

Ke kolika případům úniku dat v českých nemocnicích dochází, nelze podle Aleše Špidly dost dobře určit. „Pokud systémy nezahrnují detekci úniků, nemocnice tento únik nikdy nepoznají. Podle průzkumu firmy S&T nedokáže únik dat detekovat 67 procent institucí v České republice. Podle průzkumu PwC meziroční nárůst útoků na nemocniční informační systémy, a to ze strany cizími státy podporovaných útočníků, činí

206 procent. Nemocniční systémy jsou přitom klíčové v době krize, kdy narušení informačního systému nemocnice může znamenat její zhroucení. Informace obsažené v nemocničních informačních systémech mohou být využívány zpravodajskými službami a zneužívány k diskreditaci nebo vydírání významných či klíčových osobností,“ poukazuje na politické souvislosti úniku dat Ing. Špidla.

Smlouvy mezi IT firmami a nemocnicí

Na vyšší úrovni zabezpečení dat o svých pacientech pracují například nemocnice Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje. Doporučení ke zvýšení ostřížitosti bylo výsledkem auditu, který si kraj nechal provést jako reakci na údajný únik dat pacientů, která v nemocnicích spravuje společnost Stapro. Jak uvedl hejtman Královéhradeckého kraje Lubomír Franc, únik ani zneužití dat prokázány nebyly. Audit ale odhalil prostor pro zvýšení úrovně samotného systému zabezpečení. „Výsledek auditu vyhodnotil, že nebyly dotaženy konkrétní smluvní vztahy mezi společnostmi Stapro a nemocnicemi,“ dodal hejtman. Jde o to lépe definovat, která data budou stažena a za jakým účelem budou použita. Kontrola také zmapovala systém a mechanismy nakládání s daty v krajských nemocnicích a jejich soulad se zákonem o ochraně osobních údajů. „V tomto případě audit konstatoval nutnost přijetí technicko-organizačních opatření v oblasti nakládání s osobními údaji pacientů. Celé věci by se teď měl ujmout Zdravotnický holding KHK,“ doplnil hejtman Franc. S ohledem na ochranu dat má podle Aleše Špidly „nedotažené“ smlouvy drtivá většina českých institucí včetně nemocnic. „Smlouvy neobsahují klauzule o vzájemné ochraně sdílených informací – non-disclosure agreement nebo například exit plan, tedy dohodu kdy, komu a jakým způsobem budou data předána po ukončení smlouvy. Znění smluv si většinou diktují dodavatelé informačních systémů a instituce včetně nemocnic často nedispungují odborníky, kteří dokážou tento problém identifikovat,“ uzavřel Aleš Špidla.

Omega Pharma posílená akvizicemi **cílí i na lékaře**

V posledních 6 měsících došlo ve společnosti Omega Pharma Česká republika a Slovensko k zásadním změnám, které započaly změnou managementu. Na skutečně kroky a související budoucí výzvy jsme se zeptali generálního ředitele a předsedy představenstva PharmDr. Michala Krejsty, MBA.

Na post generálního ředitele Omega Pharma jste nastoupil ve chvíli, kdy společnost nebyla v úplně dobré finanční kondici. Když jste ji spolu se svým týmem stabilizoval, jaké výzvy vás čekají nyní?

V současné chvíli jsme ve fázi akvizice významného a velmi dobře etablovaného portfolia top OTC produktů společností GSK a Novartis, jejichž koupí oznámila naše společnost na začátku června. Tato akvizice ještě více upevní naši pozici a rozšíří spolupráci se zákazníky. V konečném důsledku zdvojnásobí náš roční obrat a posune nás mezi top 10 farmaceutických společností. Současně budujeme platformu globálních standardů v naší společnosti, což konkrétně znamená implementaci informačního systému SAP a infrastruktury pro distribuci registrovaných léků a léčiv.

Když se ohlédnete za uplynulým půlrokem, co se vám v rámci transformace Omega Pharma povedlo?

Především mne těší, že jsem dokázal vytvořit silný manažerský tým, který se skládá z osobností s vysokou odborností, hlubokými zkušenostmi a prověřenými výsledky. Společně jsme dokázali za necelý půlrok restrukturalizovat celou společnost a implementovat nový obchodní model se zaměřením na maximální orientaci na zákazníka, plnění je-

ho očekávání a dosahování společných cílů.

Zmínil jste nový obchodní model. Co konkrétně v něm považujete za klíčové?

Optimalizovali jsme naše produktové portfolio a vytvořili produktové strategie pro top výrobky, které mají významný tržní potenciál a dostatečnou profitabilitu (např. Lactacyd, XLS medical, Physiomer, Libenar, Paranit, Multilimun a další).

Zefektivnili jsme strukturu našeho prodejního a marketingového týmu vytvořením nového přístupu v pokrytí klíčových zákazníků od lékárenských sítí přes aliance až po veřejné a ústavní lékárny. Za spolupráci s těmito zákazníky jsou dle nově nastaveného targetingu a segmentace plně odpovědní key account manažeři, trade manažeři, obchodní reprezentanti a jejich sales manažeři. Díky zmiňovanému trade marketingu využíváme příležitosti individuálně na míru upravovat marketingový mix u velkých zákazníků a vytváříme aktivní marketing v místě prodeje, který napomáhá k zájmu o naše výrobky a dosažení vytýčených cílů.

Nový obchodní model Omega Pharma zahrnuje také aktivity směrem k lékařům a střednímu zdravotnickému personálu, co to konkrétně znamená?

Nad rámec spolupráce s lékárnami jsme začali směřovat naše aktivity také k lékařům a střednímu zdravotnickému personálu. Využíváme medical marketing v oblastech pediatrie, obezitologie, gynekologie a interní medicíny. Tento model se ukazuje jako velmi efektivní především díky navázání spolupráce mezi lékaři a jejich spádovými lékárnami. Medical marketing přináší lékařům a ostatním zdravotnickým pracovníkům nové informace o kvalitních léčivech a přípravcích a rozšiřuje tak jejich terapeutické možnosti. Důsledkem této činnosti je přímý dopad na zlepšení zdraví pacientů včetně prevence a posílení samoléčby. Zásadní výhodou pro samotné pacienty je vyšší kvalita života a ochrana zdraví, jež v konečném důsledku přispívají k jejich maximální compliance. Mimo jiné přináší také pozitivní vliv na snížení nákladů vynakládaných z prostředků veřejného zdravotního pojištění díky včasné intervenci pacienta do managementu léčby jeho onemocnění.

Které zdravotnické odbornosti vaši společnost s ohledem na její současné i budoucí portfolio (Rx léky) zajímají?

V současné době se zaměřujeme hlavně na oblast pediatrie a obezitologie. Ve velmi krátké době budou tyto dva segmenty rozšířeny minimálně o praktické léka-



Tým Omega Pharma. Zleva: marketing director Vladimír Keršner, generální ředitel a předseda představenstva Michal Krejsta, trade marketing manager Ondřej Pastucha, sales director Juraj Karczub.

Foto: archiv Omega Pharma

ře a specialisty z oblasti gynekologie, urologie a interní medicíny. Tento rok vstupujeme nově do oblasti léčby cholesterolu (Arterin) a urologických obtíží (Granufink).

Vytvořili jsme také nový logistický a distribuční model pro možnost uvádět na český a slovenský trh naše nové produkty z kategorie registrovaných OTC přípravků a zároveň v brzké budoucnosti i léků na předpis (Rx). Silné a diverzifikované portfolio bude díky integraci Omega Pharma se společností Perrigo naší silnou konkurenční výhodou.

Kdy došlo k integraci se společností Perrigo a co toto spojení přinese?

K oznámení o spojení obou společností došlo na konci roku 2014 s tím, že americký farmaceutický gigant, společnost Perrigo, převzal společnost Omega Pharma k 1. 4. 2015. Toto sloučení přinese rychlý vstup produktů Perrigo na evropský trh v segmentu OTC, Rx, orphan, nutričních a veterinárních přípravků. Spojením vzniká unikátní společnost co do globální tržní pozice (TOP 5), širší produktového portfolia (3000 produktů, 20 000 SKUs) a nadstandardní orientace na inovace (každý týden uvádí na trh 2 nové produkty).

Jak na vás jako výrobce dopadne nový zákon o zdravotnických prostředcích a jím iniciovaný vznik národního Registru zdravotnických prostředků?

V každém případě mohu konstatovat, že s ohledem na povahu nového zákona je jeho implementace žádoucí. Náš problém jako výrobce je, že v současné době jsou jednotlivé pravomoci na úseku zdravotnických prostředků (ZP) rozptýleny mezi různé orgány státní správy. To logicky způsobuje, že dohled státu nad tímto trhem není příliš efektivní. Slibujeme si, že nový zákon zavede odzkoušený systém v oblasti léčiv a svěří významnou část agendy specializovanému orgánu – Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Vždy je vhodnější mít jednoho kompetentního partnera pro většinu agendy. Zřízení národního informačního systému zdravotnických prostředků vnímáme jako užitečný krok, protože by měl primárně sloužit k poskytování informací uživatelům, pacientům a poskytovatelům zdravotních služeb pro usnadnění správné volby vhodného ZP, bezpečného používání a správného zacházení s ním. Otázkou je praktická aplikace podpory výběrových řízení na základě zveřejňování cen realizovaných nákupů.

Připravila Petra Klusáková

WARTNER®

NEJÚČINNĚJŠÍ A NEJRYCHLEJŠÍ SAMOLÉČBA BRADAVIC.

Zmrazí bradavici až k jejímu jádru.

www.omega-pharma.cz



Z REGIONŮ

Ministr chystá pobídky pro zdravotnický personál v Karlovarském kraji

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček navštívil zástupce Karlovarského kraje, který dlouhodobě trápí nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, zejména sester a praktických lékařů.

Součástí programu byla i diskuse nad připravovaným traumacentrem a vybudováním stanoviště letecké záchranné služby, které kraj zatím postrádá.

Motivace pro odborníky

Ministerstvo v současné době připravuje zákon, který mimo jiné řeší otázku chybějících kvalifikovaných sester. Obor „zdravotnický asistent“ by měl v budoucnu nahradit obor „praktická sestra“, po kterém by absolventky mohly jít dříve do praxe. „Lékařů je

v České republice dost, ovšem řada z nich chce zůstat v Praze nebo Brně. Dostat je do okrajových částí regionů je proto velký problém,“ uvedl na jednání ministr Němeček a dodal, že VZP pro příští rok připravuje projekt, který by měl lékaře v odlehlejších lokalitách motivovat.

Chybí letecká záchranka

V plánu je také zřízení stanoviště letecké záchranné služby. V současné době totiž Karlovarský kraj žádné stanoviště nemá a leteckou záchrannou službu

zde obstarává záchranná služba z Plzně. Za minulý rok zasahovala v karlovarském regionu sto třicetkrát. „Pro naše obyvatele by to bylo přínosem. Zkrátila by se doba převozu pacienta až o třicet minut, což je při záchranně lidského života naprosto rozhodující,“ uvedl hejtman Karlovarského kraje Martin Havel na webových stránkách kraje. Ministr Němeček doporučil kraji zpracovat kompletní analýzu, na základě které by mohlo ministerstvo tuto myšlenku podpořit.



ilustraci foto: Shutterstock

Traumacentrum ve Varech

Ředitel Karlovarské krajské nemocnice Josef März nepochybuje o tom, že jeho nemocnice dnes splňuje všechny podmínky pro to, aby zde mohlo vzniknout traumacentrum druhého stupně. Ministerstvo hodlá v průběhu června vyhlá-

sit výzvu pro nemocnice, které budou o akreditaci traumacentra usilovat.

V nemocnici v Chebu také pokračuje stavba krytu pro lineární urychlovač. Onkologické oddělení chebské nemocnice je jediné v kraji a nový lineární urychlovač bude pacientům sloužit od příštího roku. (ISO)

Krátce z regionů

• Českolipská nemocnice získala ocenění pro nejstabilnější firmu roku

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa získala nejvyšší stupeň ocenění CZECH Stability Award, které vyhlašuje společnost Bisnode ve spolupráci se Sdružením CZECH TOP 100, v kategorii „Nejstabilnější firma roku“. Certifikace AAA vypovídá o schopnosti společnosti zařadit se mezi 100 nejstabilnějších firem v České republice. „Patříme mezi stabilní společnosti, u kterých je vysoká pravděpodobnost spolehlivého plnění závazků z obchodního styku, vysoká pravděpodobnost návratnosti investic, nízké úvěrové riziko a minimální riziko úpadku. To nás velmi těší, ale zároveň to bereme jako závazek do budoucna,“ uvedl generální ředitel českolipské nemocnice Jaroslav Kratochvíl ve svém vyjádření. Oceněná organizace musí při svém posuzování otevřeně komunikovat, poskytovat dostatek informací o výsledcích svého hospodaření i o vlastní struktuře. Vlastníkem českolipské nemocnice je Liberecký kraj. Za minulý rok tato nemocnice vykázala zisk 13 milionů korun.

• ÚOHS udělil ústecké Krajské zdravotní pokutu

Úřad udělil společnosti sankci v hodnotě 350 tisíc korun kvůli chybám při zadávání veřejné zakázky na informační telekomunikační infrastruktury. Antimonopolní úřad zamítl rozklad a potvrdil tím své prvotní rozhodnutí, jak uvedl na svých webových stránkách. Podle informací ČTK

se Krajská zdravotní bude proti rozhodnutí úřadu bránit soudně. ÚOHS přitom udělil společnosti pokutu již poněkoličkáte, zpravidla kvůli stejným pochybením. „Zadavatel nedodržel zásadu transparentnosti tím, že ve zprávě o posouzení a hodnocení nabídek nevedl dostatečný popis hodnocení nabídek v rámci dílčích hodnotících kritérií,“ uvedl předseda ÚOHS Petr Rařaj. „Transparentní odůvodnění nabídek uchazečů musí obsahovat vysvětlení, proč byl té které nabídce přidělen konkrétní počet bodů a jak se nabídky v jednotlivých subkritériích hodnocení lišily. U hodnocení nabídek musí být rovněž patrné, která nabídka byla shledána výhodnější a do jaké míry byly ostatní nabídky horší,“ dodal.

• FN u sv. Anny v Brně má nový informační systém pro sledování nákladů

FNUSA pořídila systém včetně hardwarového vybavení za necelých 19 milionů korun a byl spolufinancován Evropským fondem pro regionální rozvoj. Provozní informační systém má za úkol efektivně řídit a sledovat prostřednictvím jednotné evidence všech dat ekonomickou stránku provozu. „V současné době jsou základní procesy správy rozpočtu, řízení nákladovosti, řízení nákladů a financí spravovány v šesti různých systémech. Nový ekonomický a provozní informační systém tedy přináší sjednocení všech těchto agend nemocnice do vzájemně datově propojených aplikací zahrnujících i výstupy pro management.

Nový informační systém je jednotný a komplexní, v maximální možné míře omezi rozptýlenost informací a zruší komunikační můstky, které působí problémy,“ uvedl ředitel FNUSA Martin Pavlík. Odpovědní zaměstnanci nemocnice tak mohou získat data, která poslouží dalšímu strategickému řízení nemocnice. „Projekt je primárně určen pro top management nemocnice, dále pak pro střední management, což jsou skupiny pracovníků odpovědné za chod, tedy i nákladovost a kvalitu péče v nemocnici,“ upřesnila Markéta Geierová z ekonomického úseku. Výstupy bude posuzovat i zřizovatel nemocnice, jímž je ministerstvo zdravotnictví.

• Ve výběrovém řízení na ředitele pražské záchranky je 14 uchazečů

Vybraný uchazeč nastoupí do funkce po odvolaném řediteli Zdeňku Schwarzovi, který končí ve funkci na konci června. Odchod ředitele provází rozporuplné události. Zdeněk Schwarz byl odvolán kvůli svému autoritativnímu vedení záchranné služby a stížnostem zaměstnanců. Zároveň mu ale radní krátce před odvoláním chtěli udělit finanční odměnu, protože audit, který si město nechalo vypracovat, potvrdil dobrý finanční stav organizace. Radní pro zdravotnictví Radek Lacko uvedl na webu města Prahy, že má o funkci ředitele zájem 14 uchazečů (včetně Zdeňka Schwarze). Rozhodnutí, který z nich bude novou hlavou pražské záchranky, padne podle slov radní do konce června. (ISO)

Prozatímní ředitelkou PN v Dobřanech je Jarmila Hráčková

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček jmenoval Jarmilu Hráčkovou, která v nemocnici působila jako primářka, poté, co odvolal bývalého ředitele nemocnice Vladislava Žižku.

Jak ministerstvo zdravotnictví oznámilo, úřad vyhlásí výběrové řízení, ze kterého vzejde nový ředitel. Ve výběrové komisi budou mít zastoupení zaměstnanci dobřanské nemocnice. Ředitel Žižka byl ministrem odvolán poté, co bývalý pacient psychiatrické nemocnice usmrtil po propuštění ze zařízení mladou ženu. Vrah už je za svůj čin stíhán. Propuštění ředitele z funkce vzbudilo velký odpor zaměstnanců nemocnice v Dobřanech. Sepsal prohlášení, ve kterém se razantně vymezují vůči spekulacím, jež obviňují ředitele ze zanedbání povinností.

Dodržování zákona

Zaměstnanci upozorňují na to, že labilní muž, který spáchal vraždu na konci května, byl z nemocnice propuštěn již tři měsíce před činem. „Během hospitalizace byl důkladně vyšetřen zkušenými odborníky s použitím všech dostupných relevantních metod. Zákon neumož-

ňuje nedobrovolně držet pacienta v psychiatrickém zařízení, pokud důvody k tomu pominuly, tedy pokud není pacient nebezpečný sobě nebo okolí, podle nejnovější právní úpravy dokonce bezprostředně. Nemocnice je povinna takového pacienta bezodkladně propustit,“ hájí rozhodnutí svého ředitele zastupkyň zaměstnanců.

Pracovníci nemocnice dále upozorňují, že v podmínkách České republiky nemá soud možnost naříditi léčbu, dokud labilní osoba nespáchá trestný čin. Dochází tedy k tomu, že se pouze čeká, až daný čin spáchá, přestože jím například pravidelně vyhrožuje svému okolí. „Psychiatrická nemocnice Dobřany postupovala striktně podle zákona, který jí jiný postup neumožňoval,“ tvrdí se v prohlášení. Zaměstnanci vidí chybu zejména v nedostatečných právních úpravách, nedostatečné informovanosti veřejnosti a absenci systému kontrol osob s vážnými duševními poruchami. (ISO)

Nanotechnologie jsou revolučním krokem k ochraně proti mikroorganismům

Otázka hygieny ve zdravotnictví a pečovateltví je mimořádně závažná. Zdravotnická zařízení se denně potýkají se škodlivými bakteriemi, viry či plísněmi. V boji proti šíření těchto mikroorganismů mohou nově pomoci také nanotechnologie, které zajišťují aktivní ochranu povrchů a poskytují tak bezpečné prostředí pro klienty i zdravotnický personál.



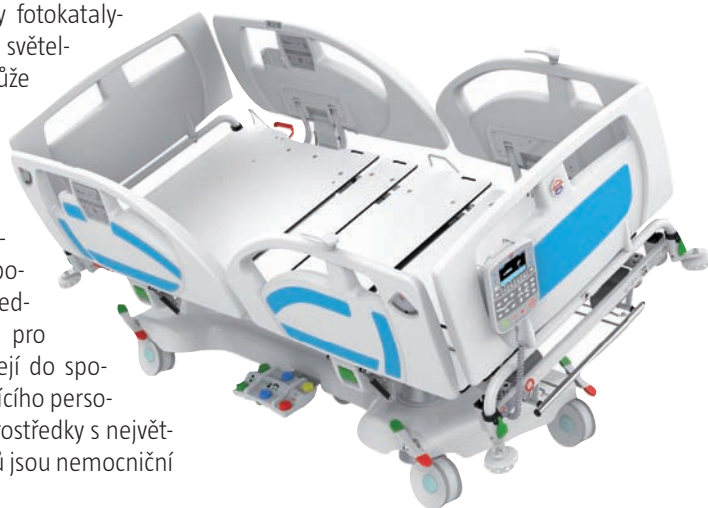
K ošetření rizikových ploch se používá roztok s obsahem nanočástic oxidu titanu (TiO_2). Tento na světlo vysoce reaktivní oxid je znám zejména svými antimikrobiálními účinky. Při působení světla funguje jako fyzikální dezinfekce využívající principu fotokatalytické mineralizace. Aplikované nanočástice při kontaktu s jakýmkoli druhem světelného záření způsobují rozpad buněčných organismů. Na ošetřené ploše a v její těsné blízkosti dochází nepetržitě k reakcím, při nichž dochází k vytváření velkého množství hydroxylových radikálů. Tyto radikály následně vyvolávají oxidaci organických látek, které přijdou do přímého styku s aplikovanou plochou, nebo se nacházejí v její blízkosti. Oxidace organických látek způsobuje rozpad buněčných organismů a jejich postupný rozklad až na základní sloučeniny vody a oxidu uhličitého. Nanočástice tedy efektivně rozkládají veškeré organické látky, jako jsou bakte-

rie, viry, plísně, těžké organické látky, mikročástice prachu a další. V ošetřených prostorech proto dochází k zásadnímu snížení rizika přenosu kontaktních nálezů, nozokomiálních infekcí a masivní ionizaci ovzduší.

Nanooxid titanu se aplikuje pomocí unikátní postřikové technologie, která umožňuje nanášení na jakýkoli druh povrchu, a to s garancí 100% pokrytí. Pro aplikaci se používá suspenze na bázi vody s obsahem nanočástic o rozměrech 2–3 nm, která vytvoří jednotlivý průhledný film. Ihned po aplikaci dochází k odparu nosného média a ke krystalizaci povrchu. Během několika okamžiků tedy vzniká plně funkční vrstva. Na tvrdých površích se vytvoří mikrovrstva s odolností 4H. V případě měkkých povrchů, jako jsou například tkaniny, pokrývá každé vlákno. Pro plné využití kapacity fotokatalytické vrstvy postačí jakýkoli zdroj světelného záření. Ke ztrátě účinku může dojít jedině v případě, kdy bude tato vrstva překryta například přemalováním. Poté je nutno provést aplikaci znovu.

Tato průlomová technologie nachází uplatnění na každodenně používaných zdravotnických prostředcích. Nejdůležitějšími partiemi pro aplikaci jsou části, které přicházejí do společného kontaktu klientů, ošetřujícího personálu a návštěv. Zdravotnickými prostředky s největším výskytem takovýchto kontaktů jsou nemocniční

a pečovatelská lůžka. Nejrizikovějšími částmi jsou postranice a čela, ruční, satelitní a sesterské ovladače a příslušenství lůžek. Prvním výrobcem, který na českém trhu nabízí možnost antimikrobiální ochrany zdravotnických prostředků, je společnost PROMA REHA, která provádí aplikaci nejen na výrobky samotné, ale také na stěny, nábytek apod. Vysoká účinnost nanotechnologie SmartCoat byla potvrzena Zdravotním ústavem a celou řadou nezávislých studií provedených v několika zdravotnických zařízeních. Studie zpracovávají provedená měření kontaminovaných povrchů před a po aplikaci. Výsledky měření po aplikaci jednoznačně prokazují vysoké procento snížení výskytu mikroorganismů, přičemž garantovaná účinnost takovéto aplikace dosahuje minimálně 24 měsíců.



PROMA REHA letos slaví 25 let od založení společnosti

U příležitosti 25. výročí nabízí společnost PROMA REHA

slevu 25%

na novorozenecké postýlky NP-50.

Slevu získáte po předložení

KÓDU: **2015NP0708**

Akce platí po dobu letních prázdnin,
tedy od 1. července do 31. srpna 2015.

Pro objednání kontaktujte obchodní oddělení:
nabidky@promareha.cz, +420 775 776 040



Novorozenecká postýlka NP-50 je ideálním řešením pro zajištění nejbližšího kontaktu mezi matkou a dítětem po narození. Konstrukce postýlky nabízí širokou škálu polohování včetně výškového nastavení. Matka tak může o své maličké pečovat přímo z lůžka.

ZE ZAHRANIČÍ

Slovenské sestry opět upozorňují na rozdíly v ohodnocení

Slovenské sestry dlouhodobě upozorňují na podstatné rozdíly v platových podmínkách mezi státním a městským zdravotnickým sektorem. Zatímco ve státním zařízení si může sestra vydělat až 1000 eur čistého měsíčně, v menší městské nemocnici to nemusí být ani 500 eur.

Prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSPA) Iveta Lazorová deníku Pravda potvrdila, že organizace se situací dlouhodobě zabývá. „Všechny vykonávame stejnou práci, proto bychom měly být hodnoceny podle stejných pravidel,“ uvedla Iveta Lazorová. Podle Pravdy se k problému finančního ohodnocování vyjádřil i slovenský premiér Robert Fico. „Budeme muset zapracovat na statuatu ‚veřejné zdravotní sestry‘, který by měl snížit současné velké rozdíly v jejich platovém ohodnocení,“ prohlásil slo-

venský předseda vlády. Na otázku deníku Pravda, co status veřejné zdravotní sestry znamená, však již neodpověděl.

Podle prezidentky SKSPA dosahují průměrné platy sester v nestátních zdravotnických zařízeních 450 eur, ve státních pak i více než 1000 eur. Jak ale Iveta Lazorová podotýká, vyšší mzdy zde sestry mají i kvůli přesčasům.

Nejasný status

„Jsme rády, že o tom pan premiér konečně začal mluvit, protože už tři roky se snažíme vysvětlit nejen vládě a dalším politikům, ale

i veřejnosti, že sestry pracují ve veřejném zájmu bez ohledu na to, zda jde o nemocnici, ambulanci, zařízení sociálních služeb nebo školské zařízení, a bez ohledu na zřizovatele,“ reagovala pro deník Iveta Lazorová a dodala, že slovenské ministerstvo zdravotnictví již tři roky slibuje přípravu nového zákona, který by obsahoval pravidla pro mzdy všech zdravotnických pracovníků.

Ani ředitel kanceláře SKSPA Milan Laurinc nedokázal na dotaz deníku Pravda definovat, co by se podle něho mohlo skrývat pod označením „status veřejné zdravotní sestry“. „S nicím takovým jsem se nikdy nesetkal, ani v zahraničí neexistuje veřejná a neveřejná sestra,“ reagoval Milan Laurinc s tím, že by označení mohlo podle jeho soukromého odhadu odkazovat na plán ministerstva zdravotnictví zavést na Slovensku centra integrované zdravotní péče. Tuto domněnku však deníku ministerstvo nepotvrdilo.

Hra o čas

Na dotaz Pravdy o připravovaném zákoně o platech pak mluvčí resortu zdravotnictví Zuzana Čižmáriková uvedla: „Zastáváme stejný názor jako pan premiér, tedy že všude tam, kde má dosah stát, by měly být i jednotné mzdy. V tomto smyslu je také připraven nový zákon, o němž se sestrami dlouhodobě jednáme.“ Zatím však není jasné, kdy a v jaké podobě by měla legislativa začít platit.

Jak deník Pravda dále upozorňuje, sestry o platech s ministerstvem jednaly naposledy na začátku května – hlavním tématem setkání bylo stanovení výše koeficientů (odvíjející se od průměrné mzdy v národním hospodářství), na jejichž základě by byla garantována minimální základní složka. Podle předsedkyně Odborového združení sestier a pôrodných asistentiek Moniky Kavecké však od tohoto jednání navzdory slibu ministerstvo zástupce sestry nekontaktovalo. Předsedkyně pro deník Pravda uvedla, že jí si-

tuace připomíná úroveň komunikace, která na úřadě probíhala, když v jeho čele stála Zuzana Zvolenská. „Formálně se sice jednání se zástupkyněmi sester vedou, ale je evidentní, že ministerstvo hraje o čas,“ je přesvědčená Monika Kavecká.

Zrušený zákon

Odborová organizace rovněž upozorňuje na závažný nedostatek sestry na Slovensku – zatímco v zemích OECD je průměr 8,8 sestry na 1000 obyvatel, u našich východních sousedů je to jen 5,9 sestry/1000 obyvatel.

Naposledy stanovoval minimální mzdové nároky slovenských sester zákon, který však tamní Ústavní soud prohlásil v roce 2013 za neplatný. Legislativa tehdy zruchovala stejné platové podmínky pro sestry bez ohledu na to, zda pracují pro stát nebo soukromý subjekt. A právě z tohoto důvodu soud rozhodl o zrušení zákona – podle jeho vyjádření by totiž mohl ohrozit majetek zřizovatelů soukromých a nestátních ambulančních. Ministerstvo zdravotnictví podle deníku Pravda tvrdí, že sestry ve státních nemocnicích dostávají i nadále platy podle této neplatné legislativy. Kvůli platovým podmínkám sester ve slovenském zdravotnictví se od zrušení zákona konalo několik protestů, zatím však bez závažnějšího dopadu na změnu situace.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Pákistán zaznamenal po letech významný pokles výskytu dětské obrny

Podle oficiálních údajů pákistánské vlády poklesl letos výskyt dětské obrny v zemi o plných 70 %. Navíc úřady zaznamenaly i úspěchy v regionech s tradičně vysokým počtem militantních obyvatel odmítajících očkování dětí.

Dosud bylo v letošním roce v Pákistánu zaznamenáno 25 případů dětské obrny. Ještě v loňském říjnu přitom tamní úřady ohlásily nejvyšší počet onemocnění za rok za posledních 20 let – evidovaly více než 200 případů (v roce 2001 to bylo 199 nemocných, v roce 1999 pak 558 případů).

Militantní ozbrojenci v cestě

Nejvíce je infekce rozšířena v severozápadní části země, tedy tradičních kmenových regionech ovládaných militantními skupinami, které často stojí za útoky na zdravotníky provádějícími vakcinaci. Lékaři jejich členové obviňují ze špionáže pro západní mocnosti a jsou přesvědčeni, že očkovací látky mají sterilizovat muslimské obyvatelstvo.

Poradkyně pákistánské premiéra pro záležitosti dětské obrny Ayesha Razaová uvedla, že ačkoli trvalo poměrně dlouho, než se kvůli ozbrojencům podařilo proniknout do Severního Vazíristánu, výsledky tohoto úsilí a jeho úspěchy jsou již patrné na snížení počtu případů dětské obrny. Testy na toto onemocnění jsou podle ní ve zmíněném regionu již negativní. Federálně spravovaná kme-

nová území zatím ohlásila 7 případů dětské obrny, Karáči pak jediný.

Pomoc armády

„V obou oblastech nám výrazně pomohla armáda,“ ocenila Ayesha Razaová. „Díky ní a také díky finanční podpoře Spojených arabských Emirátů jsme mohli imunizační program rozšířit i do rizikových oblastí. K obyvatelům Vazíristánu jsme se dostali po více než dvou letech, dokonce se nám podařilo proniknout i do dřívě nepřístupných oblastí v Karáči.“ Úřady navíc potvrdily, že v posledních měsících poklesl i počet útoků na zdravotnické týmy provádějící očkování – řada členů militantních skupin totiž byla zadržena. Lidé žijící v Severním Vazíristánu kvůli několik let trvajícím zázkazu podstoupit vakcinaci v současnosti společně se svými dětmi podstupují opakované očkování.

Zpravodaj BBC v Islámábádu Ilyas Khan uvedl, že podobně jako Pákistán mohou „oslavovat“ i zbývající dvě země s endemickým výskytem dětské obrny – v Nigérii letos ještě nebyl zaznamenán jediný případ onemocnění, v Afghánistánu pak jeden.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Přelomový rozsudek může ovlivnit evropský postoj ke konci života

Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku rozhodl, že 38letý Francouz, který je již 6 let upoután na nemocniční lůžko a přežívá ve vegetativním stavu, má být odpojen od přístrojů.

Vincent Lambert měl v roce 2008 automobilovou havárii, při které u něho došlo k vážnému, nevratnému poškození mozku. Podle lékařů se jeho stav navíc postupně zhoršuje a své okolí nevnímá. O odpojení Vincenta, který si údajně takový život nepřál, od přístrojů bojuje jeho manželka Rachel a šest z mužových osmi sourozenců. Loni se jim podařilo uspět se žádostí u francouzských soudů, proti se ale postavili Vincentovi zbývající sourozenci a rodiče. Ti se obrátili na Evropský soud pro lidská práva, protože jsou přesvědčeni, že jejich syn pouze ochrnutý a jeho stav se může zlepšit.

„Budeme bojovat“

Štrasburský soud se nicméně postavil za rozhodnutí francouzské justice a rozhodl, že zastavení umělé výživy a hydratace pacienta nebude v tomto případě porušením Evrop-

ské úmluvy o ochraně lidských práv. „Necítíme úlevu ani radost, jen jsme rádi, že se naplní manželova vůle,“ uvedla po vnesení rozsudku Rachel Lambertová, podle níž Vincent už před nehodou několikrát tvrdil, že by nikdy nechtěl přežívat jen za pomoci přístrojů.

Rozhodnutí soudu je konečné a nelze se proti němu odvolat, nicméně mužovi rodiče jsou podle jejich právního zástupce odhodlaní za synův život dále bojovat, především zpochybněním lékařského posudku o Vincentově zdravotním stavu z ledna 2014. „Rozhodnutí soudu je skandální. Zůstaneme po Vincentově boku a budeme dále bojovat,“ uvedla jeho matka Viviane.

Právní reference pro Evropu

Francouzský zákon z roku 2005 zakazuje aktivní eutanazii, ale umož-

ňuje za určitých podmínek nechat zemřít člověka, jehož stav je podle lékařů beznadějný. Tuto možnost rozšiřuje a upřesňuje návrh nového zákona, který již schválili poslanci a brzy by jej měli odsouhlasit i senátoři. Vážně nemocní pacienti by například měli mít právo na udržování ve stálém spánku pomocí léků. Prezident François Hollande se loni vyslovil pro přijetí tohoto nového zákona, který má podle něj umožňovat nevléčitelně nemocným „ukončit důstojně svůj život“.

Nejnovější verdikt štrasburského soudu bude nyní zkoumat 46 ostatních členských zemí Rady Evropy. „Může se stát v Evropě skutečnou právní referencí ke konci života,“ domnívá se francouzský právník a specialista na lidská práva Nicolas Hervieu.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Německo: Péče o umírající prioritou

Německá spolková vláda schválila návrh zákona o zkvalitnění paliativní a hospicové péče. Ministr zdravotnictví Herman Gröhe tak splnil svůj slib, že bez ohledu na vzrušené diskuse o eutanazii či asistované sebevraždě se na prvním místě zasadí o zlepšení péče o pacienty ve závažném stavu nebo v poslední fázi života.

Ministrem prosazovaný zákon představuje skutečně podstatnou reformu, která má po celém Německu zajistit dostatečnou síť všech druhů péče a služeb, a to ve vyšší kvalitě. Pacient sám si rozhodne, kde chce trávit své poslední roky, měsíce či dny, a nezávisle na místu jeho pobytu se mu má dostat vše, co individuálně potřebuje. Může si přát stonat doma a pak má mít k dispozici veškerou nezbytnou (mobilní) pomoc, a to včetně zajištění nezávislého poradenství. Může využívat speciální ambulatní služby a stejně kvalitní péče se mu podle ministra dostane také v jakékoli ústavní péči, ať už to bude paliativní stanice v nemocnici nebo v domově důchodců. Zákon totiž přinutí zdravotní pojišťovny hradit stejně kvalitní péči o umírající nejen v oblasti zdravotnictví, ale i v sociálních zařízeních.

Doprovázení vs. napomáhání

Mezi pojišťovnami, nemocnicemi a lékaři budou dodatečně nasmulovány další výkony, včetně zapojení ostatních profesních

pracovníků. Některá bližší pravidla, např. k domácí a specializované ambulatní péči, upřesní ve své směrnicí (pod dohledem ministra) spolkový výbor pojišťoven a lékařů. Hospicová pracoviště získají o 25 % vyšší denní sazbu úhrady (má vzrůst na 255 eur). Pamatuje se nejen na dospělá pacienty, ale i na dětské. Nemocní mohou počítat s tím, že je v těžké fázi života budou na jejich přání doprovázet i lékaři, ačkoli se už z vlastní vůle vzdají některých život prodlužujících či udržujících výkonů. Toto doprovázení však neznamená aktivní napomáhání k uspišení smrti – pacient si sice může vyžádat vyšší dávky bolest tišících prostředků, ale jejich primárním účelem není způsobit smrt (ačkoli nechtěným vedlejším efektem může být zkrácení posledních dnů, na což lékař musí nemocného upozornit).

Tabu jménem eutanazie

Zástupci lékařské komory stále převážně trvají na tom, že chtějí být „průvodci umírajícího, ale nikoli vykonavatelé smrti či pomocníci“ jejího dřívějšího příchodu. Podle nich by se to neslučovalo s profesní etikou. V německém parlamentu byla zatím přerušena rozsáhlá diskuse k návrhu novely trestního zákoníku z pera ministerstva spravedlnosti. Slovo eutanazie zůstává společenským tabu. Záměrem vlády je zakázat organizovanou formu zprostředkování či poskytnutí asistované sebevraždy na výdělečném principu (hrozil by trest odnětí svobody až na tři roky) a naopak vyloučit z trestního postihu příbuzné či osoby blízké umírajícímu pacientovi, pokud jeho sebevraždě nezabrání, respektive v nouzové situaci se na ní budou určitým způsobem spolupodílet. Ze stenožádných ve Spolkovém sněmu vyplývá obtížnost rozhodnutí o těchto i dalších zvažovaných paragrafech. Ministr Gröhe, který chce zejména bránit tomu, aby si některé organizace vydělávaly peníze na uspišení smrti, trvá na tom, že nejprve je nutné zajistit, aby měl každý nemocný pocit, že nezůstává sám, že není vyhoštěn ze společnosti.

Vladimíra Bošková

Švýcarsko čekají volby

Na podzimní volby do švýcarského parlamentu se chystají nejen politické strany, ale také švýcarská lékařská komora (FMH). Ta vyzvala své členy, kteří hodlají kandidovat do některé z parlamentních komor, aby nabídli své příspěvky k prezentaci ve *Schweizerische Ärztezeitung*.

Předložte své zdravotně politické záměry do 15. června, aby byly připraveny ke zveřejnění na zář – vybidla komora lékařů. Nejsířejší o svých plánech do budoucna v tuto chvíli informují tradiční švýcarské politické subjekty, k nimž patří lidovci a sociální demokraté. Jednak poukazují na výsledky své práce v parlamentu v minulosti, jednak konkretizují, jakými prostředky hodlají dosáhnout vytýčených cílů.

Úlevy rodinám

Lidovci (CVP) i nadále slibují vysoce kvalitní zdravotní péči dostupnou všem občanům, a to „za co nejlepší cenu“. K nástrojům ovliv-

ňujícím příznivě zdravotnický systém řadí soutěž, ale i státní regulace. Tato strana poukazuje na to, že se zasadila o zlevnění sazeb pojištění pro chudší rodiny s dětmi, a do budoucna chce zrušit platby pojištění rodinou za děti. Preferuje tzv. integrovanou péči – od praktiků přes specializované výkony až po domácí péči, včetně dostatečné sítě poradenství. Pokud se občané přihlásí do tohoto modelu „regulovaného“ pohybu po zdravotnických službách, měli by získat nižší sazbu pojištění.

Integrovaná péče jako základ

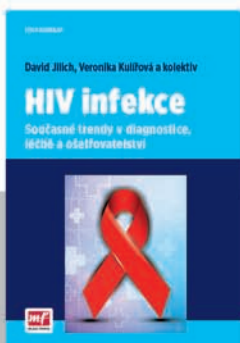
Sociální demokracie (SP) se ve stěžejních bodech shoduje s lidovci. Akcentuje zlepšení péče pro starší a chronicky nemocné pacienty. Integrovanou péči chce zakotvit do zákona jako základní model. Preferuje veřejnoprávní pojišťovny (nyní veřejně pojištění provozují i soukromé neziskové a soukromé komerční společnosti). Svobodní (FDP) zatím pro podzimní volby zveřejnili jiná témata, avšak i ta mohou mít dopad na zdravotnictví, například „měnění státu a více svobody jednotlivce“, flexibilní pracovní doba či mobilní pracovní místa.

(via)



Ilustrační foto: Shutterstock

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získejte knihu

HIV infekce – Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství

Přední čeští odborníci vám po delší době přinášejí komplexní publikaci na téma HIV/AIDS, neboť péče o HIV-pozitivní pacienty se dnes kvůli stále rostoucímu počtu infikovaných netýká jen specializovaných pracovišť, ale čím dál tím více proniká do všech zdravotnických a sociálních zařízení.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mładafřonta@predplatne.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0615**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0615**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. V případě vyčerpání zásob si vydavatel vyhrazuje právo na zaslání náhradního dárku. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky produkuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím 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 poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

FARMABYZNYS

V Česku klesá počet klinických studií

Klinická hodnocení představují zásadní impuls pro vývoj nových léčiv a přináší s sebou také nemalé ekonomické výhody. Přes veškerá pozitiva však v České republice od roku 2006 klesl počet realizovaných klinických hodnocení o 28 %.

Vyplývá to z průzkumu Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) připraveném ve spolupráci s Institutem biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity (IBA).

„Průzkum se zaměřil především na analýzu ekonomických dopadů klinických hodnocení a jejich přínosů pro zdravotnictví. Trend snižování počtu klinických studií bychom se na základě těchto výsledků měli pokusit zastavit. Naopak je potřeba vytvořit funkční systém pro jejich podporu,“ uvedl výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček.

Nové trendy i možnosti léčby

„Jako nelze doufat v přínos rychlovaku bez péče o stav kolejí, nelze doufat v přínos nových léků a léčebných inovací bez kultivace systému klinických hodnocení ve velkých a specializovaných nemocnicích. Cílem je dostat nové léky k pacientům rychle, bezpečně a efektivně,“ upozornil senátor a ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSC. Výsledky průzkumu ukázaly, že Česká republika je na 9. místě v počtu uskutečněných klinických stu-

dií v Evropě za rok 2013. Celkem se na našem území v tomto roce realizovalo 317 studií. Počet klinických hodnocení ovšem od roku 2006 nepřetržitě klesá. „Je to dáno především specifiky a překážkami, které brání jednoduché realizaci. Na odstranění těchto komplikací je třeba pracovat, protože klinické studie představují nezanedbatelný medicínský i ekonomický přínos,“ dodal Mgr. Dvořáček.

Na realizaci studií se přímo podílelo více než 2300 výzkumných pracovníků a zaregistrovalo se celkem 8959 pacientů na 1818 výzkumných

pracovištích. Investice do klinických hodnocení celkově přesáhly 2 miliardy korun. „Pokud odhlédneme od ekonomických hledisek, neměli bychom opomíjet ani významný medicínský přínos klinických hodnocení. Ta umožňují lékařům, aby se vzdělávali a seznamovali s novými trendy. Pacientům pak klinické studie přinášejí možnost podílet se na vývoji nejnovějších léků, které mohou zásadně přispět k léčbě jejich diagnózy v budoucnosti,“ upozorňuje Mgr. Martin Zavadil z Fakultní nemocnice Motol, která se jako řada dalších pracovišť podílí na realizaci klinických hodnocení v České republice.

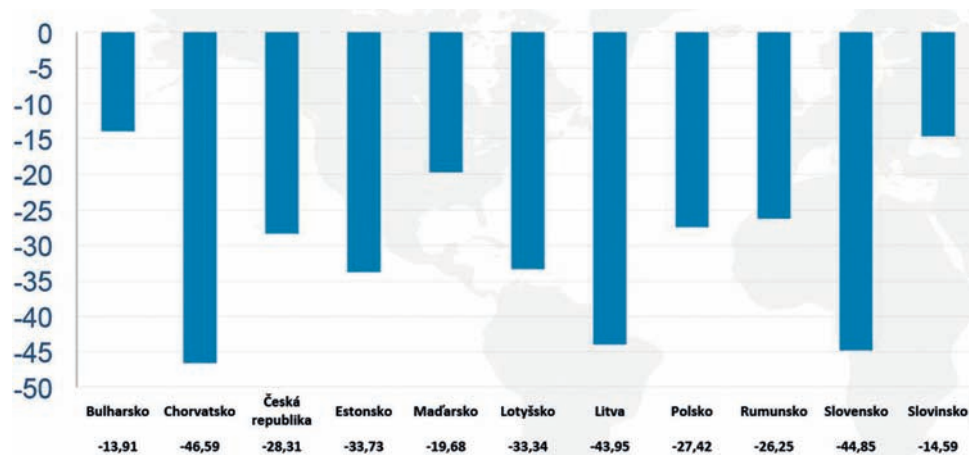
Důvody poklesu

Výzkum se také podrobně zabýval situací v České republice a dů-

vody, které vedou ke klesajícímu počtu klinických hodnocení. Jedním z nich je malá podpora ze strany samotného vedení nemocnic a nejasné podmínky a nastavení zdravotního pojištění. Současně je v českém prostředí nastaven komplikovaný regulační rámec, který často vede k administrativním průtahům brzdícím možnosti realizace klinických studií. „Státní ústav pro kontrolu léčiv je regulačním orgánem a jeho činnosti jsou přísně vázány všemi souvisejícími právními předpisy. I přesto ústav postupuje – a i nadále bude postupovat – tak, aby byl proces schvalování klinických hodnocení co nejefektivnější a aby mohl podpořit oblast klinických hodnocení v České republice. Věřím, že i přes rozdílnost pozic, jaké zaujímá ústav a regulované subjekty, jsme a i nadále zůstaneme dobrým partnerem,“ uzavřela Irena Storožová ze Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

(Zdroj: AIFP)

(red)



Pokles v počtu nové registrovaných klinických studií v regionu střední a východní Evropy; srovnání let 2006 a 2012

Klinické studie v ČR

- Po růstu v letech 2012 a 2013 došlo v roce 2014 k poklesu počtu nových klinických studií registrovaných SÚKL.
- Podle dat SÚKL je většina klinických studií fáze III (56 %) a fáze II (26 %), procento studií fáze I je hluboce pod evropským průměrem (5 %).
- Nejčastěji byly registrovány nové klinické studie v roce 2013 v oblasti onkologie (83), následovány revmatologií (41), alergologií (30) a neurologií (29).
- Správní poplatky za posuzování klinického hodnocení činily v roce 2013 odhadem celkově cca 50 milionů Kč (kalkulace IBA).

Krátce z (farma)byznysu

• **Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)** začal prošetřovat upozornění amerického Úřadu pro kontrolu léčiv a potravin (FDA) adresované české farmaceutické firmě **VUAB Pharma**, jejíž léky mají být údajně kontaminované klostridii. Podle zjištění SÚKL tomu nyní ale nic nenasvědčuje. „U dvou léčivých přípravků s obsahem léčivé látky nystatin vyrobené uvedenou společností SÚKL dosud nezaznamenal žádné potíže ve smyslu závad v jakosti ani zvýšené hlášení v oblasti nežádoucích účinků,“ uvedla mluvčí ústavu Lucie Šustková. Společnost VUAB Pharma tvrdí, že celá záležitost je nedorozumění a kvalita jejího nystatinu je prvotřídní. Výsledky aktuálního kontrolního měření firmy potvrzují, že jednotlivé parametry odpovídají normám, ba dokonce jsou řádově nižší, než jsou závazné mezinárodní limity, uvedla společnost. Podle dopisu, který FDA zaslal firmě

koncem května, pronikly bakterie *Clostridium sphenoides* a další mikrobiální znečištění do aktivních složek léků pravděpodobně při výrobě. Mikroby údajně obsahovala látka nystatin, která se používá proti kvasinkám a plísním, a nedostatky měli odhalit inspektoři FDA.

• **Chemicko-farmaceutická společnost Farmak** loni podle auditovaných výsledků zvýšila tržby o třetinu – z 344 milionů korun v roce 2013 na 460 milionů korun. Čistý zisk olo moucké firmy ale klesl na 13,7 milionu korun z 25,3 milionu korun v roce 2013. Společnost Farmak loni zvýšila provozní zisk z 3,5 milionu v roce 2013 na bezmála 60 milionů korun. Její čistý zisk ale nakonec snížily náklady z přečtenování cenných papírů a derivátů. Farmak loni zvýšil tržby hlavně díky exportu. Zatímco v roce 2013 firma do zahraničí vyvezla výrob-

ky v hodnotě 286 milionů korun, loni její vývoz vzrostl na 386 milionů korun. Vyšší tržby Farmak vykázal i v tuzemsku, kde utržil 57 milionů korun. V roce 2013 připadly na Česko tržby 42 milionů korun.

• **Americká farmaceutická společnost MSD** utratí v Česku během tří let do roku 2016 za provoz svého nového vývojového centra 60 milionů dolarů (1,5 miliardy korun). Z toho 80 % tvoří náklady na pracovníky a pětinu pronájem a design budovy Riverview a provozní náklady. Uvedli to zástupci MSD. Nově otevřené globální inovativní IT centrum v Praze celkově zaměstná více než 500 vysoce kvalifikovaných IT specialistů, ekonomů, biologů a lékařů.

• **Irsko-americká farmaceutická společnost Endo International** koupí od soukromého investičního fondu TPG

Capital za více než 8 miliard dolarů výrobcu léků **Par Pharmaceutical Holdings**. Sloučená firma bude patřit mezi pět největších prodejců generických léků v USA. Dohodu ještě musejí schválit antimonopolní úřady a měla by být dokončena v druhé polovině roku. Endo nabídla za Par 18 milionů svých akcií a 6,5 miliardy dolarů v hotovosti. TPG Capital koupila Par Pharmaceutical v roce 2012 za 1,9 miliardy dolarů. Kromě generických léků vyrábí Par i vlastní značkové léky v divizi Strativa Pharmaceuticals.

• **Po snížení daně z přidané hodnoty (DPH)** se za léky v prvním čtvrtletí proti loňskému poslednímu kvartálu vydalo ze zdravotního pojištění o 670 milionů korun méně. Pacienti mohli ušetřit téměř 100 milionů korun. Zjistila to analýza Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). DPH na

léky do loňska činila 15 %. Od letošního roku sazba klesla na 10 %. Analýza se zaměřila na přípravky, které se úplně či částečně hradí ze zdravotního pojištění. Srovnávala situaci v letošním prvním čtvrtletí a loňském posledním kvartálu. Sledováno bylo celkem 84 % pořizovaných léčiv. Podle ředitele SÚKL Zdeňka Blahuty u 88 % z nich ceny buď poklesly, nebo se zvýšily maximálně o procento. Pokud by zdravotní pojišťovny letos v prvních třech měsících proplácely stejné množství léčiv jako loni od října do konce roku, vydaly by o 670 milionů korun méně. „Kdyby se předepisoval srovnatelný objem přípravků, v meziročním srovnání za celý rok by se jednalo o úspory 2 až 3 miliardy. Nejedná se o úspory jako takové, ale o vytvoření volných financí, které se mohou přesunout do náročné léčby,“ uvedl ředitel Blahuta.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Le Roi est mort, **vive le Roi!**

Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., se narodil 30. června 1930 v Horažďovicích. V roce 2001 byl jmenován čestným občanem tohoto města. Od roku 1990 do letošního ledna stál v čele České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Dnes zastává funkci čestného předsedy této společnosti a člena předsednictva.

Společnost jste vedl po celé čtvrtstoletí. To je dost dlouhá doba...

Ano, byla to dlouhá doba, ale plná radostné a smysluplné práce. Do funkce jsem byl vždy po čtyřletém období zvolen v tajných volbách. V letošních lednových volbách jsem na další čtyřleté období již rezignoval. Do funkce jsem byl vždy jmenován s vědomím, že společnost dnes představuje největší odbornou medicínskou organizaci, která v odborných kruzích získala prestiž doma i v zahraničí.

Jaká je vlastně historie ČLS JEP?

ČLS vychází z tradic spolků lékařů a odborných lékařských společností. Její počátky jsou spojeny se jménem našeho geniálního badatele, lékaře a humanisty Jana Evangelisty Purkyně. Právě Purkyně již v 60. letech 19. století inicioval založení Českého lékařského spolku, který se postupně zformoval do podoby dnešní ČLS JEP. Cílem zakladatele, jehož jméno společnost trvale nese ve svém názvu, i jeho spolupracovníků byl nejen rozvoj a šíření poznatků lékařských věd a příbuzných oborů, ale také jejich praktické využívání v péči o zdraví občanů. Tyto základní cíle zůstávají i dnes hlavním posláním společnosti.

Byl to právě Purkyně a jeho spolupracovníci, jimž se podařilo dosáhnout toho, že 26. června 1862 císař František Josef potvrdil založení Spolku českých lékařů. Spolek se sídlem v Praze budoval odbočky v jiných městech, čímž se dařilo stimulovat lékaře ke sledování pokroku v medicíně. K vyšší informovanosti jistě přispíval i spolkový časopis lékařů českých, jehož první číslo vyšlo 15. ledna 1862. Od druhé poloviny 90. let 19. století vznikaly další české vědecké společnosti (Společnost pro veřejné zdravotnictví, Spolek zubních lékařů, Spolek českých lázeňských lékařů). Po roce 1918 se počet odborných společností zvětšoval. První vznikla Purkyňova společnost pro výzkum duše a nervstva, v roce 1920 byla založena Česká společnost chirurgicko-gynekologická a následovaly další. Valná hromada 30. června 1949 v Lékařském domě v Praze schválila stanovy Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně,

kteřá zahrnula jednotlivé odborné společnosti a spolky lékařů. Předsedou byl zvolen prof. Ladislav Borovanský, místopředsedou pro Prahu prof. Josef Pelnář. V květnu 1969 se pak konal ustavující sjezd samostatné České lékařské společnosti. O historii ČLS JEP, odborných společností a Spolku lékařů jsme s profesorem Bohumilem Ticháčkem vydali ve dvou vydáních publikaci pod názvem Storočenka - Historie ČLS JEP.

Co je hlavním posláním této společnosti?

Česká lékařská společnost je právní osobou a podle definice je dobrovolným sdružením lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a v příbuzných oborech. Je reprezentantem odborné lékařské činnosti v České republice. Ústředním úředním sídlem je Lékařský dům v Praze 2, Sokolská 31, kde jsou kanceláře. Sedí zde vedoucí sekretariátu, sekretářky oddělení, právník, je zde evidence a účetnictví, jsou tu jednací místnosti a velký sál. Společnost úzce spolupracuje s kongresovou kancelář AMCA a podle potřeby i s dalšími organizacemi. V rámci sekretariátu byla založena i regionální kancelář Světové lékařské asociace (WMA). Odborné společnosti ČLS J. E. Purkyně a její vedení jsou největšími organizátory přednášek v rámci postgraduálního vzdělávání a úzce spolupracují s českými lékařskými fakultami, Ministerstvem zdravotnictví ČR, Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, profesními komorami a dalšími organizacemi. Společnost každoročně pořádala jeden až dva vlastní kongresy, organizované pověřenými odbornými společnostmi. Společnost uděluje záštitu různým odborným akcím, spolupracuje s poslaneckou sněmovnou parlamentu, s Asociací inovativního farmaceutického průmyslu, vydává tradičně 24 titulů, většinou ve spolupráci s Mladou frontou. Jsme členy vědecké rady Ministerstva zdravotnictví ČR. Společnost J. E. Purkyně má rovněž úzké styky s evropskými i světovými zdravotnickými organizacemi. Nejvýznamnější z nich jsou Světová lékařská asociace, Union Européenne des Médecins



Foto: archiv ČLS J. E. Purkyně

Spécialistes (UEMS), Rada pro mezinárodní organizaci lékařských věd při WHO (Council for International Organization of Medical Science, CIOMS), kde jsme členy výboru, stejně jako v Europäische Arbeitsgemeinschaft der Niedergelassenen Ärzte (EANA) a Lékařského fóra pro střední a východní Evropu.

Kolik má ČLS JEP dnes členů?

Aktuálně má 118 odborných společností, 38 spolků lékařů a zhruba 37 500 členů. A protože mnozí členové jsou sdružení zároveň v několika společnostech, celkový počet členství je zhruba 86 tisíc.

Jste členem mnoha českých i zahraničních společností. Jakých?

Jsem členem zahraničních endokrinologických společností, vědeckých rad, dále členem redakčních rad domácích i zahraničních časopisů. V roce 2005 jsem se stal také členem Učené společnosti České republiky. Z významných lékařských společností jsou to česká, ruská a francouzská akademie a britská Royal Society of Medicine. Členství v Académie Nationale de Médecine pro mne představuje poctu, které si nesmírně vážím. V roce 1968 a 1969, tedy v době dočasné liberalizace, jsem pracoval na endokrinologické klinice u profesora

Klotze v nemocnici Beaujon v Paříži. Tam jsem se seznámil s řadou významných osobností a opakovaně jsem přednášel o výsledcích naší výzkumné práce, mimo jiné u prof. Guineta v Lyonu a prof. Mironouze v Montpellier. Ti mne pak navrhli do akademie jako zahraničního korespondujícího člena. V roce 1992, když se uvolnilo místo, jsem pak byl v tajném hlasování zvolen do sekce interní medicíny. Počet členů jednotlivých sekcí je zde pevně stanoven a nový stálý člen může být zvolen jen tehdy, zemře-li někdo z dosavadních členů. Prezident akademie mi pak v historických dokumentech ukázal, že mým českým předchůdcem byl J. E. Purkyně.

Během té doby se vám dostalo řady vyznamenání a poct...

V roce 2001 jsem z rukou prezidenta Havla převzal státní vyznamenání Za zásluhy I. stupně. V červenci 2002 mě prezident Francie Jacques Chirac jmenoval Rytířem Čestné legie. Vyznamenání mi předal velvyslanec Francie Philippe Coste u příležitosti francouzského státního svátku. V červnu 2008 jsem pak převzal z rukou velvyslance Francie J. E. Ch. Friese diplom francouzského prezidenta Nicolase Sarkozyho a insignie u příležitosti povýšení na důstojníka Čestné legie.

Řád Rytíře Čestné legie, nejvyšší francouzské vyznamenání, byl založen Napoleonem v roce 1802 a uděluje se vojenským osobám za hrdinské činy a civilním osobám za mimořádné zásluhy. Následně jsem se stal i předsedou České sekce nositelů Řádu Čestné legie a Řádu Za zásluhy v České republice. K udělení vyznamenání Čestnou legií přispěly moje angažovanost ve francouzské akademii, ve Světové lékařské asociaci a mnohostranná spolupráce s medicínskými a kulturními organizacemi ve Francii i založení Společnosti frankofonních lékařů v rámci ČLS JEP. V dubnu 2008 jsem byl prezidentem České lékařské komory pasován v pořadí na 15. Rytíře českého lékařského stavu.

V letech 1999 až 2001 jste byl prezidentem Světové lékařské asociace. Co to pro naši medicínu znamenalo?

Prezidentem (v pořadí 51.) Světové lékařské asociace jsem byl v tajném hlasování zvolen v říjnu 1998 v Ottawě na funkční období 1999–2001. WMA sdružuje miliony lékařů z celého světa a má dnes zastoupení ve více než 100 zemích. Na rozdíl od Světové zdravotnické organizace (WHO) se jedná o nevládní organizaci. ČLSJ. E. Purkyně byla do WMA přijata v roce 1990 na valném shromáždění v Kalifornii. Od té doby jsem postupně pracoval v různých funkcích ve výboru a podařilo se mi přispět k ustavení regionálních zastoupení WMA. Z předsednické funkce vyplývá řada povinností. Prezident se aktivně účastní i složitých jednání, která se týkají nejruznějších zdravotnických problémů ve světě. Důležitá jednání často vyžadují spolupráci s WHO, Mezinárodním červeným křížem nebo s nejrůznějšími humanitárními organizacemi, například s Lékaři bez hranic. Mohl jsem proto cestovat po různých zemích světa, někdy ne příliš bezpečných.

Co považujete za dobu výkonu funkce předsedy ČLS JEP za svůj největší osobní úspěch?

Veškeré úspěchy jsou vždy dílem týmovým. ČLS JEP má své předsednictvo a sekretariát, a kdykoli je třeba, je ve styku s představiteli našich organizačních složek. Týmová práce přináší své plody doma i v zahraničí. ČLS JEP je dnes uznávanou prestižní odbornou organizací, jejíž význam během let postupně stále rostl, zejména po vstupu České republiky do Evropské unie. Důkazem úspěšné práce je i stále se zvyšující počet našich členů i odborných společností a jejich dobré jméno. **Markéta Mlýšová**

ZE SPOLEČNOSTI

Slavnostní vyhlášení výsledků vědecké konference

Koncem května proběhlo v akademickém klubu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy slavnostní vyhlášení výsledků 16. ročníku Studentské vědecké konference 1. LF UK v Praze.

Bylo rozdáno celkem 12 ocenění ve čtyřech kategoriích a dvě mimořádná ocenění. Cena časopisu Zdravotnictví a medicína

byla udělena studentce 1. ročníku postgraduálního studia, oboru adiktologie, Martině Školníkové za práci „Riziko vzniku

a rozvoje závislosti na návykových látkách u dospělých klientů s ADHD“.

(eta)



Šéfredaktorka časopisu Zdravotnictví a medicína Markéta Mikšová předává cenu prof. PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D., který byl školitelem autorky oceněné práce. | Foto: 1. LF UK

Doktorfest léčí hudbou

Již třetí ročník Doktorfestu, multižánrového festivalu lékařů a lékařek, kteří se vedle své profese věnují i umělecké činnosti, zahájila jeho ředitelka Vladana Rýdlová tradičně v Písecké bráně nedaleko Pražského hradu.

„Mezi mé přátele patří řada lékařů s uměleckou duší, mnozí z nich se ve volném čase věnují hudbě a dalším uměleckým oborům a dosahují vynikajících výsledků. Myšlenka na to, jak jejich umění zviditelnit, vznikala nad dobrým vínem. Nyní je jasné, že se z festivalu stává tradice, a budeme připravovat i další ročník,“ uvedla Vladana Rýdlová. Festival zahájil klavírním recitálem v duchu jazzové improvizace, ragtime a svižného swingu MUDr. Jiří Gílík, který se zabývá diagnostikou a léčbou srdečních onemocnění u dětských pacientů a zároveň je uměleckým vedoucím orchestru



Sestry Havelkovy, pianistou, hráčem na akordeon, bluesovým zpěvákem a odborníkem na autentickou interpretaci historického jazzu. Součástí festivalu byla také vernisáž obrazů radioložky MUDr. Evy

Vaculíkové, která pracuje na pražské Poliklinice Modřany. Je členkou Výtvarné skupiny lékařů a malování věnuje již více než 35 let; vystavené obrazy ale pocházejí z posledních dvou let, kdy lékařka dochází do výtvarného ateliéru prof. Jandy. V rámci Doktorfestu 2015 opět proběhla soutěžní přehlídka lékařských kapel nejrůznějších žánrů. Odborná porota v čele s hudebním publicistou Petrem Korálem to s výběrem nejlepších neměla lehké. Prvním místem nakonec ocenila Keltý inspirovaný Dick O'Brass v čele s mladým neurologem Jiřím Nedělkou.

(klu)



Foto: 3x, Jakub Josechím



Dárek pro „nejmladší odběratele tepla“ v Plzni

Firma Plzeňská teplárenská darovala milion korun na nákup vyhříváných lůžek pro novorozence na neonatologickém oddělení ve FN Plzeň.

Neonatologické oddělení je umístěno v moderních prostorách ložotínského areálu FN Plzeň. Lůžkový fond tohoto pracoviště pro novorozence je 91 postýlek, pro společný pobyt dítěte a maminky je k dispozici 19 lůžek. Životnost vyhříváného lůžka je 10 let a odhadovaná cena jednoho lůžka je asi 200 tisíc korun. Finanční prostředky Fakultní nemocnici Plzeň poskytuje Plzeňská tepláren-



Foto: FN Plzeň

ská jako 100% městská společnost dlouhodobě. „Jsme moc rádi, že svým letošním darem podpoříme nejmenší pacienty na neonatologickém oddělení, kteří se tak stanou prostřednictvím vyhříváných lůžek, nejmladšími odběrateli tepla“ od naší společnosti,“ dodává s úsměvem generální ředitel Plzeňské teplárenské Tomáš Drápela.

(red)

Kongresoví velvyslanci obdrželi prestižní ocenění

Již po šesté udělilo Prague Convention Bureau ceny kongresovým ambasadorům. Mezi oceněnými bylo i tentokrát několik českých lékařů.

V pražském paláci Žofín se uskutečnilo setkání Ambassador Awards Evening. Během tohoto slavnostního večera udělilo Prague Convention Bureau ceny kongresovým velvyslancům, kteří se v uplynulém roce nejvíce zasloužili o rozvoj kongresového průmyslu v Praze tím, že reprezentovali Českou republiku v mezinárodních oborových asociacích a úspěšně lobbvali ve prospěch Prahy jako vhodné destinace pro pořádání mezinárodních kongresů. Záštitu nad touto prestižní akcí převzaly ministryně pro místní rozvoj Karla Šlechtová a primátorka hlavního města Prahy Adriana Krnáčová. Ocenění kongresového centra Pra-

ha obdržel přednosta Neurochirurgické kliniky 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice v Praze prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc., za 15. kongres Evropské společnosti pro neurochirurgii. V kategorii Kandidatura roku 2014 byl oceněn doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., za Evropskou konferenci všeobecných a praktických lékařů (WONCA) v roce 2017. Cenu za celoživotní přínos kongresovému průmyslu obdrželi přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie UK 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., a přednosta Kliniky hepatogastroenterologie IKEM v Praze prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

(red)



Zprava: prezident Prague Convention Bureau Sanjiv Suri, primátorka hl. města Prahy Adriana Krnáčová, prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., prof. MUDr. Julius Špičák, CSc., a ministryně pro místní rozvoj Karla Šlechtová. | Foto: Crest Communications

Monitory dechu pro olomouckou neonatologii

Zástupci Nadace Křižovatka předali celkem 20 monitorů dechu v hodnotě bezmála 50 tisíc korun novorozeneckému oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. Přístroje převzal primář oddělení

MUDr. Lumír Kantor, Ph.D. Monitor přivolá personál oddělení, když se dech novorozence zastaví nebo zpomalí natolik, že by dítě ohrozil na životě.

(red)

Svět medicíny o muzejní noci

Nechat se vtáhnout do světa anatomie, nahlédnout pod pokličku stomatologie v běhu času nebo podívat se, kudy dábel protáhl doktora Fausta rovnou do pekla, mohli návštěvníci letošní Pražské muzejní noci.



Návštěvníci Anatomického muzea naslouchají výkladu přednosta Anatomického ústavu prof. Karla Svačiny. | Foto: archiv 1. LF UK

1. LF UK se letos připojila k oblíbené a již tradiční akci a v sobotu 13. června od sedmi hodin večer do půlnoci pro veřejnost otevřela Anatomické muzeum v budově Anatomického ústavu 1. LF UK a Stomatologické muzeum v budově děkanátu 1. LF UK. Připraveny zde byly prohlídky s odborným výkladem a doprovodný program. Otevřený byl i Akademický klub 1. LF UK ve Faustově domě na Karlově náměstí. Tam si zájemci prohlédli výstavu o historii Faustova domu,


viděli film Faustův dům a poslechli si kapelu Z Hecu.

1. LF UK připravila také doprovodný program. Studenti medicíny nabízeli na nádvoří Anatomického ústavu kurzy první pomoci a ukázky prevence rakoviny prsu, návštěvníci Stomatologického muzea si mohli vyzkoušet jak si správně čistit zuby. V přízemí děkanátu se ve fotokoutku mohli návštěvníci nechat na památku vyfotografovat v lékařském plášti a s fonendoskopem či tlakoměrem v ruce. 

Společně o hemofilii

Hemofilie je pro laickou veřejnost nemoc záhadná, protože je vzácná, a ani většina zdravotníků se s ní v praxi nesetká dnes a denně. Jak se vám žije, když jste dítě a tuto nemoc máte, ukazuje putovní fotografická výstava.

Letošní Světový den hemofilie si kladl za cíl vytvořit až rodinnou podporu hemofiliků ze stra-

ny veřejnosti a zjednodušit tak život s tímto onemocněním. Češi mají možnost poznat příběhy 11 dětských hemofiliků na putovní fotografické výstavě „Společně o hemofilii“. Velmi emocionální fotky doplňují krátká povídání o tom, kdo děti na nich jsou, jak se vlastně mají a jak s nemocí žijí. Jsou to opravdu silné příběhy. Od 1. do 30. června je výstava umístěna v prostoru Creative World v Praze na Zličíně. Od 2. července do 31. srpna pak výstava zavítá do Brna, kde bude instalována v OC LETMO Brno. Autorem originálních fotografií je fotograf Radovan Šťastný. Fotografická výstava vznikla za podpory společnosti Bayer, občanského sdružení Hemojunior a Českého svazu hemofiliků. 



Dětský den pod Petřínem


V zahradě Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze patřilo odpoledne první červnové soboty dětem. Bavily se báječně a dospělí s nimi.

I přes téměř tropické počasí dorazilo na 170 dětí různých věkových kategorií. Potěšila je spousta her a ještě víc hasiči Záchraného sboru hlavního města Prahy, kteří dětem předvedli svoji techniku a v letním vedru je osvěžili jemnou spráskou z cisterny. Dobrovolní hasiči Prahy 1 zase dětem ukázali jak přesně mířit při hašení požáru, tentokrát ovšem byly cílem barevné kuželky. U stanu Českého červeného kříže si děti mohly vyzkoušet provádění první pomoci i jak správně vyčistit chrup nejen plyšového klokanovi.

Městská policie hlavního města Prahy přivezla policejní motorku,



Dětský den zahájil oblíbený klaun a S. M. Angelika. | Foto: Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

segwaye, oblíbené autíčka, skákačací hračky a trojkolku „bombardier“. Velký respekt a obdiv měla dvojice jízdních policistů, kteří na koních přijeli přímo ze služby. V obležení bylo samozřejmě malování a tetování na obličej, lezení po laně a loutkové divadlo. Všem moc chutnalo báječné občerstvení připravené přímo stravovacími zařízeními nemocnice. Domácí koláč, čerstvé chlebičky i studená limonáda šly na dračku. Policejní koně pod stromy chroupali mrkvičku a jablka a podle všeho byli stejně spokojeni jako všichni ostatní, kteří ten den na zahradu přišli. 

Support Lesbiens podpořili registr dárců krvetvorných buněk

Kapela Support Lesbiens se rozhodla vstoupit do Českého registru dárců krvetvorných buněk IKEM.

Vedle k tomu i jejich vlastní příběh – smrt maminky frontmana Czendy Urbánka na poruchu krvetvorby. Kromě toho kapela zasvětila dárcovství i podzimní turné a při vstupu členů do registru představila novou, speciální singl „Skoficová“, na kterém se podílela i Iva Pazderková. Píseň kapela oficiálně věnovala registru a výtěžek z prodeje poputuje na financování testování nových dárců. Singl je dostupný na stránkách Supraphonline: <http://www.supraphonline.cz/album/102156-skoricova> (red)



Iva Pazderková a Support Lesbiens | Foto: IKEM


Pokřtěna nová kniha pro diferenciální diagnostiku

Slavnostního uvedení ke čtenářům se dostalo knize „Chorobné znaky a příznaky – Diferenciální diagnostika“. Křest proběhl 9. června v Akademickém klubu 1. LF UK v Praze.

Vedoucími autorského kolektivu obsáhlé publikace jsou profesor Aleš Žák a primář Karel Lu-

káš z IV. interní kliniky – Kliniky gastroenterologie a hepatologie VFN v Praze a 1. LF UK. Kniha na-

vazuje na předchozí úspěšné knihy Chorobné znaky a příznaky 1 a 2, které – jak připomněl MUDr. Miroslav Lomíček, šéfredaktor medicínské redakce nakladatelství Grada, kde vyšly – získaly četná odborná ocenění a obdobně známe jen ze zahraničí. Bývají to velmi oblíbené „symptoms and signs“ různé jazykové i teritoriální provenience.

Kmotry knihy, která má reálnou šanci zařadit se mezi kandidáty na bestseller pro internisty, praktiky, neurologu a v neposlední řadě i mediky, byla také ředitelka VFN Mgr. Dana Jurásková a děkan 1. LF UK profesor Aleš Šedo. 



Zleva: MUDr. Karel Lukáš, CSc., prof. MUDr. Aleš Šedo, DrSc., Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA, prof. MUDr. Aleš Žák, DrSc. | Foto: 1. LF UK

PRÁVNÍ PORADNA

Poškození profesní pověsti v tisku

V časopisu se objevil inzerát, v jehož textu bylo moje jméno použito bez mého vědomí závadějším způsobem na podporu prodeje výrobku, o jehož prospěšnosti pro zdraví nejsem přesvědčen. Výrok, který jsem skutečně vyslovil a který současným poznatkům lékařské vědy odpovídá, byl uveden v uvozovkách jako přímá řeč. To je v pořádku. Následující text už v uvozovkách nebyl, nicméně celek vytvářel dojem spojení s mou odbornou autoritou. Tvzení v tomto následujícím textu však jsou v přímém rozporu s mými stanovisky, opakovaně publikovanými v odborném tisku. Tím podle mého názoru došlo k poškození mého dobrého jména a profesní pověsti. Jak se mohou bránit?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

a svobodu člověka i jeho přirozené právo brát se o vlastní štěstí a štěstí své rodiny nebo blízkých lidí takovým způsobem, jenž bezdůvodně nezpůsobí újmu druhým. Soukromé právo spočívá zejména na zásadě, že každý má právo

na ochranu svého života a zdraví, jakož i svobody, cti, důstojnosti a soukromí. Nový občanský zákoník dále stanovuje, že každý je povinen jednat v právním styku poctivě.

Je chráněna osobnost člověka, přičemž ochrany požívají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a projevy osobní povahy.

Člověk, jehož osobnost byla dotčena, má právo domáhat se, aby bylo od neoprávněného zásahu upuštěno nebo aby byl odstraněn jeho následek. Ve Vámi zmiňovaném případě je patrné, že bylo velmi pravděpodobně zasaženo do Vašich osobnostních práv, zejména práva na čest.

Obrana i podle tiskového zákona

Pokud jde o právní možnosti, jak se tomuto zásahu do Vašich osobnostních práv bránit, pak se můžete domáhat u soudu, aby bylo od tohoto neoprávněného zásahu upuštěno, případně aby byl odstraněn jeho následek.

Současně můžete uplatňovat svá práva na ochranu osobnosti, která Vám zakládá tiskový zákon. Ten stanovuje, že jestliže bylo v periodickém tisku uveřejněno sdělení obsahující skutkové tvrzení, které se dotýká cti, důstojnosti nebo soukromí určité fyzické osoby anebo jména nebo dobré pověsti určité právnické osoby, má tato osoba právo požadovat na vydavateli uveřejnění odpovědi. Vydavatel je přitom povinen na žádost této osoby odpověď uveřejnit.

V případě, že žádosti o odpověď vydavatel periodického tisku dobrovolně nevyhoví, je možné se nároku domáhat soudní cestou. Tiskový zákon však stanovuje poměrně krátkou lhůtu (15 dnů) pro uplatnění těchto práv. V krajním případě, v rovině trest-



ilustrační foto: Shutterstock

něprávní, by pak bylo možné dát podnět orgánům činným v trestním řízení, aby posoudily, zda ve Vámi uváděném případě nedošlo k poškození Vašich práv (poškození cizích práv se dopustí ten, kdo jinému způsobí vážnou újmu na právech tím, že uvede někoho v omyl), popřípadě zda se vydava-

tel tiskoviny nedopustil pomluvy; té se dopustí ten, kdo o jiném sdělí nepravdivý údaj, který je způsobivý značnou měrou ohrozit jeho vážnost u spoluobčanů, zejména poškodit jej v zaměstnání, narušit jeho rodinné vztahy nebo mu způsobit jinou vážnou újmu.

Úprava nehtů stále aktuální

Chtěla bych se zeptat na již několikrát zmíněný problém úpravy nehtů ve zdravotnictví. Jsem sestra na lůžkovém oddělení a nehty mám krátce zastřížené, čisté, ale upravené metodou P-Shine. Mé nadřizené se tenhle způsob úpravy nelíbí a tvrdí mi, že ani tohle mít nesmíme. Tudiž se ptám, zda je tomu tak.

Vzhled (úprava zevnějšku) včetně nehtů sestry působící na lůžkovém oddělení by se měl řídit jednak právními předpisy, dále případnými vnitřními předpisy zaměstnavatele a konečně také vlastním úsudkem samotné sestry.

Právním předpisem, který tuto oblast upravuje, je především zákon o ochraně veřejného zdraví, který upřesňuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví. Konkrétně ustanovení § 17 tohoto zákona stanovuje, že osoba poskytující péči je povinna dodržovat hygienické požadavky pro příjem fy-

zických osob do péče poskytovatele zdravotních služeb a jejich ošetřování, upravené prováděcím právním předpisem.

Podrobněji tuto oblast dále upravuje prováděcí předpis – vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Tato vyhláška ve své příloze č. 3 mimo jiné stanovuje, že zdravotničtí pracovníci musejí nosit čisté osobní ochranné pracovní prostředky, vyčleněné pouze pro vlastní oddělení. Na pracovištích, kde je prováděna chirurgická nebo hygienická dezinfekce rukou, nesmějí zdravotničtí pracovníci nosit na ruce žádné šperky. Zdravotničtí pracovníci v operačních provozech nesmějí nosit na ruce hodinky. Úprava nehtů nesmí ohrožovat zdravotní stav pacienta zejména s ohledem na možné šíření nemocničních nákaz a nesmí bránit poskytování zdravotní péče v plném rozsahu. Přirozené neh-

ty musejí být upravené, krátké, čisté. Dále tento prováděcí předpis stanovuje, že pro operační výkony musejí zdravotničtí pracovníci používat sterilní ochranný oděv a sterilní rukavice, masku, čepici (ochrana, tj. ústní rouška a čepice, musí být používána tak, aby zakryla vlasy, vousy, bradu, nos a ústa). Na operačních sálech nesmějí být používány a volně ukládány šperky, hodinky a jiné osobní předměty, mobilní telefony lze používat pouze ve vyhrazených prostorách operačních sálů.

Požadavek na úpravu je nutné zdůvodnit

Není vyloučeno, a v praxi se to také často děje, aby zaměstnavatel sám svým vnitřním předpisem upřesnil pravidla oblékání na pracovišti, tedy stanovil tzv. *dress code* na pracovišti. Je na každém zaměstnanci ve zdravotnictví, včetně sestry na lůžkovém oddělení, aby výše uvedeným právním předpisem a případně vnitřním předpisem zaměstnavatele přizpůsobil svůj zevnějšek.

V případě, že Váš zevnějšek (v konkrétním případě úprava nehtů metodou P-Shine) neodpovídá požadavkům definovaným právními předpisy a vnitřním předpisem zaměstnavatele, má zaměstnavatel právo požadovat, abyste svůj zevnějšek upravila

do podoby odpovídající právním předpisům. Osobně jsem však toho názoru, že úprava nehtů metodou P-Shine je v souladu s výše uvedenými právními předpisy. Pokud zaměstnavatel zastává jiný názor, měl by Vám být sčopen tento svůj postoj odůvodnit.

Kdo je povinen sloužit LSPP?

Chci se zeptat, jestli jako lékař se specializací na všeobecné lékařství, ale jako zaměstnanec s. r. o., kde je druhý lékař odborný garant, společník a jednatel, mám ze zákona povinnost sloužit LSPP.



odpovídá
Mgr. Jana Rybáková

no v pracovní smlouvě. Pokud máte jako sjednaný druh práce uvedeno např. jen „lékař“ (bez výslovného vyloučení LSPP), pak se domnívám, že jste povinen vykonávat veškeré činnosti, které mohou pod pojem „lékař“ spadat, te-

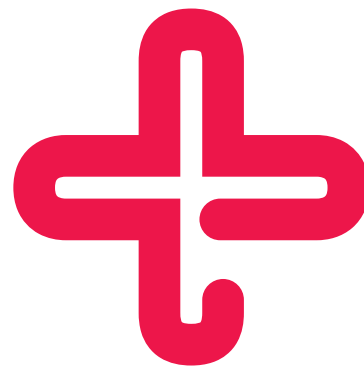
svým dotazem patrně směřujete k tomu, zda Vám zaměstnavatel může nařídít nad rámec Vašich „běžných“ povinností sloužit LSPP. Pokud je tomu tak, pak záleží, co přesně máte sjedná-

dy i sloužit LSPP, pokud Vám to zaměstnavatel nařídí. Současně by samozřejmě měl být dodržen maximální dovolený rozsah příjímání LSPP. Pokud je tomu tak, pak záleží, co přesně máte sjedná-

Sestra

www.sestra.cz

odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / Rozhovor

S Johanou Saudkovou
na téma zdraví
a zdravotnictví

24 / Komunikace

Jak je možno předcházet
konfliktům s romským
pacientem

26 / Kongres Letovice Care 2015

Stomie
– stále aktuální téma

Všechno na světě bych pro Káju udělala

Johana Saudková, manželka známého výtvarníka a krále komiksu Káji Saudka, celý život pracuje ve zdravotnictví. Bezmála půl století strávila v dnešní Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Pocházíte ze zdravotnické rodiny?

Ne, spíše z učitelké. Všechny moje příbuzné ze strany prababičky již od dob Rakouska-Uherska jako dívky z dobrých rodin chodily na takzvaný učitelský ústav nebo do penzionátu. V rodině mého otce byli samí obchodníci nebo továrníci, prostě buržoazie. Byli to ekonomicky vzdělaní předkové, tenkrát se jim říkalo komerční inženýři. Jediným lékařem v rodině je můj bratranec. Je to pediatr a dotáhl to na ředitele nemocnice.

A co vás přivedlo ke zdravotnictví?

Na to mám zcela jednoduchou odpověď. Jako dítěti z buržoazní rodiny – můj dědeček měl továrnu na sanitární keramiku – mi bylo jasné, že nemám šanci dostat se na gymnázium. Tenkrát o tom rozhodovala snad i domovní důvěrnice. Naštěstí jsme s bratrem byli premianti. Matka mě přesvědčovala, ať to aspoň zkusím na pedagogickou nebo zdravotnickou školu. „Máš sociální citění, pořád někomu pomáháš,“ říkala. To byla pravda. Už jako patnáctiletá holka jsem spolužáky doučovala češtinu a ruštinu, vydělávala jsem celých 10 korun za hodinu. Tak jsem se přihlásila na zdravotnickou školu.

Vybrala jste si dobře?

Určitě, bavilo mě to. Byla to krajská zdravotnická škola. Byla tenkrát dosti vyhlášená, učili tam výteční lékaři ze Všeobecné nemocnice v Praze. Když jsme byly ve čtvrtém ročníku a chodili už do špitálu na praxi, sdělili nám, že si můžeme udělat ještě maturitu z pediatrie a z péče o ženu. Většina z nás se tam přihlásila, zaujalo nás to, ale také se nám moc nechtělo hned začít pracovat. Po absolvování jsme byli všeobecně použíatelní zdravotníci. Do školy za námi pak přišly hlavní sestry z různých nemocnic a těm dobrým hned nabídly místo. Tenkrát byla pracovní povinnost, když žena nebyla vdaná a nepracovala, byla prostě příživník. Mě si také vybral, ale já už jsem vdaná byla, Kája měl strach, abych mu neutekla s nějakým doktorem. Mohli jsme pracovat na dětském oddělení nebo v chirurgických či

interních oborech. Pracovali jsme samostatně, směli jsme píchat injekce, a dokonce i dávat infuze, sloužili jsme noční směny. Byli jsme na rozdíl od absolventů některých jiných ročníků již plnoletí, což bylo výhodou.

Kde jste začínala?

Nastoupila jsem do Všeobecné nemocnice v Praze, kde jsem začínala na operačním sále. I když jsme ve škole měli průpravu bezvadnou, na operační sály jsme moc nechodili. Spíš jsme se jen dívali nebo čistili nástroje, ale k instrumentáři jsme se samozřejmě nedostali. Někdy nás starší kolegyně spíš v legraci strašily, když mluvily o operátech: „Jé, ten je zlej, ten nástroje hází po zemi, někdy se strefí i do tebe!“ A podobné věci. Trochu jsem z té práce měla strach.

Nechala jste si aspoň poslední prázdniny?

Nastoupila jsem hned v červenci, byl čas dovolených, takže bylo málo personálu. Spadla jsem do toho rovnýma nohama. Bez velkého varování mě poslali na noční a rovnou na operační sál. To tenkrát bylo docela běžné. Zpočátku byl klid, nic se nedělo. Sloužící chirurg tam hrál na housličky, personál se na mě chodil koukat, protože jsem tehdy vypadala jako vystřížená z komiksu. Tak jsem zatím myla nástroje a dávala do sterilizátoru cévky. Tenkrát byly cévky baleny v takových toulcích. A najednou z ambulance telefon, že nám přivezli úraz. Někjaký kluk, student filosofie, si chtěl na náměstí Míru skočit do stánku pro buřtu a tramvaj mu přejela nohy. Ještě nikdy jsem neinstrumentovala a teď jsem tam byla sama jen s lékařem, narkotizérem a jednou sanitářkou, ale žádná zkušená sestra. Doktor věděl, že nic neumím. Přiznala jsem, že jsem ještě nikdy samostatně nepodávala, a on na to: „Neboj se, my to spolu zvládneme.“ Úplně jsem se klepala. Samozřejmě, že sít a nástroji jsou připravená, ale i tak jsem se hrozně bála. Věděla jsem, že hlavně nesmím nic znesterilnit a že nástroje musím pořád počítat. Byl to skutečně křest ohněm. Operace bohužel skončila amputací obou končetin, jedné nad kolenem, dru-

hé nad kotníkem. Dva dny jsem z toho nespala. Pořád se mi o tom zdálo a strachy jsem se klepala, že zase budu v noci na sále a sama. Pak se mi ale přišla vrchní sestra omluvit, že to bylo výjimečné, že mě tam takhle hodili o těch prázdninách, protože to nebylo přípustné ani tenkrát.

Jak dlouho jste na chirurgii sloužila?

Tři roky. Po osmiměsíční mateřské dovolené jsem řekla, že už nebudu pracovat na směny a o víkendech, že mám malé dítě. Respektovali to a převedli mě na polikliniku pro vysokoškolské studenty, která byla součástí všeobecné nemocnice. Pracovala jsem na chirurgických oborech, tedy na chirurgii, ortopedii, gynekologii a ORL. Byly jsme tam celkem tři sestry a po třech hodinách jsme se v ambulancích střídaly. Nestrávila jsem tedy pracovní dobu jen na jednom pracovišti. Lékaři chodili z nemocnice. Přišel gynekolog a tři hodiny ordinoval. Pak odešel. Potom následovala chirurgie, na kterou přišel jiný doktor, a odpoledne přišla na řadu ortopedie. Jednou mě taky poslali na oční, což je rovněž chirurgický obor. Udělali to ale jen jednou. Lékařka odešla na tzv. klinický den a já tam sama neměla co dělat, tak jsem jí umyla všechna ta sklíčka, která se používají při vyšetřování zraku. To byla taková hnědá bedna, která skrývala „miliardy“ dioptrií. Mně se zdálo, že je má hrozně špinavá, tak jsem se dala do drhnutí a všechna sklíčka jsem pěkně vyleštla. Druhý den byl na vyšetření vietnamský pacient, ti obvykle mají potíže se zrakem. Tenhle ale nic neviděl ani s těmi sklíčky, protože jsem je úplně zpreházela. Doktorka byla zvyklá je vybírat popaměti, což jí teď bylo na nic. Celý den jsme pak ty „plus dva a minus čtyři“ dávaly spolu dohromady. Musím říct, že to byla sice ambulantní, ale úžasná praxe. Za ta léta jsem se mi podařilo v chirurgických oborech získat velkou praxi.

Kde jste nakonec zakotvila?

Uměla jsem dobře rusky. Bavilo mě to a také jsem byla tenkrát zahleděná do ruských autorů. K tomu jsem ještě jako manekýnka



Foto: Nextfoto

předváděla jabloneckou bižuterii. Stávalo se, že jsme třeba odjeli na tři měsíce předvádět do Leningradu, takže ruštinu jsem uměla opravdu dobře. K tomu jsem chodila do jazykové školy na Národní, kde jsem se učila i angličtinu. Jednou za mnou v nemocnici přišli, že u nás studuje stále více zahraničních studentů a že je třeba, aby o ně pečoval někdo, kdo má chirurgickou i jazykovou průpravu. A tak jsem začala pracovat na cizineckém oddělení. Studovali tady tehdy studenti z celého světa na všech možných vysokých školách. Zpravidla tady nikoho neměli, takže lékaři a já jsme byli jejich nejbližší osoby. Obraceli se na nás také, když potřebovali do školy omluvenku. Za tu dobu jsem poznala studenty z Afriky, Vietnamu, Kambodži... Byla to velice dobrá praxe. Každý národ má svá specifika. Vietnamci mívají větší parazity, ty se léčí pořád stejně. Evropské studenty mají zase jiné problémy, ale studenti z Afriky jsou kupodivu velmi zdraví. Zajímavé bylo, že měli veškerá vyšetření většinou negativní. Akorát trpěli na virózy, byli citliví na změny teplot a vlhkosti, někteří nikdy předtím neviděli sníh. Dokonce jsem jednou viděla, jak ho na ulici jedli. Zažila jsem spoustu zajímavých situací. Jednou se nám svěřila studentka ze Sýrie, že jede domů a má strach, že jí ro-

diče nedovolí se sem vrátit, protože chodí s českým klukem a už není panna. Bála se, že ji budou vyšetřovat na gynekologii a u toho bude babička, maminka, táta... Prostě že bude zle. Doktor byl hodně zcestovalý, byl na různých misích, tak jí navrhl chirurgickou pomoc.

To muselo být opravdu zajímavé...

Bylo to zajímavé, ale chtěla jsem se posunout někam dál. Doplnila jsem si vzdělání, abych se mohla věnovat vzdělávání dospělých a dalším specializacím. Začala jsem pracovat ve Vzdělávacím centru všeobecné nemocnice, kde jsem měla na starosti kromě organizování atestací lékařů také dvouleté specializační kurzy ARIP a instrumentování na operačních sálech. Musela jsem to celé od anotace až po zkoušky zařídit, včetně lektorů a dílčího přezkoušení. Tady jsem mohla záručit veškerou praxi, kterou jsem získala v nemocnici ve všech oborech. Mezitím jsem si udělala kurz péče o nemocné a různé další, také management. Bez toho bych tu práci ani nemohla vykonávat. Po revoluci jsem ve Vzdělávacím centru zůstala sama, protože ostatní byli odejiti, neboť byli trochu komunisté. Ten obrovský objem práce se ale nedal zvládnout. Tak jsem si jako

pomoc našla jednu lékařku, s níž jsem kdysi pracovala a kterou pak propustili. Věděla jsem, že tu práci umí, že nikoho nebudu muset zaučovat. Pracovala jsem tam 16 let. Pak se ale musel z úsporných důvodů redukovat tým, tak jsem přišla o místo. Kája se radoval, že s ním konečně budu doma.

Takže jste zůstala v domácnosti?

Jenom tři měsíce. Pak mi zavolala vrchní sestra z gynekologie, která mě znala, a nabídla mi místo v porodnici U Apolináře. Vrátila jsem se tam, kde jsem porodila obě děti, a byla jsem takřikajíc hozena do vody. Poslední léta jsem se zabývala více teorií, i když jsem se studentkami chodila na praxi. Byla tam spousta personálu, který mě neznal. Šuškali si: „To je ta z toho vzdělávání, tu jsme měli ve škole dva roky...“ Naštěstí jsem s nimi za studií neměla problém ani jako přednášející, ani jako zkoušející. Nikdy jsem nedala horší známku než dvojku. Ale studenti si ji vždycky zasloužili, uměli to. Dostala jsem na starost takzvanou klimakterickou poradnu, což bylo něco úžasného. Navštěvovaly ji ženy, které kromě gynekologických potíží trpěly i klimakterickým syndromem a potřebovaly, aby se jim někdo věnoval. Já jsem je vyzpovídala, vyšetřila je na osteoporózu, nabrala krev, prostě udělala všechno, co je třeba, a pak je předala lékařce, který jim na základě výsledků vyšetření vybral vhodnou hormonální substituční terapii. Poslali jsme je na mamografii, prostě byl to takový screening, při kterém se zachytily i různé myomy, někdy i nádor, takže se to mohlo včas odoperovat. Poradna byla výjimečná v rámci celé republiky a měla velmi dobré výsledky. Ne všechny ženy poznají klimakterium až ve zralém věku. Měli jsme tam i mladé ženy. Spolupracovala jsem se třemi lékaři, kteří tam docházeli vyšetřovat. Jinak jsem pracovala samostatně. Poradna byla po čase z úsporných důvodů zrušena. Obecných endokrinnologických poraden je dnes spousta, protože je lidé potřebují již od dětství. Na klimakterické ženy už není čas. V porodnici jsem jednu dobu pracovala i na těhotenské ambulanci, ale hlavním těžištěm byla klimakterická poradna. Když ji zrušili, dostala jsem nabídku na práci na oddělení reprodukční medicíny. Přijala jsem ji, ale pak jsem zjistila, že teoreticky je to velice zajímavé, ale prakticky velká nuda. V tomto oboru hraje hlavní roli laboratoř a lékař, na porodní asistentku toho moc nezbuďte, to by mě nebavilo.

Co děláte teď? Připravujete něco?

Po dlouhých letech strávených v praxi se dnes pohybuji již jen v teoretické rovině. Podílím se na přípravě vzdělávacího projektu pro zdravotníky. Na praxi už také nemám věk, dokonce se někdy cítím trochu unavená. Všechno jsem to táhla při nemoci Káji, bratra, dědeček, který mi pomáhal s domácími, zemřel, moje máma taky. Jak jde život, najednou přicházíte o určité druhy zázemí. Pak už nejde pracovat úplně na plné pecky. Už ani nechci, chci se věnovat něčemu, co mě hodně baví. Za bolševika jsem musela chodit do práce, protože Kája jako výtvarník měl takzvané volné povolání a někdo z nás zaměstnaný být musel. Po revoluci to bylo zase jinak, ale ještě jsem neměla důchodový věk. Teď si užívám, že si můžu vybrat. Ono to vypadá jako selanka, ale představte si, že jste manželka poměrně známého výtvarníka. Lidé mají pocit, že vyděláváme miliardy, a občas se na to dívají i tak, že jim ubíráte práci.

Váš manžel se několik let nachází v tzv. vegetativním stavu. Co se mu vlastně stalo?

Všichni to už vědí, říkala jsem to už mockrát. V dýchací trubici mu zaskočil kousek jídla. Zavolali jsme záchranku a řídili se instrukcemi dispečera, které zněly: stabilizujte polohu, vytáhněte jazyk. To jsme udělali. Sousto se podařilo vytáhnout až za dvacet minut v nemocnici. Došlo ke kyslíkovému deficitu. Leží v motolské nemocnici, kde se o něho velmi dobře starají. Vždycky dělali, co mohli. Při příjetí nám tenkrát řekli, že do rána nevydrží. Bylo to strašné.

Jakým způsobem se s Kájou dorozumíváte?

Já s Kájou mluvím, jako kdyby tady byl s námi. Přijdu a řeknu: „Ahoj Kájo, dneska je neděle 10. května, byla u nás na návštěvě Markéta, pamatuješ na ni?“ Nebo: „Vzpomínáš si, jak jsme tenkrát jeli do Tábora a opékali si tam buřty?“ Ukazuju mu obrázky v jeho knize. A pak řeknu: „Tak a teď budeme cvičit a uděláme to stokrát, ano?“ Taky mu pouštím vážnou hudbu, při jejím poslechu Kája vždycky kreslil. Nesnášel takové to „tuc tuc“. Sestřička mu pouští televizi, třeba když běžel film „Čtyři vraždy stačí, drahoušku“. Nebo mu ukazuje obrázky v jeho knížce. Honza mu namluvil něco do sluchátka, Bereňka mu zazpívá, prostě aby slyšel hlasy svých blízkých. Když za ním Beruška nemůže jít, zavoláme jí mobilem a ona mu do ucha poví-

dá novinky ze svého života. Patrik špitál nesnáší, takže s Kájou mluvím jen po mobilu. Tomu všemu se říká bazální stimulace a tu skutečně dělám. Musím ale přiznat, že někdy jsem už z toho utahaná. Občas se mi stane, že po cestě za ním do nemocnice mě přepadnou strašlivé obavy, taková tíseň, co mě tam čeká. Třeba když vím, že má Kája horečku nebo jiné potíže, prostě se jeho zdravotní stav zvrtně, což u něho může být fatální, tak už je ve mně malá dušička. Jakmile mě přepadne ta úzkost, mám už za tu dobu na oddělení domluveno, že jim zavolám a oni mi řeknou: „Klid, pan Saudek je stabilizovaný.“ Nebo mi řeknou: „Johano, dneska nechodte, nemá to cenu.“ Vždycky ve mně hrozně hrkne, ale oni mě hned uklidní, že to nic není, jenom že ho prostě dneska necháme v klidu. Jsou tam všichni úžasní, zvláště personál pohlaví ženského. Chodí na Kájovy výstavy a drží nám palce... S těmi chlapy je to trochu jiné, lékaři jsou racionálnější, přístupují k tomu trochu jinak.

Už se za ta léta také stalo, že mě přemohla choroba a nemohla jsem za Kájou přijít. Sestry ho vyfotily mobilem a poslaly mi to. Mají naprosto lidský přístup, protože tohle by opravdu dělat nemusely. Dokonce to ani není profesionální. Také tam čas od času vymění sestry, které o Kájou pečují. Když si některá na něho moc zvykne, takže

se stane téměř rodinným příslušníkem, staniční ji vymění. Oni nechtějí, aby sestra k pacientovi přilnula, protože by z toho měla stres. Je to určitá prevence vyhoření, protože máte-li k pacientovi citovou vazbu, mnohem více vás péče vyčerpává.

Kája nedávno dostal virózu, tak se jeho zdravotní stav trochu zhoupl. Také má věk, 13. května mu bylo 80 let. Takže je už zase na ventilátoru. Předtím byl několik let bez podpůrných dýchadel. Už o tom ale novinářům nic neřikám, stejně by to obrátili naruby. Najdou se pak lidé, kteří říkají, že za jejich peníze může Kája být tak dlouho v nemocnici, a ubližují nám. Nebo jeho fanoušci vytáhnou kresby, které si kdysi od něho půjčili, a nejen že je vystavují, ale dokonce i prodávají a inkasují za to miliony, a to bez nadsázky. Nepřeju si, aby k němu chodili novináři. Fakt, že je veřejnost o Kájovi informována, mu nepomůže, spíš ublíží. Přístup k němu jsem dovolila jen nejbližším přátelům, kteří s ním také cvičí, masírují ho nebo mu vyprávějí. Nikdo přece neví, do jaké míry je takový člověk schopný vnímat. Důvodem je ovšem i riziková náklazy. Sestry mají komunikaci s pacientem v náplni práce, ale nemívají na to čas. Na druhé straně toho člověka neznají, tak co by mu vyprávěly. Ono je taky těžké něco vyprávět, když nikdo neodpovídá...



Foto: Josef Louča

Jak se na to díváte jako zdravotnice?

Já se na to dívám především jako manželka a milující partner. Zdravotní péči o něho zajišťují zdravotníci, dělají, co je nezbytné. Já jenom kontroluju, a když se mi něco nelíbí, dojdou za sestrami nebo za lékařem a laskavě je poprosím o to či ono. Udělala bych pro Kájou cokoli na světě.

Markéta Mlková

Gastroenterologové Vítkovické nemocnice získali unikátní endoskop

Centrum péče o zažívací trakt Vítkovické nemocnice, a. s., získalo unikátní endoskop SpyGlass DS. Přístroj nové generace cholangioskopu za 2,5 milionu Kč umožňuje vyšetřit žlučové cesty a vývod slinivky břišní s dříve nedosažitelnou přesností. Kromě vítkovického pracoviště vlastní tento optický přístroj v ČR ještě pražský IKEM.

Před čtyřmi lety vítkovičtí gastroenterologové získali jako jedni z prvních u nás přístroj SpyGlass, který byl v hodnotě téměř 3 milionů korun financován z grantových prostředků skupiny AGEL. Jde v podstatě o ve-



Primář Ondřej Urban | Foto: archiv Agel

lice tenký endoskop, jenž se dostal do míst, do nichž se dříve lékaři nikdy nemohli dostat, tedy zejména žlučové a slinivkový vývod. Mohli jsme tak přímo nahlédnout do oblasti zažívacího traktu, kterou bylo předtím možné zobrazit pouze nepřímo, říká primář centra MUDr. Ondřej Urban, Ph.D. Ultratenký endoskop (průměr 3,3 mm) umožňuje přenos barevného obrazu ze žlučových cest a vývodu slinivky břišní na monitor. Přístrojem lze zavádět různé nástroje, například biopsické kleště nebo sondu k drčení kamenů rázovou vlnou.

Mezinárodní spolupráce

Na většině pracovišť je možné vyšetřit žlučové cesty pouze nepřímou nástřikem kontrastní látky. Prohlédnout nemocné místo uvnitř žlučového nebylo možné. Pomocí endoskopu SpyGlass DS je do žlučového

zaveden katétr s videokamerou, která lékařům umožňuje podívat se do něho endoskopicky.

Díky prezentacím výsledků Vítkovického centra se primář Urban stal členem European Spyglass Advisory Board, kde metodu dále rozvíjí spolu s odborníky z Německa, Švédska a dalších zemí. „Nyní jsme byli vybráni jako jedno z mála evropských center pro uvedení druhé generace přístroje, který poskytuje sedmkrát lepší zobrazení než původní SpyGlass a je na technologicky vyšší úrovni,“ uvedl MUDr. Urban s tím, že oficiálně bude přístroj uveden na evropský trh letos v červenci. Výrobce je firma Boston Scientific (USA). V Evropě bylo tímto endoskopem dosud vybaveno pouze několik vybraných špičkových center, která získala největší zkušenosti s jeho starším typem. (akt)

Zdravotnická dokumentace – 5. část

Dokumentace zdravotnických záchranných služeb

V článku nastiňujeme problematiku dokumentace na zdravotnických záchranných službách, diskutujeme nad možností jednotné dokumentace pro všechny ZZS a okrajově se zmiňujeme i o elektronické dokumentaci.

Ani specifická poskytování zdravotní péče v rámci ZZS nezabývá provozovatele povinností řádného vedení zdravotnické dokumentace. Ba právě naopak. I tak podstatný faktor, jako je čas, hraje důležitou roli ve správném vedení dokumentace. I se všemi negativními okolnostmi, které se při poskytování úkonů v urgentní přednemocniční péči mohou vyskytnout. Jen málokteré ZZ poskytuje péči po dobu, která se počítá na minuty. Rovněž ambulanci složky jsou sice faktorem času limitovány, avšak klient k nim dochází opakovaně a s informacemi, které umožní personálu navázat na péči předešlou. Jen výjimečně však toto funguje na záchranné službě. Proto se doporučuje, aby byl kompletní záznam pořízen co nejdříve po ošetření klienta, aby nedocházelo k úniku podstatných informací v průběhu časového sledu. Správné vedení dokumentace je v těchto podmínkách velmi náročné, je však důležité vzhledem k riziku vzniku forenzního řízení. Právě proto by dokumentace na ZZS měla být vždy minimálně o jeden krok napřed.

Opora v legislativě

Dokumentace ZZS se řídí především obecně platnými předpisy týkajícími se dokumentace jako takové (zákon č. 372/2011 Sb., vyhláška č. 98/2012 Sb.), ale v předešlé právní normě je dokumentace ZZS konkretizována. § 4 vyhlášky č. 98/2011 Sb. se celý věnuje ZZS. Vyjmenovává součásti dokumentace záchranné služby v jednotlivých odstavcích. Písmeno „a“ specifikuje zvukový záznam o příjmu volání, písmeno „b“ vypovídá o záznamu operátora v digitální formě, písmeno „c“ se věnuje kopii záznamu o výjezdu, písmeno „d“ identifikační a třídící kartě a poslední část dokumentace je pod písmenem „e“ – záznam o hromadném odsunu pacientů.

Stejně tak příloha č. 1 odstavce 10 této vyhlášky konkretizuje, které náležitosti musí dokumentace obsahovat. Pod písmenem A je to Záznam operátora, pod písmenem C Identifikační a třídící karta,

pod písmenem D Záznam o hromadném odsunu pacientů. Významnou položkou je Záznam o výjezdu (parere) a vyhláška č. 98/2012 Sb. jej specifikuje pod písmenem B.

Záznam o výjezdu kromě náležitostí uvedených v části A, dále obsahuje:

- místo, odkud je výjezd realizován,
- datum a čas výjezdu výjezdové skupiny, typ výjezdové skupiny,
- datum a čas příjezdu výjezdové skupiny na místo události,
- stručný popis klinického stavu,
- pracovní diagnózu,
- popis poskytnuté přednemocniční neodkladné péče,
- čas a místo předání pacienta do ZZ včetně identifikačních údajů přijímajícího poskytovatele nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán poskytovateli,
- jméno, popřípadě jména a příjmení zdravotnických pracovníků, kteří přednemocniční neodkladnou péči poskytli.

Ostatní druhy dokumentace na ZZS

Výjezdový záznam ovšem není jedinou dokumentací, která se na ZZS používá. Z důvodu ucelenosti tohoto článku je na místě popsat stručně i ostatní druhy dokumentace, která se v záznamovém procesu na záchranných službách vyskytuje. Některé z nich jsou stanoveny právními předpisy, jiné jsou ponechány na zvážení jednotlivých provozovatelů ZZ dle jejich interní potřeby a povahy.

- Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb (negativní revers)
- Identifikační a třídící karta
- Záznam o hromadném odsunu pacientů
- Průvodní list k pitvě
- Záznam o souhlasu s poskytováním informací
- Záznam operátora
- Kniha výjezdů (dle zákonných podmínek nemusí být vedena v papírové podobě, nová právní úprava tuto dokumentaci již nezmiňuje, neboť je v podstatě to-

žná s dokumentací vedenou v elektronické podobě)

- Příkaz k transportu
- Kniha hlášení a kniha docházky
- Kniha úrazů
- Opiátová kniha aj.

Tiskopis Záznam o výjezdu v ČR a SR

V současné době je na našem území 14 záchranných služeb, jejichž zřizovatelem je stát. Tyto záchranné služby v podstatě kopírují územní uspořádání do krajů, včetně ZZS hlavního města Prahy. Dále zde máme několik soukromých subjektů, jež jsou provozovány sice právníky osobami, ale v podstatě si je najímají ZZS krajů, pro které vykonávají činnosti, a tím splňují zákon č. 374/2011 Sb. (Zákon o zdravotnické záchranné službě).

Každá z jednotlivých záchranných služeb má vytvořenou vlastní dokumentaci týkající se záznamu o výjezdu, která více či méně splňuje nároky současně platné legislativy. V podstatě co kraj, to originál. Neexistuje žádný jednotný postup či nařízení od zastřešujících orgánů (MZ ČR), jak by dokumentace popisující výjezd měla vypadat. Některé ZZS se vydaly cestou elektronických záznamů, které jsou tvořeny na PC přímo v sanitním vozidle. Nutno podotknout, že sestry či lékaři mají vždy možnost vrátit se zpět k papírové podobě záznamu pro případ, že by provedení elektronického záznamu bylo z technických důvodů znemožněno. Tento elektronický záznam má nejen dokumentační funkci, ale je možno nahlédnout do dokumentace minulé a před příjezdem na místo zásahu si u pacienta, který byl již klientem záchranné služby, zjistit jeho zdravotnickou anamnézu, případně stanovenou minulou pracovní diagnózu, resp. způsob léčby, a místo určení předání klienta.

ZZS na Slovensku se v otázce dokumentace vydala směrem k jednotnosti. Tiskopis s názvem „Záznam o zhodnotení zdravotního stavu osoby“ je součástí Věstníku MZ Slovenské republiky č. 12. uveden v příloze č. 5,

Jde o prováděcí předpis k zákonu č. 579/2004 Z. z.

Otázkou je, zda je toto správná cesta, tedy cesta hodná následování i pro naši republiku. Zcela jistě jsou tím jednotlivým provozovatelům ZZS znemožněny podmínky pro „lidovou tvořivost“ v oblasti vymýšlení „dokonalých“ tiskopisů určených pro záznamy při výjezdu posádek záchranných služeb.

Obrátili jsme se na zainteresované organizace s dotazem, zda uvažují do budoucna o podobném přístupu s jednotným tiskopisem záznamu o výjezdu určeným pro všechny záchranné služby v ČR. Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof nám odpověděla dne 20. listopadu 2012 prostřednictvím člena představenstva MUDr. Ondřeje Fraňka velmi stručně, o to však výstižněji: „Neuvažujeme.“ Ani MZ ČR o ničem takovém neuvažuje, jak nám sdělil Mgr. Václav Šebor svým dopisem ze dne 24. ledna 2013: „V současné době Ministerstvo zdravotnictví ČR neuvažuje o zavedení jednotného tiskopisu ‚záznam o výjezdu‘ pro všechny poskytovatele ZZS.“ Ani v současné době nenastala v tomto ohledu žádná aktuální změna.

Elektronická dokumentace výjezdových složek ZZS

Elektronický systém vedení zdravotnické dokumentace je ve zdravotnických zařízeních již delší dobu běžným standardem. V posledních několika letech se však o jeho zavedení v jednotlivých výjezdových složkách pokoušejí také některé záchranné služby. Nejčastěji se jedná o tzv. částečný systém, kdy je přímo v sanitním voze umístěn notebook nebo tablet. Jeho prostřednictvím může posádka zadávat do systému všechna potřebná data o zásahu (identifikace posádky, identifikace pacienta, prvotní a následná zjištění stavu pacienta, životní funkce, záznam postupu apod.). Přímo v sanitním voze je pak možno vytisknout záznam s potřebnými údaji, který je pak předán spolu s pacientem nemocničnímu zařízení.



Ilustrační foto: Shutterstock

Je-li počítač v sanitním voze on-line propojen se serverem operačního střediska, hovoříme o komplexním systému. Toto řešení umožňuje dispečerovi zaslat posádce všechny doposud získané informace o pacientovi, včetně místa události, což zrychluje a zefektivňuje samotný zásah. Data o zásahu zadaná posádkou jsou v tomto případě odesílána přímo do centrální databáze, kde jsou archivována a využívána k následným analýzám. Systém může být dále propojen např. s národní traumadatabází a čerpat z ní informace o daném pacientovi. Systém může být propojen také s nemocničním zařízením a umožňovat odeslání určitých záznamů (např. křivky EKG) přímo na specializované odborné pracoviště (např. koronární jednotka).

Z výše uvedeného je patrné, že pomocí komplexních elektronických systémů je možné zefektivnit činnost ZZS, výrazně zlepšit přímou podporu posádkám během zásahů, zvýšit kvalitu informací předávaných nemocničním zařízením, zjednodušit zavádění standardů, ale i zlepšit možnost analýz a statistického vyhodnocení uložených dat a tím i zlepšit kontrolu kvality. Na druhou stranu je třeba poznamenat, že zavedení komplexního elektronického systému je z finančního hlediska velmi náročné a z pohledu nutnosti kompatibility jednotlivých prvků systému je velmi žádoucí komplexní přístup k této problematice, a to nejlépe na celostátní úrovni.

Literatura u autorky

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

Domácí násilí

Už delší dobu mám obavu o svoji 23letou sestru. Bláznivě se zamilovala do

muže, který je o 30 let starší. Jde o člověka s dvojitou tváří. Na veřejnosti se chová naprosto úžasně. Je pozorný, milý, ohleduplný, baví společnost. Ale jakmile se zavřou dveře, dovede být velmi vulgární, hrubý, a dokonce se nezdráhá uhdít ženu.

Zjistila jsem, že už v minulosti měl problémy s nezvladatelnou agresivitou (léčil se kvůli tomu na psychiatrii), dokonce policie řešila fyzické napadení jeho kolegyně v práci.

Myslím, že sestra je další obětí, a bohužel se mi nedaří „otevřít jí oči“. Asi by lépe slyšela na odbornou pomoc.

Domácí násilí je třeba odlišit od běžných manželských či partnerských konfliktů, při nichž proti sobě stojí dvě osoby ve stejné pozici. Pro domácí násilí je

odpovídá
Bc. Jana Bednářová,
sociální pracovnice

charakteristické, že k němu dochází v soukromí a bez svědků, tedy mimo jakoukoli kontrolu. Útoky se opakují a intenzita a frekvence se stupňují. Důležité rovněž je, že domácí násilí je jednostranné, agresor a oběť si nikdy role nemění.

Praktická pomoc

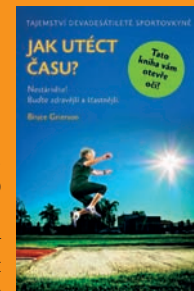
Otázka domácího násilí není jednoduchá i kvůli tomu, že obvykle probíhá latentně a oběť často jakékoli problémy popírá či bagatelizuje. Tuto problematiku se podařilo zapracovat do několika zákonů (významný podíl na tomto stavu mají neziskové organizace, které se danému tématu dlouhodobě věnují). Uvedené zákony pomáhají obětem domácího násilí v nepříznivé a složité životní situaci. Oporu nacházíme v trestně právní oblasti v § 215 a), kde se hovoří o týrání osoby žijící ve společném bytě nebo domě. Praktická pomoc je zakotvena v právní

úpravě na ochranu před domácím násilím, kde je popsán institut vykázaní násilné osoby ze společného bytu či domu. Pomoc a poradenství mohou oběti domácího násilí využít v službě sociální prevence v § 60 a) o Intervencionních centrech. Celorepublikový adresář těchto center najdete na: www.domacinasili.cz/intervencni-centra/adresar-intervencnich-center-cr-kontakty-pro-verejnost. Celý komplex sociálních služeb, standardního odborného poradenství, ale i řadu dalších nadstandardních služeb, které reagují na potřeby klientů, najdete na: www.linka-pomoci.cz. Centrum sociálních služeb Praha například provozuje poradnu Viola pro osoby, které mají konfliktní vztahy se svými blízkými. Sociální služby jsou poskytovány formou telefonické či osobní konzultace, případně také prostřednictvím elektronické pošty. Pro návštěvu poradny není třeba žádné další doporučení. A pokud si to klient vyžádá, může vystupovat anonymně.

Bruce Grierson

Jak utéct času?

Tajemství devadesátileté sportovkyně



Ode dne, kdy bylo sportovkyni Olze Kotelkové (2. 3. 1919–24. 6. 2014) devadesát let, představovala pro organizátory všech atletických závodů seniorů, jichž se zúčastnila, problém – s kým bude soutěžit, když ve své kategorii nemá soupeřku? Nakonec závodila s muži a porážela je. K běhu přidala také skok daleký, golf, vrh koulí... Přestože začala sportovat až v pozdním věku, stala se držitelkou téměř 30 světových rekordů. V čem spočívá její tajemství? Je to věc genetické výbavy, nebo vztahu k životu? Autor pečlivě zkoumá každý detail Olžina života, její stravovací i spací návyky, přední světoví odborníci testovali její DNA...

A výsledkem je jedna z nejučvatnějších knih o jedné ženě, sportu a životě. Fascinující kniha o aktivním stárnutí nejen pro seniory, ale doslova a do písmene pro každého.

Kniha „Jak utéct času?“ není titulem o sportu v pozdním věku, ale návodem jak vést šťastný a spokojený život. A k němu sport neodmyslitelně patří. Nezáleží na tom, zda se začnete hýbat v deseti nebo v šedesáti. Lidské tělo představuje geniální systém, který zakrní, nebudeme-li ho překvapovat novými výzvami, ale i po letech nečinnosti se úžasným způsobem dokáže zotavit. „Nemusíte dosahovat světového rekordu, ale pokud si prodloužíte četbou této knihy život o jediný den, nebyla to marná investice. A o kolika jiných knihách to můžeme říci,“ říká Tomáš Dimter, Product Manager divize Knihy, vydavatelství Mladá fronta.

Knihu vydalo vydavatelství Mladá fronta. Titul navazuje na světové bestsellery o běhání a zdravém životním stylu „Zrození k běhu“ a „Hledání ultra“. Přeložil Jiří Balek. Cena 299 korun.



www.radixcz.cz

ZDRAVÉ MYŠLENKY POTŘEBUJÍ ZDRAVÝ PROSTOR, VAŠE TĚLO...



Působíme na českém trhu více jak 10 let. Zastupujeme renomované světové výrobce v oblasti dodávek zdravotnické techniky a poskytujeme komplexní zdravotnické vybavení od ambulancí po zařízení nemocničního typu. Komfortní a kvalitní servis to je RADIX CZ.

OZNAMUJEME: od 1. 5. 2015 máme v nabídce **KOMPLETNÍ PORFTOLIO** společnosti KARL STORZ....

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Jak je možno předcházet konfliktům s romským pacientem

Při poskytování kvalitní zdravotní péče je třeba přihlížet k pacientovým etnickým a kulturním hodnotám, názorům a praktikám, které se vztahují k vlastnímu zdraví a poskytované péči. Se stoupajícím počtem migrantů roste pravděpodobnost výskytu atypických onemocnění, proto je nutné se vzdělávat v symptomatologii nemocí a v biologických odlišnostech jednotlivých ras. Kulturní rozhled sester a globálně i veškerého zdravotnického personálu rozhodně pomáhá snižovat etický stres a množství konfliktů.

Při péči o pacienta musíme brát ohledy na jeho národnost, etnický původ, náboženství, vyznání a kulturu. Jednotlivé kultyry si z generace na generaci předávají své kodexy, přesvědčení, zásady a regulativy. Při hledání společných základů je důležité vybrat shodné znaky, symboly, postoje, slovní obraty. Je velmi podstatné uvědomit si, co zahrnuje pojem kulturní odlišnost. Během jednání s pacientem jiné národnosti se zaměřujeme na oslovení, náboženství, jídlo, zvyklosti a rituály, intimitu, obléčení, čas (data prohlídek, ordinanční hodiny), strukturu společnosti, pohlaví, rodinu.

Kultura a život Romů

Nejrozšířenější menšinou v naší republice jsou Romové. Oficiální počet na tuto skutečnost však neukazuje, jelikož ne všichni se hlásí ke své národnosti. Rodina pro Romy znamená téměř vše. Uspokojuje základní životní potřeby jejích členů. Největším trestem by bylo vyhnání z rodiny, neboť by tím ztratili veškeré sociální jistoty. V romské rodině se všichni podporují a pomáhají si. Svou prestiž si posilují počtem dětí. Žena je vedena k tomu, aby dokázala zajistit chod domácnosti, vychovávat děti a starat se o manžela. Muž je hlavou rodiny, jejím zástupcem a ochráncem. Pro Romy je nemožné dát své děti dobrovolně do dětských domovů a rodiče do domova důchodců. Nikdo není sám a vše řeší společně. Svět dětí a dospělých nebývá oddělen a generace vzájemně nejsou v opozici. Dítě se učí rychle navazovat kontakty, respektovat rodinu a ta zase jeho. Romské děti se učí tím, že se účastní společenského dění a napodobují starší. Vzdělání není připsávána příliš velká hodnota. I v dnešní době mnoho Romů neumí dobře psát ani číst. Většina rodičů nemůže dětem, které nezvládají učivo, pomáhat, jeli-

kož jsou v tomto ohledu též slabší. Jejich slovní zásoba českého jazyka je oproti neromským dětem menší a navíc i chápání slov je méně přesné. Dospívání končí založením vlastních rodin a manželský svazek by měl být na celý život. Hlavním úkolem dospělosti byla a je péče o rodinu. Staří lidé jsou respektováni a jejich názor má velikou váhu, nikdy nejsou zatracováni jako nepotřební.

Komunikace s romským pacientem

K navázání efektivní komunikace je nutné především vzbuzení důvěry, respektování romských pravidel a zvyků, porozumění konkrétnímu problému rodiny. Komunikaci je nutné přizpůsobit také slovní zásobu. Důležitá je neustálá zpětná vazba, neboť ne vždy může být vše správně pochopeno. Abychom docílili efektivní léčby, je třeba pacienta Roma brát jako rovnocenného partnera. A tuto rovnoprávnost z nás musí i cítit, což nelze zaměňovat s ustupováním od nutných požadavků. Důležitým prvkem komunikace je aspekt asertivity. Podaří-li se nám, jakožto zdravotníkům, prosazovat naše požadavky v případě jedné rodiny v souladu s romskými zvyklostmi a získat si důvěru a respekt, pověst o nás se rozšíří v celé komunitě.

Pravidla komunikace

- Používat jasný, jednoduchý, každodenní jazyk, vysvětlit jakékoli použité odborné termíny.
- Věnovat pozornost mimoslovní komunikaci (vyjádření emocionálního stavu), nebát se blízkosti a dotyku.
- Vyhýbat se zobecňování chování určité skupiny Romů nebo jedné romské rodiny na celou romskou komunitu. Přístup musí být individuální.
- Identifikovat člena s největší autoritou ve skupině (nejčast-



Foto: archiv autorky

těji nejstarší muž či žena) a zapojit jej do sdělování instrukcí (za účasti a souhlasu pacienta).

- Informovat o nemocničních pravidlech, provozu oddělení včetně návštěvních hodin, harmonogramu péče, seznamu práv a povinností pacienta, rodinných příslušníků a těch, kteří doprovázejí pacienta, a poskytnout vysvětlení.
- Používat humor, ale ne ironicky laděný.
- Nekritizovat pacienta před velkým kolektivem.
- Neočekávat prosbu a poděkování.
- Efektivní komunikaci lze ze strany zaměstnavatele podpořit školením personálu v práci s etnickými menšinami a schopnosti řešit konflikty (prohloubení schopnosti vyjednávání, hledání konsenzu).

Využití interkulturních prostředků, např. tlumočnicků, k porozumění mezi zdravotníkem a romskou rodinou. Ke

zlepšení komunikace a zmírnění bariér napomáhá i přítomnost romských pracovníků ve zdravotnických zařízeních (viz obrázek).

Chování ve zdravotnickém zařízení

Pokud přijímáme romského pacienta k hospitalizaci, je třeba myslet i na to, že někteří Romové mají své neduhy. Umějí být agresivní, hluční, neukázněni, nepříjemní nemocničnímu a léčebnému řádu. Případným nepříjemnostem se snažíme předcházet svým vlídným a empatickým přístupem. Chováme se k nim jako k ostatním pacientům, respektujeme je a snažíme se získat jejich důvěru. Při vysvětlování jednotlivých úkonů mluvíme jednoduše, srozumitelně a pomalu, nejlépe vše ještě raději jinými slovy zopakujeme. Pacienti totiž nemusí vždy pochopit, co po nich přesně chceme nebo co s nimi zamýšlíme. Při

neporozumění by mohli znejistět a začít se chovat impulzivně nebo laxe a pasivně.

Je všeobecně známo, že Romové mají snížený práh bolesti. Bolest někdy dávají najevo hlasitým projevem. Při osamocení mívají Romové větší strach, jsou úzkostní, podezíraví, myslí si, že jim zdravotníci chtějí ublížit. Nemístujeme je tedy na prázdny pokoj. Početnost rodiny hospitalizovaného poznáme a pocítíme nejvíce v době návštěv. Rodinný kontakt je v jejich životě to nejdůležitější, proto se každodenně navštěvují a často i opakovaně během jednoho dne. Tato sounáležitost není vždy pro ošetřovatelský personál příliš přínosná, jelikož umí být hluční, mohou narušovat nemocniční řád a ne vždy respektují ostatní pacienty. Ale pokud to nemezí chod oddělení, je vždy zdravotníky respektována.

Závěrem

Z porozumění kultuře jednotlivých etnik/minorit může zdravotnictví profitovat díky využití vhodné komunikace a solidarity mezi členy skupiny (úcta a péče věnovaná seniorům). Z pohledu ekvity (sociální spravedlnosti) je nutné si uvědomit rovnocenný přístup ke všem sociálním skupinám. Při kontaktu s Romy je třeba mít na paměti, že různé romské skupiny jsou velmi odlišné a individuální. Je také nutné pochopit, že všichni Romové nejsou stejní. Je spousta takových, kteří chtějí žít důstojným životem, pobavit se, studovat a začlenit se do společnosti. Musíme se naučit spolu žít, najít společnou cestu, jinak vznikne začarovaný kruh plný násilí, urážek a opovrhování jak ze strany Romů, tak „neromů“.

Literatura u autorky

Bc. Lenka Václavíková,
mezioborová JIP, Nemocnice Frýdlant, s. r. o.,
lenkavaclickova@seznam.cz

Domáca ventilátorová liečba

Dýchanie je životne dôležitý fyziologický proces, ktorého úlohou je prívod kyslíka do organizmu a vylučovanie kysličníka uhličitého a vodnej pary z organizmu do vonkajšieho prostredia. Umelá pľúcna ventilácia (UPV) predstavuje spôsob dýchania, pri ktorom mechanický prístroj – ventilátor UPV – plne alebo čiastočne zaisťuje prietok plynov respiračným systémom. Článok sa zaoberá UPV v domácom prostredí.

UPV v domácom prostredí

Umelá pľúcna ventilácia je súbor opatrení umožňujúcich podporiť alebo nahradiť činnosť niektorých zlyhávajúcich zložiek respiračného systému – pľúc, hrudnej steny, dýchacieho svalstva. Jej hlavným cieľom je podpora výmeny plynov v pľúcach, ovplyvnenie veľkosti pľúcneho objemu. Rozhodnutie o indikovaní UPV je dané klinickým stavom pacienta. Ide o ochorenia rôznej etiológie, o následky úrazov, ktoré sprevádza zlyhanie ventilácie, respirácie. Najčastejšie ide o ochorenia nervového a muskuloskeletálneho systému, ale aj o pneumologické a kardiálne ochorenia.

Domáca umelá pľúcna ventilácia (DUPV) spojuje využitie umelej pľúcnej ventilácie a výhody domáceho prostredia. Cieľom ventilácie je zlepšenie psychosomatického stavu pacienta odkázaného na dlhodobú alebo doživotnú UPV, ako aj poskytnutie komfortu domáceho prostredia a prítomnosť najbližších. Aby sme dosiahli tieto pozitíva DUPV, musí pacient, jeho blízki a personál kliniky prejsť procesom edukácie a nácviku všetkých ošetrovateľských výkonov a techník. Kvalitu života pacienta na DUPV ovplyvňuje komplex klinických, osobných a sociálnych činiteľov. Podpora pacienta a rodinných príslušníkov sa stáva jedným z cieľov terapeutické a ošetrovateľskej intervencie.

Indikácie DUPV

Pneumologické – chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), muskuloskeletálne – ťažká kyfoskolióza, deformity hrudníka a neurologické – progresívna svalová dystrofia, spinálna svalová atrofia, neurofibromatóza, neuroinfekcie. Ochorenia rôznej etiológie: poranenia krčnej miechy, permanentný vegetatívny stav, amyotrofická laterálna skleróza. Indikáciu k DUPV navrhuje primár konkrétnej kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny, ktorý je zároveň aj odborným garantom. Indikáciu potvrdzujú svojím vyjadrením a podpisom

aj špecialisti z odboru pneumológie, ftizeológie a neurológie. Pre úspešnú realizáciu žiadosti o DUPV je dôležitý v prvom rade súhlas pacienta a jeho rodiny, ktorá si určí tzv. laického garanta, čiže člena rodiny, ktorý bude zaškolený v ošetrovateľských technikách a bude zodpovedný za zabezpečovanie ošetrovania pacienta v domácom prostredí. Po súhlase prichádza administratívne zabezpečenie žiadosti. Časť zabezpečuje laický garant – to spočíva v absolvovaní vyšetrovania svojej osoby u klinického psychológa a posúdenie bytovej otázky sociálnym pracovníkom z bytového odboru. Laický garant zabezpečuje tiež súhlas praktického lekára a dohodu s agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Druhú časť žiadosti zabezpečuje odborný garant v spolupráci s oddelením so stykom s poisťovňami, ktoré kompletnú žiadosť odovzdáva na koncové posúdenie a schválenie do kmeňovej poisťovne pacienta. Jednoznačné pozitívum DUPV je somatopsychosociálny komfort pacienta. Aby sme dosiahli toto pozitívum, musí pacient, jeho blízki a personál kliniky prejsť procesom edukácie a nácviku všetkých ošetrovateľských výkonov a techník.

Ošetrovateľský plán a edukácia

Ošetrovateľský plán je zameraný na edukáciu ošetrojúcej osoby a na nácvik praktických zručností pre poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti ošetrovanej osobe *rooming-in* pri lôžku pacienta počas hospitalizácie. Praktický nácvik laického garanta je zameraný na:

- hygienickú starostlivosť, ktorá zahŕňa starostlivosť o kožu, prevenciu preležanín, ošetrovanie okolia tracheostomickej kanyly, ošetrovanie okolia PEG,
- prevenciu stagnácie pľúcnych sekrétov – zahŕňa odsávanie sekrétov z dýchacích ciest a dutiny ústnej, poklepové masáže, polohovanie pacienta,
- starostlivosť o výživu a vyprázdňovanie – táto oblasť zahŕňa podávanie upravenej stravy do PEG,

režim výživy, režim vyprázdňovania, starostlivosť o kožu.

Edukácia príbuzných sa začína príchodom pacienta na kliniku. Úvodným rozhovorom s príbuznými zisťujeme ich predstavu o domácej starostlivosti, ako aj ich očakávania a tiež skúsenosti s touto formou starostlivosti. Od samého začiatku edukácie musia mať príbuzní podporu kontaktnej osoby edukácie, ktorá sa v čase hlavnej edukácie venuje len príbuzným pri lôžku pacienta a s trpezlivosťou a empatickým prístupom odpovedá na všetky ich aj niekoľkokrát opakované dotazy. Edukácia sa zameriava na poradenstvo i na obdobie už domácej starostlivosti a to hlavne na oblasti postupu pri zabezpečení kultúrnych, spoločenských, duchovných potrieb pacienta, na prevenciu časovej dezorientácie, ako aj na zvládnutie naliehavých a kritických situácií. Pri prepustení pacienta do domácej starostlivosti edukátor odovzdá laickému garantovi sesterskú prekladaciu správu spolu s edukačnými listami zameranými na základné ošetrovateľské techniky, ktoré boli súčasťou praktického nácviku.

Liečebný plán je zameraný na pravidelné výmeny TS kanyly; ďalej zahŕňa zhodnotenie klinického stavu pacienta pri pravidelnej návšteve; kontrolu ventilátora a nastavenie ventilačných parametrov; kontrolu odsávačky a materiálneho vybavenia; starostlivosť o pacienta podľa jeho aktuálneho zdravotného stavu; zabezpečenie ŠZM cestou obvodného lekára; riešenie naliehavých stavov. O liečebnom pláne edukuje pacienta a príbuzných primár kliniky anestéziológie a intenzívnej starostlivosti. Prví pacienti na domácej ventilačnej liečbe sa na Slovensku objavovali už v 80. rokoch minulého storočia, ešte bez súhlasu poisťovní, bez legislatívy, vďaka nadšencom s ľudským prístupom a ochotou riskovať. Zlepšovaním techniky umelej pľúcnej ventilácie, ktorá sa využíva v domácom prostredí, dochádza i k nárastu pacientov, ktorí sú plne indiko-



Ventilátor DUPV | Foto: archiv autorek

vaní na domácu ventilátorovú liečbu. Domáca umelá pľúcna ventilácia tak predstavuje jednu z motivačii pre život. Naša klinika zabezpečuje od roku 2009 starostlivosť 9 pacientom. Domáce prostredie im prináša výhody menšieho stresu, infekčnosti, väčšieho pohodlia a hlavne prítomnosť najbližších. Avšak pre rodinu, ktorá sa o pacienta stará, to predstavuje totálnu zmenu životného štýlu, so všetkými sociálnymi, ekonomickými a psychickými dôsledkami. Je to starostlivosť o pacienta často plne imobilného, s poruchou komunikácie a to počas 24 hodín denne.

Ich strach z možných komplikácií, z budúcnosti a z vlastného zlyhania musí byť chápaný. Podpora zo strany personálu kliniky, ich empatický prístup a ľudskosť, ochota pomôcť a poradiť znamená pre rodinu a pacienta oporný bod a ostrov istoty.

Literatúra u autoriek

MUDr. Jarmila Železková, MBA,
PhDr. Marianna Frantová,
PhDr. Danka Lančaričová,
Klinika anestéziológie a intenzívnej
medicíny, FN Trnava,
Jarmila.zelezkova@fntr.sk,
mafranta@gmail.com

Inzerce M151000582

B-Plus Project Ltd je jedna z předních švýcarských společností, která se specializuje na projektový management v oblasti medicíny.

NABÍZÍME LÉKAŘSKOU PRAXI VE ŠVÝCARSKU

B-plus

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

Letovice Care 2015

Koncem května se konal již šestý ročník kongresu s mezinárodní účastí Letovice Care. Pořadatelem akce je Nemocnice Milosrdných bratří Letovice, p. o., ve spolupráci s Českou asociací sester, koloproktologickou sekci České chirurgické společnosti a Petřivalského nadací Brno.

Všeobecná část byla věnována interdisciplinární následné a geriatrické péči. Hojně zastoupeným tématem byla i problematika stomií.

Stomie – stále aktuální téma

Česká republika zaujímá jednu z předních míst ve výskytu nádorových onemocnění. Tímto konstatováním zahájila svoji prezentaci edukační specialista, stomická sestra Mgr. Iva Otradovcová z Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN Praha. Jak uvedla dále, většinou jde o pacienty ve středním a vyšším věku, ale dnes se bohužel stomie týkají i lidí do 40 let. Další skupinu pak tvoří mladší pacienti s idiopatickými střevními záněty (IBD), jako jsou ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc či familiární adenomatózní polypóza, u kterých se nejčastěji chirurgicky řeší komplikace jejich základního onemocnění. Dále jde o náhlé příhody břišní (perforovaná divertikulitida) a o úrazy a poranění s poškozením střeva a anu (dopravní nehody, pády z výšek). U všech skupin pacientů může být vyústěna jedna či více stomií – ileostomie, kolostomie, urostomie nebo jejich kombinace.

„V České republice se nevede žádná statistika o počtu pacientů se stomií. Odhaduje se, že máme přibližně 12 až 15 tisíc lidí s dočasnou nebo trvalou stomií,“ řekla Mgr. Otradovcová a zdůraznila, že počet ekonomicky náročných pacientů se stomií, kteří mají zvýšenou potřebu stomických pomůcek, stále narůstá. „Ošetřování všech těchto nemocných vyžaduje individuální přístup a náležité poučení stomickou sestrou. Aby každý pacient mohl být řádně edukován, je potřeba, aby na to sestra měla dostatek času. Význam edukace ve všech fázích onemocnění, tedy před hospitalizací, po operaci a následně při ambulantním sledování ve stomické poradně, narůstá na celém světě. Není ale povinná ze zákona,“ dodala. Je třeba vzít také v úvahu, že požadavky na stomické sestry se neustále zvyšují a stoupá také fyzická a psychická zátěž této náročné profese.

Stomici na Slovensku

MUDr. Jaroslav Lúčan, Ph.D., z Chirurgické kliniky a TC Jeseničky LF UK a Univerzitní nemocnice Martin preferoval o historii Slovenského združení stomiků SLOVILCO. U vů-

du zmínil, že na Slovensku je každý rok 2700 případů karcinomu kolorekta. Ve 42 % operace končí založením stomie. Na Slovensku žijí přibližně 4 tisíce pacientů se stomií. Incidence nových stomiků je 1500 ročně. První klub stomiků v SR byl založen v roce 1988 v Bratislavě. SLOVILCO vzniklo v říjnu 1991. Dnes působí 31 ILCO klubů, z nich je 24 funkčních. Ale i tak je organizovanost stomiků nízká, jen 11 % postižených je sdruženo v některé z organizací.

Mnoho příběhů, jeden hlas

„Stomici na celém světě letos slaví již 8. světový den stomiků pod heslem ‚Mnoho příběhů, jeden hlas‘. K propagaci motto může posloužit i kniha ‚Ať žijí stomici‘, která obsahuje 22 příběhů pacientů se stomií z Čech a ze Slovenska,“ připomněla předsedkyně českého ILCO a realizátorka projektu Život bez omezení Marie Ředinová. Připomněla definici tohoto sdružení: české ILCO je dobrovolné sdružení stomiků (zdravotně postižené osoby, kterým byl po závažném onemocnění vytvořen vývod ze střev nebo močovou na stěnu břišní), které bylo zaregistrováno 2. prosince 1992 jako samostatný právní subjekt s humanitárním zaměřením.

V další části své přednášky představila výsledky projektu Život bez omezení. Podotkla, že nikdo zatím neprovedl mezinárodní srovnání péče o stomiky. České ILCO chce v péči o stomiky u nás prosazovat příklady dobré praxe ze zahraničí. Porovnala péči o stomiky v České republice, Německu a ve Slovenské republice. Do projektu bylo zařazeno 298 stomiků z ČR, 114 ze zahraničí a dále lékaři a sestry. „Výsledky průzkumu ukázaly, že v ČR chybí jednotný systém péče o stomiky. Jen čtvrtina stomiků má možnost navštěvovat stomaterapeutní poradny. Sestry pracující v těchto poradnách nejsou za tuto práci bodově hodnoceny. Ceny stomických pomůcek se započítávají do finančních limitů nemocnic a lékařů, což přináší



Doc. Tomáš Skřička a MUDr. Drahoslava Královcová při zahájení kongresu | Foto: Zx archiv pořadatele

problémy zdravotníkům i pacientům. Jen 43 procent nových stomiků dostane při propuštění z nemocnice dostatek informací,“ shrnula Marie Ředinová.

Situace v Německu a na Slovensku

Přednášející rovněž prezentovala výsledky porovnání situace stomiků u nás, v Německu a ve Slovenské republice. **V Německu** každý stomik dostane tolik pomůcek, kolik opravdu potřebuje, početní limity pomůcek pro stomika jsou stanoveny jako průměrné, nikoli jako maximální. Existuje velmi dobře organizovaná péče o stomiky, a to v předoperační i následné péči. Deutsche ILCO uzavírá kooperační smlouvy s nemocnicemi, které se specializují na operace střev. Školení dobrovolníci navštěvují stomiky v nemocnicích a jsou bráni jako součást léčby. Marie Ředinová zdůraznila, že smlouvy Deutsche ILCO s rehabilitačními klinikami zvyšují prestiž rehabilitačních klinik. Stomaterapeuti navštěvují stomiky po propuštění z nemocnice doma, vyberou jim nejvhodnější pomůcku a učí je s ní zacházet, radí jim a řeší s nimi i pozdější problémy. Standard péče o onkologicky nemocné a stomiky je v Německu od roku 2013 stanoven závaznou směrnicí. Deutsche ILCO má právo se zúčastňovat přípravy zákonů a prosazování zákonů, které se týkají problematiky stomiků. V grémiích má poradní hlas a právo podávat návrhy, účastní se vypracování doporučených léčebných postupů a vypracování a revize kritérií léčebných center.

Na Slovensku na rozdíl od ČR existuje statistika o počtu a dů-

vodech založení stomie. Při SLOVILCO působí silná Rada lékařů, která se stomiky úzce spolupracuje. Skupiny stomiků vznikají za podpory sester a lékařů. Lidé se stomií běžně dostávají průkazy zdravotně postižených, mají nárok na příplatky na hygienu, dietu, dopravu či úpravu bytu. Existuje hustá síť regionálních skupin stomiků. Nemocnice spolupracují se školenými dobrovolníky ILCO. Více o projektu v Závěrečné zprávě ILCO na: www.ilco.cz

Na stomii není nikdo mladý

„Lékaři často o stomii hovoří jako o posledním řešení. Tento pohled je ale třeba změnit,“ uvedla předsedkyně sdružení ILCO. Založení stomie je často jedním, někdy jediným, řešením jak nemocnému zkvalitnit život. Vždy je třeba mít na mysli především prospěch pacienta. Opačné operace jej vyčerpávají a případné komplikace deprimují. O stomii je třeba hovořit jako o možném řešení zdravotního problému, je dobré uvést příklady tisíců lidí, kteří se stomií aktivně žijí. Nabídnout pacientům kontakty na spolky stomiků. Marie Ředinová také zdůraznila, že se stomií se dá vést kvalitní život, pokud její zavedení pomůže zvládnout nemoc nebo zdravotní problém. Velmi důležité dále je, aby měl pacient pro sebe vhodnou pomůcku, aby s ní uměl správně zacházet a také aby se vyrovnal s novým způsobem vyprazdňování. „Stomie nesmí vzbuzovat přehnané obavy. Je to problém, o němž je třeba mluvit pozitivně. Stomie prostě řeší naši zdravotní situaci,“ uzavřela Marie Ředinová. (eta)



Probírané téma stomií účastníky akce velice zaujalo.

SÁČEK NOVÉ GENERACE S MANUKOVÝM MEDEM

Manukový med přidaný do hydrokoloidu výrazně podporuje a zlepšuje hojení kůže v okolí stomie.

Napomáhá regulovat záněty, regeneruje buňky, má antibakteriální účinky.



- Další výhody
řady Aurum[®]**
- nový tvar podložky a sáčku
 - nový vylepšený filtr
 - nahlížecí okénko

Nová řada Aurum[®] jednodílných kolostomických, ileostomických a urostomických sáčků.

zelená linka: 800 100 644

**J+A zdravotnické potřeby, spol. s r.o. - výhradní distributor a
bezplatná zásilková služba, www.ja-zdravotnickepotreby.cz**

Malé náměstí 104, 337 01 Rokycany, e-mail: info@ja-zdravotnickepotreby.cz

Nabízíme poradenskou službu v oboru péče o stomie vedenou odborně
vyškolenou a certifikovanou stomasestrou.

Úloha vedúcej sestry na internej klinike

Autorky v príspevku analyzujú úlohy vedúcej sestry na vybranej internej klinike. Pozornosť venujú plánovaniu, organizovaniu, procesu vedenia a kontroly, interpersonálnym vzťahom, materiálo-technickému vybaveniu kliniky, motivácii ako dôležitému faktoru v manažovaní práce na klinike, motivačným bariéram v práci na internej klinike, organizačnému zabezpečeniu prevádzky na klinike, tímovej práci na úrovni kliniky, hodnoteniu pracovníkov a ich pracovného výkonu ako i možnostiam ďalšieho vzdelávania, ktoré prispieva k životnému úspechu a následne i ku kariérenmu postupu a k spokojnosti s prácou na internej klinike.

Úvod

V súčasnosti je manažment v zdravotníctve a v ošetrovatelstve na úrovni vytvárania ucelenej vedomostnej základne, ktorá by mohla zefektívniť vedúcim pracovníkom v týchto oblastiach ich prácu a riadenie nielen v teoretickej rovine, ale i v praktickej riadiacej činnosti. V praxi realizujú manažment sestry, ktoré musia ovládať nielen ošetrovateľský proces, ale musia mať i organizačné schopnosti a komunikačné zručnosti.

Plánovanie, organizovanie, proces vedenia a kontroly je bežnou praxou vedúcej sestry. Vedúca sestra určuje, do akej miery zrealizovať časť práce, podľa akých pravidiel postupovať, usporadúva a stanovuje nevyhnutné pracovné činnosti, prerozdelenie úloh zdravotníckym pracovníkom podľa ich kompetencií, kontroluje a prevracia kvalitu práce a činnosti s tým spojených, rieši problémy, ktoré sa vyskytli – ako napríklad personálny nedostatok, migráciu sestier, syndróm vyhorenia, medziľudské vzťahy, problémy s technikou a motivuje pracovníkov dostupnými prostriedkami. Ďalej zabezpečuje personálne obsadenie oddelenia zdravotníckymi pracovníkmi na rôznych stupňoch vzdelania, zabezpečuje materiálo-technické vybavenie oddelenia/kliniky, schvaľuje naplánované služby, poprípade ich mení podľa potreby, pracuje na svojom odbornom raste, zvyšuje vzdelanostnú úroveň sestier, motivuje ich k sebavýchove a k seba-vzdelávaniu, napomáha znižovať výskyt nozokomiálnych nákaz, sleduje výskyt dekubitov a posieľa o tom pravidelné hlásenie, organizuje pravidelné prevádzkové schôdze a odborné semináre, vypracováva každoročný plán odborných seminárov. Zlepšuje i kvalitu interpersonálnych vzťahov a uplatnenie etických aspektov v ošetrovateľskej starostlivosti. Je prítomná na vizite s prednostom kliniky, v čom je najvyšší stupeň ošetrovateľskej starostlivosti. K náplni práce vedúcej sestry patria tiež sesterské vizity. Vedúca sestra ďalej motivuje zdravot-

ných pracovníkov ako finančným ohodnotením, čo znamená, že dvakrát za rok sú prehodnocované osobné príplatky, tak i spoločným posedením, keď sa organizujú vianočný večierok.

Materiálo-technické vybavenie na internom oddelení/klinike

V. interná klinika disponuje prístrojovým vybavením podľa jednotlivých ošetrovacích jednotiek na základe ich špecializovaného zamerania a taktiež spĺňa požiadavky na minimálne materiálo-technické vybavenie podľa vyhlášky MZ SR. Prostredie a vybavenie na V. internej klinike disponuje bezbariérovým prístupom, na celom oddelení je podlahová krytina z PVC. Týmto sa zvyšuje bezpečnosť pacienta pri bežných aktivitách dňa ako i bezpečnosť personálu. Sociálne zariadenia a balkóny majú keramickú dlažbu. Na stenách je olejový náter do výšky 1,5 m a omietková maľba. Chodby, izby pre pacientov, vyšetrovne, denné miestnosti sestier, jedálne, JIS, seminárne miestnosti majú prirodzené aj umelé osvetlenie. Čistiace miestnosti, stanovišťa sestier, sociálne zariadenia, kúpeľne, miestnosti pre upratovačky, sklady majú umelé osvetlenie. Vo všetkých miestnostiach s umývadlom a sociálnym zariadením je studená a teplá pitná voda. Na chodbách, patientských izbách, denných miestnostiach sestier a lekárskech izbách je prirodzené vetranie. V sociálnych zariadeniach, čistiacich miestnostiach, kúpeľniach, stanovištiach sestier a miestnostiach pre upratovačky je nútené vetranie. Zabezpečenie potrebného zdravotníckeho a špeciálneho materiálu ako i pomocok prispieva k zvýšeniu celkovej úrovne ošetrovateľskej starostlivosti a ku kultivácii celkovej starostlivosti o pacienta.

Interné oddelenie: vybavenie ošetrovacej jednotky predstavuje EKG prístroj a defibrilátor – po 1 ks, mobilné odsávačky, mobilný germicídny žiarič, resuscitačný set, ambu-vak, laryngoskop, fonendoskopy, ventilátor na JIS, kanyly tracheostomic-

ké, enterotracheálne, digitálne a metrologickým ústavom overené ortuťové tlakomery, teplomery – bezkontaktný, ušný, bezortuťový, ďalej oxymeter, rozvod kyslíka pre pacientov – je na každej izbe a nechýba ani kyslíková fľaša s integrovaným ventilom podľa potreby na prevoz pacienta, kyslíkové masky a kyslíkové nosové kanyly, odsávacie kanyly. Ďalej sú to perfuzory, infuzomaty, enterálne pumpy, glukometry a monitor, ktorý na oddelenie poskytne JIS v prípade potreby na sledovanie pacienta, ak si nevyžaduje intenzívnu starostlivosť. Neoddeliteľnou súčasťou sú polohovacie lôžka a nočné stolíky s vyklápacou časťou, ktorá slúži na podávanie stravy pacientom. Ak sa nejaký prístroj pokazí, klinika úzko spolupracuje so zdravotno-technickým (ZT) oddelením UNB. Každú poruchu prístroja vedúca sestra alebo úseková sestra odošle na oddelenie ZT, kde problém riešia.

Organizačné zabezpečenie prevádzky na klinike

K významným činnostiam vedúcej sestry patrí personálne zabezpečenie pracoviska. Schopnosť viesť ľudí je pre vedúcu sestru profesionálnou nevyhnutnosťou. Každá klinika či oddelenie má svoju systemizáciu počtu miest pracovníkov – personálne a organizačné zabezpečenie prevádzky na úseku zdravotnej starostlivosti v UNB. V. interná klinika sa riadi vestníkom MZ SR 2008, čiastka 32-51. Na jednotke intenzívnej starostlivosti je v systemizácii 15 sestier, ktoré slúžia v trojzmennej prevádzke – tri sestry v celodennej zmene a tri sestry v nočnej zmene. V rannej službe sú: úseková sestra, sanitár rannej zmeny a celodennej zmeny. Sestry na JIS sú absolventky špecializačného štúdia intenzívnej starostlivosti. Na oddelení, kde je tridsať pacientov je jedna úseková sestra, dve sestry v celodennej i nočnej zmene. Na oddelení s deväťnástimi pacientmi je jedna úseková sestra a dve sestry v celodennej zmene. V nočnej je jedna sest-

ra a jedna zdravotná asistentka. Na gastroenterológii je desať endoskopických sestier s certifikátom, ktoré slúžia príslužby. Táto systemizácia vychádza z vestníka MZ SR, kde je personálne zabezpečenie na internom oddelení nasledovné: jedna sestra pripadá na desať pacientov v dennej zmene a na osemnásť pacientov jedna sestra v nočnej zmene. Na JIS – jedna sestra na troch pacientov. Prerozdelenie pracovníkov s rozličným stupňom vzdelania v trojzmennej prevádzke je významným prínosom, pretože cieľom je prerozdeliť niektoré činnosti sestier medzi nižší zdravotnícky personál. Ide o výkon mechanickej očisty nástrojov a následnú prípravu nástrojov na sterilizáciu, mechanickej dezinfekciu, prípravu obväzového materiálu, o doplnenie infúzných roztokov atď. Uvedený fungujúci systém práce a kompetencií jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníkov výrazne napomáha k zvyšovaniu kvality poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Tímová práca na úrovni kliniky

Každý manažér je zodpovedný za to, aby jeho tím pracoval čo najlepšie. Tím je skupina ľudí s rozdielnym profesijným alebo kvalifikačným pozadím, kde všetci spoločne pracujú na splnení určitého cieľa. Členovia ošetrovateľského tímu vykonávajú činnosti, ktoré spolu úzko súvisia, čím medzi nimi vzniká určitý stupeň závislosti. Optimálne fungujúci tím sa vyznačuje obsadením všetkých tímových rolí, ktorými sú: koordinátor – vedúci tímu, tímoví hráči – udržiavajú tímového ducha, špecialista – vyniká nad ostatnými, humorista – humor je korením života. Manažér musí pochopiť podstatu sociálnej skupiny, ktorá je štruktúrou s určitými normami, hodnotovým systémom a ideálmi. Členov skupiny manažér motivuje, povzbudzuje, vytvára pocit spolupatričnosti a lojality. V zdravotníctve sestry vo vedúcich pozíciách plnia mnoho bežných operatívnych úloh.

Pohybujú sa v atmosfére ľudského utrpenia a strachu, z čoho vyplýva zvýšená miera stresu. Preto musia vedúce sestry zvládať predovšetkým svoj stres a pomáhať ho zvládať i svojim podriadeným (Gulášová, 2007). Tímová atmosféra a tímový prístup k práci sú jednou zo základných podmienok efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti na klinikách, oddeleniach.

Motivácia v manažmente ošetrovatelstva

„Motiváciu chápeme ako ochotu niečo robiť.“ (Hekelová, 2012) „Motivácia je vôľa konať (z latinského „movére“ pohybovať sa). Spoločným znakom je charakteristický psychologický proces ovplyvňujúci vnútorné pohnútky – motívy, ktoré usmerňujú správanie človeka. **Motív** je pohnútkou, určité správanie a konanie človeka. Motívom sú potreby, pudy, túžby, inštinkty, ideály, povinnosti. **Pracovná motivácia** je súbor motívov k práci, vo vedomí človeka. Má mnohohodimenzálny charakter. Ak sa aktivujú motívy človeka na vonkajšie podnety, ovplyvňujú jeho správanie a nazývame ich stimul alebo **motivátor**. Motívy rozdeľujeme na *vonkajšie*, ktoré pôsobia z prostredia, napr. spravodlivá odmena, sociálne výhody, pracovné podmienky. A na *vnútorné*, ktorými sú pocit úspechu, potreba vzdelávania, potreba urobiť dôležitú prácu, aspirácie, potreba dokázať svoje schopnosti, ďalej osobné hodnoty, ideály. Motivátorom v ošetrovatelstve môže byť okrem vyššej mzdy aj prestížny titul, funkčné zaradenie, „tvrdá práca“, ak je odmenená. Manažér ošetrovatelstva môže motivovať tím pomocou stimuloval a tím vyvolať chuť angažovať sa pri plnení úloh. V pracovnej motivácii vzniká tzv. motivačná bariéra. K vonkajším motivačným bariéram patrí negatívne pôsobenie pracovného prostredia, narušenie interpersonálnych vzťahov, zlá sociálna atmosféra, nevhodné správanie vedúcich pracovníkov, neriešenie konfliktov, zlý systém hodnotenia a odmeňovania. K vnútorným motivačným bariéram patrí nepripravenosť na

riešenie úloh, nezvládnutie osobných problémov, nesúlad osobných záujmov.“ (Kilíková, Jakušová, 2008, s. 134). Medzi nové techniky motivácie personálu môžeme zaradiť: ponechanie relatívnej samostatnosti pri dosahovaní cieľov, prejavenie dôvery delegovaním kompetencie a právomoci, podporovanie tímovej práce, poznávanie hodnotovej orientácie pracovníkov, vyberanie vhodných foriem, metód a postupov pre odborný rast, porozumenie potrebám podriadených, zistenie, čo pracovníci očakávajú od svojej práce (Gulášová, 2007). „Konečným dôsledkom procesu motivácie je uspokojenie.“ (Sedlák, 1998).

Hodnotenie pracovníkov a pracovného výkonu

„Hodnotenie predstavuje schopnosť vytvoriť si názor, napr. hodnotenie možných dôsledkov určitého postupu a následné rozhodnutie.“ (Závodná, 2005, s. 39). Hodnotenie pracovníkov je jednou z najdôležitejších a súčasne najzložitejších personálnych činností. Medzi kritériá hodnotenia pracovníkov patrí zohľadnenie funkcie, zmysel a cieľ.

„Vyhodnocuje sa plnenie pracovných úloh, osobnosť pracovníka.“ (Lepiešová, 1996)

„Hodnotenie pracovného výkonu pomáha zlepšovať a zvyšovať výkonnosť, motivuje pracovníkov, podporuje osobný rast. Ale zaručuje i konštruktívny prístup v oblasti, kde treba niečo zlepšiť. Spätná väzba má pomôcť pochopiť nedostatky, čo má za následok produktívnejšiu a efektívnejšiu výkonnosť.“ (Škrála, Škrlová, 2003). Osobné hodnotenie zamestnanca, ktoré manažér ošetrovateľstva alebo vedúca sestry prehodnocuje dvakrát za rok, spočíva v hodnotiacich kritériách, ako sú: konanie v intenciiach etických noriem, spoľahlivosť, svedomitosť a presnosť pri riešení pracovných úloh, dôsledné využívanie pracovného času, racionalizácia vlastnej práce, iniciatívnosť, dlhodobá stabilná výkonnosť, ochota zastupovať, dlhodobá kvalita práce. Ukazovateľ pracovných postojov sa v prežívaní sestry prejavuje celkovým postojom k práci, ktorý sa nazýva spokojnosť s prácou. Ďalej sú to postoje k rôznym aspektom práce, ktoré sa týkajú jej pracovných činností, pracovných podmienok. Za sestru s dobrým výkonom sa považuje sestra, ktorá je spokojná so svojou prácou, čo sa potom premieta v kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

„Ku kvalitnému manažovaniu ošetrovateľskej starostlivosti pa-

trí i sledovanie postojov zdravotníckych pracovníkov k práci a ich spokojnosť s prácou. Preto sa spokojnosť sestier v pracovnom procese považuje za významný faktor.“ (Gulášová, 2006).

„Pracovná motivácia je jedným z kľúčov na dosiahnutie dlhodobej prosperity zariadenia a pracovníkov. Dobre motivovaní pracovníci majú jasne určené ciele.“ (Ivanová, 2012). Medzi stimuly pracovníkov patria: finančná odmena – je považovaná za hlavný stimulačný prostriedok, ktorý je tiež dôležitý z existenčných dôvodov; náplň práce – nie je u všetkých pracovníkov rovnaká, záleží od orientácie na úspech; atmosféra v tíme – interpersonálne vzťahy na pracovisku; nefinančné hodnotenie a motivácia – povzbudzuje a motivuje pracovníkov (patrí sem pochvala, uznanie, ocenenie, spolupatričnosť s tímom, osobný príklad manažéra, dodržiavanie sľubov, možnosť ďalšieho vzdelávania, ochota pracovníkov robiť i menej ohodnotenú prácu, ak ich to baví, úspech a pokrok, možnosť sebarealizácie, pracovné prostredie); stotožnenie sa s prácou a profesiou v súčinnosti so zariadením, kde pracovník vykonáva prácu.

„Výkon pracovníka je úzko spätý s motiváciou. Demotivovaní pracovníci trpia nedostatkom sebadôvery a boja sa kritiky, spôsobujú zlé interpersonálne vzťahy, sú prirodzene leniví, nemajú dostatok informácií.“ (Hekelová, 2012).

Záver

Ošetrovateľský manažment je aplikovanou vednou disciplínou, ktorá upevňuje postavenie sestry manažérky v spoločnosti. Zároveň má za cieľ naučiť sestry manažérskym činnostiam, ktoré sú kľúčové na všetkých stupňoch riadenia. Súčasná doba si vyžaduje sebavedomých, zodpovedných a profesionálne zdatných osobností v riadení ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje proces, ktorý spĺňa očakávania pacientov vzhľadom na ich uspokojovanie potrieb a holistický prístup. Spokojní zamestnanci sú dobrou základňou pre zlepšovanie a zvyšovanie kvality poskytovania služieb.

Literatúra u autoriek

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

Talley

VENTURI®

KOMPLEXNÍ SYSTÉM PODTLAKOVÉ LÉČBY RAN

pěnové i gázové krytí ran

tři typy přístrojů:
dva pro klinické použití
jeden minimalistický pro domácí použití

velmi tichý chod

MEDITECH®
prodej a servis lékařské techniky

Svatopetrská 7, 617 00 Brno
Česká republika
Telefon: +420 545 422 911
Fax: +420 545 422 916
sales@meditech.cz

www.meditech.cz

Edukace pacientů zaměřená na racionální výživu a na udržení optimální hmotnosti

Komplexní léčba chronického onemocnění zahrnuje celou řadu aspektů, mezi nimiž hrají významnou roli i psychoterapeutické prvky v nejširším pojetí. Vytvoření dobrého terapeutického vztahu mezi nemocným a jeho ošetřujícím lékařem, a v případě hospitalizací také mezi ním a personálem příslušného oddělení, je základním předpokladem pro dobrou spolupráci, zejména pro *compliance* pacienta.

Je nutné si uvědomit, že nemocný vidí svůj celkový problém v jiném světle než ošetřující personál. Koncept *illness* a *disease* tyto pohledy celkem dobře rozlišuje. Do češtiny jsou oba pojmy překládány trochu nemotorně jako stonání a porucha; mám však za to, že pro naše účely je lepší zachovat původní anglické termíny. Již před několika desetiletími charakterizoval stručně rozdíl mezi těmito dvěma pojmy Eric J. Cassel, když řekl, že „*disease je něco, čím trpí orgán, zatímco illness je to, čím trpí člověk*“.

Co je *illness* a *disease*

Přestože je tento aforismus výstižný, je užitečně objasnit rozdíl mezi oběma pojmy přesněji. Pojem *disease* odkazuje skutečně na porušené procesy probíhající v organismu, na vědecky prokázané biologické změny, které je potřeba

upravit pokud možno do fyziologického stavu různými medicínskými léčebnými postupy. *Illness* popisuje subjektivní zkušenost postiženého se změněným zdravotním stavem, jeho bolesti, slabosti, poruchu funkce, distres, sociální důsledky, psychickou nepohodu, prostě ty pocity, které člověka vedou k tomu, aby vyhledal pomoc.

Zatímco ve většině oborů se lékař zaměřuje především na koncept *disease*, sestra má k nemocným daleko blíže a předpokládá se, že bude mít dokonce větší vnímavost, více pochopení a také více možností k přímému ovlivnění konceptu *illness* a tím také k účinnějšímu psychoterapeutickému působení. Psychoterapie jednoznačně směřuje k nějaké změně vedoucí povšechně ke zralejšímu, a proto zdravějšímu přístupu k sobě i k okolí. Má k tomu nejrůznější prostředky –

od hlubinných postupů odhalujících některé nevědomé obsahy po direktivní přístupy požadující jasné změny v chování. Sem můžeme počítat také edukaci jako metody jednak objasňující nepříznivé a škodlivé prvky přispívající ke vzniku a udržování chorobných stavů, jednak pedagogicko-psychologické metody nabízející zdravé způsoby, jejichž přijetí a automatické zařazení do každodenního programu nastavuje pacientovi zdravý životní styl, který mu pomáhá udržet remisi.

Jak uvádí Juřeníková ve své publikaci *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi* (Grada, 2010), „*pojem edukace je odvozen z latinského slova educare, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince*“.

Učení a výchova spolu úzce souvisí, nelze vychovávat bez poučení. Učíme se všichni neustále, jedná se o proces probíhající od narození jedince až do jeho smrti. Někdy bezděčně při sledování, poslechu a zkoušení nových věcí, někdy úmyslně a cíleně, například při učení druhého jazyka. V případě edukace je učení smysluplně zaměřené na změny chování, které povedou ke zlepšení zdravotního stavu pacientů, jejich vztahů s druhými lidmi, zlepšení pracovní schopnosti i možnosti sehnat si zaměstnání a nakonec také zlepšení kvality života. Je tedy možné říci, že edukace je jistou formou nespecifické podpůrné psychoterapie prováděná i sestrou, která neprošla psychoterapeutickým výcvikem, jejímž cílem je změnit dosavadní postoje a chování pacienta žádoucím směrem. Edukace také zlepšuje vztahy pacientů se sestrou, která během ní projevuje jak svou kompetenci, tak empa-



Ilustrační foto: Shutterstock

ti. Tím, že se edukace prováděná sestrou zaměřuje více na každodenní životy nemocných, nejen doplňuje „vědeckou“ edukaci lékaře, ale praktickým způsobem ji rozšiřuje a často šije na míru konkrétnímu pacientovi.

Edukace zaměřená na racionální výživu

Pracuji na oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, které je specializováno na léčení pacientek a pacientů trpících bipolární afektivní poruchou (F31) a příbuznými stavy. Dodržování všech zásad léčebného režimu je u těchto nemocných jednou z klíčových podmínek zachování co nejdélejší remise a pobytu v přirozeném domácím prostředí. Vzhledem ke specifickému charakteru onemocnění, které zasahuje do všech oblastí pacientova života, je edukace nedílnou součástí komplexní léčby. Pomáhá v opravdu nelehkém úkolu, a to aby pacient dokázal naplno přijmout skutečnost chronického onemocnění a s tím také všech důsledků, které z něho vyplývají, počínaje nutností dlouhodobé, ne-li doživotní farmakoterapie, a konče řadou ne vždy příjemných režimových požadavků. Nežádoucím účinkem většiny psychofarmak je zvýšená chuť k jídlu a přírůstek hmotnosti, které jsou u části pacientek a pacientů enormní (20 kg za rok). Důraz na stravovací zvyklosti je proto namístě. Je známo, že na většinu lidí, ať zdravých či nemocných, motivač-

ně působí daleko silněji hrozba nadváhy než hrozba pozdních následků nezdravé výživy. Pod touto vlnkou je vedena též naše edukace. Její zásady a konkrétní kroky jsem s týmem sester postupně vypracovávala, zkoušela a nakonec otevřila v rámci bakalářské práce. Od té doby na oddělení tento systém rutinně používáme. Problém nadváhy a obezity je problémem většiny české populace, proto nabízíme svůj postup také ostatním pracovištím jako osvědčený a v mezích možnosti také účinný. Nepochybujeme o tom, že je víc než žádoucí edukace opakovat, což by ale už mělo být zájmem samotných pacientů. Zdravotnická zařízení by jen měla umožnit přístup k takovýmto opakovacím kurzům.

Edukace prováděné sestrou tematicky navazují na předchozí edukace prováděné lékařem. Problematice racionální výživy je tak věnováno na našem oddělení celkem 5 hodin (2 lékaři + 3 sestry). Jednotlivá témata shrnutá pod stanovení cílů zdravého životního stylu jsou:

- výživová doporučení, BMI, potravinová pyramida, nákup jídla,
 - rady pro dobré stravování, vláknina, cukry, tuky, dotazník stravovacích návyků,
 - ovládání hladu, taktiky ke zlepšení stravovacích zvyklostí.
- S vědomím, že edukace musí působit na racionální i na emoční část psychiky a že nové znalosti nestačí se jen naučit, ale je po-

Návrh edukačního plánu

Edukační potřeba: deficit sebekpěče při jídle a stravování (00102) u pacientů s bipolární afektivní poruchou

Počet lekci: 1 lekce

Téma lekce: výživová doporučení - BMI, potravinová pyramida, nákup jídla

Cíl edukace: pacient dokáže sestavit jídelníček na jeden týden podle zásad racionální výživy a zdůvodnit zařazení zvolených potravin

Edukátor lekce: všeobecná sestra

Edukant lekce: 8 – 10 pacientů s bipolární afektivní poruchou

Délka konání lekce: 45 minut

Edukační forma: skupinová

Edukační prostředí: terapeutická místnost oddělení 27, 1. patro

Edukační metody: metoda mluveného slova (přednáška, diskuse), metoda tištěného slova (brožura, edukační karty)

Edukační pomůcky: papír, tužky, pastelky, lepidlo, obrázky potravin a nápojů z časopisů, nůžky

Osnova edukační lekce:

1. teoretické seznámení skupiny s danou problematikou
2. posouzení celkové atmosféry ve skupině
3. motivační rozhovor
4. zjištění aktuálních potřeb, znalostí a dovedností pacientů
5. přednáška na danou problematiku
6. práce s edukačními kartami
7. zpětná vazba – samostatná práce pacientů při tvorbě potravinové pyramidy

Kdy a jak nakupovat

- Potraviny jděte nakupovat, když jste sytí a syté. Nejlépe po dobrém obědě.
- Vypracujte si seznam nutných potravin a toho se držte jako klíště.
- Kupujte skutečně jen to, co je na něm vypsané.
- Dopřejte si ale kvalitní zboží, neodbývejte se.
- Dodržujte-li drsná pravidla, není místo na falešnou skromnost.
- Kreditku nechte doma a vezměte si jen hotové peníze.
- Těch jenom tolik, kolik přibližně odpovídá položkám na seznamu.
- Hrdě přehlížejte všechny AKCE a podobné pasti na kupující.
- Uvědomte si, že nikdo vám nedá slevu zadarmo.
- Vyhňte se regálům se sladkostmi.
- Vyhňte se nákupu potravin, které se musí ještě dnes zkonsumovat.
- Vyhňte se z dálky uzeninám a nejširším obloukem těm levně.
- Spočtete si, co do nich výrobce nacpal, když je prodává tak levně.
- Doma všechno uložte, pochvalte se a zazpívejte vítězný chorál.
- Dostanete-li „chutě“, napijte se kohoutkové vody bez dalších přísad. Hlad je často jen „převlečená žízeň“.

třeba zapracovat je do životního stylu, volíme pro tento program zčásti hravou formu s tím, že pacienti sami vytvářejí své edukační karty, které si ponechají jako připomínku. Ukázka programu jedné takové hodiny je v boxu „Návrh edukačního plánu“, ukázka jednoho edukačního návodu v boxu „Kdy a jak nakupovat“. Při edukaci dbáme na to, aby všechny požadavky byly uváděny jako pozitivní přání (budu), nikoli jako zákazy, protože víme, že každé „ne“ vlastně ponouká posluchače, aby zákaz překročili. Zásadně tedy: „Budou jíst zeleninu a vyhnou se tím sladkostem.“, nikoli: „Nebudou jíst čokoládu.“ Vzhledem k tomu, že skupina mívá kolem deseti členů s různou úrovní IQ i vzdělání, je třeba všechny požadavky formulovat jako **3 J**: jasně, jednoznačně a jednoduše. Tak, aby jim porozumělo osmileté dítě.

Důležitá je motivace

Důsledně dbáme na to, aby jednoznačnost úmyslu byla vyjádřena také verbálně, a hlídáme všechny potenciální úniky od předsevzetí, které se projevují zejména ve formulacích obsahujících *snažení, pokoušení se a „bychy“*, tedy podmiňovacím způsobem (který v sobě nese nevyřčenou podmínku a ta se může jako překážka vynořit kdykoli). Člověk, který si slíbí, že se bude snažit, neslibuje, že tu či onu věc udělá. Buďte se snažit, a hleďte, ono to zase nevyšlo...

Necháváme pacienty diskutovat a vznášet námítky, protože víme, že pokud program jen odkývají a vnitřně nepřijmou, jsou – jak píše svatý Pavel – jen kov zvučící, zvon znějící. Všichni také musí vědět, že tyto změny podstupují pro sebe, ve svém zájmu, ne snad proto, aby vyhověli zdravotníkům nebo se dostali dřív domů. Aktivně se ptáme

na to, jaká pokušení na ně budou čekat, jak jim odolají a jak se za to odmění. Připomínáme, že jídlem se často řeší stresové napětí a že je třeba najít jiné cesty. Také přímo upozorňujeme na psychotropní účinky čokolády, která je velice často konzumována nejen pro chuť, ale spíše pro své anxiolytické a bolest duše zmírňující účinky. Tudy se nám téma provazuje s dalšími psychotropními látkami a dává nám možnost upozornit na to, že alkohol má plno kalorií a po kanabisu že roste chuť k jídlu.

Otázka „kdo mi v tom pomůže“ otevírá současně problematiku domino efektu, kterou s sebou každá změna nese. Dostáváme se tedy do vztahové oblasti pacientů, která bývá značně poznamenána důsledky předchozích psychopatologických symptomů a skutků. Protože společně jídlo je silný sociální fenomén, vynořuje se v této souvislosti i budoucí struktura mezilidských vztahů, kterou bychom mohli nazvat „s kým budu stolovat“. Tedy kdo z mých blízkých je vlastně mým spojencem, neboť automaticky se nabízí i rub této otázky „komu bude lepší se vyhnout“.

Dobry příklad imaginace

Motivační postupy vymýšlíme co nejpestřejší, nechali jsme se inspirovat Honzákovou publikací Svěpomocná příručka sestry (Galén, 2015, autor pracuje na našem oddělení, takže jsme měli k dispozici již rukopis). Imaginace, kterou nabízí, odpovídá hravě poloze našich sezení, a tak je v drobné úpravě neváháme použít:

Vezměte dosažení své celoživotní figury jako příjemnou zábavu, zahoďte představou, že je to trápení, nahraďte ji představou, že to je děsná legrace. Začněte tím, že na startu budete výsostně spokojena s tím, jak vypadáte dnes, a řek-

něte si, že teď budete hrát roli té, kterou budete za krátký čas. Do role patří všechny detaily. Dnes perfektně zvládáte roli, kterou v životě zastáváte, víte, že se v ní dělá to a nedělá ono. Celou řadu věcí děláte už zcela automaticky, už na to nemyslíte... Naučila jste se to za poměrně krátkou dobu. Kdýbyste se rozhodla hrát roli královny, budete chodit důstojně a pomalu, také se v ní vyvarujete některých činů, nebudete si třeba utírat nos do rukávu, to královny nedělají, ani nebudete oslovovat své poddané ošklivými jmény a už vůbec ne sama sebe, protože na to, abyste přivykla důstojnému jednání a vznešenému vystupování, musíte se také k sobě chovat důstojně. Určitě ne tak, jak je uvedeno ve výsledcích internetové ankety, která se ptala: Dokážete se přejít, až je vám zle? Výsledky internetové ankety z 20. 4. 2013 (více než 1000 odpovědí): Nikdy 22,7 %. Párkrát se mi to stalo, třeba o Vánocích 31,3 %. Bohužel, občas se mi to stává 46,0 %. Vžijte se do toho, co dělá štíhlá žena, kam chodí jíst a jak tam jí (a jak tam nejí) osoba, kterou představujete a kterou za šest neděl (ano!) budete. Dá si spíš tohle, nebo naopak támhleto? Dá si to na velkou mísu, nebo na malý talířek? Baví se u jídla, nebo hltá? Pohybuje se

tam rychle, nebo pomalu? Usmívá se? Dopřeje si nějakou radost místo druhého chodu? Jakou radost? Naučte se dělat si drobná potěšení, která vás rozptýlí a přinesou příjemný pocit. Umíte se pochválit? Odměnit? Ne? Učte se to, naučte se to! Každý den si uvědomujte, co vás potkalo pěkného. Naučte se mít potěšení z pohledu na své tělo. Ono vám to brzy vrátí i s úroky. Že jsou na něm ještě nějaké faldíky? Vždyť je to docela hezké! Užijte si je, dokud tam jsou, zítra na ně budete už jen s lehkým úsměvem vzpomínat. Usínejte s představou, že se pomalu a jistě měníte, jako ta housenka, co z ní bude motýl. Představujte si, že jste malá holka (kterou jste kdysi byla v šesti letech), která dorůstá do té správné postavy. Vydržte u toho alespoň deset minut. Chcete příklad, inspiraci? Zde je: Líza Doolitlová – My Fair Lady. Tajemství jejího úspěchu spočívalo v tom, že chtěla. Stačí tedy opravdu chtít. To, co dokázala ona, dokážete také. Hraj zvolenou roli tak dlouho, až se jí opravdu staneš.

Metodiku edukačních postupů, jejíž jednou součástí je také zde citovaná edukace zaměřená na racionální výživu a zdravé stravování, jsem vypracovala v rámci bakalářské práce „Vliv

edukace jako součásti terapie pacientů s bipolární afektivní poruchou“ (2013) a na oddělení tento systém několik let úspěšně používáme.

Aby bylo jasné, nakolik si pacienti odnášejí změněné názory a nakolik lze předpokládat, že je uplatní, provedla jsem pilotní šetření u 48 po sobě propouštěných pacientek a pacientů, kteří mi na požádání vyplnili dotazník o 24 položkách, z nichž 6 bylo věnováno této oblasti. Význam pravidelného stravování považovali za důležitý 94 % respondentů, 81 % si dokázalo vypočítat optimální BMI, tentýž počet pacientů uvedl, že zná techniky na zvládnutí hladu, přičemž většina by volila zeleninu nebo ovoce. Nákupní seznam je ochotno sepsovat 77 % osob a za základní skupiny potravin z potravinové pyramidy považuje plných 100 % zeleninu a ovoce, 98 % obiloviny, mléčné výrobky a maso a 75 % sladkosti a také alkohol. Zde bude nutné zvýšit úsilí.

Bc. Lenka Hoffmannová, staniční sestra,
Psychiatrická nemocnice Bohnice,
lenka.hoffmannova@bohnice.cz

Záchrance mají pomoci „superzáchranáři“

Záchrankám v Česku chybí 400 lékařů, na jejich místa by mohli nastoupit superzáchranáři, kteří získají atestaci jako specialisté v oboru urgentní medicíny. Prvních pět absolventů již završilo tříleté studium atestační zkouškou, další ji mají skládat v listopadu.

Informoval o tom ředitel Záchrané služby hl. m. Prahy (ZZS HMP) Zdeněk Schwarz.

Až 85 % výjezdů v hlavním městě řeší záchranáři, zasahují i v situacích, kde byli dříve lékaři. Tížezdíjen k nejvážnějším případům. „Předpokládáme, že tito superzáchranáři budou použitelní v situacích, kde by standardní záchranář využit být nemohl a kdy nebude k dispozici lékař. Pakliže bude v těchto superzáchranářů, v budoucnu třeba v polovině vozidel, usnadní to práci dispečinku a vůbec

zajištění péče na území hlavního města,“ řekl Zdeněk Schwarz.

Více kompetencí

V Česku nastupují záchranáři do praxe po studiu vyšší nebo vysoké školy. Program celoživotního vzdělávání pro ně neexistuje. Na rozdíl od západních zemí, kde mají tři úrovně záchranářů s různými kompetencemi, mají v ČR všichni záchranáři stejné kompetence bez možnosti další specializace. Změnit to má vznik nového oboru urgentní

medicína, který posvětily ministerstvo zdravotnictví i vláda.

Nový obor podle vedoucího vzdělávacího střediska ZZS HMP Alana Mejstříka prohlubuje znalosti a dovednosti zdravotnických záchranářů. Převažuje praktická výuka se zaměřením na nácvik zajištění dýchacích cest, podávání léčiv, řešení mimořádných událostí s větším počtem zraněných, resuscitaci při zástavě srdce pomocí přístroje k automatické srdeční masáži. Běžní záchranáři tyto výkony samostatně provádět nemohou, superzáchranáři ano.

Širší kompetence a větší množství úkolů by podle ředitele měly být ohodnoceny vyšším platem, metodika stanovení platu zatím stanovena není. Bude záležet na managementu záchranných služeb, jak tyto odborníky zaplatí. Zdeněk Schwarz řekl, že k 1. červenci zvýší absolventům kurzu plat. Superzáchranáři mají záchranářský odznak doplněný nápisem specialista. V českém zdravotnictví pracuje kolem 2 tisíc záchranářů, podle ředitele Schwarze ale není cílem, aby všichni získali atestaci, protože by pak chyběli běžní záchranáři pro rutinní zdravotnickou práci. (ČTK, kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Brother tiskárny štítků pro využití ve zdravotnictví a laboratořích

Brother tiskárny štítků série QL jsou chytrými pomocníky nejen do zdravotnických zařízení a laboratoří. Profesionální tiskárny řady QL se softwarem pro návrhy štítků, připojením k počítači a ke čtečce čárových kódů jsou vhodným řešením pro efektivní označování, evidenci a sdílení informací v rámci pracovních skupin. V současnosti nachází své uplatnění zvláště v tuzemských zdravotnických zařízeních, laboratořích a vědeckých pracovištích.

Produktová řada QL používá technologii

přímého termotisku, přičemž tisk probíhá na papírové samolepící štítky. V nabídce jsou buďto kontinuální role různých šířek (12, 29, 38, 50, 62 a 102 mm) s návinem 30,48 m, a nebo předdefinované formáty štítků různých rozměrů. Z nabízeného sortimentu je možné si vybrat takový štítek, který nejlépe vyhovuje konkrétním potřebám, s ohledem na požadovaný formát, materiál a jeho přilnavost. Základním softwarem, který je součástí dodávky u modelů připojitelných



k PC, je program P-Touch Editor. Jedná se o propracovaný SW pro editaci a návrh štítků. Modely řady QL lze standardně připojit k počítači přes USB port u vyšších modelů je k dispozici ethernetový port pro síťové sdílení tiskárny.

Modely řady QL tisknou ve vysokém rozlišení 300 dpi a s rychlostí až 69 štítků za minutu. Standardně jsou vybaveny USB rozhraním, vyšší modely pak ethernetovým portem a automatickým odstřihem.

Tiskárny štítků PŘEHLED A POŘÁDEK

Benefity

- rychlý a flexibilní tisk štítků na míru
- profesionální vzhled štítků
- tisk čárových kódů a jiných dat důležitých pro organizaci práce
- možnost sdílení tiskárny štítků v rámci pracoviště
- snadná obsluha a variabilita



Implementace do IT prostředí nemocnic a zdravotnických zařízení

Tiskárny štítků Brother nacházejí uplatnění i v českých nemocnicích, kde jsou například využívány při elektronické komunikaci mezi klinikami a laboratořemi, konkrétně na tisk štítků s čárovým kódem, kterými jsou jednoznačně identifikovány odběrové zkušavky zasílané do laboratoře. Pomocí čárového kódu, tištěného na straně kliniky, je možné na straně laboratoře načítat došlé požadavky

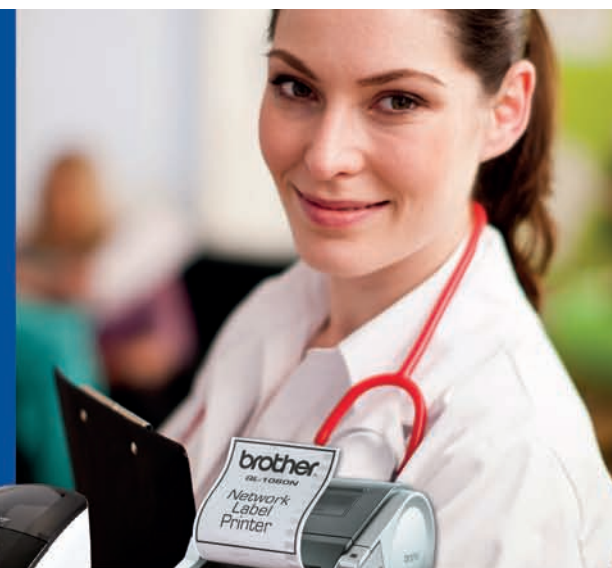
elektronicky pomocí čtečky čárových kódů. Díky bohatému funkčnímu i programovému vybavení lze tiskárnu štítků okamžitě implementovat do stávajícího IT prostředí nemocnice. Žádanka společně s průvodkou a štítkem tak omezuje chyby způsobené lidským faktorem (přepisování rodných čísel z papíru do IS atd.). Systém štítků reprezentuje automatizaci příjmu na straně laboratoře (úspora personálních zdrojů), možnost vynucení zadání povinných položek na žadance, sjednocení parametrů odběrů pro všechny kliniky

(zrušení výjimek), elektronický přehled žadatelů (kdo, kdy, koho, o co žádal) apod.

Proč tiskárny štítků Brother?

- přední japonský výrobce s více než 25-ti letou zkušeností v oboru
- vysoká spolehlivost a odolnost tiskáren
- 3 roky záruky
- široký sortiment pásek

Společnost Brother nabízí do prostředí lékařských zařízení a laboratoří i další produktovou řadu, a sice řadu tiskáren štítků PT. Tyto tiskárny tisknou na extrémně odolné laminované pásky, a proto jsou vhodné zejména na potisk a označování zkušavek v laboratořích a ordinacích lékařů.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v červeném a následném letním dvojčísle naleznete články věnující se novinkám v léčbě vybraných zhoubných nádorů – karcinomu prsu, ovaria a kolorekta. Jakkoli se blíží čas dovolených a odpočinku, poletovat v otázkách prevence, důrazu na časnou diagnostiku a včasné zahájení léčby šité na míru individuálnímu pacientovi není možné. Výskyt zhoubných nádorů stále narůstá. Přestože v posledním desetiletí došlo k významnému zdokonalení diagnostických možností a vývoji nových, cílených

léků, které umožňují efektivně léčit zhoubné nádory s dříve infaustní prognózou, některá zhoubná onemocnění jsou stále zachycována v pokročilém a léčebně špatně ovlivnitelném stadiu. Na vině přitom zdaleka není jen charakter nádoru – který se v některých případech nemusí dlouho klinicky projevit –, ale především podceňování prevence, ať už se jedná o zdravý životní styl či účast na pravidelném screeningu rakoviny prsu, děložního hrdla a kolorektálního karcinomu. Pomoci zlepšit tuto situaci

můžete i vy, zdravotníci, kteří jste v každodenním styku s pacienty. Ukazuje se totiž – jak se dočtete v dalším příspěvku věnovaném možnostem podpůrné homeopatické léčby v onkologii –, že mnoho pacientů ztrácí důvěru ve své lékaře. Nehovoří s nimi o alternativních a komplementárních metodách léčby, kterou mnohdy užívají, a to může mít za následek sníženou adherenci spojenou s nedostatečnou účinností léčby a zhoršenou kvalitou života. Uvedená skutečnost zdaleka neplatí jen pro onkologii. Nedostatečná adherence k léčbě trápí nejednu lékařskou specializaci. Přes

dostupné technologické a farmakologické vymoženosti, jako jsou například fixní kombinace léčiv, o nichž se zmiňujeme v „kardiologických příspěvcích“, nelze zapomínat na osvědčené a finančně nenáročné prostředky, jakými by měl být vybaven každý lékař. Je to schopnost naslouchat, efektivně komunikovat s pacientem o problému, řádně jej edukovat a v neposlední řadě akceptovat jeho preference a přání. Pacient, který má důvěru ve svého lékaře, bude jistě otevřenější aktivní spolupráci s lékařem než ten, kdo tuto důvěru z nějakého důvodu ztratil.

MUDr. Andrea Skálová

Novinky v léčbě karcinomu prsu

Karcinom prsu je nejčastější zhoubný nádor žen v České republice. V časných stadiích má zpravidla velmi dobrou prognózu. Diseminovaný karcinom prsu ale zůstává ve většině případů nevléčitelným onemocněním.

Úspěchy v léčbě

Přes stoupající incidenci klesá mortalita karcinomu prsu. Důvodem je zavedení mamografického screeningu a také účinná systémová adjuvantní hormonoterapie, chemoterapie i cílená léčba. O léčebném plánu v každém individuálním případě rozhoduje multidisciplinární tým. Zlepšují se možnosti chirurgické léčby. Rozšíření neoadjuvantní terapie znamená vyšší procento prs šetřících chirurgických výkonů spojených s lepší kvalitou života. Významným trendem chirurgických přístupů je i snížení radikalit a invazivity zákroku, jehož příkladem je odstraňování sentinelové uzliny u klinicky a ultrazvukově negativních axilárních uzlin.

Podle oxfordské analýzy se však i přežití pacientek s generalizovaným nádorem za poslední dvě dekády zdvojnásobilo. U části nemocných jde díky moderní léčbě o chronicky léčitelné onemocnění s dobrou kvalitou života. Rostoucí poznání mechanismů procesu karcinogeneze, rezistence k léčbě a nacházení nových účinných látek při

naší naději, že se šance nemocných na účinnou terapii ještě zlepší. Obrovský rozvoj zaznamenala i systémová léčba. Velký přínos v léčbě karcinomu prsu jak paliativní, tak adjuvantní představovalo zavedení taxanů (paclitaxelu a docetaxelu) již v 90. letech a jejich lépe tolerované varianty nabízející paclitaxelu v poslední době. Nové léky se díky systému klinického zkoušení nejprve objevují v léčbě metastatického onemocnění.

Hlavním cílem léčby metastatického onemocnění je prodloužení života pacientek, kontrola progresse onemocnění, zlepšení symptomů nemoci a kvality života.

Karcinom prsu je na základě molekulárně biologického vyšetření skupina různých nádorů s různou genézí, různou růstovou aktivitou, citlivostí k léčbě a také prognózou. Právě možnost přesného rozpoznání jednotlivých typů nádoru (luminal A, luminal B, HER2+, normal-like, basal-like) povede pravděpodobně k větší individualizaci léčby. Karcinom prsu je systémové onemocnění, které zakládá vzdálené metastázy čas-

to dříve, než je diagnostikován primární nádor. Proto je v případě karcinomu prsu tak významná systémová léčba.

Hormonální léčba a hormonální rezistence

Přibližně 65 % nádorů u premenopauzálních pacientek exprimuje hormonální receptory, u postmenopauzálních pacientek je to 80 % nádorů.

Nejčastějším důvodem ztráty účinku hormonální terapie u hormonálně dependentního karcinomu prsu je rezistence k hormonální léčbě, primární nebo získaná. Ta znemožňuje použití dosavadní hormonální léčby. Překonání této rezistence je možné změnou hormonální léčby s jiným mechanismem účinku nebo kombinací hormonální terapie s mTOR (mammalian target of rapamycin) – inhibitory, který může obnovit citlivost nádoru k hormonální terapii, jak to prokázaly výsledky studie fáze III Bolero-2.

Stav hormonálních receptorů je prognostickým ukazatelem, ale i prediktivním faktorem odpově-

di na hormonální léčbu. Všichni nemocní s hormonálně dependentním karcinomu prsu mohou z hormonální léčby profitovat.

Exemestan je steroidní inhibitor aromatázy a je v současné době indikován k adjuvantní léčbě hormonálně dependentního časného karcinomu prsu pomenopauzálních žen 5 let, nebo po 2 letech tamoxifenu (switch). Je určen též k léčbě generalizovaného karcinomu prsu s pozitivitou hormonálních receptorů.

Everolimus je inhibitorem proteinkinázy mTOR, multifunkční kinázy zprostředkující signální transdukci, jež se podílí na přenosu proliferčních stimulů a urychlení buněčného přechodu z fáze G1 do fáze S. Téměř 50 % pacientek s hormonálními receptory je primárně rezistentních k hormonální léčbě, v průběhu terapie pokročilého karcinomu prsu se pak téměř všechny nemocné dopracují k rezistenci získané.

Výsledky studií

V randomizované studii fáze 2 byl porovnáván neoadjuvantně poda-

ný everolimus s letrozolem proti letrozolu samotnému u pacientů s nově diagnostikovaným ER pozitivním karcinomu prsu. Odpověď na kombinaci byla vyšší než na letrozol samotný. Studie fáze III The Breast Cancer Trials of Oral Everolimus-2 (Bolero-2) měla posoudit účinnost a bezpečnost kombinace everolimu a exemestanu u pacientů s ER pozitivním karcinomu prsu, který již nebyl citlivý k léčbě nesteroidními inhibitory aromatázy. Everolimus a exemestan versus placebo a exemestan v poměru 2 : 1 byly podávány 724 pacientkám s hormonálně dependentním pokročilým karcinomu prsu, které progredovaly nebo recidivovaly při léčbě nesteroidními inhibitory aromatázy v adjuvanci či pro pokročilý karcinom prsu.

V rámci interim analýzy byl medián PFS hodnocen lokálními investigátory jako 7,8 měsíce ve skupině léčené everolimem a exemestanem a 3,2 měsíce ve skupině léčené exemestanem a placebem, HR = 0,45 (95% CI: 0,38–0,54) p < 0,0001. Medián PFS byl 11 měsíců a 4,1 měsíce, podle centrálního hodnocení (HR = 0,38 [95% CI: 0,31–0,48], p < 0,0001). Kombinovaná léčba tedy snižovala riziko progresse o 55 %. Přínos léčby byl nezávislý

ONKOLOGIE

na přítomnosti viscerálních metastáz a na předlčení pacientek chemoterapií nebo hormonální léčbou. Celkové přežití (OS) hodnocené po 39 měsících studie Bolero-2 v rámci sekundárního cíle studie nedosáhlo statistické významnosti. Rozdíl OS 4,4 měsíce (30,98 vs. 26,55 měsíce, HR = 0,89 [95% CI: 0,73 to 1,10]; p = 0,1426) je však v absolutním výsledku velmi uspokojivý, protože se jedná o nejdelší celkové přežití u paliativní hormonální léčby předlčených pacientek s karcinomem prsu. Nejčastějšími nežádoucími účinky léčby inhibitory mTOR jsou stomatitida, vyrážka, únava a průjem. K nejčastěji pozorovaným nežádoucími účinkům stupně 3 a 4 patřila stomatitida, hyperglykemie a slabost.

Kombinace hormonální léčby a inhibitoru mTOR je standardem léčby pacientek s metastatickým HER2 negativním karcinomem prsu s pozitivními hormonálními receptory.

Cílená terapie HER2 karcinomu prsu

Významný rozvoj zaznamenala cílená léčba karcinomu prsu především u podskupiny nemocných s overexpresí HER2 neu antigenu na povrchu nádorových buněk. Podle literárních údajů lze přibliž-

ně u 15–20 % karcinomů prsu prokázat overexpresi proteinu HER2 nebo amplifikaci genu HER2, který je současně prognostickým, ale i prediktivním markerem v léčbě karcinomu prsu. Pacientky s HER2 pozitivním karcinomem prsu mají horší prognózu s kratším přežíváním bez známek onemocnění, ale i s kratším celkovým přežíváním.

Trastuzumab prokázal svůj přínos v rámci prodloužení života nejen v paliativních, ale i adjuvantních a neoadjuvantních indikacích s významnou redukcí recidivou nemoci. Pacientky, které dostávaly v první linii paliativní léčby trastuzumab, měly signifikantně lepší prognózu (o 44 % nižší riziko úmrtí).

V paliativní léčbě se osvědčil i lapatinib, malá tyrosinkinázová molekula s dobrou průchodností přes hematoencefalickou bariéru, v poslední době využívaný i v nové indikaci v kombinaci s trastuzumabem. Hlavním problémem účinnosti cílené léčby je heterogenita nádoru, proto se kombinuje s chemoterapií, a rezistence k léčbě trastuzumabem. Proto byly vyvinuty nové molekuly s originálním způsobem účinku.

Pertuzumab je společně s trastuzumabem a docetaxelem standardem první linie léčby HER2+ MBC

na základě randomizované, dvojitě zaslepené studie fáze III Cleopatra, která byla určena pacientkám s HER2 pozitivním metastatickým karcinomem prsu. Nemocné byly randomizovány do dvou ramen k léčbě trastuzumabem a pertuzumabem s docetaxelem a nebo pouze docetaxelem, trastuzumabem a placebem. Při první analýze v roce 2011 bylo zaznamenáno prodloužení PFS o 6,1 měsíce. Při další analýze v roce 2014 byl rozdíl v celkovém přežití obou ramen 15,7 měsíce (56,5 vs. 40,8 měsíce). PFS se v současném hodnocení mezi oběma rameny liší o 6,3 měsíce. Přidání pertuzumabu nezvyšovalo kardiální toxicitu. Dopad kombinované léčby na celkové přežití je pozoruhodný o to více, že je mnohem významnější než prodloužení PFS, což je v klinických studiích u metastatického karcinomu prsu velmi neobvyklé. Předpokládá se, že kombinace pertuzumabu s trastuzumabem navodí dlouhodobou imunologickou kontrolu onemocnění. Delší sledování nezměnilo současné poznatky o bezpečnosti podávání pertuzumabu v kombinaci s trastuzumabem.

Standardem léčby po selhání trastuzumabu a taxanu je nyní **T-DM1-trastuzumab-emtansin**. Trastuzumab-emtansin je konjugátem protilátky trastuzumabu

a cytostatika (derivátu maytansinu). Mezinárodní, multicentrická, randomizovaná studie Emilia prokázala superioritu T-DM1 v srovnání s lapatinibem a capecitabinem ve druhé linii HER2+ lokálně pokročilého nebo metastatického onemocnění progresujícího na léčbě trastuzumabem. Léčba T-DM1 prokázala statisticky významné zlepšení v mediánu doby do progresu (9,6 měsíce vs. 6,4 měsíce) a celkového přežití (HR 0,62). Významná toxicita *grade* 3 a 4 byla častější v rameni s lapatinibem a capecitabinem. T-DM-1 je také nejvýhodnější variantou systémové léčby nemocných s generalizací v CNS.

Na studii Emilia navázala studie TH3RESA, kam vstupovaly již značně předlčené pacientky s HER2+ karcinomem prsu. Zde byl T-DM1 porovnáván s terapií podle výběru investigátora (nejvíce lékařů pokračovalo v režimu s trastuzumabem, někteří využili lapatinib, další možnosti bez cílené terapie byly ojedinělé). Tato studie také prokázala benefit plynoucí z léčby T-DM1 v mediánu PFS (3,3 vs. 6,2 měsíce). Po ukončení léčby ale následoval *cross-over* po progresi, což ztěžuje hodnocení celkového přežití.

Po selhání této terapie není indikace k další léčbě jednoznačná, nicméně platí, že pacientka profituje z anti-HER2 terapie po celou dobu léčby metastatického karcinomu prsu, proto je možné volit cytostatika v kombinaci s trastuzumabem, capecitabin s lapatinibem či kombinaci lapatinibu a trastuzumabu.

Mozkové metastázy

Významným problémem je také častá fatální komplikace karcinomu prsu s HER2 pozitivitou, totiž **vznik mozkových metastáz**. Léčebné možnosti zůstávají v případě metastáz v mozku omezené. Velkou překážkou pokroku je vyloučení těchto pacientek z mnoha klinických studií. Nemáme ani vhodné zvířecí modely pro studium mozkových metastáz. Přitom v průběhu metastazujícího HER2+ karcinomu prsu postihnou metastázy v CNS polovinu nemocných. Vyšetření CNS pomocí CT nebo MRI je doporučováno v případě centrálních symptomů, jako je bolest hlavy, problémy s pamětí, slabost, pohybové potíže atp. Medián celkového přežití u nemocných s CNS metastázami se pohybuje kolem 2 let. I u těchto nemocných ale došlo vlivem cílené léčby ke zlepšení. Výsledky klinických studií popřely mýtus, že trastuzumab vzhledem k velikosti své molekuly neprochází přes hemato-

encefalickou bariéru. Do mozkomíšního moku proniká také malá molekula lapatinibu nebo T-DM1. Lapatinib bariéru překračuje, v monoterapii je ale jeho účinnost velmi malá. Větší význam má jeho kombinace s capecitabinem, jak ukazuje například práce prof. Bachelota z roku 2011. Ta prokázala poměrně vysokou úspěšnost tohoto režimu u nemocných, které dosud nepodstoupily radioterapii CNS. Je to tedy léčebná možnost pro část pacientek s generalizací v CNS. V současné době je ale standardem terapie takových nemocných s T-DM1. Léčba mozkových metastáz je tedy obvykle kombinací lokální terapie – chirurgického odstranění metastázy nebo radioterapie v podobě stereotaktického ozáření gama-nožem nebo teleterapie mozku a systémové léčby, nejlépe v podobě T-DM1. Medián celkového přežití nemocných s metastatickým karcinomem prsu přežívající mnoho let.

Cytostatická léčba

Další nová cytostatika se do léčby karcinomu prsu zavádějí už jen zřídka. Takovou výjimkou je eribulin, který blokuje růst mikrotubulů, čímž znemožňuje dělení nádorových buněk. Na základě výsledků registrační studie je určen k léčbě pokročilého metastatického karcinomu prsu, předlčeného chemoterapií s capecitabinem.

Eribulin mesylát je inhibitor mikrotubulů netaxanového typu. Jedná se o syntetický analog halichondrinu B, což je přirozený produkt, který byl izolován z mořské houby *Halichondria okadaei*. V roce 2011 byly publikovány překvapivé výsledky III. fáze klinické studie Embrace. Studie srovnává léčbu eribulinem s léčbou zvolenou ošetřujícím lékařem u těžce předlčených pacientek s metastatickým karcinomem prsu. Pacientky byly předlčeny v mediánu 4 cykly chemoterapie. Objektivní léčebná odpověď byla 12 % u pacientek léčených eribulinem oproti 5% odpovědi u pacientek s léčbou zvolenou ošetřujícím lékařem (p = 0,002). Překvapivé byly výsledky v parametru celkového přežívání, které bylo i primárním cílem studie. Medián celkového přežívání byl 13,1 měsíce pro pacientky léčené eribulinem versus 10,6 měsíce (HR = 0,81; 95% CI: 0,66–0,99; p = 0,041). Přínos léčby byl zaznamenán ve všech podskupinách pacientek. Studie Embrace je

Základním předpokladem je dobrá výživa

Nové diagnostické a terapeutické možnosti významně zlepšily prognózu onkologicky nemocných, počet vyléčených pacientů i délku přežití. Značný podíl na zlepšení prognózy má nutriční podpora, která je významná pro udržení základních životních funkcí organismu, imunitních reakcí a celkového zdraví.

Unikátní nutriční průzkum onkologických pacientů, který proběhl koncem dubna na 42 českých onkologických pracovištích u vzorku více než 2400 onkologických pacientů, ukázal, že více než polovina těchto nemocných je během léčby ohrožena podvýživou a téměř čtvrtina z nich se nachází ve středním až extrémním riziku podvýživy. Kromě nádoru a jeho léčby je ztráta tělesné hmotnosti nejčastější zdravotní komplikací. Úbytek váhy o 5 % za 3 měsíce již může léčbu zkomplikovat. Hubnutí je během závažné nemoci velmi nežádoucí, většinou jde o ztrátu svaloviny včetně srdečního a dýchacího svalstva.

Od posledního výzkumu (2010–2012) se počet onkologických pacientů ve středním a vysokém riziku podvýživy zhruba o 5 % snížil. Zlepšení ukazuje, že se onkologové více věnují problematické výživě svých pacientů a mohou od roku 2013 předepisovat speciální přípravky klinické výživy. Pracovní skupina nutriční

péče v onkologii se velmi intenzivně zabývá edukací a osvětou onkologů v oblasti nutriční péče. Podle slov předsedy České onkologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Jiřího Vorlíčka, CSc., se kroky směřující ke zlepšení v této oblasti začínají zúročovat a přibývá pracovišť s uceleným přístupem k výživě nemocných.

„Zázračné preparáty“ nepomohou

Při onkologickém onemocnění se nedoporučuje radikálně měnit stravovací návyky a používat diety. Látky obsažené ve stravě velmi významně ovlivňují zdravotní stav nemocného, průběh léčby a zvládání průběhu onemocnění. V případě vegetariánství/veganství může být problematický nedostatečný příjem bílkovin. Bílkoviny z rostlinných zdrojů neobsahují všechny důležité a nezbytné aminokyseliny. Lidé dlouhodobě tento způsob stravování navykají by si měli zajistit dostatečný příjem bílko-

vin alespoň doplněním stravy o mléko a mléčné výrobky. Odborníci upozorňují i na úskalí konzumace potravinových doplňků a bylinných přípravků či interakce potravin a léčiv. Některé doplňky stravy či byliny (třezalka tečkovaná, jinan dvoulaločný, třapatka nachová, kozlík lékařský či žen-šen) mohou snižovat účinnost nebo zvyšovat výskyt nežádoucích účinků pro pacienta nezbytných léků. Účinnost některých léčiv mohou zásadně ovlivnit i třeba česnek, zelený čaj, červené víno, grapefruit, pomelo, káva či sója. Potravinami, doplňky stravy či bylinami může být ovlivněna např. hladina některých preparátů cílené biologické léčby. Onkologický pacient nebývá léčen pouze onkologicky, ale užívá i jiné léky. V důsledku působení bylin, potravinových doplňků či zmíněných potravin může být nebezpečně změněna i hladina těchto farmak. Vždy je proto nutné užívání těchto preparátů konzultovat s lékařem. (eta)

tak první velkou randomizovanou klinickou studií, která prokázala přínos studiové léčby v parametru celkového přežívání u skupiny těžce předléčených pacientek s metastatickým karcinomem prsu. Na základě těchto výsledků byl eribulin v ČR registrován pro léčbu metastatického karcinomu prsu. Nadějnou systémovou léčbou pro úzkou skupinu nemocných s BRCA1/2 mutací byly **PARP inhibitory** (Poly ADP ribozo-polymeráza), které ve studiích fáze I a II vykazovaly slibné výsledky. Ty ale zatím studie dalších fází nepotvrdily. V současné době probíhají studie fáze III s olaparibem a veliparibem, které by mohly významně rozšířit léčebné spektrum hereditárních nádorů.

Zlepšení podpůrné terapie

Velký pokrok zaznamenala i podpůrná léčba u nemocných s kostními metastázami. **Bisfosfonáty**, používané u generalizovaného karcinomu prsu, zlepšují skelet a snižují komplikace kostního postižení. Diskutuje se i o jejich protinádorovém účinku, jak naznačují některé studie v adjuvantní indikaci. Další novou, hojně indikovanou molekulou je protilátka proti RANKL (*receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand*) **denosumab**, která účinně blokuje destrukci kostí nádorem. Na základě

klinických studií se zdá, že nejen pro kostní zdraví, ale snad i pro prognózu nemocných je významná dostatečná hladina vitamínu D a tedy jeho suplementace.

Karcinom prsu je systémové onemocnění, to znamená, že nádor není ohraničen jen na prs, ale postihuje velmi časně i další orgány. Tato charakteristika ale platí ještě v širším slova smyslu, karcinom prsu totiž nenapadá jen tělo, ale také duši nemocné. Postihuje její děti, sociální vazby a narušuje partnerské vztahy. Za posledních deset let se zlepšila diagnostika, operativa, zlepšily se i možnosti systémové a podpůrné léčby. V tomto směru je karcinom prsu „šťastná“ diagnóza. Ale stále platí, že pro zvýšení pravděpodobnosti na uzdravení je klíčový časný záchyt nemoci, a to se v nejbližších 10 letech asi nezmění.

Karcinom prsu je modelovým příkladem, na kterém lze dokumentovat, jaký posun onkologie v poslední době zaznamenala, ať už jde o rozvoj cílené léčby, vývoj v molekularně-patologické diagnostice nebo přínos organizovaného screeningového programu. V neposlední řadě se zvýšil důraz na podpůrnou léčbu. To vše se pozitivně zobrazuje v poklesu úmrtnosti přes stoupající incidenci nádoru.

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.,

Onkologická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Na Bulovce se otevřelo nové tréninkové a dialyzační centrum

Unikátní tréninkové centrum a dialyzační středisko s odbornými ambulancemi pro pacienty s onemocněním ledvin otevřela v Nemocnici Na Bulovce Skupina B. Braun. Stavba budovy projektovaná architektem Ivanem Kroupou trvala 14 měsíců a přišla na více než 100 milionů korun.

Multifunkční tréninkové a vzdělávací centrum Aesculap Akademie je v ČR zcela unikátní. Jedna jeho část je vybavena celotělovým simulátorem s přístroji pro JIP. „Je o nejmodernější dvojvláknový model umělého člověka. V žilách mu koluje krev, má hmatatelný tep, dýchá, umí se potit, ale také kýchat, kašlat, krváčet, naříkat, cítí bolest a svaly se mu mohou stahovat v křečích,“ uvádí PharmDr. Jiří Lukeš z B. Braun. Trénink postupu lékařského týmu je přenášeno do tzv. debřífinkového sálu, kde frekventanti kurzu hodnotí postup kolegů. Druhou částí vzdělávacího pracoviště jsou laboratoře pro nácvik laparoskopických operací na 2D simulátorech a 3D robotickým laparoskopu Einstein Vision. Součástí pracoviště jsou také dialyzační přístroje, na kterých sestry trénují postupy u dialyzovaných pacientů, systém pro praktický nácvik ředění léčiv či péči o operační nástroje. Pavilon B. Braun Dialog je vybaven tak, aby v nejvyšší kvalitě a 3D zobrazení dokázal přenášet obraz i zvuk z kteréhokoliv pracovi-

tě na světě. „V každé školící místnosti je záznamové zařízení, které umožňuje tvořit krizové scénáře pro školící se zdravotníky. Systém umí pracovat s chytrými telefony i tablety,“ vysvětluje manažer Aesculap Akademie RNDr. Martin Kalina, Ph.D., MBA.

Dialyzační středisko

Také dialyzační středisko, které vzniklo v nové budově, je vybaveno nejmodernějšími technologiemi a především unikátním systémem úpravy vody pro dialýzu. „Systém Aquaboss vytváří ultračistou vodu, pro kterou platí tisícinásobně přísnější limit než pro standardní vodu pro dialýzu. Podobným způsobem se sterilizují například operační nástroje,“ popisuje vedoucí dialýzy, která sídlila v areálu nemocnice. K dispozici je prostor pro více než stovku pacientů. Dvě lůžka jsou v samostatných izolačních boxech pro případ dialýzy infekčních pacientů. Další dvě jsou uzpůsobena pro léčbu akutních pacientů. Centrum nabízí také čtyři nadstandardní lůžka. Do pavilonu se stěhují i nefrologická ambulance, ambulance pro peritoneální dialýzu a ambulance pro transplantované pacienty. V průběhu roku přibude ještě urologická ambulance a ambulance zaměřená na péči o rány. (red)



Foto: Andrea Skálová

Pražské herniologické dny 2015

Operace kýly je v České republice stejně jako v Evropě nejčastější chirurgickou operací – ročně je operováno více než 35 tisíc nemocných s touto diagnózou. Operovat lze laparoskopicky či zevním řezem, přičemž volba nejvýhodnější operace vyžaduje důkladné zvážení a odborné znalosti.

MeDitorial a Mladá fronta Events & Congresses uspořádaly ve dnech 21.–22. května 2015 v Praze v prostorách hotelu Ambassador – Zlatá Husa a Nemocnice Na Františku odbornou

konferenci k tomuto tématu s názvem „**Pražské herniologické dny 2015**“, s podtitulem „Plastika tříselné kýly: otevřené vs. laparoskopické přístupy“. Záštitu nad akcí převzala Česká hernio-

logická společnost (ČHS) – sekce European Hernia Society (EHS) a herniologická sekce České chirurgické společnosti.

Špičky v oboru

Po úvodu předsedy ČHS MUDr. Adolfa Gryga, CSc., zazněly v odborném programu přednášky 1. místopředsedy ČHS a člena poradního sboru výboru EHS MUDr. Tomáše Bureše (Problématica tříselné kýly), MUDr. Marka Buriana z Ústřední vojenské nemocnice v Praze (Praktické aspekty laparoskopického řešení inguinální hernie), 2. místopředsedy ČHS MUDr. Lukáše Kohoutka (Kýly v číslech – statistická data v ČR), člena výboru EHS zodpovědného za vědu a výzkum Macieje Smietanskeho, MD, Ph.D., z polského Gdaňsku (volné téma), lekto-

ra Evropského institutu pro telechirurgii ve Štrasburku prof. MUDr. Stanislav Czudka (Kýla na kolečkách – o kazuistice obrovské skrotální kýly) a MUDr. Petra Bystřického z Centra pro řešení kýly nemocnice Písek (Operation Hernia – česká mise EU v Africe).

Živý přenos ze sálu

Druhý den konference byl věnován pasivnímu workshopu, v jehož rámci účastníci prostřednictvím živého přenosu z Nemocnice Na Františku do konferenčního sálu sledovali jednotlivé operace s možností komunikace s operátery, kterými byli prof. MUDr. Stanislav Czudek a MUDr. Lukáš Kohoutek v prvním sále a Maciej Smietanski, MD, Ph.D., a MUDr. Marek Burian v sále druhém.



Maciej Smietanski | Foto: Andrea Skálová

Audiovizuální způsob komunikace mezi operátorem, lékařem přihlížejícími na sále a ostatními lékaři mimo operační sály byl všemi účastníky velmi kladně hodnocen a spojení teoretické části s náhledem do problematiky, následnou diskusí mezi jednotlivými odborníky a praktické části s operativou naživo v průběhu konference splňovalo vysoká kritéria chirurgických akcí. (red)



Přímý přenos operace | Foto: archiv pořadatele

ODBORNÉ AKCE

Homeopati mohou pomoci oborům, které to potřebují

Komplementární medicína, kam lze zařadit i homeopatii, má své místo v onkologii, paliativní medicíně a dalších oborech medicíny. Homeopatie coby účinná a šetrná metoda umožňuje pacienta doprovázet od stanovení diagnózy po terminální stavy a pomáhá mu vyrovnat se s nemocí vlastními silami. Uvedené pronesla francouzská lékařka-homeopatka dr. Christelle Besnardová-Charvetová v průběhu Jarního homeopatického semináře, který proběhl v polovině května v Praze.

Dr. Charvetová, specializující se na porodnictví a gynekologii, působila původně jako internistka v nemocnicích v Lyonu, později si otevřela soukromou praxi, v níž začala využívat homeopatickou léčbu. „Na začátku jsem zjistila, že homeopatické léky pomáhají pacientkám v přípravě na porod. Pacientky užívající homeopatia přicházely s dilatovanější brankou a měly obecně lepší průběh porodu. Později jsme prováděly četné studie, jejichž výsledky mě přesvědčily natolik, že jsem homeopatii zařadila mezi běžné přístupy k pacientkám. V rámci gynekologicko-porodnické praxe je v současnosti využívám například v léčbě poruch menstruačního cyklu, u problémů s početím, recidivujících mykóz, dysmenorey, endometriózy, polypů či k ovlivnění průběhu perimenopauzy,“ uvedla dr. Charvetová, která během let rozšířila svou specializaci o pod-

půrnou léčbu v onkologii a jako konzultantka se věnuje i paliativní péči.

Nejen ekonomické úspory

Francie je jednou z evropských zemí, kde je užívání homeopatie hojně rozšířeno a stoupá jak povědomí pacientů a lékařů o této metodě, tak zájem o homeopatickou léčbu. Homeopatické léky mohou pacienti obdržet i v rámci nemocniční péče, předepisovat je mohou také porodní asistentky a běžně jsou nabízeny v lékárnách. Všichni lékárníci absolvují vzdělání v homeopatii v rámci pregraduální přípravy. Lékaři se mohou vzdělávat v homeopatii na univerzitách a získat zde diplom. „Francouzská vláda vydala program, v němž prohlásila, že pacienti mohou využívat podpůrnou léčbu. Vláda užívání komplementární léčby podporuje, protože se ukázalo, že tato terapie snižuje náklady, nemá nežádoucí účinky a pacienti si ji žádají,“

vysvětlila dr. Charvetová. Komplementární medicína obecně je široce využívána například v Kanadě či USA, homeopatika jsou předepisována v řadě zemí světa a – možná překvapivě – nejvíce v Indii.

Pacienti tají užívání alternativní medicíny

Četné studie a průzkumy ukazují, že narůstá počet pacientů, kteří hledají pomoc v komplementární či alternativní medicíně. Mnozí přitom tuto skutečnost skrývají před svým lékařem. Z průzkumu publikovaného v roce 2007 v Bull Cancer vyplynulo, že 85 % onkologických pacientů užívá komplementární medicínu ve snaze snížit vedlejší účinky konvenční léčby a 78 % ve snaze posílit obranyschopnost organismu. Žádný z dotazovaných pacientů přitom neměl v úmyslu vysadit konvenční léčbu.

Francouzská studie IPSOS, provedená v roce 2012, ukázala, že z tisícovky oslovených respondentů jich 95 % někdy slyšelo o homeopatii a 66 % někdy užívalo homeopatika. Pro srovnání, v roce 2004 to bylo jen 39 %. Homeopatické preparáty volí lidé podle studie proto, že je považují za přírodní, účinné a bezpečné. Další studie ukázala, že 30–60 % pacientů postižených karcinomem se uchyluje ke komplementární medicíně, přičemž 46 % z nich o tom nemluví se svým onkologem. Tento fenomén pochopitelně lékaře velice znepokojuje. Jistě by bylo přínosem, kdyby ošetřující lékaři byli v komunikaci o nekonvenčních léčebných přístupech se svými pacienty vstřícnější.

Homeopatie a neplodnost

International Journal of Gynecology Obstetrics přinesl v roce



2013 informaci, že 90 % pacientů využívá alternativní medicínu při řešení problémů s početím, přičemž 73 % udává její příznivý efekt. Celé tři čtvrtiny však o tom neřekly svému lékaři! V dané studii bylo osloveno 115 neplodných párů a 225 lékařů. „Infertilita je celosvětově narůstajícím problémem. Ve Francii se týká každého sedmého páru, každý desátý pár se uchyluje k asistované reprodukci. Příčiny infertility jsou multifaktoriální, roli hrají nefunkční reprodukční ústrojí, hormonální poruchy, emoční a partnerské problémy, odsun prvního těhotenství do pozdního věku a další faktory. Mnoho z nich zůstává také neobjasněných. Konvenční postupy asistované reprodukce bohužel neřeší všechny problémy infertility. Ve své praxi jsem se nicméně přesvědčila, že dopad některých z nich lze mírnit pomocí homeopatik. Homeopatii lze využít jak v terapii psychického, tak fyzického stavu párů, které si přejí mít dítě,“ konstatovala dr. Charvetová.

Individualizace léčby

Homeopatická metoda umožňuje podle dr. Charvetové individualizaci léčby, pomáhá pacientovi vyrovnat se s problémem či nemocí po svém, při respektování fyziologie organismu. Lékař-homeopat totiž při výběru léků přihlíží k tzv. terénu pacienta, způsobu reakce na onemocnění a jeho průběh i k jednotlivým symptomům. „Homeopatie může provázet pacienta od

stanovení diagnózy po terminální léčbu. Například u pacientek s karcinomem prsu máme k dispozici široký arzenál homeopatických léků, které jim pomáhají vyrovnat se s oznámenou diagnózou, podporují hojení po chirurgickém zákroku, zmírňují negativní vlivy ozáření, redukuje nežádoucí účinky chemoterapie a hormonální terapie a pomáhají zvládat terminální stavy nemoci,“ popsala homeopatka. Současně konstatovala, že ve své praxi využívá jak konvenční léčbu, tak léčbu homeopatickou a v žádném případě neodrazuje pacienty od užívání onkologických či jiných předepsaných léků.

Nejen kvantita, ale i kvalita

„Homeopatická léčba neinterferuje s léčbou konvenční, naopak se s ní může dobře kombinovat. Problém je, že konvenční léčba je zaměřená spíše kvantitativně – sleduje prodloužení života, ale pacient chce také jeho odpovídající kvalitu. A zde může právě pomoci homeopatie,“ říká Christelle Charvetová, podle které má homeopatie v onkologii coby komplementární medicína své nezastupitelné místo. Snahou všech ošetřujících lékařů by mělo být zajištění co nejlepší kvality života pacienta. „Měli bychom se vzájemně respektovat, sdílet své poznatky a nezapomínat na to, že naším společným cílem je spokojený pacient,“ uzavírá dr. Charvetová.

MUDr. Andrea Skálková



Ilustraci Foto: Shutterstock

Wobenzym®

enzymový přípravek pro intenzivní léčbu akutních zánětů a otoků

- významně urychluje:
 - vstřebávání otoků a hematomů
 - hojení po operacích a úrazech
 - léčbu akutních zánětů
- omezuje bolest spojenou s otoky a záněty
- zkracuje celkovou dobu léčení
- při současném podávání s antibiotiky zvyšuje jejich průnik do tkání a zlepšuje efekt léčby



Zkrácená informace o přípravku:

S: pancreatinum 300 Protease Ph. Eur.-j., trypsinum 360 F.I.P.-j., chymotrypsinum 300 F.I.P.-j., bromelaina 225 F.I.P.-j., papainum 90 F.I.P.-j., amylasum 50 F.I.P.-j., lipasum 34 F.I.P.-j., rutosidum trihydricum 50 mg. Celková proteolytická aktivita: 570 F.I.P.-j., celková amylolytická aktivita: 4030 F.I.P.-j., celková lipolytická aktivita: 4525 F.I.P.-j. v 1 enterosolventní tabletě. IS: Jiná léčiva pro poruchy muskuloskeletálního systému, enzymy. I: Jako alternativa k dosud užívaným postupům – poúrazové otoky, lymfédém, fibrocystická mastopatie. Jako podpůrná léčba – některé pooperační stavy v chirurgii, záněty povrchových žil, potrombotický syndrom dolních končetin, revmatoidní artritida, revmatismus měkkých tkání, artróza (pokročilá stádia), mnohočetná mozkomíšni skleróza, chronické a recidivující záněty (v oblasti ORL, horních i dolních cest dýchacích, močového a pohlavního ústrojí, trávicí trubice, kůže aj.), jako podpůrná léčba při podávání antibiotik. KI: Přecitlivělost na složky přípravku, situace spojené se zvýšeným sklonem ke krvácení nebo se zvýšenou fibrinolýzou. Před operacemi vzít v úvahu fibrinolytický účinek přípravku, podávání v těhotenství zvážit. NÚ: Ojedinelé změny konzistence, barvy a zápachu stolice, alergické reakce. Při užívání vyšších jednotlivých dávek se mohou objevit pocity plnosti, nadýmání, výjimečně nevolnost. D: Léčba se zahajuje dávkou 3x5 až 3x10 tbl. denně. S ústupem chorobných projevů se dávkování postupně snižuje až na udržovací dávku 3x3 tbl. denně. Při infekčních zánětech nenahrazuje léčbu antibiotiky, ale zvyšuje jejich účinek. Volně prodejný lék. Bez úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Držitel rozhodnutí o registraci: Mucos Pharma GmbH & Co. KG, Německo, reg.č.: 87/322/91-C.
Datum poslední revize SPC: 31.12.2010. Úplné informace o léku jsou k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku a na adrese: MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Uhlířněveská 448, 252 43 Průhonice, tel.: 800 160 000, e-mail: mucos@mucos.cz

ODBORNÉ AKCE

Jak dál v léčbě srdečního selhání

V rámci XXIII. sjezdu České kardiologické společnosti, který proběhl koncem května tradičně v prostorách Výstaviště Brno, byla část odborného programu zaměřena na problematiku léčby srdečního selhání. Tématu se věnovala i dvě satelitní sympozia společnosti Servier: „Optimalizace péče o pacienta se srdečním selháním – možnosti a realita“ a „Kardiovaskulární paměť antihypertenzní léčby“.

Stále závažná prognóza

Srdeční selhání představuje velký problém současné medicíny. Ačkoliv první doklady o tom, že srdeční selhání lze ovlivnit farmakologicky, se objevují již roku 1987, prognóza nemocných s tímto problémem je stále velmi špatná, horší než u zhoubných nádorů. „Onemocnění je oprávněně nazýváno epidemií 21. století. Nárůst nemocných se srdečním selháním se za posledních 20 let zdvojnásobil, jejich prognóza se ani přes léčbu nelepší. Zejména to platí pro srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí, které se týká asi poloviny nemocných,“ uvedl v úvodu prvního satelitního sympozia jeho předsedající prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc., FESC. Narůstající prevalence srdečního selhání je podle něj daná za úspěchy kardiologie, zejména za léčbu akutního infarktu myokardu. Profesor Hradec také vyzdvihl význam inovativního preparátu ivabradinu, který byl nedávno zařazen jako nový lek do doporučených postupů léčby srdečního selhání.

Jak jsou léčeni naši pacienti

Jaký je současný stav péče o pacienty s chronickým srdečním selháním v České republice, nastínil doc. MUDr. Filip Málek, Ph.D., z Kardiovaskulárního centra Nemocnice Na Homolce. Ve svém příspěvku prezentoval data z evropského registru a výsledky projektu podpořeného společností Servier hodnotícího farmakoterapii u 222 pacientů se srdečním selháním ve 2 kardiovaskulárních centrech. Přednášející konstatoval, že úroveň diagnostiky a farmakoterapie ve vybraných centrech odpovídá doporučením České kardiologické společnosti i Evropské kardiologické společnosti, rezervy však byly identifikovány v přístrojové léčbě – zjistilo se, že pouze polovina pacientů primárně indikovaných k této terapii má implantovaný defibrilátor. Přednášející vyzdvihl také význam titrace léčby. Studie ukázala, že navzdory optimální skladbě léků jen malé procento pacientů indikovaných k přístrojové léčbě dosahuje cílové dávky betablokátorů a ACE-inhibitorů.

Optimalizace léčby

Optimalizace léčby

Na vysokou prevalenci srdečního selhání v populaci, nedostatečnou edukovanost pacientů o tomto onemocnění a rezervy v léčbě se zaměřila i MUDr. Marie Lazárová z 1. interní kliniky – kardiologické LF UP a FN Olomouc v příspěvku „Možnosti optimalizace léčby chronického srdečního selhání v rámci centrového pracoviště“.

„Situace je taková, že každý pátý člověk se dožije chronického srdečního selhání. Polovina nemocných přitom umírá do 5 let. Víme zároveň, že rehospitalizace zhoršuje prognózu onemocnění – po třetí hospitalizaci umírá 50 procent pacientů do jednoho roku. Srdeční selhání je přitom preventabilní chorobou, jejíž rozvoj lze ovlivnit zdravým životním stylem a včasnou léčbou,“ připomenula MUDr. Lazárová. Mezi důvody časté morbidity a špatné prognózy nemocných uvedla nedostatečnou edukovanost pacientů, kteří nerozpoznají příznaky srdečního selhání, dále sníženou adherenci k léčbě, špatný posthospitalizační management a neuspokojivý stav dispenzace pacientů. Přednášející současně upozornila na nedostatky v paliativní péči chronického srdečního selhání. Symptomy spojené s terminální fází onemocnění, jako je dušnost, bolest, deprese a malnutrice, nejsou u hospitalizovaných pod dostatečnou kontrolou a jsou pro pacienty velmi stresující. Podle MUDr. Lazárové jsou tyto problémy výzvou do budoucna, stejně jako další potřebná edukace veřejnosti o srdečním selhání. Přednášející v závěru prezentovala zkušenosti v léčbě srdečního selhání ze své kliniky a nabídla nástroje pro zlepšení péče o tyto pacienty.

Včasné zahájení léčby

O významu včasného nasazení a dlouhodobého podávání antihypertenzní léčby, výhodách fixních kombinací antihypertenziv, vztahu mikro- a makrovaskulárních komplikací a kardiovasku-



Prof. Miroslav Souček, prof. Hana Rosolová a prof. Aleš Linhart v průběhu satelitního sympozia | Foto: Andrea Skálová

lární paměti pojednávalo druhé satelitní sympozium, jemuž předsedal prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc., z II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně. „Ukazuje se, že k zabránění rozvoje vážné komplikace, jakou je srdeční selhání, je nutné začít pacienty léčit dříve, než jsme dosud činili,“ zdůraznil v úvodním příspěvku „Od krevního tlaku ke KV katastrofám“ prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., z III. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha. Hypertenze je považována za rizikový faktor srdečního selhání, vhodná antihypertenzní léčba, zejména fixní kombinace léčiv, pak představuje významný a efektivní nástroj v jeho prevenci. Data naznačují, že zatímco počet pacientů se systolickou dysfunkcí zůstává neměnný, stoupá počet nemocných se srdečním selháním se zachovalou ejekční frakcí. Stav druhé skupiny pacientů přitom podle přednášejícího rozhodně nelze považovat za benigní záležitost, neboť prognóza těchto pacientů se blíží prognóze nemocných se systolickou dysfunkcí.

Jedním z patofyziologických mechanismů stojících za vznikem tohoto typu srdečního selhání je tuhost aorty. „Postižení aorty zůstávalo dlouho mimo oblast našeho zájmu, přestože má významný podíl na rozvoji chronického srdečního selhání. Tuhost aorty, způsobená fibrózou, je spojena

se vzestupem systolického tlaku, vznikem hypertrofie levé komory srdeční a rozvojem diastolického srdečního selhání. V léčbě hypertrofie levé komory byl prokázán efekt indapamidu, přesto se ukazuje, že pozdě léčení pacienti i přes tuto léčbu progredují,“ konstatoval prof. Linhart a dodal, že ovlivnit již nastalé diastolické srdeční selhání se zatím příliš nedaří. Z metaanalýz některých studií zaměřených na léčebné ovlivnění srdečního selhání nicméně vyplývá, že pacienti, kteří užívali fixní kombinace antihypertenziv, měli o polovinu nižší výskyt srdečního selhání oproti těm, kteří užívali běžné kombinace. „Data ukázala, že fixní kombinace jako perindopril + amlodipin, případně s přidáním indapamidu, zlepšují compliance pacientů a při preventivním podávání zabraňují rozvoji srdečního selhání,“ vyzdvihl přednášející. Fixní kombinace tedy hraje významnou roli v prevenci srdečního selhání i u nemocných se zachovalou ejekční frakcí, jejichž počet začíná převažovat nad pacienty se systolickou dysfunkcí.

Ovlivnění mikrocirkulace

Problému mikrovaskulárních komplikací a možnostem jejich ovlivnění se věnovala prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., z Centra preventivní kardiologie II. interní kliniky LF UK a FN Plzeň. Přednášející konstatovala,

že mikro- a makrocirkulace tvoří uzavřený kruh a navzájem se ovlivňují. Problémy v makrocirkulaci, tedy ve velkých cévách, mají za následek hypertenzi, narušení mikrocirkulace pak vede k poruchám funkce orgánů. V případech zhoršeného průtoku koronárním řečištěm se zvyšuje riziko ischemických koronárních příhod. Možnosti ovlivnění mikrocirkulace jsou jednak nefarmakologické, kam lze zařadit nekuřáctví/zanechání kouření a snížení stresu, jednak farmakologické, cílicí na snížení krevního tlaku a léčbu dyslipidemií. „Zaměříme-li se na význam antihypertenzní léčby, pak bych chtěla připomenout data ze studie, která sledovala efekt kombinace perindopril plus indapamid. Studie prokázala, že u pacientů s hypertenzí a hypertrofií levé komory má tato kombinace příznivý vliv nejen na ovlivnění hypertrofické komory, ale také na zlepšení koronárního průtoku,“ uvedla prof. Rosolová.

Kardiovaskulární paměť

Studie Advance sledovala vliv fixní kombinace perindopril + indapamid na mikrovaskulární komplikace u diabetiků 2. typu. Výsledky prokázaly významné snížení makro- i mikrovaskulárních komplikací, konkrétně šlo o prevenci a regresi albuminurie a zpomalení progresu nefropatie. Předpokládá se, že tento pozitivní efekt se uplatňuje i u dalších orgánů, jako je mozek a srdce. „Zajímavé poznatky přinesla i navazující observační studie Advance on. V ní se prokázalo, že i 5 let po vysazení fixní kombinace perindoprilu s indapamidem byla u pacientů zařazených do studie nižší kardiovaskulární i celková mortalita. Přestože pacienti lék již 5 let neužívali, jejich organismus jako by si pamatoval, že byli předtím léčeni touto kombinací a stále jim to prospívalo,“ vysvětlila přednášející. Další studie Advance-CCB pak prokázala ještě nižší kardiovaskulární mortalitu u pacientů, kteří užívali trojkombinaci perindopril + indapamid + amlodipin. „Ukazuje se, že mechanismy protekce orgánů lze ovlivnit vhodnou volbou fixních kombinací. V dalších studiích bude potřeba se více zaměřit na sledování vlivu antihypertenzní léčby na parametry mikrocirkulace,“ uzavřela prof. Rosolová.

MUDr. Andrea Skálová

Novinky v konzervativní a chirurgické léčbě glaukomu

Glaukomy – jeden z nejzávažnějších problémů oftalmologie – zaujímají čelní místo mezi příčinami slepoty, na které se podílí celosvětově 13 %. Přibližně 3–3,5 % populace nad 40 let věku má glaukomové poškození zrakového nervu spojené se ztrátou vidění a zorného pole.

Filosofie konzervativní léčby glaukomu byla v minulosti pojímána jako snaha snížit nitrooční tlak, který byl považován za hlavní etiopatogenetickou příčinu. V posledních letech se náhled na glaukomové onemocnění podstatně změnil. Glaukom je multifaktoriální onemocnění, při němž je vysoký nitrooční tlak (NOT) – jeden z rizikových faktorů – příliš zvýšený pro zajištění dostatečného průtoku krve terčem zrakového nervu, který je nutný pro zachování stálých zrakových funkcí.

Ideální by měl být přípravek, který je pro nemocného bezpečný, má minimální vedlejší účinky, snižuje nitrooční tlak na hodnoty pro oko dostatečně bezpečné, zlepšuje průtok krve terčem zrakového nervu a zlepšuje hemodynamické parametry. V současné léčbě glaukomu se uplatňuje jak konzervativní léčba, tak laserová a chirurgická. Důležitým aspektem konzervativní léčby glaukomu je kvalita života pacienta. Odvážné pokusy nalézt tu správnou, často mnohonásobnou kombinaci léků však vedou k režimu, který je pro pacienta neuspokojivý.

Cílem terapie glaukomu je:

- neohrozit kvalitu vidění (zachovat zrakové funkce, které jsou adekvátní individuálním potřebám jedince),
- neomezit kvalitu vidění (terapie s minimálními nebo žádnými vedlejšími účinky s ohledem na délku životní prognózy a finanční zátěž).

Farmakoterapie

V léčbě glaukomu se uplatňují tyto skupiny léků:

- látky snižující tvorbu nitrooční tekutiny (betablokátory, inhibitory karboanhydrázy, neselektivní a selektivní sympatomimetika),
- látky ovlivňující odtok nitrooční tekutiny (prostaglandiny a prostamidy, selektivní sympatomimetika, parasymptomimetika),
- látky osmoticky působící (hyperosmotika).

Hlavní aspekty terapie glaukomu s otevřeným komorovým úhlem zahrnují:

1. individuální koncepci a strategii dle rizikových faktorů;
2. zhodnocení stupně postižení:
 - stupeň postižení zrakového nervu,
 - funkční stav druhého oka,
 - věk pacienta (předpokládaná délka života, ekonomické možnosti),
 - nitrooční tlak před léčbou;
3. předpoklad dodržování léčby;
4. výběr preparátu (v případě konzervativní terapie);
5. zhodnocení účinnosti.

V současné době je na trhu pestrá škála přípravků zaručujících účinnost i bezpečnost. Při volbě vhodného léku je nutné pečlivě zvážit všechna pro a proti, jak z hlediska účinku, tak dávkování a možných nežádoucích účinků (viz tab. 1). V budoucnu se v konzervativní léčbě glaukomu patrně uplatní také neuroprotektiva, blokátory kalciových kanálů, antioxidanta, blokátory glutamátu, bílkoviny tepelného šoku či inhibitory syntetázy oxidu dusnatého.

Chirurgická léčba

Cílem chirurgického výkonu by mělo být zastavení progresse glaukomového poškození zrakového nervu. V praxi je běžný postup, kdy se nejprve volí lokální antiglaukomatika či laserová léčba a filtrující operace se provede až tehdy, když se konzervativně nedaří dosáhnout cílového tlaku. Důležité je posoudit, zda je farmakologické snížení NOT ochranné. Redukce tlaku nemusí zabránit dalšímu zhoršení zrakových funkcí. Asi 50 % konzervativně léčených glaukomatiků se později podrobí operaci.

Indikací k chirurgické léčbě jsou nemocní, u kterých monoterapie či kombinovaná léčba je jedenkrát provedená selektivní laserová trabekuloplastika (SLT) nekompenzuje glaukomové onemocnění – znamená to, že dochází k progresi změn zrakových funkcí i při normálních hodnotách NOT. Dále jsou

Tab. 1 Přehled nejčastěji používaných antiglaukomatik

Beta-adrenergní antagonisté (betablokátory)
timolol
betaxolol
levobunolol (Vistagan 0,5%)
carteolol (Carteol LP 2% gtt.)
Selektivní adrenergní agonisté
brimonidin (Alphagan)
Inhibitory karboanhydrázy
lokální ICA
dorzolamid hydrochlorid 2% (Trusopt)
brinzolamid 1% (Azopt)
Parasympatomimetika (miotika)
pilocarpini hydrochloridum (Pilocarpin magistraliter, Pilogel)
Prostaglandinové deriváty a prostamidy
latanoprost 0,005% (Xalatan)
bimatoprost 0,03% (Lumigan)
travoprost 0,004% (Travatan)
tafluprost 0,0015% (Taflotan)
Kombinované preparáty
latanoprost 0,005% a timolol 0,5% (Xalacom)
travoprost 0,004% a timolol 0,5% (Duotrav)
bimatoprost 0,03% a timolol 0,5% (Ganfort)
fixní kombinace dorzolamid a timolol 0,5% (Cosopt).
fixní kombinace brimonidin a timolol 0,5% (Combigan)
fixní kombinace pilocarpini 2% a timolol 0,5% (Fotil)
pilocarpini 4% a timolol 0,5% (Fotil forte)

Tab. 2 Chirurgické techniky užívané v léčbě glaukomu

Penetrující operace - filtrační operace
Trabekulektomie
Drenážní implantáty - chlopně (koncept destičky a trubičky)
Nepenetrující operace (bez externí filtrace komorové tekutiny - nezávislé na žívení)
Viskokanalostomie
Hluboká sklerektomie
Kanaloplastika
Nefiltrující operace v komorovém úhlu
Trabekuloaspirace
Laserová trabekulární ablace
Goniokyretáž
Ab interno trabekulotomie - Trabectome - ab interno trabeculotomy
iStent - trabecular microbypass stent
Nefiltrující operace s využitím filtrace do suprachoroidálního prostoru
Solx Gold Shunt
Transcend CyPass System
Minimálně invazivní glaukomové operace



Ilustrační foto: Shutterstock

k operaci indikováni nemocní, kteří nedodrží léčebný režim nebo nemohou užívat příslušnou lokální terapii. Chirurgická intervence bez předchozí medikamentózní léčby by měla být provedena u očí s tlakem nad 30 torrů a s absolutními výpadky v zorném poli. Selektivní laserová trabekuloplastika jako alternativní léčba k léčbě konzervativní nemá dlouhodobý efekt, ale může dočasně omezit potřebu medikace. Cílem mikrochirurgického výkonu je dosažení dostatečně nízkého cílového tlaku, nutného ke stabilizaci zrakových funkcí.

Stále více se upřednostňuje časná chirurgická intervence, převážně u mladých myopů, pacientů s pigmentovým glaukomem, pseudoexfoliačním glaukomem, normotenzním glaukomem. Otázka primárního chirurgického výkonu zůstává stále spornou. Průběh glaukomového onemocnění jednoho oka může napovědět, kdy operovat oko druhé.

V chirurgii glaukomu se uplatňují penetrující a nepenetrující techniky a chirurgie s antimetabolity (viz tab. 2).

Dosavadní výsledky naznačují, že glaukomová optická neuropatie je multifaktoriální choroba s mnoha systémovými a okulárními faktory, které působí v různých kombinacích s cílem porušit krevní oběh v optickém nervu. V současnosti klademe důraz na co nejčasnější diagnostiku glaukomového postižení s následným optimálním terapeutickým postupem – jediné tak lze předejít postupnému poklesu zrakových funkcí.

ODBORNÉ AKCE

EGIS a kombinační léčba hypertenze

V průběhu XXIII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti, který proběhl v květnu v prostorách Výstaviště Brno, představila své produkty společnost EGIS Praha. Z oblasti kardiovaskulární se zaměřuje především na léčbu hypertenze (Bigital, Egiramlon), dyslipidemií (Torvazin) a ischemické choroby dolních končetin (Noclaud).

Léčba hypertenze

Hypertenze je považována za jeden z rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Snížení krevního tlaku snižuje riziko kardiovaskulárních komplikací a vede k redukci kardiovaskulární morbidity i mortality. Vedle režimových nefarmakologických opatření se v léčbě hypertenze uplatňují zejména antihypertenziva a jejich kombinace. Ukázalo se však, že při monoterapii bývá dosaženo cílových hodnot krevního tlaku jen u 30 % hypertoniků. Výhodnější je proto používat kombinační léčbu. Tuto léčbu lze nasadit ihned při hodnotách TK nad 160/100 mmHg nebo při cílové hodnotě kolem 130/80 mmHg. U většiny hypertoniků lze dosáhnout efektivní kontroly krevního tlaku pouze kombinací alespoň dvou antihypertenziv. V klinické praxi se preferuje používání těchto kombinací, jejichž účinnost by-

la ověřena ve velkých klinických studiích a vedla k redukci výskytu kardiovaskulárních příhod.

Význam fixních kombinací

V souvislosti se současným podáváním více přípravků na snížení krevního tlaku nemocným s hypertenzí bylo prokázáno, že čím více léků pacienti užívají, tím nižší je jejich adherence k léčbě. Naopak při využití fixních kombinací antihypertenziv se adherence k léčbě zvyšuje přibližně o 25 %. Zahájení léčby fixní kombinací vede k rychlejšímu a výraznějšímu poklesu krevního tlaku než zahájení monoterapií. Výhodou jsou i nižší náklady na léčbu. V současnosti je k dispozici více fixních kombinací s různými dávkami stejných látek, což umožňuje titrovat léčbu podle individuální potřeby pacienta.

Bisoprolol + amlodipin

Mezi léky, které se objevují v kombinační léčbě hypertenze, se řadí například amlodipin v kombinaci s bisoprololem. Amlodipin patří mezi kalciové blokátory a působí především na cévní stěnu, kde vyvolává vazodilataci a pokles periferní rezistence. Jeho efekt přitom není omezen na periferní arteriální řečiště, ale uplatňuje se též v koronární cirkulaci, což má za následek antianginózní účinek. Účinnost tohoto léku prokázalo několik studií (ASCOT, CAFE, ALLHAT a ACCOMPLISH). Bisoprolol je kardioselektivní beta-blokátor, u něhož byl prokázán efekt na snížení tepové frekvence. Klidová tepová frekvence se ukazuje být za jistých stavů nezavislým prediktorem kardiovaskulárních onemocnění nebo fatálních příhod. Evropská doporučení pro léčbu hypertenze z roku 2013



Společnost EGIS prezentovala své produkty na letošním kardiologickém kongresu | Foto: archiv pořadatele

proto uvádějí, že měření krevního tlaku by mělo být vždy spojeno i s měřením tepové frekvence.

Bigital

V průběhu XXIII. výročního sjezdu ČKS představila společnost Egis nový antihypertenzní přípravek Bigital, který je fixní kombinací bisoprololu a amlodipinu. Bigital představuje antihypertenzivum s dvojitým účinkem, u něhož bylo prokázáno efektivní snížení krevního tlaku a současně snížení tepové frekvence. Účinnost a bezpečnost této kombinace ověřovala studie Rana a kol., publikovaná v *The Ind Pract* 2008. Tato studie, do níž bylo zařazeno 800 pacientů s hypertenzí, prokázala po 4 týdnech užívání kombinace 5 mg bisoprololu a 5 mg amlodipinu v jedné tabletě významné snížení krevního tlaku (diastolický o 20 %, systolický o 37 %; viz graf1) a významné snížení tepové frekvence (z průměrných 83 na 74 tepů/min; viz graf2). Cílových hodnot krevního tlaku (TK pod 140/90 mmHg) dosáhlo 82 % pacientů. Celých 90 % uvádělo výbornou toleranci přípravku. U fixní kombinace bisoprolol + amlodipin byla též prokázána lepší compliance oproti volné kombinaci antihypertenziv.

EGIS Praha, spol. s r. o., je dceřinou společností EGIS Pharmaceuticals PLC se sídlem v Budapešti. Firma EGIS vznikla v roce 1913 a v současnosti má dceřiné společnosti ve více než 18 zemích světa zejména střední a východní Evropy. Společnost se zaměřuje na 3 hlavní oblasti: na kardiovaskulární léčbu, léčbu onemocnění CNS a na biologickou léčbu autoimunitních chorob včetně onkologie. V ČR působí EGIS od roku 1995.

Výhodou této kombinace je odlišný mechanismus účinku obou složek, který vede k posílení antihypertenzního účinku a tím snazšímu dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Obě léčivé látky (bisoprolol i amlodipin) mají kromě hypertenzního také antianginózní účinek.

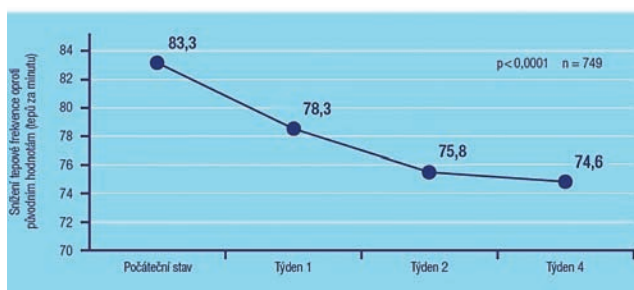
Egiramlon = ramipril + amlodipin

Další účinnou kombinací antihypertenziv společnosti Egis představuje Egiramlon, což je fixní kombinace ramiprilu (ACE inhibitor) a amlodipinu (blokátor kalciových kanálů). Několik studií prokázalo, že tato fixní kombinace snižuje krevní tlak účinněji než monoterapie amlodipinem (studie ATAR; viz graf3), je účinná v dosažení cílových hodnot krevního tlaku (studie RAMONA) a účinnější ve snížení kardiovaskulárních příhod než kombinace ACE-I a hydrochlorthiazidu (studie ACCOMPLISH). V další studii, zaměřené na compliance antihypertenzní léčby u starších pacientů (nad 65 let), byla prokázána o 23 % lepší compliance fixní kombinace oproti volné kombinaci léků. (asa)

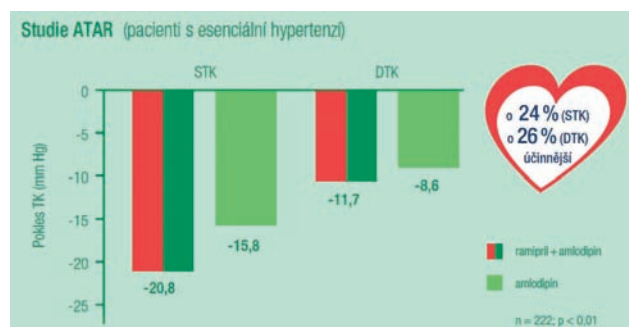


82,5 % pacientů dosáhlo cíl studie (TK < 140/90 mmHg)

Graf 1 Snížení TK po 4týdenním užívání fixní kombinace bisoprolol + amlodipin (Bigital)



Graf 2 Snížení tepové frekvence po 4týdenním užívání fixní kombinace bisoprolol + amlodipin (Bigital)



Graf 3 Snížení krevního tlaku při užívání fixní kombinace ramipril + amlodipin (Egiramlon)

Co nového v onkologii

Další z odborných vzdělávacích seminářů divize Medical Services Mladá fronta, a. s., tentokrát na téma Novinky v onkologii, proběhl koncem dubna v pražské Žižkovské věži. Garantem odborného programu byla primářka Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.

Odborníci z této kliniky poskytli přehled současných diagnostických a léčebných možností se zaměřením na novinky a trendy v léčbě nejčastějších zhoubných nádorů.

Efektivní screening

Karcinom prsu, o němž informovala prof. Abrahámová, tvoří 25 % všech maligních nádorů. V současnosti žije v ČR s touto diagnózou téměř 80 tisíc žen, incidence nádoru trvale stoupá. Příznivé je, že díky screeningu stoupá záchyt časných stadií karcinomu a klesá mortalita, bohužel však neklesá záchyt pokročilých stadií 3 a 4, jak zdůraznila onkoložka.

V léčbě těchto nádorů se uplatňuje chirurgický přístup, radio-terapie, hormonální, chemická a biologická terapie. V rozhodování o léčebném přístupu se přihlíží k rozsahu onemocnění, biologickým faktorům (hormonální receptory ER, PgR, HER2), předchozí léčbě a typu odpovědi, předpokládané délce přežití bez nádorového onemocnění, vztahu k menopauze, věku a preferencím pacientky a dostupnosti léčby. K významnému zlepšení prognózy a prodloužení života řady pacientek došlo po zavedení cílené biologické léčby. Prof. Abrahámová dále shrnula výsledky s léčbou trastuzumabem a informovala o dalších užívaných molekulách, jako je lapatinib, bevacizumab, pertuzumab, eribulin mesilat a další, včetně efektu jejich kombinací.



Docent Tomáš Büchler



Profesorka Jitka Abrahámová

Malignita s nejhorší prognózou

Karcinom ovarií představuje gynecologickou malignitu s nejhorší prognózou. Ačkoli za posledních 20 let je jeho incidence stabilní, u 2/3 pacientek je zachyceno až pokročilé stadium, s velkým rizikem relapsu nemoci. Pro nádor je charakteristické bezpříznakové období růstu tumoru v dutině břišní, které je důvodem pokročilosti nálezů v době diagnózy. Bohužel dosud neexistuje efektivní a spolehlivá screeningová metoda. Díky současné léčbě se však medián přežití prodloužil ze 17 na více než 65 měsíců.

Léčebné možnosti, prognostické a rizikové faktory a klinické projevy shrnula MUDr. Zuzana Donátová. Pro úspěch léčby je významný chirurgický výkon s absencí rezidua a provedení lymfadenektomie. Z farmakoterapie se uplatňuje zejména chemoterapie a nově i biologická léčba bevacizumabem v první linii, která vede k významnému prodloužení přežití bez progresu ve srovnání s chemoterapií.

Nutnost včasného záchytu

S možnostmi léčby **karcinomu ledvin** seznámil přítomné doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D. Incidence tohoto nádoru narůstá, příznivá je však skutečnost, že jej lze snadno zachytit v časném stadiu pomocí ultrasonogra-

fie. Ve stadiu I a II je přitom sleté přežití 90 %.

Léčba vyžaduje parciální, eventuálně radikální nefrektomii, v posledních letech se pak dostává do popředí cílená léčba (sunitinib, pazopanib, sorafenib, axitinib...), která zatím neprodlužuje přežití pacientů, ale zlepšuje kvalitu jejich života.

Nejčastější zhoubný nádor v ČR

Doc. MUDr. Josef Dvořák, Ph.D., se ve své prezentaci věnoval **kolorektálnímu karcinomu**, který je nejčastějším zhoubným nádorem v ČR. V léčbě se uplatňují dle rozsahu a stadia onemocnění chirurgické přístupy, radiochemoterapie, adjuvantní chemoterapie i cílená terapie (bevacizumab, cetuximab, panitumumab). Výběr cílené léčby se odvozuje od přítomnosti biomarkerů a vhodnosti k léčbě protilátkami anti-EGFR a anti-VEGF.

Doc. Dvořák představil také výsledky studií s dvěma nedávno schválenými molekulami pro léčbu metastatického karcinomu – afliberceptem a regorafenibem.

Pro časný záchyt kolorektálního karcinomu a prekanceróz je významný screening, který probíhá v ČR plošně a je realizován prostřednictvím testu na okultní krvácení ve stolici a/nebo kolonoskopickým vyšetřením. Význam má též dispenzarizace pacientů po léčbě karcinomu kolorekta. Studie ukazují, že i po

optimální léčbě tohoto nádoru je 30–50% riziko recidivy, přičemž 80% recidiv vzniká do 3 let od ukončení léčby.

Smutné prvenství

Bronchogenní karcinom zaujímá v České republice 1. místo u úmrtí na zhoubné nádory u mužů a 2. místo u žen. Zhruba u čtvrtiny pacientů je diagnostikován před 60. rokem života. Z hlediska klinické praxe se plicní karcinomy dělí na malobuněčné (*small cell lung cancer*, SCLC) a nemalobuněčné (*non-small cell lung cancer*, NSCLC). Toto dělení má prognostický význam a určuje přístup k léčbě.

O možnostech zejména cílené léčby NSCLC informovala MUDr. Markéta Černovská z Pneumologické kliniky Thomayerovy nemocnice. Jak v úvodu uvedla, se stávajícím označením nemalobuněčným karcinomem si již nevystačíme, neboť nové léčebné postupy jsou odlišné pro jednotlivé subtypy NSCLC a vyžadují přesnou morfológickou klasifikaci a genetické testování. Léčba tohoto karcinomu se tedy odvozuje od klinického stadia, histologického



MUDr. Zuzana Donátová

nálezů, molekulárních prediktorů a respektuje princip individualizované terapie.

Z léčebných modalit se uplatňuje chirurgická resekce, neoadjuvantní chemoterapie, radioterapie a cílená léčba. Přednášející se dále podrobněji zaměřila na léčbu tyrosinkinázovými inhibitory (erlotinib, gefitinib, afatinib, crizotinib) a cytostatiky



Docent Josef Dvořák

(pemetrexed) a možnostmi imunitoterapie nemalobuněčného karcinomu.

Overdiagnosis a overtreatment

Karcinom prostaty je jeden z nejčastějších zhoubných nádorů. V posledních letech se výrazně zvýšila incidence zejména nižších stadií onemocnění, mortalita se však prakticky nezměnila. Za vyšším výskytem této diagnózy stojí především vyšší počet prováděných vyšetření specifického prostatického antigenu (PSA), jakož i vyšší počet transuretrálních resekcí (TURP) pro benigní hyperplazii prostaty.

O otázkách diagnostiky a léčby referoval MUDr. Radek Zapletal. V posledních letech se hodně diskutovalo o otázce plošného odebrání PSA s cílem včasné diagnostiky karcinomu prostaty. V současnosti převažuje konsensus odborných společností, že plošný screening není vhodný, neboť vede k tzv. *overdiagnosis* a *overtreatment*, jejímž důsledkem je zbytečná toxicita léčby a zhoršená kvalita života léčebných jedinců. U rizikových jedinců se zvýšenou hodnotou PSA se proto doporučuje vyčkávat a volit přístup aktivního sledování.

Základem léčby je radikální prostatektomie, dále se uplatňují radioterapie, hormonální léčba a další léčebné modalit dle pokročilosti nálezů.

Součástí konference bylo také satelitní sympozium, v průběhu kterého prof. Abrahámová představila přípravky společnosti Novartis určené pro léčbu vybraných malignit (dabrafenib, pazopanib, everolimus, eribulin...). Přednášející se zaměřila také na výsledky recentních studií s těmito léky.

MUDr. Andrea Skálová

ODBORNÉ AKCE

Spánková apnoe není bez nebezpečí

V průběhu letošního XXIII. výročního kardiologického sjezdu v Brně se konalo sympozium s názvem „Spánková apnoe a kardiovaskulární onemocnění“. V souvislosti s touto tematikou jsme požádali o rozhovor jednoho z přednášejících, vedoucího lékaře Interní kardiologické kliniky LF MU a FN Brno a Mezinárodního centra klinického výzkumu (ICRC) FN u sv. Anny v Brně doc. MUDr. Ondřeje Ludku, Ph.D.

Pane docente, jak souvisí spánková apnoe s kardiovaskulárním onemocněním?

Za fyziologických okolností dochází v průběhu spánku k poklesu tonu sympatického nervového systému se současným poklesem srdeční frekvence, krevního tlaku, minutového srdečního výdeje a systémové cévní rezistence. Opakující se epizody obstrukční spánkové apnoe (OSA), která je nejčastějším typem spánkové apnoe (84 %), narušují fyziologické interakce mezi spánkem a kardiovaskulárním systémem. V patogenezi akutních negativních kardiovaskulárních důsledků OSA hrají klíčovou úlohu tři patofyziologické mechanismy: hypoxemie, probouzecké reakce a negativní nitrohruční tlak. Hypoxemie a probouzecké reakce vyvolané OSA přispívají k aktivaci sympatiku s následnou vazokonstrikční a chronotropní odpovědí. Výrazně se tak zvyšuje potřeba kyslíku myokardem, která může být v nepoměru s možnostmi koronární perfuze. Ta je navíc snížena zkrácením fáze diastoly při katecholaminy vyvolané tachykardií.

V důsledku neefektivního inspiračního úsilí dochází v průběhu OSA k výraznému snížení nitrohručního tlaku, které může dosahovat až hodnoty -65 mmHg. To má své hemodynamické důsledky ve smyslu omezeného diastolického plnění levé komory srdeční, což vede ke snížení minutového srdečního výdeje. U pacientů s obstrukční spánkovou apnoe se kromě akutních kardiovaskulárních změn setkáváme i se změnami chronickými. Pacienti s OSA mají zvýšenou aktivitu sympatiku a inhibovanou aktivitu parasympatiku nejen ve spánku, ale i v bdělém stavu, což se projevuje zvýšenou tepovou frekvencí, sníženou variabilitou srdeční frekvence, zvýšeným krevním tlakem a nižší aktivitou baroreflexu. Kromě toho mají pacienti s OSA porušenou funkci endotelu. V posledních letech přibývají důkazy o úloze zánětu a oxidačního stresu v procesu aterogeneze. U pacientů s OSA se



Ilustrační foto: ResMed

setkáváme se zvýšenými hodnotami parametrů systémového zánehu. Intermittentní hypoxemie a reperfuze v průběhu opakujících se epizod OSA mohou způsobovat taktéž tvorbu reaktivních kyslíkových radikálů. Zvýšenou náchylnost k trombogenezi u pacientů s OSA potencují při zvýšené agregabilitě trombocytů i další mechanismy, jako je zvýšený hematokrit, zvýšená viskozita krve a zvýšená hladina fibrinogenu. Všechny tyto patofyziologické důsledky OSA mohou vést ke vzniku řady kardiovaskulárních onemocnění, jako jsou hypertenze, ischemická choroba srdeční (IChS), infarkt myokardu, srdeční selhání, arytmie a cerebrovaskulární onemocnění.

Můžete popsat hlavní rozdíl mezi centrální a obstrukční spánkovou apnoe?

Obstrukční spánková apnoe je charakterizovaná zástavou dechu, při které se postižený jedinec snaží nadechnout. Aktivita dýchacích svalů zůstává zachována. Jako primární příčina se uvádí nedostatek svalového tonu v hrtanu během spánku, zduření nebo otok tkániva horních dýchacích

cest nebo jiné anatomické abnormality horních cest dýchacích a čelisti, jako je velikost měkkého patra nebo patrového čípku, zvětšené mandle, uložení a anatomie jazyka a podobně. Společným jmenovatelem je zamezení dostatečného průchodu vzduchu anatomicko-fyziologickou překážkou. OSA je nejčastější ze subtypů spánkových apnoe. Centrální spánková apnoe je na protěmu charakterizovaná snížením aktivity nádechových svalů, přičemž příčinou mohou být vlivy mechanické, farmakologické, ale také různé cévní poruchy, záněty a jiné. Jako centrální se tato apnoe označuje proto, že při ní dochází ke snížení reakce z centrálního nervového systému do svalů, a je tedy poškozeno dechové centrum sídlící v prodloužené míše. V rámci poruch spánkových apnoe se její výskyt uvádí přibližně v rozmezí 5 až 10 %.

Jaké jsou symptomy spánkové apnoe?

Mezi noční příznaky patří zejména apnoe pozorované partnerem pacienta, dále bývá přítomné chrápání, náznaky dušení, explozivní nádechy a dyspnoe.

K dalším příznakům se řadí neklidné nohy, nykturie, pocení či gastroezofageální reflux. Přes den pak u těchto pacientů zaznamenáváme široké spektrum symptomů – výraznou spavost a únavnost, ranní cefaleu, poruchy koncentrace, ztrátu výkonnosti, pokles libida, impotenci a rozmanité duševní poruchy, jako jsou deprese, změny osobnosti, nervozita, podrážděnost a nesoustředěnost.

Jakým způsobem se pacienti vyšetřují?

Základem vyšetření je samozřejmě anamnéza. Objektivní vyšetření pak zahrnuje měření obvodu krku, stanovení body mass indexu a vyšetření horních cest dýchacích otorinolaryngologem. K dispozici máme také speciální dotazníky – například Epworthovu škálu spavosti. Ke screeningu využíváme nástroj ApneaLink, který pomáhá určit pacienta se zvýšeným rizikem obstrukční spánkové apnoe. Na základě vyhodnocení screeninového vyšetření a při podezření na spánkovou apnoe provedeme buď limitovanou polygrafii pomocí přístroje Embletta, či poly-

somnografii, která dnes představuje zlatý standard. Po stanovení diagnózy a příčiny onemocnění navrhneme pacientovi vhodnou terapii.

Je základní screening hrazen pojišťovnou? A které odbornosti jej mohou provádět?

Ano, jde o plně hrazený ambulantní výkon, spadající pod kód „domácí měření flow a saturace krve“. Mohou o něj zažádat praktičtí lékaři, pneumologové, kardiologové, otorinolaryngologové, neurologové, psychiatři, internisté a další specialisté.

Které druhy apnoe se nejhůře léčebně ovlivňují?

Zejména centrální a komplexní spánková apnoe.

V terapii spánkové apnoe se uplatňuje léčba pomocí pozitivního přetlaku v dýchacích cestách. O jakou metodu jde a jaká je compliance pacientů s touto léčbou?

Při této léčbě má pacient během spánku nosní nebo celoobličejovou masku spojenou hadicí s přístrojem, který proudem vzduchu udržuje dýchací cesty stále průchozí. Pacientům se tak zlepšuje kvalita života a snižuje riziko onemocnění spojené s poruchou dýchání ve spánku. Compliance se udává kolem 60–70 procent.

A jaké výhody má takzvaná adaptivní servoventilace?

Tady bych nehovořil o výhodách, ale spíše o indikacích. Adaptivní servoventilace představuje nejmodernější léčbu především centrální spánkové apnoe.

Česká republika kandiduje na uspořádání světového spánkového kongresu v Praze. Jaký přínos bude mít tento kongres pro naše odborníky?

ČR nekandiduje, ale již byla pro pořádání World Sleep 2017 zvolena. Budeme mít tu čest hostit první společný kongres dvou světových spánkových společností – World Association of Sleep Medicine a World Sleep Federation. Zvolení poukázalo na vysokou odbornou úroveň spánkové medicíny v naší zemi. Mezi hlavní přínosy kongresu bych uvedl snadnou dostupnost pro české odborníky, redukované vstupné a další benefity pro Českou společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu a její členy.

Eutanazie – pro a proti

Koncem května proběhla v rámci cyklu konferencí „Etika a komunikace v medicíně“ mimořádná konference České lékařské komory (ČLK) na téma „Eutanazie: pro a proti“.

Akce byla koncipována jako odborné fórum, které otevřelo diskusi k tomuto závažnému celospolečenskému tématu. Konala se ve spolupráci se společností Mladá fronta, a. s., v konferenčním centru Žižkovské věže v Praze.

Život člověka, nebo svoboda?

Nad největší hodnotou lidského života se zamýšlela prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSC., z Fakulty humanitních studií UK v Praze. V úvodu svého sdělení konstatovala, že názory na eutanazii rozdělují odbornou i laickou veřejnost. Řekla, že všechny argumenty pro i proti lze akceptovat a všechny je možné také zpochybnit, a proto je velmi těžké najít konsenzus, který je základem každé právní úpravy. „Možná je vhodné uvažovat o problému eutanazie i jinak než v obvyklých kategoriích ‚ano‘ či ‚ne‘. To proto, že zcela jistě nelze generalizovat, ale rozlišovat, kdy ano, kdy ne a co dělat, když situace konkrétního pacienta vzbuzuje medicínské i lidské rozpaky,“ uvedla dále. Zmínila, že bychom měli odpovědně hledat odpověď na otázku, zda je projevená svobodná vůle (zemřít) skutečně svobodná. Připomněla, že projev svobodné vůle je vysoce individuálním a druhým člověkem těžko hodnotitelným aktem. Nepochybně však souvisí s obecným pojetím svobody. Snahy o legalizaci eutanazie považuje za riskantní. Přesto, jak řekla, nezpochybňuje právo každého vyjádřit se k závěru svého života. K dispozici je možnost odmítnout léčbu nebo její část a využít instrumentu dříve vysloveného přání, který je v ČR dostupný od 1. 4. 2012, i když s řadou technických i praktických problémů.

Eutanazie v pohledu lékaře
„Obava z možného zneužití eutanazie by neměla být důvodem jejího zákazu,“ uvedl ve svém vystoupení emeritní přednosta III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN



Profesor Pavel Pafko | Foto: 2x archiv pořadatele

Motol prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. Řekl, že je třeba eutanazii nejdříve definovat, máme-li o ní hovořit. Mnozí laici, ale i lékaři, pod ni řadí různé situace, často i vraždy. Podle jeho slov je eutanazie ukončení života na přání nevyléčitelné nemocného poté, co byly vyčerpány všechny léčebné možnosti k prodloužení či zachování jeho života. Konstatoval dále, že většina z nás si eutanazii spojuje s pacienty s inoperabilními zhoubnými nádory a s jejich utr-

pením v závěru života. Podle průzkumů se nemocní bojí právě tohoto utrpení. Ale ještě více se bojí ztráty důstojnosti. Náš právní řád má již institut „dříve vysloveného přání“, podle něhož pacient může předem vyloučit z diagnosticko-léčebného postupu například to, co by snižovalo jeho důstojnost, co by si nepřál, aby mu bylo provedeno. Třeba aby byl živěn sondou či gastrostomií, aby mu byla provedena tracheostomie, amputace končetiny či ablace prsu.



Profesorka Helena Haškovcová

„Při hlubší úvaze nenalézám, z hlediska pozorovatele péče o terminálně nemocného, rozdíl mezi péčí paliativní a pasivní eutanazií, kterou rozumím nevyužití všech prostředků k prodloužení či zachování života nemocného. Příkladem mohou být stoupající dávky opiatu překračující lékopisem povolené denní dávky. Rozdíl mezi paliativní léčbou a eutanazií je pouze v nedetekovatelném úmyslu léčícího. Zatímco jeden zvyšuje dávky, aby zmínil utrpení, druhý tak činí, aby je zkrátit. Tedy je to jenom úmysl, který je předělem mezi oběma postupy. V každém případě bude eutanazie vždy přísně individuální při plném respektování svobody nemocného, ale i lékaře. Vždy bude rozhodující morálka konajících,“ uzavřel prof. Pafko. (eta)

Co přinesla konjugovaná pneumokoková vakcína?

Pět let je u nás k dispozici vakcína, která významně ovlivnila výskyt závažných pneumokokových onemocnění. Incidence invazivních pneumokokových onemocnění (IPO) u dětí se po zahájení vakcinace snížila.

Zdostupných dat je patrné, že výskyt IPO negativně koreluje s proočkovaností – v letech, kdy proočkovanost klesá, incidence stoupá. A naopak. V roce 2010 byla proočkovanost cílové vakcinační věkové skupiny dětí do 11 měsíců historicky nejvyšší – 85 %. V roce 2011 nebyl v této věkové skupině hlášen žádný případ IPO způsobeného sérotypem zahrnutým do konjugované pneumokokové vakcíny (PCV). V roce 2013 klesla ve stejné věkové skupině proočkovanost na 75 %, přičemž z 10 hlášených IPO v této věkové skupině bylo 6 způsobených sérotypy zahrnutými do PCV. Z celkového počtu 10 IPO u dětí mezi

o a 11 měsíců byl jen jeden případ očkovan.

Systém aktivní surveillance IPO

První konjugovaná pneumokoková vakcína byla vyvinuta v roce 2000. Vyvinutí vakcíny znamenalo možnost proočkovat i děti mladší 2 let. Při pohledu na epidemiologická data je evidentní, že právě věková kategorie o až 11 měsíců je z hlediska IPO tou nejohroženější.

Před zavedením konjugované pneumokokové vakcíny vznikla potřeba monitorovat incidence IPO v ČR. Data byla důležitá jak pro stanovení vakcinační strategie, tak pro sledování inci-

dence IPO po zahájení očkování. Státní zdravotní ústav (SZÚ) proto vytvořil tzv. systém aktivní surveillance IPO. V roce 2007 byl spuštěn pilotní projekt systému monitorování IPO a od roku 2008 funguje celorepublikový systém.

Zavedení plošného očkování

Klinická závažnost případů IPO, data o jejich incidenci a dostupnost vakcíny vedly odborníky k úvaze o plošném očkování. Konsensus Národní imunizační komise, odborných společností, ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven vedl k tomu, že byla ustanovena nová

kategorie nepovinného hrazeného očkování. Od ledna 2010 tak zdravotní pojišťovny hradí očkování proti pneumokokům všem kojencům, u kterých jsou tři dávky PCV podány do 7 měsíců věku. Vakcinační strategie byla zvolena především podle epidemiologické situace tak, že 10valentní vakcína je hrazena plně a 13valentní s doplňkem. Bylo zvoleno schéma 3 + 1.

Effekt vakcinace

Dopad vakcinačního programu je jednoznačně pozitivní. Pokles incidence IPO po zavedení hrazeného očkování je největší v nejmladší věkové skupině o až 11 měsíců. Z incidenčních dat IPO jsou



Ilustrační foto: Shutterstock

patrné úspěchy v redukci nejzávažnějších pneumokokových onemocnění. Zejména v cílové věkové vakcinační skupině navíc dochází i k významné redukci ostatních onemocnění způsobených pneumokoky. Očkování pomáhá snížit výskyt pneumonie, akutní otitidy a redukuje spotřebu antibiotik. Data ukazují, že zahájení plošného vakcinačního programu mělo smysl. V posledních letech onemocněly IPO převážně neočkované děti. Jinými slovy – onemocnění u těchto dětí se mohlo očkováním předejít. (Zdroj: SZÚ) (red)

SEXUOLOGIE

Na rychlosti (ne)záleží

Ve dnech 29.–30. května proběhlo v Českém Krumlově Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu 2015. Program oživila i nápaditá akce v podobě pódiové diskuse na předem určené téma.

Velkému zájmu a nadšené pozornosti se těšilo vystoupení nazvané „Na rychlosti (ne)záleží aneb sexuální dysfunkce pohledem muže a ženy“. Pohled muže v pódiové diskusi zprostředkoval předseda andrologické sekce Urologické společnosti ČLS JEP MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., ženský přístup zastupovala MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN. Jejich diskusi moderoval a oběma zdatně přihrával další sexuolog, MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D.

Ložnicemi neběhají predátoři

Úvodem doktor Pastor pohovořil o tom, jak k nám se sametovou revolucí vtrhla i revoluce sexuální, jejímiž projevy zejména zpočátku byly novinové stánky prohýbající se pod pornografií a sex shopy na každém rohu. Televizní stanice vysílaly vkusné i méně vkusné erotické pořady, prosperovat začali prodávající nejrůznějších „sexuálních mandragor“ a sex vtrhl i do české politiky. Za posledních dvacet pět let ale u nás a celosvětově ovlivnil sexualitu zejména mladých internet.

„Na internetu najdou, co chtějí, kdy chtějí, a mnohdy i to, co ani nechtějí a neměli o tom ponětí. Odklon od reality do virtuality je jednoznačně patrný a nebude se snižovat,“ nedělá si iluze o budoucnosti naší civilizace Zlatko Pastor. Jak upozornil, mimořádně silný je i příklon k single životu. Umělé oplodnění na přání pro ženy, které nemají partnera, je tak časté, že v Dánsku se 10 % dětí rodí z IVF. Vznikl tu fenomén nazývaný vikingská invaze, protože z dánských spermabank se do celé Evropy dováží sperma, a všude se tudíž rodí noví světlovlasí a modroocí Vikingové.

Zároveň nás obklopuje permanentní stres a máme špatnou životosprávu, velmi rozšířený je abúzus návykových léků a alkoholu. „To vše spěje k tomu, že především mužské sexuální dysfunkce se stávají civilizačními chorobami,“ zdůraznil MUDr. Pastor. Nejčastějšími z nich jsou erektilní dysfunkce (ED) a předčasná ejakulace (PE). Jako erektilní dysfunkce je klasifikován stav, při němž muž po dobu přibližně



Zleva MUDr. Petra Vrzáčková, Ph.D., MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. | Foto: archiv společnosti Berlin Chemie

6 měsíců není schopen realizovat nebo dokončit koitus. Předčasná ejakulace je definována jako situace, při níž muž, aniž si to sám přeje, ukončí sex *ante portas* nebo podle nové klasifikace do 1–3 minut po penetraci. „Ve snaze potěšit své pacienty s *ejaculatio praecox* jim někdy vysvětlují, že oni jsou vlastně evolučně vyspělí, neboť rychle předají své geny a mohou prchat dál. Při dlouhé souloži je predátor dostihne, sežere, a tudíž vyhynou. Ložnicemi však predátoři zpravidla neběhají, tudíž je lépe brát léky,“ připouští sexuolog.

Prevalence ED je v současnosti tak vysoká, že po 40. roce věku postihuje (alespoň někdy) každého třetího muže. Na trhu u nás jsou celkem čtyři inhibitory fosfodiesterázy typu 5 indikované k léčbě ED. Všechny čtyři jsou účinné a bezpečné, liší se v rychlosti nástupu účinku a délce působení a do jisté míry výskytem nežádoucích účinků. Jistým průnikem je v tomto smyslu avanafil, jehož působení je kombinací rychlého nástupu a relativně dlouhodobého účinku. Volíme ho v případech, kdy preferujeme rychlý nástup účinku, dlouhodobé erotogenní působení a nízký výskyt nežádoucích účinků. Efekt podle studií nastupuje během 15 minut a nepřestává ani po 6 hodinách od podání léku. Studie dokonce potvrzují, že u 200mg dávky účinek může na-

stoupit do 10 minut a u 100mg do 12 minut od podání dávky.

Doma přáteláky, venku mistráky

Problémem kontroly nad ejakulací se muži zabývají u ejakulace předčasně, jejíž nejtěžší formou je stav, kdy ani nestačí dojít k imisi. Střední forma je trvání imise do 30 sekund a mírná do 1–3 minut. Farmakoterapie PE nabízí jedinou perorální léčbu, a to pomocí dapoxetinu, léku z kategorie SSRI. „Přestože léky na sexuální dysfunkce jsou logicky určeny pro muže, dopad jejich působení je na celý pár. Mnohdy je muž katalyzátorem sexuálních problémů své partnerky. Vcelku logicky totiž nemá žena velký sexuální zážitek ani při jedné z těchto mužových dysfunkcí. Ale i pohled na vlastní sexualitu se mění v průběhu života. Co se nám zdálo jako příliš krátký zážitek v pětadvaceti, může pro nás trvat o dvacet let později až příliš dlouho,“ vnesl do diskuse téma rozdílnosti mužského a ženského nazírání sexuálních dysfunkcí Zlatko Pastor. Sexuoložka Petra Vrzáčková odpovídala na jeho otázku, zda je vůbec mužský a ženský pohled na sexuální dysfunkce skutečně protikladný. Podle ní je přístup ženy a muže k sexuálním dysfunkcím většinou opravdu rozdílný: „Pokud muž trpí sexuální poruchou, ale věnuje ženě patřičnou pozornost a jí to je příjemné a je uspokojená, je jeho

erekce pro ni důležitá, ale není pro ni prioritní záležitostí.“

Oproti tomu úhel pohledu muže je značně odlišný: „Mužům o erekci rozhodně jde. Ať je to z jakýchkoli pohnutek, erekce je souborem toho, že něco dokážeme a znamenáme, je symbolem mužství. Ale opravdu nám na ní záleží i podle situace a prostředí,“ konstatoval MUDr. Zámečník. Bezděčně tak evokoval obecně oblíbený bonmot „doma se hraje přáteláky a venku mistráky“.

Ženy předstírají orgasmus, muži vztah

Petra Vrzáčková hájila ženskou pozici a prohlásila, že ženy oceňují už mužovu snahu dosáhnout erekce, ačkoli s ní má problém. Dokáže s tím něco dělat, i když třeba pomocí tabletky. Ony samy ale někdy nedokážou partnerovi sdělit, co potřebují k dosažení orgasmu, nebo ho při koitu jen předstírají, třeba i proto, že soulož již chtějí ukončit. Rozhodně ale dosáhnout orgasmu chtějí. Při posuzování, jak ženy chápou ED a PE, podle doktorky Vrzáčkové u ED mívají pocit viny. PE chápou často jako problém na straně partnera, aniž by si uvědomovaly konsekvence.

Diskutovalo se i o sexuální touze. Častým problémem je, že zatímco žena po sexu netouží, třeba kvůli únavě při péči o malé dítě nebo stresu v práci, její partner ano. „To nemá jednoduchá řešení, ta-

bletka na touhu neexistuje a stěží kdy existovat bude,“ konstatoval doktor Zámečník. Zajímavé je, že do sexuologických a andrologických ordinací málokdy chodí muži s tím, že by chtěli zvýšit touhu, ta v nich bývá, někdy ale po úplně jiné ženě než po té doma – a právě doma mívají problémy s erekcí. I ženy často touží po sexu, někdy i víc než muži, ale někdy bohužel také s někým úplně jiným, než je vlastní partner. Často touží prostě po někom, kdo by jim věnoval svoji pozornost, které se jim v dlouhodobém vztahu už nedostává. Specifická je úloha virtuálního sexu. Převážná část mužů si vytváří, vysní ideál, po němž touží, jemuž skutečná partnerka i při vši snaze nemůže dostat. Podle zkušenosti MUDr. Zámečníka je hlavním problémem mužů mezi 20–25 roky v jeho ordinaci skutečnost, že reálný sex vlastně neumějí prožívat – není jako na internetu. Zdá se, že trendem mladých mužů je sex v reálném prostoru ani nechťít. „My starší s tím děláme, co můžeme, ale statistiky asi nezachráníme,“ posteskl si Zlatko Pastor.

Orgán, který tvoří sexuální štěstí

„Lidé jsou často fascinováni bombastickou reklamou na potravinové doplňky a kupují je. Zdá se, že placebo efekt často opravdu funguje, řekl MUDr. Pastor a doktor Zámečník k tomu dodal: „Orgán, který tvoří sexuální štěstí, není ten v kalhotách, ale ten v hlavě. Ale stejně se v sexuologické ordinaci u mužů vše točí kolem erekce a je dobré upozornit na to, že nejde jen o ni, ale i o partnerku a její touhu a o to, zda ji jako muž vůbec vzrušuje.“ „U žen je i při sexu velký problém koncentrovat se na něj, ale někdy jim brání sex si skutečně užít i přílišná sebekontrola a upjatá pozornost na to, jak je vnímá partner,“ doplnila sexuoložka.

Pokud jde o nejčastější mužské sexuální dysfunkce, spektrum léčivých přípravků dává možnost vybrat je „na míru“ a je třeba vyzkoušet, co individuálně vyhovuje nejlépe. Podle zkušenosti MUDr. Zámečníka ale pacienty takřka vždy zaskočí otázka, co od léku vlastně očekávají, jaké mají sexuální zvyklosti a jak si přejí, aby lék fungoval. „Mnozí vlastně nevědí, co konkrétně by chtěli, a o to více se ostýchají o tom mluvit. Často také nevědí, co by si přála jejich partnerka. Léky je třeba opravdu vyzkoušet tak, aby přinesly uspokojení celému páru,“ uzavřel téma Libor Zámečník.

Jana Jilková

Aditiva aneb pravda o „éčkách“

V současné době se zejména laický názor na látky označené písmenem „E“ ustálil na tom, že se jedná o látky rizikové až nebezpečné lidskému zdraví. Jaká je ale realita?

Hodnoty NOAEL a ADI

Evropský úřad bezpečnosti potravin (EFSA) ve snaze vnést řád do používání přídatných látek do potravin – tzv. aditiv – prováděl řadu náročných šetření na podkladě doporučení organizace Codex Alimentarius, řízené Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Organizací pro zemědělství a výživu (FAO). Postup šetření, který zavedla JECFA (Joint Expert Committee for Food Additives), spočívá v tom, že látka, která má být používána při výrobě potravin jako aditivní, musí projít soustavou testů, na jejichž podkladě se pro tuto látku určí hodnota, která nemůže nepříznivě ovlivnit zdraví (tzv. *no observed adverse effect level*, NOAEL). Sledování se povinně provádí u 6 druhů zvířat, z čehož 3 musí být savci. V dalších krocích je stanovena hodnota přijatelné denní dávky (*acceptable daily intake*, ADI). Taková hodnota znamená, že pokud by člověk požíval tuto látku denně po celý život, nedojde u něho k narušení zdraví. Tato hodnota se znásobí 60 (což se považuje za průměrnou hmotnost člověka) a stanoví se tak ADI v mg/osobu/den. To je výchozí hodnota pro nejvyšší přípustné množství dané aditivní látky v potravinách. Pochopitelně musí být přihlédnuto i k obvyklému množství spotřeby dané látky a dalším okolnostem, které by mohly ovlivnit výsledný účinek této látky u spotřebitele. Zavádějí se též testy dráždivosti kůže i očí.

Aditiva a poruchy pozornosti

V průběhu doby došlo v některých případech ke zpřísnění původně stanovených hodnot. Týkalo se to například barviv, která mohou vyvolávat alergie nebo poruchy chování, což se u pokusných zvířat obtížně stanovuje. Podnětem k tomuto zpřísnění byly případy hyperaktivního chování u dětí, které se vyskytly po požití dané látky (barviva). Již dříve bylo zjištěno, že u některých dětí mohou takové stavy vznikat např. následkem novorozenecké žloutenky, porodních traumat nebo nevhodné výživy v těhotenství (nedostatek jodu). Hyperaktivní chování dětí bylo popsáno již v roce 1798, kdy se žádná aditiva do potravin nepřidávala. Avšak vzhledem k to-

mu, že některá barviva, zejména v kombinaci s kyselinou benzoovou (E 210) mohou takové reakce vyvolávat, bylo v roce 2008 vydáno Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 1333/2008, které stanoví následující: u výrobků obsahujících azobarviva jako tartrazin E 102, chinolinovou žlut E 104, žlut SY E 110, azorubin E 122, Ponceau 4R (košenilová červec) E 124 a červec Allura AC E 129 musí být na obalu vyznačeno „může nepříznivě ovlivňovat činnost a pozornost dětí“.

Kyselina glutamová

Značná pozornost se zaměřuje též na kyselinu glutamovou a její soli (E 620 a E 621–625). Jedná se o látky, které se za fyziologických podmínek podílejí na přenosu nervových vzruchů v mozku. Přestup této látky z krve do mozku se děje přes fyzikálně-chemickou bariéru, která se ve stěnách cévních vytváří v průběhu prvního čtvrt roku života. Proto je přívod této látky u dětí do 3 měsíců zakázán. V některých případech však může být u některých jedinců vytvoření této bariéry nedokonalé a u takových lidí se při vyšším přívodu těchto látek mohou objevit bolesti hlavy, zčervenání v obličeji a jiné potíže. Tento stav se nazývá „syndrom čínské kuchyně“, protože v čínských pokrmech se používá vyšší množství glutamátů. Běžně však kyselina glutamová a její soli podporují činnost mozku, učení apod.

Umělá sladidla

Mezi diskutovaná „éčka“ patří též sladidla. Do určité míry by to bylo pochopitelné pro sacharin E 954, o kterém se ví, že může podporovat vznik nádoru močového měchýře. Dlouhá latence vzniku tohoto druhu nádorového bujení však dané nebezpečí minimalizuje. Dalším problémovým sladidlem jsou cyklamáty E 952 (kyselina cyklámová a její soli). Působením střevní mikroflóry se z těchto látek tvoří cyklohexyl amin, který byl dříve považován za karcinogenní, a proto v České republice nebyly cyklamáty povoleny. Po vstupu ČR do EU však povoleny jsou. Na druhé straně nebyla dosud povolena sladidla na bázi stévie pro nedostatek toxikologických podkladů. Dalším diskutovaným sla-

didlem je aspartam E 951. Jde o látku s vysokou sladivostí, asi 150–200x vyšší než sacharóza. Aspartam je špatně rozpustný ve vodě, ale při nízkých koncentracích, které se běžně používají, je rozpustnost dostatečná. Při metabolismu aspartamu se vytváří malé množství metanolu (asi 10 % z požitého aspartamu), které je však toxikologicky nevýznamné. Pro srovnání, přirozený přívod metanolu běžnými potravinami a ovocem je podstatně vyšší (šťáva z černého rybízu – 231 mg/l, z červeného rybízu – 127 mg/l, tomatová šťáva – 124 mg/l, šťáva z vinných hroznů – 67 mg/l, jablečný mošt – 88 mg/l).

Alergické reakce

Různé alergické reakce mohou vyvolávat i běžné potraviny, proto se nyní uplatňuje Směrnice komise č. 2007/68 ES Evropského parlamentu a Rady, která požaduje uvádět na obalech přítomnost potravin, u nichž hrozí riziko alergie. Jedná se o obilo-

viny, jádra podzemnice olejné, sojové boby, celer, hořčici, sezamová semena, vlnič bob, oxid siřičitý a siřičitany a některé skořápkové plody (mandle, lískové, vlašské, pekanové a para ořechy, pistácie, queenslandské ořechy). Z živočišných produktů pak jde hlavně o měkkýše, korýše, ryby, vejce a mléko.

Regulace v potravinářství

V Evropě je již delší dobu zaveden systém předběžné opatrnosti. V členských státech EU, tedy i v ČR (při ministerstvu zemědělství), byl ustaven Evropský úřad bezpečnosti potravin (European Food Safety Administration, EFSA). Součástí evropského zabezpečení nezávadnosti potravin je též systém rychlého varování pro potraviny a krmiva (Rapid Alert System for Food and Feed, RASFF), který okamžitě informuje o nepříznivých případech souvisejících s konzumací potravin. Z legislativního hlediska je tedy v oblasti bezpečnosti potravin

učiněno vše, co odpovídá současným poznatkům vědy. Záleží ovšem na dodržování stanovených předpisů při výběru surovin, způsobu jejich použití, dávkování a dalších procesech zajišťujících zdravotní nezávadnost produktu včetně přesného označování potravin.

Nezbývá než upozornit, aby se každý, kdo zjistí v důsledku požití jakékoli potraviny zdravotně nepříznivé účinky, obrátil na Českou zemědělskou a potravinářskou inspekci, Státní zdravotní ústav nebo ministerstvo zemědělství (tj. Úřad pro bezpečnost potravin) se sdělením, o jakou potravinu nebo případně její složku se jedná, kdy a za jakých okolností došlo k nežádoucímu ovlivnění zdravotního stavu. Takový údaj může pomoci zlepšit činnost Systému rychlého varování pro potraviny a krmiva (RASFF) a zároveň zabránit, aby se stal zdrojem šíření nepodložených informací pro veřejnost, jak se často ve sdělovacích prostředcích děje.

MUDr. Bohumil Turek, CSc.,
RNDr. Petr Šíma, CSc.,
Společnost pro výživu, Praha

Miniaturní kardiostimulátor k dispozici i českým pacientům

Nejmenší kardiostimulátor na světě Micra Transcatheter Pacing System (TPS) obdržel evropský certifikát CE (Conformité Européenne), a bude tak moci být implantován pacientům v Evropě.

S desetkrát menšími rozměry oproti tradičním kardiostimulátorům představuje tento přístroj nejmodernější stimulační technologii. Je totiž dostatečně malý na to, aby jej bylo možné umístit pomocí katétru přímo do srdce. Díky tomu je zákrok minimálně invazivní.

Nejmodernější technologie

Ve srovnání s běžnými kardiostimulátory nevyžaduje nový kardiostimulátor o velikosti větší vitamínové kapsle použití elektrod, ale připevní se k srdci pomocí malých zoubků. Impulzy pak předává srdci prostřednictvím elektrody umístěné na těle kardiostimulátoru. Při implantaci přístroje Micra TPS není nutné vytvářet podkožní chirurgickou kapsu. Tím jsou minimalizována rizika možných komplikací. Ani není vidět, že má pacient nějaké

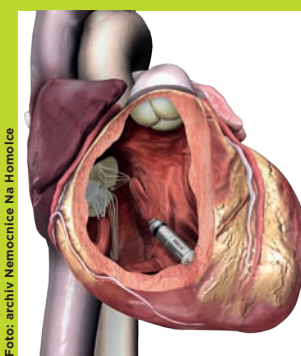


Foto: archiv Nemocnice Na Homolce

zařízení. Při své velikosti je přitom plně soběstačným kardiostimulátorem nabízejícím pacientům nejmodernější stimulační technologii. Kardiostimulátor připevňovaný přímo k srdeční stěně lze v případě potřeby snadno přemístit nebo jej zcela odstranit. Zařízení dokáže přizpůsobit svou aktivitu momentální tělesné zátěži pacienta. Rovněž je možné podstoupit s ním

vyšetření magnetickou rezonancí, pacientovi tak nebrání v přístupu k nejmodernějším zobrazovacím metodám. Ačkoli má baterie umístěná uvnitř kardiostimulátoru miniaturní rozměry, odhaduje se její životnost na deset let. Vzhledem k tomu, že přístroj stimuluje jednu (pravou) srdeční komoru, je vhodný pro pacienty využívající jednodutinovou stimulaci.

Kardiostimulátor získal známku CE na základě výsledků prvních šedesáti pacientů v rámci čtvrtletního celosvětového klinického testování Medtronic Micra TPS Global Clinical Trial. Testování bude pokračovat vyhodnocením bezpečnosti a účinnosti technologie. K účasti na výzkumu je zaplánováno 780 pacientů z přibližně 50 zdravotnických center ve 20 zemích, včetně české Nemocnice Na Homolce.

(red)

NEUROREHABILITACE

Léčebná rehabilitace po CMP

Novým poznatkům i zcela praktickým zkušenostem z péče o pacienty po cévní mozkové příhodě (CMP), zejména z hlediska rehabilitace, byl věnován seminář pro sociální a zdravotnické pracovníky z institucí, které se jí zabývají.

Celodenní program přednášek měl návaznost na školení lékařů v rámci Salzburských lékařských seminářů (všichni přednášející je absolvovali) a uspořádal ho Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové. MUDr. Petr Polidar z neurologického oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze úvodem podal přehled o tom, jak je v ČR organizována péče o nemocné s CMP a přiblížil obecné principy léčby CMP.

Přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D., ve svém příspěvku „Neurorehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě“ mimo jiné vysvětlila fenomén plasticity neurální i svalové – obě rehabilitační intervenční postupy využívají. Upozornila i na skutečnost, že mechanismy neuroplasticity jsou „aktivní“ zejména v časném období po kortikálním poškození. Neurální plasticita je vlastností nervového systému, který mění svoji strukturu jako odpověď na zkušenost a adaptaci na měnící se situaci a určitý podnět.

Přednášku „Multidisciplinární tým v neurorehabilitaci“ si pro seminář připravila primářka Kliniky rehabilitačního lékařství 1. LF UK MUDr. Yvona Angerová, Ph.D., MBA. V komplexním rehabilitačním týmu mají své nezastupitelné úkoly u pacienta nejen lékaři a speciální terapeuti (psycholog, logoped, speciální pedagog, fyzioterapeut, ergoterapeut, sestra), ale také inženýr biomedicíny, protetik a v neposlední řadě i sociální pracovníce. Co se týče současného stavu neurorehabilitace u nás, primářka Angerová vidí jako největší negativa chybění systému a koncepce, nedostatek určitých odborností a neurorehabilitačních oddělení zejména včasné rehabilitace. Značným negativem je také špatná distribuce finančních prostředků, což ovšem není jev typický jen pro sledovanou oblast.

Rehabilitace po CMP a iktová jednotka

O projevech a zvládnání následků CMP a léčebné rehabilitaci po

CMP na jejím pracovišti hovořila vedoucí lékařka iktové jednotky Komplexního cerebrovaskulárního centra (KCC) Krajské nemocnice Liberec, a. s., MUDr. Sylva Klímošová.

Následky CMP souvisejí s lokalizací poškození mozku. Pro poškození levé hemisféry bývá typická například porucha tvorby a porozumění řeči, porucha pohybu pravé poloviny těla, porucha verbální paměti, logického myšlení. Při poškození pravé hemisféry se setkáváme nejčastěji s poruchou pohybu levé poloviny těla, dysartrií (poruchou výslovnosti), neglect syndromem (nevnímání, v tomto případě všeho, co je vlevo, včetně vlastní poloviny těla), anosognosií (nerozpoznávání vlastních deficiitů), poruchou prostorové orientace, zrakové paměti, sníženou kreativitou a vnímáním hudby, ztrátou schopnosti uvažovat v širších souvislostech. Pro lehčí difuzní poškození mozku bývá typické snížené psychomotorické tempo, zmatenost, snížená pozornost a soustředění a značná únava a unavitelnost pacienta. Léčebná rehabilitace je v libereckém KCC poskytována přímo na lůžkách JIP Neurocentra. Po stabilizaci je pacient překládán na standardní neurologická lůžka, v indikovaných případech dále na specializovaná lůžka včasné rehabilitace. Zde jsou pacienti s cerebrovaskulárními onemocněními rehabilitováni, je-li u nich předpoklad obnovy funkčních schopností. Následná péče je pak poskytována na ošetrovatelských lůžkách, v LDN, rehabilitačních a lázeňských odborných léčebných ústavech.

Efektivnost časně rehabilitace

„Zásadní efekt může pacientovi přinést včasná, intenzivní a koordinovaná komplexní rehabilitace. Intenzivní rehabilitační programy svými výsledky prokazatelně přinášejí pacientům po CMP nepoměrně větší *cost-benefit* než běžná komunitní rehabilitace,“ zdůraznila MUDr. Klímošová.

Co do četnosti výskytu následků CMP u přeživších pacientů je

v 54 % o poruchu chůze, v 52 % o poruchu funkce ruky, v 49 % případů o porušení rovnováhy, ve 44 % o obrnu paže nebo nohy a ve 33 % o poruchu řeči. Časná rehabilitace, pokud má být efektivní, se ale samozřejmě nesmí týkat jenom nácivku motoriky. Pacienta je třeba důsledně polohovat, pomoci mu obnovit správné dýchání a pasivním cvičením obnovovat rozsah pohybů. Po stabilizaci oběhu a vědomí se může začít s časnou vertikalizací. V této fázi sehrává rehabilitace u pacienta po CMP zásadní roli i jako součást prevence hluboké žilní trombózy, hypostatické pneumonie, kontraktur a dekubitů.

Další časté následky CMP

Velmi často, konkrétně u 30–60 % pacientů, je jedním z následků CMP porucha polykání, proto je před prvním jídlem třeba provést *screening* dysfagie. Na terapii dysfagie se má podílet klinický logoped (ale ten často v zařízení nebývá k dispozici), nutriční terapeut (úprava stravy), sestra, ošetrovatel a nápomocna by měla být ideálně i rodina pacienta. Jednou ze samostatných kapitol časně rehabilitace po CMP jsou poruchy řeči. Indikace nutnosti logopedické péče na lůžku by měla být časná a péče sama by měla probíhat denně. Logoped podle vývoje kliniky v čase může upozornit na zhoršení při rozvíjejících se somatických komplikacích, na rozvoj deprese, spasticity a emoční lability. Význam má nejen přístup všech členů ošetrojícího týmu, ale i využití spolupráce s rodinou pacienta. Je třeba využít její motivace k tomu, aby se pacient opět „rozmluvil“, ale zároveň neutralizovat nevhodné stimuly.

Jedním z důsledků CMP může být také organický psychosyndrom, tedy porucha uvažování, chování a jednání na podkladě strukturální léze. Kromě medikace (neuroleptiky) je velmi důležitý pravidelný režim, který přináší pacientovi předvídatelnost, pocit bezpečí. Zásadou je přistupovat k pacientovi s organickým syndromem klidně, oslovovat ho ze vzdálenosti ma-



Ilustrační foto: Shutterstock

ximálně 1 metr, klidně intonovat a snažit se odvést jeho pozornost od příčiny úzkosti, neklidu a agrese.

Nejen medikamentózně, ale i cílenou rehabilitací je možné ovlivnit další možný následek CMP, totiž spasticitu. Vyškolení fyzioterapeuté se zkušeností se spastickým syndromem pracují v regionálních centrech spasticity, kde je prováděna základní léčba spasticity včetně aplikací botulotoxinu. V ideálním případě jsou tato centra přidružena k regionálním cerebrovaskulárním centřům.

Zapojení rodiny

Obecně velmi důležitou úlohu v péči o pacienta sehrává jeho rodina. Nelze se divit, že o nemocného v těžkém stavu mají jeho blízcí strach, prožívají úzkost, nejistotu a někdy i pocit viny. Může docházet i k projevům agresivity vůči personálu. Podle zkušeností MUDr. Klímošové přináší úlevu, pokud se nám rodinu podaří zapojit, přidělit jí nějakou, třeba i nepatrnou úlohu v péči o pacienta.

Se zapojením rodiny do péče o pacienta úzce souvisí blížící se *dimise*. Rodina by měla vědět i to, že jedinec s poškozením mozku si nemusí plně uvědomovat dopad onemocnění, dokud se nevrátí k běžným činnostem, jako je například osobní hygiena. Úprava domácího prostředí pomůže nemocnému překonat nové bariéry a posílit jeho motivaci. Pacientův zvýšený náhled na situaci je sice známkou zlepšení stavu, ale zároveň je pro nemocného velmi frustrující. Je třeba pamatovat nejen na neurologické

konsekvence CMP (mj. 15 % pacientů onemocní sekundární epilepsií, z nich 80 % do dvou let), ale i na vysokou incidenci deprese.

Konečně doma, ale...

Člověk v nesnázích a úzkosti zpravidla touží vrátit se domů, pokud nějaký domov má. Zářná meta je to samozřejmě i pro pacienta po CMP. „Konečně doma“ v těchto případech ale nebývá pro pacienta nijak idylické. „Jste dospělý, ale teď nevíte, co se sebou. Není proč ráno vstávat. Ubylo vám přátel a známé věci nejsou stejné, nemůžete se volně pohybovat, nelze řídit auto. To může vyústit v nudu a následně v konflikty s rodinou, třeba jen proto, aby se vůbec něco dělo,“ přibližuje situaci MUDr. Klímošová a jako nejlepší prevenci doporučuje strukturovat čas a program. Výsledkem je i žádoucí předvídatelnost dění. Pacientovo „konečně doma“ je svého druhu trauma i pro jeho rodinu. „Celý rozsah katastrofy, kterou těžká CMP našeho blízkého způsobila, někdy nelze ani uchopit. Nic už nebude jako dřív... Paušální recept není, zbývá krizové řízení ze dne na den, učení se za pochodu – a postupné vyčerpávání se, pokud se zdroje nedoplní zvenku. Co rozhodně má smysl, je „dovolit si“ smutek, strach, únavu i zlost. A také přidělit sám sobě jen relevantní část zodpovědnosti a říct si o pomoc. Musí ovšem být komu,“ uzavírá lékařka, která problematiku zná zblízka nejen díky své práci a profesi, ale i z činnosti v neziskovém sektoru.

Ankylozující spondylitida: včasná diagnóza a správná léčba

Příčinou déle trvajících bolestí zad může být ankylozující spondylitida (Bechtěrevova nemoc), která postihuje především mladé muže do 40 let. Zásadní je včasná diagnostika a zahájení léčby dříve, než nastanou nezvratné strukturální změny.

O konceptu axiální spondyloartritidy, její diagnostice (zejména časné) a jejímu významu pro ovlivnění dalšího průběhu onemocnění hovořil na nedávném setkání věnovaném stávajícímu přístupu k „bechtěrevovi“ prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., z Revmatologického ústavu v Praze. O současných možnostech terapie spondyloartritidy účastníky setkání informovala MUDr. Leona Procházková, Ph.D., která pracuje na II. interní klinice FN u sv. Anny v Brně. Specializuje se zejména na revmatoidní artritidu a spondyloartritidu.

Nepodceňovat bolesti

Bolesti v oblasti bederní páteře včetně chronických jsou celosvětově jednou z nejčastějších zdravotních obtíží. V 80 % případů se jedná o mechanické bolesti, nicméně u 5 % pacientů s bolestmi v této části zad jde o zánětlivá revmatická onemocnění, spondyloartritidy.

Do skupiny spondyloartritid (SpA) patří ankylozující spondylitida (AS) neboli Bechtěrevova nemoc,

chronické zánětlivé onemocnění zatím nejasné etiologie. Proti onemocnění také není žádná specifická prevence, vyjma pašálních doporučení, jako je zdravý životní styl a dostatek pohybu. Bez zájímavosti není v souvislosti s AS varování proti kouření, u kuřáků je totiž prokázána vyšší incidence onemocnění i horší průběh.

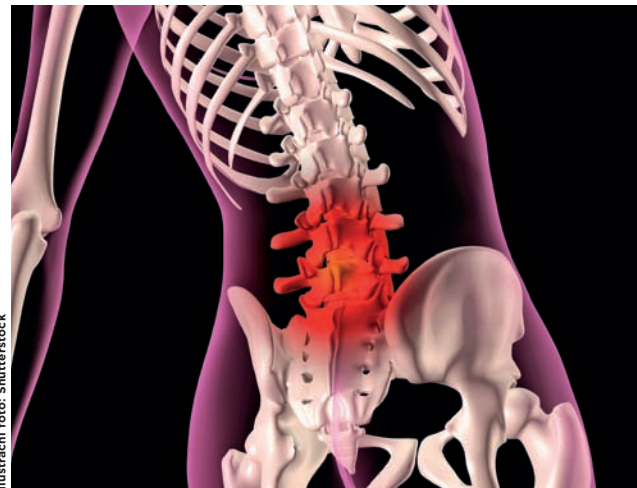
Ankylozující spondylitidu charakterizuje sakroiliitida, spondylitida, artritida intervertebrálních kloubů a vznik přemostujících kostěných spojek mezi obratli (syndesmofytů). Všechny tyto změny mohou vést až k úplné ztuhlosti. Zánět však může zasažnout i další orgány.

„Důležité je bolesti v oblasti dolní páteře nepodceňovat. Zánětlivá bolest zad se projevuje zejména u mladých mužů, ale i u žen ve třetí věkové dekádě, má plíživý začátek, zlepši se rozvířením a fyzickou aktivitou, ale naopak nedochází k žádnému zlepšení při odpočinku a nemocný se zpravidla budí bolestí ve druhé polovině noci,“ vysvětluje profesor Pavelka.

Zpoždění diagnózy kvůli rtg

Pro zahájení účinné léčby AS je zásadním předpokladem její správná a co nejčasnější diagnóza, čemuž dříve někdy paradoxně bránila diagnostická kritéria. Diagnóza AS se dlouho opírala o „newyorská“ diagnostická kritéria z poloviny 80. let, podle nichž musí být k takovému závěru splněno kromě klinických kritérií (zejména bolest a zkrácení distancí) i kritérium radiologické, tedy průkaz sakroiliitidy pomocí rentgenu. Právě tato podmínka ale může působit značně zpoždění v diagnóze AS, protože na rentgenovém snímku se známky sakroiliitidy mohou projevit až po několika letech od doby prvních potíží.

Není výjimkou, ale spíše průměrem, že mezi prvními projevy AS a stanovením diagnózy onemocnění uplyne až 9 let. Důvodem zpoždění není jen poměrně pozdní výskyt radiografických známek sakroiliitidy, ale bohužel i stále malé povědomí lékařů prvního kontaktu o Bechtěrevově nemoci.



Ilustrační foto: Shutterstock

Nález už na rezonanci

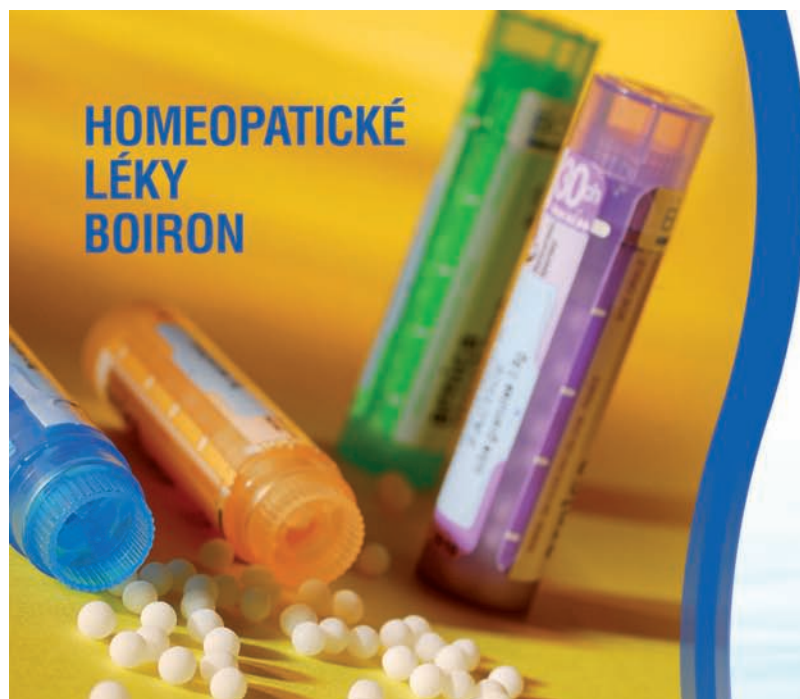
Co se týče kritérií, ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) již vytvořila novou klasifikační kritéria pro „non-radiografickou axiální SpA“. Ta umožňují stanovit diagnózu ještě před vývojem definitivních rentgenových změn. Založena jsou na nové definici zánětlivé bolesti v zádech, nálezů sakroiliitidy už na magnetické rezonanci, přítomnosti antigenu HLA B27 a případně na typických klinických příznacích (typ bolesti a její projevy v noci, raní ztuhlost delší než 30 minut,

zlepšení cvičením a zhoršením v klidu, uveitidy, idiopatické kolitidy, bolest hrudníku).

Včasně diagnóze by měla významně pomoci jednoduchá referenční strategie pro praktické lékaře a ortopedy, kdy mají pacienta odeslat na speciální revmatologické vyšetření. V současné době se i u nás zkoumá možnost aktivního vyhledávání časných stadií choroby mezi pacienty pomocí dotazníků.

„Včasná diagnóza a správná léčba založená na zhodnocení aktivity onemocnění dává pacientům velkou šanci na kvalitní život a zpomalení rentgenové i klinické progresy onemocnění,“

Inzerce M151000526



**HOMEOPATICKÉ
LÉKY
BOIRON**

Společnost BOIRON

- je největším světovým výrobcem homeopatických léčivých přípravků
- díky zkušenostem z klinické praxe a nejnovějším vědeckým poznatkům pro vás vyrábí spolehlivé a vysoce kvalitní léky
- homeopatické léčivé přípravky používá 400 milionů pacientů na celém světě

Homeopatie

- je léčebná metoda velmi šetrná k lidskému organismu
- může být použita také u nejmenších dětí, těhotných a kojících žen
- léčí akutní stavy, jako je např. chřipka, nachlazení
- dokáže pomoci u chronických problémů, jako jsou např. alergie, ekzémy

BOIRON®



Nemocnice Tamsweg je nemocnice pro naléhavé případy v jedné z nejkrásnějších rekreačních destinací v Rakousku (lyžařské oblasti Horní Taury, Katschberg – turistický ráj Národní park Horní Taury, Nockberge, Mariapfarr – nejslunnější místo v Rakousku)

Pro posílení našeho týmu hledáme na pracovní pozici s nástupem pokud možno co nejdříve:

1. vrchního lékaře / vrchní lékařku interní medicíny a vrchního lékaře / vrchní lékařku gynekologie a porodnictví

Nabízíme:

- vazbu na Universitätskliniken Salzburg
- odpovědnou a zajímavou oblast úkolů
- možnosti zvyšování kvalifikace a dalšího vzdělávání
- pomoc při hledání bydlení a atraktivní sociální služby
- jistotu stabilního a inovativního zaměstnavatele
- Odměna se řídí podle schématu odměn Universitätskliniken Salzburg

Vaše předpoklady:

- dokončené odborné lékařské vzdělání
- odpovědnost a angažovanost při zacházení s našimi pacienty a pacientkami
- komunikativnost, vysoká sociální kompetence a schopnost pracovat v týmu
- velmi dobrá znalost německého jazyka (úroveň znalosti B2)

Další informace najdete na adrese www.kh-tamsweg.at

Těšíme se na Vaši písemnou žádost o místo:

A.ö. Krankenhaus Tamsweg | Ärtzl. Dir. Prim. Dr. V. Ruzicka
Bahnhofstraße 7 | 5580 Tamsweg | Tel.: 06474/7381-151



www.kh-tamsweg.at

sanj erleben

1) Tourismusverband St. Michael | 2) Ferienregion Salzburger Lungau | 3) SalzburgerLand Tourismus

zdůrazňuje doktorka Procházková a dodává, že pokud se pacient k revmatologovi nedostane včas, může dojít k nevratnému poškození páteře a kloubů, které vede až u poloviny pacientů k invalidizaci. Dalšími komplikacemi neléčeného zánětu je například zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění nebo osteoporóza. Neléčené nebo špatně léčené onemocnění může vést i ke zkrácení délky života.

Alespoň zpomalit progresi

Nemocný očekává, že léčba odstraní jeho subjektivní potíže, nejvíce snad zánětlivou páteřní bolest, která je spojena s výraznou ranní ztuhlostí. Ovlivňovat je nutné i bolesti vycházející z mimopáteřních postižených struktur (periferní klouby a enteze), dále systémové příznaky onemocnění (výrazná únava, případně subfebrilie, úbytek hmotnosti...). Terapie by měla působit i na extraartikulární manifestace onemocnění (již zmíněnou uveitidu, nespecifické kolitidy a další, neméně obtížné manifestace).

Účinná léčba by měla pomoci udržovat pohyblivost páteře, případně přispět i ke zlepšení její flexibility. Optimální léčba by měla ne-li zastavit, tak alespoň výrazně zpomalit progresi onemocnění. Pokud se to daří, výsledkem je až dramatické zlepšení kvality života nemocných.

Léčba Bechtěrevovy choroby je komplexní, její nedílnou součástí jsou nefarmakologické přístupy v podobě pravidelného cvičení (nejlépe skupinové cvičení pod dohledem fyzioterapeuta, ale i každodenní cvičení doma), rehabilitace, řádná edukace pacienta i psychoterapie. „Bechtěrev“ je vždy velkým zásahem do života, a to i do jeho zcela praktických stránek spojených s obživou. Polovina nemocných je v invalidním důchodu a ti, co mohou pracovat, zahajují svůj den i několik hodinami cvičení, aby se vůbec mohli pohybovat.

Pomocí a oporou pacienta jsou i asociace nemocných (Klub bechtěreviků) a svépomocné skupiny.

„Bechtěrev“ a farmakoterapie

Základem dosavadní terapie AS jsou nesteroidní antirevmatika a soustavné cvičení zaměřené na prevenci vzniku ankyloz. Lékem první volby jsou u tohoto onemocnění nesteroidní antirevmatika, která především zmírňují bolest a ztuhlost a mají mírný protizánětlivý vliv. Jejich dlou-

hodobé užívání je však u části pacientů spojeno s výskytem nežádoucích účinků.

Glukokortikoidy jsou efektivní pouze při postižení periferních kloubů, u entezid se doporučuje jejich lokální aplikace.

Chorobu modifikující léky (DMARDs) jsou účinné pouze v ovlivnění periferních projevů spondyloartritid.

Konvenční léčba může příznivě ovlivnit bolest a ranní ztuhlost a do jisté míry zlepšuje pohyblivost páteře, není však schopna ovlivnit přirozený průběh onemocnění a účinně zastavit, nebo alespoň výrazně snížit aktivitu zánětlivého procesu.

Nová kvalita léčby

Významným mezníkem v terapii Bechtěrevovy choroby bylo zavedení biologické léčby. Ta blokuje tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), tedy protein, který zprostředkovává zánětlivé procesy v těle. Biologická léčba je schopna ovlivnit jak postižení osového skeletu (odeznění bolesti zad, hrudníku, kyčlí), tak periferní kloubní záněty a záněty úponů šlach. Účinek blokátorů TNF- α nastupuje velmi rychle, často již během 2-4 týdnů. Pomocí magnetické rezonance lze již brzy po začátku podávání biologické léčby prokázat ústup zánětu na SI skloubení i na páteři.

TNF blokující léky ovlivňují všechny projevy onemocnění, tedy i četné mimokloubní projevy spondyloartritid. Snižují počet vzplanutí akutní přední uveitidy, tedy velmi bolestivého zánětu oka, typického pro SpA, středních zánětů či kožního postižení, jímž bývá nejčastěji psoriáza. V neposlední řadě zřejmě snižují i možnou komorbiditu v podobě kardiovaskulárních onemocnění (KVO) a následnou mortalitu pro KVO.

Léčba blokátory TNF- α je určena pacientům s vysokou přetrvávající aktivitou onemocnění s CRP vyšší než 10 mg/l, při selhání dosavadní terapie a nepřítomnosti kontraindikací vůči blokátorům TNF- α . Vedena je v 29 centrech biologické léčby po celé ČR a je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Preparáty jsou podávány infuzně nebo se aplikují subkutánně. Podkožní podávání umožňuje samoaplikaci pacientem.

Biologická terapie přináší většině pacientů, pro něž je indikovaná, návrat do plnohodnotného života. Je účinná i v raných stádiích onemocnění, proto je časná diagnostika tak důležitá.

Jana Jilková

Obezita a sexualita u mužů a žen

V poslední době jsou sexuologové často dotazováni na to, zda není stále více se šířící nadváha mezi českou populací komplikací pro sexuální vztahy.

Slovo obezita pochází z latinského *obesus*, tedy tučný, statný nebo vykrmený. Literatura uvádí, že poprvé se s tímto pojmem setkáváme v anglicky psané publikaci z roku 1651 *Mataotechnia Medicina Praxeus* od N. Biggse.

Jaké jsou vlastně hlavní příčiny obezity, nejdeme-li vysloveně po závažných medicínských diagnózách? Nejčastějším důvodem je klasické přejídání, tedy vyšší příjem než výdej. Je způsobeno například zvýšenou chutí k jídlu, nevhodným složením stravy, nedostatkem pohybu, ale také jinými důvody, jakými jsou deprese nebo nedostatek spánku. Významným faktorem ale může být například i dědičná dispozice.

Nemalou měrou se na obezitu podílí fungování hormonů. Především jde o hormon štítné žlázy, která při své snížené funkci může přivést organismus k postupnému zvyšování váhy, při neléčení končícímu obezitou. Dále pak může působit vliv ženského hormonu estrogenu, jehož zvýšená tvorba může také ovlivnit postupné zvyšování tělesné hmotnosti. Naopak mužský hormon testosteron bývá při obezitě většinou snížen.

Začarovaný kruh

Položme si tedy otázku, zda mohou vedle sebe (respektive spolu) existovat obezita a sexualita. Zcela nepochybně ano. Protože sexualita není jen o tělesné kohabitaci, ale také o prožitcích, chutích a touhách. A sexuální chuť (apetence) zcela jistě nemu-

si být obezitou výrazně potlačena. Ba právě naopak, jak uvádí jedna níže zmíněná studie týkající se žen s vyšším BMI (*body mass index*).

Jak tedy vypadá sexualita z pohledu nadváhy u muže či ženy? Na první pohled by se zdálo, že věc je jednoduchá. Zvýšená hladina estrogenu, tedy hormonu, který se podílí na tzv. ženskosti, tedy laicky řečeno na tom, jakou tělesnou konstituci žena má, jaké je její ochlupení, primární a sekundární pohlavní znaky, by vlastně mohla a měla vést ke zvýšené sexualitě. U muže by naopak snížené množství testosteronu u obezity jeho sexuální apetenci mělo a priori snižovat.

Některé studie ale prokazují, že v obou případech – tedy jak u mužů, tak u žen – má obezita výrazný negativní dopad. Jde totiž obvykle o začarovaný kruh. Obézní člověk, až na neprostej výjimky, se často nerad a mnohdy i hůře pohybuje a sex je s pohybem a fyzickou zátěží prostě spojen. Proto se zdá logickým, že si obézní partner většinou postupně začne hledat náhradu za sexuální vzrušení a uspokojení. Hledá tedy něco, co je snáze dostupné, případně dostupné s minimální námahou. Tou náhradou může být – a obvykle i bývá – právě zvýšený příjem potravy. To vše může navíc potencovat i fakt, že na některé potraviny dokonce existuje tzv. chuťová závislost, takže vyvolávají nutnost opakovaného přijímání, což následně vyvolává příjemné pocity. Další pochutiny, jako např. čokoláda, jsou

schopny dokonce vyvolávat pocit ne nepodobný prožitkům při sexu. Vždyť již původně aztéckými kněžskými připravovaným nápoj ze surových kakaových bobů s příměsí dalšího koření a především pálivé papriky byl předkládán pouze nejvyšším panovníkům a byl pokládán za velmi výrazné afrodiziakum.

Druhým fenoménem je vzhled. Obézní lidé, ať již muži nebo ženy, si hůře hledají partnery. Mají často obavu, že kvůli své nadváze mají omezený prostor při výběru partnera, že jsou a následně i budou méně atraktivní, případně se při vlastním kopulačním aktu zesměšní. V některých případech se dokonce obávají, a mnohdy i právem, že koitus bude kvůli výrazné nadváze velmi obtížný, případně i nemožný.

Muži vs. ženy

V každém případě je patrný určitý rozdíl mezi sexuálním chováním mužů a žen. Muži jsou obezitou často výrazněji znevýhodněni než ženy. Obezita, ale také obava ze zesměšnění, vede následně často k poruchám erekce. Strach z „nekvalitního fungování penisu“ a také z mnohdy nelichotivých komentářů partnerek pak často muže vede k jednoduššímu způsobu sexu, jímž je masturbace, nebo sex začnou vynechávat úplně. Některé studie prokázaly, že naopak ženy s vyšším BMI mají větší sexuální zkušenost s muži než ženy s průměrným BMI.

S obezitou přicházejí ruku v ruce další zdravotní komplikace



Ilustrační foto: Shutterstock

a následky, jako jsou především onemocnění pohybového aparátu, kardiovaskulární choroby, diabetes mellitus 2. typu apod. Tato onemocnění přinášejí další komplikace v projevech jejich sexuálního chování, protože některé z nich mohou, a to především u mužů, výrazně ovlivnit např. erekci, což má za následek snahu svou sexualitu ještě více potlačit, případně eliminovat úplně.

Ne nevýznamný je také prvek času – tedy kdy k obezitě došlo. Studie našeho Sexuologického ústavu (Daneš) např. uvádí, že čím dříve se obezita objevila, tím na tom byly ženy v sexuální oblasti hůře. Vycházíme-li z faktu, že v České republice je za obézní považováno nejméně 40 % a nej-

více 65 % populace a z toho se na tomto čísle významnou měrou podílejí také děti, určitě již přichází doba, kde se budeme muset zamyslet nad tím, jaký bude projev sexuality u těchto dětí, až se stanou dospělými.

Abychom ale naše krátké pojednání o obezitě a sexualitě nekončili příliš pesimisticky, je třeba konstatovat, že sexualita ve velké většině z nás zcela nepochybně vyvolává velmi příjemné zážitky, které toužíme opakovat. Štíhlost postavy je v tomto směru zcela jistě výhodou, ale jak říkávala již má babička – proti gustu žádný „dišputát“.

MUDr. Luděk Fiala,
gynekolog, sexuolog,
Sexuologický ústav Praha

Inzerce M15100612



LOANA NANO MEDI

Loanaris

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.**



ponožky s vůní



klíštěopodléhající



proti klíšťatům



proti únavě



ENERGIC



proti klíšťatům

www.pobtex.cz
www.loana.cz

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrové řízení

Manažer operačních sálů

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

■ manažer/-ka operačních sálů

Požadavky:

- odborná způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- VŠ vzdělání,
- osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (v případě, že je pro příslušné zdravotnické povolání vydáváno),
- specializovaná způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- min. 5 let praxe v oboru pracovníka nelékařských zdravotnických profesí,
- zkušenosti s provozem operačních sálů včetně řízení rozpočtu,
- organizační, komunikační a manažerské schopnosti,
- schopnost koordinace týmové práce,
- základní znalost jednoho něslovanského jazyka vítána,
- velmi dobrá znalost práce na PC,
- bezúhonnost.

Požadované doklady:

- přihláška s vlastnoručním podpisem,
- strukturovaný profesní životopis,
- souhlas s použitím osobních údajů pro účely výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění,
- úředně ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- osobní dotazník (formulář SEVT),
- originál výpisu z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- čestné prohlášení, že proti uchazeči není vedeno soudní řízení.

Termín a místo podání přihlášek: Písemné přihlášky a požadované doklady doručte nejpozději do 31. 7. 2015 na adresu:

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, kancelář nemocnice, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

Přihlášky lze rovněž předat osobně do uvedeného termínu na podatelnu ÚVN (budova F1 – ředitelství, provozní doba:

po-čt: 7.15-13.30 hod. a 14.00-15.00 hod., pá: 7.15-13.30 hod.)

Na obálku napište: „Výběrové ří-

zení – manažer/ka operačních sálů – neotvírat“.

Do výběrového řízení budou přijaty pouze přihlášky obdržené do uvedeného termínu. Termín konání výběrového řízení bude přihlášeným uchazečům oznámen po uzavření přihlášek. Předpokládaný termín nástupu na vedoucí pracovní místo: od 1. 9. 2015

Na základě posouzení a vyhodnocení zaslaných písemných materiálů si ÚVN vyhrazuje právo nepozvat uchazeče k výběrovému řízení, případně nevybrat žádného z účastníků výběrového řízení nebo zrušit výběrové řízení.

Další případné informace lze získat:

úsek náměstkyně ředitele pro NZP a ŘKZP (tel.: 973 202 714, e-mail: monika.vanhova@uvm.cz) nebo kancelář nemocnice (tel.: 973 202 727 nebo 973 202 750, e-mail: personalni@uvm.cz).

M151000607

Přednosta kliniky

Ředitelka Pardubické nemocnice a děkan Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice vypisují výběrové řízení na obsazení vedoucího místa:

■ přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializace v oboru,
- vědecko-pedagogický titul profesor nebo docent,
- splnění předpokladů dle zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění,
- osobnostní a profesní předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu kliniky,
- trestní a morální bezúhonnost.

Od úspěšného kandidáta se očekává vědecké i pedagogické vedení kliniky včetně výchovy mladých akademických pracovníků.

Předpokládané obsazení místa k 1. září 2015.

Písemné přihlášky doložené strukturovaným profesním životopisem, ověřenými fotokopii dokladů o kvalifikaci, přehledem vědecké a publikační činnosti, doporučením dvou odborných ručitelů, osvědčením a čestným prohlášením dle zákona č. 451/1991 Sb., výpisem z rejstříku trestů, souhlasem s využitím poskytnutých osobních údajů pro účely výběrového řízení a koncepcí řízení pra-

covisti je nutno doručit nejpozději do 22. července 2015 na adresu: Nemocnice Pardubického kraje, a. s., úsek personálního ředitelství, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice.

M151000595

Volná místa

Lékař patolog

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ V PRAZE

přijme:

- lékařku/lékaře patologa se specializovanou způsobilostí/atestací II. stupně v oboru patologická anatomie (patologie)

Požadujeme:

- atestaci II. stupně nebo specializovanou způsobilost v oboru patologické anatomie,
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost,
- zkušenost s akreditací zdravotnické laboratoře,
- aktivní přístup k výzkumným aktivitám, zkušenost s výzkumem.

Nabízíme:

- zájem stabilní společnosti s tradicí, příjemné pracovní prostředí,
- možnost osobního rozvoje,
- motivační systém odměňování,
- zaměstnanecké benefity (možnost ubytování, jazykové kurzy, příspěvek na stravování apod.).

Nástup dle dohody.

Další informace: personalni@upmd.eu, tel.: 296 511 240, 800

M151000534

Laboratorní asistent

MASARYKOVA MĚSTSKÁ NEMOCNICE V JILEMNICI, oddělení laboratoře, přijme:


- laboratorního asistenta/ sestru na úsek práce: příjem biologického materiálu

Požadujeme:

- ukončené vzdělání dle §9 zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění,
- zájem o práci v oboru a další vzdělávání,
- morální bezúhonnost,
- schopnost práce v kolektivu,
- IT znalosti na odpovídající úrovni.

Nabízíme:

- zajímavou práci v moderní konsolidované laboratoři,
- hezké pracovní prostředí,
- jednosměnný provoz,
- zaměstnanecké benefity,



Centrum sociálních služeb Praha 2
hledá

- lékaře z oboru geriatricie
- 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

Inzerce M151000302

- možnost dalšího profesního vzdělávání v oboru.

Termín nástupu: dle dohody

Strukturovaný životopis zaslejte na adresu: Ladislava Doležalová, vedoucí laborantka, oddělení laboratoře, Metyšova 465, 514 01 Jilemnice; e-mail: ladislava.dolezalova@nemjil.cz

M151000531

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- primáře na chirurgii
- primáře na internu
- primáře RTG - pro nově zřizované oddělení RTG
- lékaře RTG

Požadujeme: VŠ, II. atestaci, příp. spec. způsobilost, praxi, org. a řídicí schopnosti.

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

Kontakt: J. Srnská, tel: 499 502 304, nebo e-mail: smska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000552

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- zástupce primáře na ARO
- lékaře na ARO
- lékaře na internu

Požadujeme: VŠ, II. atestaci, příp. spec. způsobilost, praxi (lékaři). Nabízíme: výhodné finanční podmínky, možnost ubytování.



ARZT FÜR ALLGEMEIN-MEDIZIN (w/m)
mit ius practicandi

Moorheilbad HARBACH
Gesundheits- & Rehabilitationszentrum

Das Moorheilbad Harbach ist ein modernes Gesundheits- und Rehabilitationszentrum mit den Schwerpunkten Kur und Orthopädische Rehabilitation in Moorbad Harbach, NÖ. (Prag 183 km, Budweis 44 km, České Velenice 21 km)

Ihre Aufgabe
Sie arbeiten in einem multiprofessionellen Team in den Bereichen Kur (Stütz- und Bewegungsapparat), orthopädische Rehabilitation sowie ganzheitliche Medizin und Prävention.

Wir bieten
ein partnerschaftliches und innovatives Arbeitsumfeld, geregelte Dienstzeiten (langfristige Planung), Teilzeit und Dienstwohnung möglich.
Bruttogehalt ab € 57.000,- (Vollzeit/40 Stunden).
Überzahlung je nach Berufserfahrung,
Dienstort: 3970 Moorbad Harbach

Voraussetzung
gute Deutschkenntnisse, Berufszulassung in Österreich

Bewerbungen und Rückfragen: Mag. Dr. Christina Lohninger, christina.lohninger@moorheilbad-harbach.at, Tel. +43 (0)2858/5255-1617, www.moorheilbad-harbach.at

Inzerce M151000456

PERSONÁLNÍ INZERCE

Nástup ihned.

V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice - J. Srnská, tel.: 499 502 304, nebo mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000556

Psychiatr

**DŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
V OSTRAVĚ PŘIJME:**

■ **psychiatria
s psychoterapeutickým
vzděláním**

Informace: Ing. A. Beránek, mobil: 603 702 698, e-mail: ddz@ddz.cz

M151000544

Fyzioterapeut/-ka

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ
NEMOCNICE KRKONOŠE,
S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:**

■ **fyzioterapeuty/-ky, i po škole**

Požadavky: SZŠ nebo VŠ - obor fyzioterapeut. Možnost ubytování v areálu nemocnice.

Kontakt: personální oddělení, J. Srnská, e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, nebo tel.: 499 502 304

M151000553

Lékař

**BOHUMÍNSKÁ MĚSTSKÁ
NEMOCNICE, A. S.,
přijme do pracovního poměru:**

■ **lékaře pro chirurgické
oddělení**

Atestace vítána,
ale není podmínkou.

Nabízíme:

- práci na plný úvazek v příjemném pracovním prostředí, ve stabilním zdravotnickém zařízení,

- možnost dalšího vzdělávání a odborného růstu,
- dobré finanční ohodnocení,
- možnost ubytování.

Bližší informace podá vedoucí personálního oddělení Lenka Theyerová, tel.: 596 096 318

Své nabídky zasílejte na e-mailovou adresu: theyerova@nembo.cz nebo na adresu:

Bohumínská městská nemocnice, a. s., personální oddělení, Slezská 207, 735 81 Bohumín, Starý Bohumín

M151000576

Lékař/psychiatr

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
MARIANNY ORANŽSKÉ
V BÍLÉ VODĚ**

přijme do pracovního poměru lékaře s atestací v oboru psychiatrie, lékaře jiného oboru, lékaře bez atestace, absolventa lékařské fakulty. Výhodné platové podmínky, náborový příspěvek. Plat dle délky praxe: 30 000 až 50 000 Kč. Možnost dalšího finančního růstu.

Jsmo ochotni nabídnout pomoc při hledání ubytování. Pracovně-právní vztah navážeme i na kratší časové období.

Písemné objednávky zasílejte na e-mailovou adresu: micakova@olu.cz. Tel.: 588 517 505

M151000581

Lékaři

**NEMOCNICE TÁBOR, A. S.,
přijme do pracovního poměru:**

■ **lékaře pro gynekologické
oddělení a plicní oddělení**

- VŠ lékařství, specializovaná způsobilost v oboru,
- plný pracovní úvazek,

- mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání,
- v případě potřeby možnost ubytování,
- spec. vzdělávání plně hrazeno, bez dohody se závazkem.

Gynekologické odd.: vítáme zařazení v oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa. Plicní odd.: vítáme lékaře s ukončeným interním kmenem či atestovaného specialistu, případně absolventa.

Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci MZČR v oboru Gynekologie a porodnictví - I. stupeň. Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci MZČR v oboru Pneumologie a ftizeologie - II. stupeň. Nástup dle dohody.

Bližší informace podá: MUDr. Jiří Holub, primář gynekologického oddělení, tel.: 381 605 300, e-mail: jiri.holub@nemta.cz MUDr. Kamil Kleňha, primář plicního oddělení, tel.: 381 606 400, e-mail: kamil.klenha@nemta.cz

M151000573

Lékař-gynekolog

**ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ
NEMOCNICE KRKONOŠE,
S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:**

■ **lékaře-gynekologa na ambulanci**

Požadavky: VŠ, I. atestace nebo special. způsobilost dle z.č.95/2004, případně II. atestace. Práce na gynekol. ambulanci. Nástup možný ihned.

Kontakt: tel: 499 502 304, nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000595

Dermatolog

Hledáme dermatologa pro Kožní

kliniku Achillea v Praze 8, která se specializuje na chronická kožní onemocnění.

Široké spektrum diagnóz, včetně možnosti rozvoje v estetické a korektivní dermatologii. Moderní pracoviště, příjemné pracovní prostředí, motivační odměňování, lidsky fungující tým, dobrá dopravní dostupnost. Akreditace MZ pro specializační vzdělávání.

Více na: www.achillea.cz, nebo na tel.: 603 222 123.

M151000362

Lékař RLP

**ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA MORAVSKOSLEZSKÉHO
KRAJE, PŘÍSP. ORG.,
přijme:**

■ **lékaře pro pracoviště RLP
v Rýmařově**

Nabízíme: 14. platovou třídu, výjezdové příplatky, motivační osobní hodnocení, zaměstnanecké výhody, dodatkovou dovolenou, byt 3+1 k dispozici.

Požadujeme: specializovanou způsobilost v základním oboru či v oboru urgentní medicíny. Nástup možný ihned.

Kontakt: Bc. Elen Kubíková, e-mail: elen.kubicova@zzsmsg.cz; tel: 950 730 448

M151000601

Lékař-psychiatr

**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 ná-

**PERSONÁLNÍ
INZERCE**

je přijímána na adrese:

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

kladech 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@plnare.cz

M151000358

Lékař

**PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
BRNO, HÚSKOVA 2, 618 32,
přijme do pracovního poměru
lékaře se zájmem o psychiatrii.**

Nástup možný ihned.

Informace: osobní oddělení, e-mail: stehlikova@pnbrno.cz, tel: 548 123 239.

M151000613



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 6/2015

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: kluskova@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 Čaban,
Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršík, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Smládová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

Group Sales Manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

Personální inzerce

Jana Schrammová
tel. 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz



MLADÁ FRONTA

**Generální
ředitel**
David Hurta

**Ředitel divize
Medical Services**
Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Retušeři: 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**
Lucie Bittnerová, e-mail: bittnerova@mf.cz

Předplatné

Monika Šnaidrová
tel. 225 276 392, e-mail: snaidrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 01847082

Adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdh@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,
Videňská 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 18. 6. 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



Obuv vyvinutá s využitím nejnovějších poznatků z oblasti konstrukce, odolnosti a vhodnosti obuvnických materiálů pro denní nošení i extrémnější pracovní zátěž. Do vývoje byly zakomponovány atributy trekingové a turistické obuvi.



Sawany®

Pohodlně. Zdravě. Lehce. Bezpečně.

Lehká a vzdušná obuv **Bonno Sawany®** je pevně spojená s chodidlem čímž je eliminováno namáhání prstů a svalů v klenbě chodidla.

Je testována a schválena akreditovanou zkušební laboratoří pro certifikaci obuvi a OOP. Má vynikající schopnosti tlumit **nárazy a vibrace při došlapu**, včetně výborných **protiskluzných** vlastností za mokra (SRA). Myslete na své zdraví při výběru obuvi pro celodenní nošení.

Obuv **Bonno Sawany®** vám pomůže zpříjemnit den.



BONNO®

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz