



Z DOMOVA
Předvolební napětí
mezi lékárníky

STRANA 4



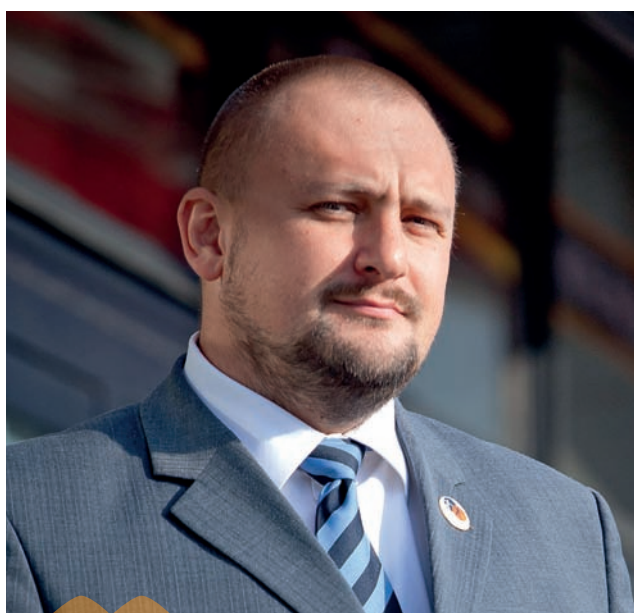
Z MEDICÍNY
Problematika některých
infekčních onemocnění
přenášených netopýry
a kaloni

STRANA 35



SESTRA
Diskuse
Vzdělávání nelékařských
zdravotnických pracovníků

STRANA 32



Jiří Horecký:
Stát v oblasti dlouhodobé
péče dosud nestanovil
řádnou objednávku.

(více viz str. 5)

Foto: archiv UZS

Úhradová vyhláška 2016 přidá přes 9 miliard

Legislativní nástroj stanovující hodnotu bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 je hotov. Ministerstvo zdravotnictví poslalo minulý týden k tisku do Sbirky zákonů úhradovou vyhlášku. Ta oproti letošnímu roku přinese do systému o 9,2 miliardy korun navíc.

Podle propočtů ministerstva (MZ) by měly zdravotní pojišťovny v příštím roce zaplatit ze základních fondů 251 miliard, očekávaný růst zdrojů je přitom o půl miliardy vyšší. Po letech stagnace budou moci zdravotní pojišťovny tvořit zákonem požadované rezervy. Celkové příjmy systému v roce 2016 se odhadují na 258 miliard korun. „Díky ekonomickému růstu, který nastartovala tato vláda, vyhláška zajistí růst v každém segmentu a počítá se zdroji pro 5procentní navýšení tarifních platů v lůžkovém segmentu,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a připomněl, že požadavky segmentů, které se s úřadem nedohodly, byly výrazně vyšší, než kolik může v příštím roce rozdělit. „Kromě toho, že chceme

zajistit kvalitu a dostupnost péče, jsme zodpovědní i za ekonomickou stabilitu systému a navýšení nemůže být vyšší, než systém umožňuje,“ podotkl. Úhradová vyhláška 2016 přinesla řadu změn. Všechny screeniny vyřadila z regulací, zdravotní pojišťovny mohou u praktických lékařů podporovat jejich účast na lékařské pohotovostní službě a ti, kteří absolvují alespoň 10 těchto služeb za rok, budou ohodnoceni jednorázovou platbou 30 tisíc. Z výpočtu úhrady byl vypuštěn koeficient přechodu pojištěnců. Na - svého druhu první - konferenci „Úhradová vyhláška pro rok 2016“, kterou pořádala společnost Androsa, to uvedl analytik ministerstva zdravotnictví a jeden z tvůrců úhradové vyhlášky

Tomáš Troch. „Koeficient ministerstvo zrušilo a čeká na výrok Ústavního soudu. Dle mého názoru ale koeficienty přechodu mají smysl v ambulantní části nemocnic. Zde se ukazuje asi 75procentní korelace mezi změnou počtu bodů a koeficienty přechodu, které zde velmi dobře odráží rozdíl výše nákladů, a to jak mezi regiony, poskytovateli, tak i mezi pojišťovnami,“ uvedl Tomáš Troch. Kromě několika málo segmentů (laboratorní komplement, ambulantní gynekologie, zdravotnická dopravní služba a zdravotnická záchranná služba, částečně hemodialyzační péče a praktičtí lékaři pro děti a dorost) se velká většina odvětví nedohodla a nakonec vyjela s MZ mírně navýšení. (pokračování na straně 2)



Z DOMOVA

Úhradová vyhláška 2016 přidá přes 9 miliard

(pokračování ze str. 1)

Nemocnice 3 % navíc

Akutní lůžková péče zůstává v režimu úhrady formou případového paušálu měřeného pomocí DRG, která bude snížena při nedosažení produkce v objemu 99 %. Pro nemocnice počítalo ministerstvo s růstem úhrad o 2,5 %, nakonec ale v jednáních se zástupci segmentu přistoupilo na 3 % růst úhrad.

Jak vysvětlil Tomáš Troch, velkým zařízením by také měla prospět novinka, kterou je úhrada nadprodukce, úhrada 85 % v pásmu od 107 do 115 % case mixu letošního roku, přičemž tato bude podmíněná růstem počtu globálních unikátních pojištěnců.

Jako reakci na zvyšující se tendenci překladů pacientů přistoupilo ministerstvo ve vyhlášce k zavedení sankce za výrazný nárůst účelových překladů, aby se pacienti nestali ekonomickou loutkou systému.

Úhrada bez limitu bude uplatňována u porodů, HIV-pozitivních pacientů a novorozenců. „Individuálně smluvně sjednaná složka úhrady (takzvané balíčky), kam spadají kardiostimulátory a kardiovertery a stenty, rozšiřuje úhradová vyhláška o transplantace, kochleární implantáty, TEP a katarakty,“ ozřejmil náměstek ministerstva pro zdravotní pojištění Tom Philipp. MZ také u ochranné psychiatrické léčby vyjmul z regulací zvlášť účtovaný materiál a léky i vyžádanou péči.

Bude jen na platy

Krizový štáb zastupující asociace nemocnic, dotčené odborové a pacientské organizace ale po jednáních na MZ prohlásil, že z 3 % navýšení budou muset nemocnice dát 2,5-3 % na vládou nařízené zvýšení platů. S ohledem na inflaci (v letošním roce je o 0,4 % a pro

rok 2016 dle prognózy ČNB až 1,8 %) půjde po uspokojení platových nároků zaměstnanců o absolutní pokles úhrad nemocnicím. „O tato procenta klesnou zdroje na provoz zdravotnické techniky, na nákup léků, na pořízení stravy, na opravy a údržbu nemocnic. Tedy zdroje určené přímo pro pacienty,“ prohlásil krizový štáb.

Nemocnice i odbory žádaly ministra zdravotnictví, aby úhradová vyhláška jasně stanovila, jaké navýšení úhrad půjde na zvýšení platů a jaké přímo na péči o nemocné, což ministr veřejně přislíbil. Krizový štáb proto požadoval v úhradové vyhlášce dvousložkově navýšení úhrady, což by situaci zpřehlednilo.

„Úhradová vyhláška v navržené podobě zdravotním pojišťovám umožní zachovat si a ještě posílit rezervy, které k 31. 8. 2015 dosahují 18 miliard Kč (zdroj MZ). Každý měsíc je výběr pojistného o více než 1 další miliard korun vyšší než v roce 2014 (zdroj MZ). Pro současné zvýšení platů i stabilizaci nemocnic by přitom stačilo navýšit úhrady o další 3 miliardy Kč z těchto rezerv. Vláda by měla posoudit, zda stabilizaci potřebují nemocnice, nebo zdravotní pojišťovny,“ uvedl krizový štáb.

Rostou i náklady na léky

„V roce 2015 došlo k bezprecedentnímu růstu výběru zdravotního pojištění, které překročilo veškerá očekávání ve zdravotně pojistných plánech zdravotních pojišťoven i v modelacích ministerstva. Příjmy celkové přesáhly 250 miliard, tedy o 3,6 miliardy více, než se předpokládalo. Na druhé straně stoupaly výdaje, a to na 2,2 miliardy celkem. V roce 2015 je tedy možné doplnit až jednu miliardu do rezervního fondu Všeobecné zdravotní pojišťovny, který byl do letošního roku více méně prázdný,“ řekl Tomáš Troch.

Výrazný růst byl zaznamenán u ambulantních specialistů a soukromých gynekologů, kde se kvůli zrušenému regulačnímu poplatku navýšil objem návštěv, a náklady těchto segmentů rostou o 2 % rychleji, než se očekávalo. I přes snížení DPH rostou také významně náklady na centrové léky a léky na recept. I zde jsou pojistné plány překračovány o významné částky, MZ u obou oblastí čeká nárůst o 1 miliardu. Trend na konferenci „Úhradová vyhláška pro rok 2016“ potvrdil i zástupce asociace distributorů Avel a ředitel společnosti Omega Pharma Michal Krejsta. „Trh léků na předpis i těch volně prodejných stále roste, přičemž v obou skupinách se více prodávají nákladnější produkty. Za uplynulý rok dosáhl celkový objem u Rx léků 50 a OTC přípravků 14 miliard korun,“ uvedl ředitel Krejsta.

Sporná kapitace

Podle modelací MZ letos významně rostl i objem následné péče. Také zde počítá vyhláška s navýšením o 3 %. „Zařízení, které ošetří stejné množství pacientů a vykáže stejné množství lůžkodnů, dostane zapláceno více než v roce 2015, minimálně o 3 procenta. U hospicové péče bude hodnota bodu stanovena na 1,02 Kč,“ uvedl náměstek Philipp. Prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Jiří Horecký pro naši redakci uvedl, že MZ asociaci částečně vyhovělo a pro úhradu zdravotní péče v sociálních službách a na sociálních lůžkách v nemocnicích stanovilo referenčním obdobím rok 2015 (nikoli 2014 jako ostatním odbornostem). Praktičtí lékaři pro dospělě neúspěšně žádali zrušení limitu referenčního roku pro náhradu zrušených poplatků. Základní kapitační platbu jim MZ stanoví



Zoran Jojko: „Nárůst ceny práce nositelů výkonů v Sazebníku výkonů odhadují maximálně na 2procentní navýšení ceny.“ Foto: Michael Tomeš

lo na 52 koruny. Lékaři ji mohou navýšit o 0,50 koruny, pokud provedou v hodnoceném období preventivní prohlídku alespoň u 20 % pacientů ve věku od 40 do 80 let dané pojišťovny. Snížení kapitace naopak hrozí, pokud má lékař v péči více než 15 % pacientů, kteří jeho ordinaci v posledních 3 letech nenašli. MZ neakceptovalo požadavek České lékařské komory (ČLK) na umírnění snížení kapitace (ČLK požadovala, aby se místo 50 haléřů strhávalo pouze 40), pokud lékař nesplní vyhláškou stanovené podmínky.

Opět protiústavní?

ČLK neprosadila ani požadavek na zavedení regulačního mechanismu s ohledem na rozhodnutí Ústavního soudu, že péče o tzv. velmi drahé pacienty musí být hrazená. Prezident ČLK Milan Kubek navrhoval smířčí řízení, kdy by lékař s pojišťovnou vyjednával, zda je překročení průměrných nákladů důvodné, či není. MZ ale trvá na plné úhradě nákladného pacienta v případě, že je tento pětinasobně dražší. „Počkáme na právní rozbor, zda vyhláška není v takovém rozporu s vyjádřením Ústavního soudu, že bude muset

být soudu znovu předána k přešetření,“ uvedl Milan Kubek.

Také ambulantním specialistům byl nakonec nabídnut 3% růst úhrady za zdravotní služby oproti referenčnímu období. „Nárůst ceny práce nositelů výkonů – lékařů i nelékařských pracovníků – v sazebníku výkonů nás potěšil. Neumím ale v tuto chvíli říci, o kolik se toto 10procentní navýšení reálně promítne v roce 2016. Odhaduji to na maximálně zprocentní navýšení ceny,“ uvedl po jednání na MZ mluvčí Koalice soukromých lékařů Zorjan Jojko, který je zároveň předsedou Sdružení ambulantních specialistů. Ambulantním specialistům byla zachována výše úhrady u tzv. minimálního kontaktu, zachována zůstala také hodnota bodu. MZ vyhovělo také části připomínek České stomatologické komory (ČSK), navýšení v ceníku výkonů se dotklo anestezií, amalgamových plomb i akutního ošetření v rámci pohotovostní služby (více viz rozhovor s prezidentem ČSK Pavlem Chrzem na str. 3). Konečná podoba úhradové vyhlášky bude ve Sbírce zákonů zveřejněna do 31. října.

Petra Klusáková

ANDROSA

POZVÁNKA NA KONFERENCI

**ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY
NOVÁ REGULACE - KONFERENCE**

TERMÍN KONÁNÍ: 2. LISTOPAD 2015, 9.00 - 17.00

MÍSTO KONÁNÍ: KONGRESOVÉ CENTRUM IKEM,
VÍDEŇSKÁ 1958/9, PRAHA 4 - KRČVíce informací a registrace na www.androsa.cz.WWW.ANDROSA.CZ

Němeček oživuje Ratha. Proč?

Těžko říci, co ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka přimělo investovat politický kapitál zrovna do ožívání myšlenky nové právní formy „neziskové zdravotnické organizace“.

Druhdy to býval prapor, s nímž během ministrování hrdě mával David Rath. V roce 2006 se mu dokonce podařilo procpat jej do Sbírky zákonů v podobě zákona o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Tím sice zřejmě vyhrál soutěž o nejdelší přívlastek dostupně rozvíjející v českém právním řádu, ale to bylo vše. Záhy po schválení byl tento zákon vykleštěn Ústavním soudem. Jeho pahýl pak ještě pět let strašil ve Sbírce zákonů jako Rathův pomník, až byl za Leoše Hegera vymeten zcela.

Vražedný princip

Teď by se měl vrátit. Nutno dodat, že Němečkův návrh není s tím Rathovým identický a v několika věcech je rozumnější – od

předepsaného složení správních rad po míru podřízenosti neziskové nemocnice vůli a zvůli ministerstva. Jenže tato dílčí zlepšení nijak nepomohou tomu, že je zákon systémově špatný. Především vychází ze stejného principu, který před devíti lety vedl ústavní soudce ke zneškodnění Rathova návrhu. Stejně jako Rath chce i Němeček zavést zdravotnická zařízení první (nezisková) a druhé kategorie. Kdo se podvolí a odevzdá část své suverenity Němečkovi, získá výsadní postavení, daňové výhody, záruku smlouvy s pojišťovnou, státní ručení za dluhy, a tedy obří konkurenční výhodu před těmi, kdo se neohnou.



Martin Čaban

Takový princip je vražedný především v pře-regulovaném prostředí českého zdravotnického kvazitruha a v rigidním paušálním úhradovém systému, který nedokáže rozlišovat nemocnice podle hospodaření, kvality pé-

če ani jiných relevantních kritérií. V takovém prostředí je zjevné, že zvýhodnění jedněch hráčů na úkor druhých jen na základě zvolené právní formy nemá nic společného s férovou soutěží či rovnými podmínkami. Je fascinující, že v důvodové zprávě k zákonu, který by prostředí českého zdravotnictví obrátil zcela naruby, se píše, že „dopad na podnikatelské prostředí by měl být minimální“. Za myšlenku, že i zdravotnictví je pod-

nikáním svého druhu, se zřejmě na Palackého náměstí upaluje.

Nepodařené dítě

Druhou zásadní námitkou proti Němečkově snaze je zaplevelování právního systému. Jakkoli je prostředí, v němž se pohybují nemocnice, specifické, jsou i zdravotnická zařízení normálními ekonomickými subjekty, které – pokud nechtějí být příspěvkovými organizacemi – si mohou vybrat z mnoha různých právních forem, jež umožňují transparentní a efektivní řízení, v čele s akciovou společností. Zavádět specifickou právní formu jen pro jednu uzounkou skupinu ekonomických subjektů je nesystémové. Jo, kdyby se Němeček dokázal dohodnout s dalšími vládními kolegy a dát spolu s nimi dohro-

mady obecný zákon o neziskových organizacích, to by byla úplně jiná politická káva a potlesk by neznal mezí.

Příspěvkových organizací, jimž tato forma přinejmenším estetiky neseď, je spousta, namátkou třeba Národní divadlo. Pokud by se i pro ně otevřela možnost důstojné neziskové právní formy, byl by to krok směrem k vyspělejšímu světu. Nezisková organizace se totiž navzdory dojmu, který se snaží vyvolávat spousta politiků především v oblasti zdravotnictví, nevyznačuje tím, že nevykazuje zisk. Dosažení zisku je žádoucí jako u každého jiného subjektu. Zisk pouze nesmí být vyplácen akcionářům či majitelům, nýbrž je povinně reinvestován zpět do rozvoje organizace. Forma neziskové organizace, pokud je systémově dostupná všem, je slušivá a ušlechtilá. A v takové podobě by nepochybně zdobila i mnohé nemocnice. V Němečkově podání je však na cestě jen další nepodařené dítě a zřejmě také práce pro Ústavní soud.

Stomatologové kvůli nízkým úhradám zkracují dobu ošetření

Po zářijové valné hromadě České stomatologické komory zhodnotil její prezident Pavel Chrz pro náš list současnou ekonomickou situaci oboru i výsledný dopad úhradové vyhlášky pro rok 2016.

Mohl byste shrnout současnou ekonomickou situaci oboru stomatologie?

Co se týče úhrad z veřejného zdravotního pojištění, není ekonomická situace příliš utěšená. Úhrady z veřejného zdravotního pojištění u zubních lékařů rostou velmi pomalu, tedy spíše stagnují. Poměr prostředků, které jsou z celého objemu prostředků veřejného zdravotního pojištění určeny pro stomatologii, každoročně klesají. Zatímco v roce 1997 šlo na stomatologickou péči 7 procent z celkových prostředků na zdravotnictví, nyní jsme na 4,5 procentech. To považujeme za špatné řešení.

Co byste tedy navrhovali pro zlepšení?

Potřebovali bychom se dohodnout s pojišťovnami na zásadním navýšení úhrad výplní. V současné době totiž pojišťovny hradí za výplně 246 korun. Přitom skutečné náklady se pohybují mezi 400 až 500 korunami, dostáváme tedy polovinu částky, kterou výplň stojí. Pokud je minutová sazba stomatologa 25 korun, za těchto 246 korun od pojišťovny bychom měli na výpl-

ni zubu pracovat 10 minut. Za tak krátkou dobu to skutečně udělat nelze, musíme dobu ošetření zkrátit, v tom případě ale nejde o péči, jakou bychom chtěli pojištěncům nabídnout. Úhrada 246 korun není navíc pouze cenou za výplň, jde o cenu za ošetření jednoho zubu v jednom roce, tedy jakýsi paušál. Pokud se na tom samém zubu objeví další kaz, měl bych ho podle úhradové vyhlášky spravit zadarmo, protože jsem ho už jednou dostal zaplacenou.

Jak se vyvíjí dohodovací řízení pro příští rok?

Vyjednávání s pojišťovnami skončilo nedohodou. Nyní zůstává na ministerstvu zdravotnictví, které vyhláškou rozhodne o financování zubní péče pro příští rok. Úhradová vyhláška je nakonec mírně prorůstová, nárůst se pohybuje kolem 2,5 procenta. Rozhodně však nespĺňuje oprávněné požadavky zubních lékařů, protože i nadále zůstává řada výkonů, kde náklady na jejich provedení výrazně přesahují úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Ministerstvo zdravotnictví opět nenachází

v rozpočtu veřejného zdravotního pojištění prostor jak zubním lékařům přidat. Na společném jednání nám ale ministr přislíbil, že jeho úřad bude hledat mechanismy

mus jak prostředky do zubní péče dostat.

Připravuje se, kromě možnosti zvýšení v rámci ceníku zubní pé-

če, ve stomatologii ještě nějaká jiná legislativní změna?

Zpočátku to vypadalo, že do návrhu zákona č. 95/2004, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, přibudou v rámci zubní péče dvě další specializace – parodontologie a pedostomatologie. Nakonec se ale do návrhu nedostaly. Žádné další změny nyní v plánu nejsou.

připravila Petra Klusáková

Inzerce M151000611

Komplexní bezpečnostní služby poradíme, realizujeme, zasáhne

Nabízíme bezpečnostní poradenství, projekci kompletní realizaci, záruční/pozáruční servis včetně služby nepřetržitého dálkového dohledu a bezpečnostního zásahu v celé ČR.

12 726

ALKOM
SECURITY s.r.o.

V Holešovičkách 10, 180 00 Praha 8
tel.: 242 490 222, fax: 242 490 507
e-mail: alkom@alkom.cz, www.alkom.cz

Předvolební napětí mezi lékárníky

Asociace provozovatelů lékárenských sítí (APLS), sdružující Českou lékárnou holding (sít' Dr. Max), Benu ČR a Devětsil JST, chce hledat společná témata v lékárenství a vyzvala Českou lékárnickou komoru (ČLnK), aby lépe zastupovala zájmy všech lékárníků.

APLS, která vznikla v květnu letošního roku, ústy předsedy svého představenstva Daniela Horáka uvedla, že v srpnu letošního roku podala návrh na zrušení signálního výkonu, který považuje za prohru současného vedení ČLnK. „Místo regulačního poplatku 30 Kč máme dnes takzvaný signální výkon ve výši 12 Kč včetně DPH. Signální výkon zahrnuje výdej léčivého přípravku na recept, základní dispensaci a související administraci – tedy *de facto* veškerou činnost lékárníka. Šéf ČLnK dnes tvrdí, že schválená podoba výkonu neodpovídá původní představě komory. To ale jen svědčí o nepřipravenosti vedení ČLnK při vyjednáváních o kompenzacích za regulační poplatek. Fakt, že vedení ČLnK dalo přednost politicky líbivému výkonu, znamenal vítězství nepřipravené varianty, která dnes blokuje debatu o skutečných výkonech lékárníka a poškozují celý obor. Ne-

úspěch ve vyjednáváních byl jedním z motivů k obnově někdejší APL a ustavení APLS, protože jde obecně o podmínky, za kterých jsou lékárny provozovány,“ uvedla APLS ve svém prohlášení.

Vinou marketingu

Prezident ČLnK Lubomír Chudoba k této výtce pro náš list uvedl, že do dnešního dne žádnou výzvu od APLS neobdržel. „Lékařnická komora samozřejmě zastupuje a hájí zájmy všech lékárníků bez ohledu na to, ve které lékárně pracují. Nemůže ale podporovat některé protichůdné zájmy obchodníků či manažerů, tedy nelékařníků. Pro ČLnK je prioritou rozvoj profese a vytváření podmínek pro poskytování co nejhodnotnější lékárenské péče. Ani představitelé jiných, vysoce kvalifikovaných a svobodných profesí, které mají ze zákona zřízenou svoji komoru, si nenechají vnucovat představy

marketingových inženýrů,“ uvedl prezident Chudoba k postojí APLS. Zrušení regulačního poplatku a zavedení refundace formou signálního kódu nepovažuje za prohru komory. „Za jen částečnou kompenzaci mohou marketingové aktivity lékáren a lékárenských řetězců, které poplatky „odpouštěly“. Někdy ČLnK a Grémia majitelů lékáren, nemusely mít lékárny ani korunu. Zrušení signálního výkonu v příštím roce nepřichází v úvahu. To na poslední schůzi Výboru pro zdravotnictví PSP ČR prohlásil i ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. A zároveň potvrdil, že současná situace je výsledkem toho, že regulační poplatek začaly odpoštvět lékárenské řetězce. Ministr před poslanci také uvedl, že pokud bude chtít lékárnám přidat, představuje si takový systém, v němž by nedostaly přidáno řetězce lékáren,“ uvedl prezident Chudoba a dodal, že ministr Němeček vidí možnost

navýšení v regresivní sazbě hodnoty signálního výkonu v závislosti na počtu vydaných receptů lékárnami jednoho provozovatele. „Došlo by tak k významnému podpoření venkovských lékáren, museli bychom ale vyřešit měnící se skladbu pojištěnců. Jde o systém, pro který lze určitou inspiraci najít například v Irsku,“ vysvětlil prezident ČLnK.

Jsou OSL nečinná?

APLS také kritizuje fakt, že Okresní sdružení lékárníků (OSL) nemají ve 12 městech zvolené vedení. „Upozorňujeme na naprostou nečinnost současného vedení ČLnK, pokud jde o prosazování takových změn norem ČLnK, které by umožnily oživit paralyzovaná OSL, zejména ve velkých městech, a otevřít volby co nejširšímu spektru vlastních členů. Dosavadní přístup v nás nutně vyvolává dojem malé ochoty otevřít šanci pro vstup do vrcholných orgánů komory i jiným subjektům

než majitelům lékáren a reprezentantům nemocničních lékáren. To přitom považujeme za nutnou podmínku k tomu, aby ČLnK jak vůči svým členům, tak navenek nabyla skutečně důvěryhodného postavení jako instituce zastupující zájmy všech segmentů napříč celým oborem,“ uvedla APLS.

Prezident Chudoba pro ZaM nepopřel, že některá OSL nejsou usnášeníschopná, jejich záměrnou „paralyzaci“ ale odmítá. Představenstvo ČLnK podle jeho slov situaci řeší. Delegáti minulého sjezdu například schválili návrh představenstva, díky němuž mohou OSL prodloužit termín, po který volby do OSL probíhají. „Připravili jsme také novelu samostatného zákona o ČLnK. Víme, že některá OSL vedení nemají. Ve sdruženích ale striktně dodržujeme zákonem stanovenou možnost usnášení jen v případě, že se dostaví nadpoloviční počet členů. Máme však cca 15 procent žen na mateřské dovolené a 10 procent lékárníků v důchodovém věku,“ uvedl Lubomír Chudoba a apeloval na zástupce řetězců, aby pomohli zvýšit motivaci svých zaměstnaných lékárníků k aktivní účasti na dění v okresních sdruženích lékárníků. (ldu)



1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK VE SPOLUPRÁCI S ČESKOU LÉKAŘSKOU KOMOROU
si vás dovoluje pozvat na 3. sympozium lékařské psychologie

Stres, deprese a životní styl v ČR

18. 11. 2015, 14–18 hodin,

Přednáškový sál Purkyňova ústavu 1. LF UK, Albertov 4, Praha 2

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze provedla první národní reprezentativní studii na téma Stres, deprese a životní styl v České republice. Její závěry přináší informace o charakteru pracovního stresu, životního stylu, projevu deprese a vyhoření. Konference je zaměřena na prezentaci výsledků této studie a dále na problematiku deprese, stresu a syndromu vyhoření v různých oblastech lidského života:

- Životní styl a deprese v České republice
- Pracovní stres a syndrom vyhoření v České republice
- Syndrom vyhoření – stále aktuální kategorie
 - Diagnostika syndromu vyhoření
- Syndrom vyhoření v různých odvětvích lidské činnosti

NA KONFERENCI VYSTOUPÍ VYZVANÍ ODBORNÍCI:

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze); prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc. (katedra psychologie, Filozofická fakulta UK); doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze); doc. PhDr. Irena Smetáčková, Ph.D. (katedra psychologie, Pedagogická fakulta UK); PhDr. Pavel Harsa, Ph.D. (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze).

PŘIHLÁŠKY NA WWW.LKCR.CZ (SEKCE KURZY ČLK, ČÍSLO KURZU 131/15)

Kurzy jsou řazeny chronologicky podle data konání.

Účastnický poplatek: 300 Kč

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16. Za účast na sympoziu je přiděleno 6 kreditů dle SP č. 16 ČLK. Konference je dále akreditována Českou asociací sester, Asociací klinických psychologů a Komorou vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR.

Letošní rok ve zdravotnictví hodnotím pozitivně

Prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR (UZS) a Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS) Jiří Horecký se u příležitosti nadcházející konference Zdravotnictví 2016 ohlíží za uplynulým rokem ve zdravotnictví.

Unie zaměstnavatelských svazů ČR spolupřipravuje v listopadu druhý ročník odborné konference Zdravotnictví 2016. Když se ohlédnete za uplynulým rokem v českém zdravotnictví, jak jej hodnotíte?

Již na loňské konferenci zaznívala celá řada otazníků a obav, zejména ve věci takzvané úhradové vyhlášky na letošní rok. Všeobecně hodnotím letošní rok – a to i v kontextu porovnání bezprostředně předcházejících let – jako pozitivní. V řadě lůžkových zařízení, respektive nemocnicích, bylo nastavení parametrů úhradové vyhlášky dostačující tak, aby mimo jiné pokrylo zvýšení osobních nákladů z důvodu navýšení tarifních platů (ale i částečně mezd). Částečnou výjimkou byla následná a dlouhodobá péče. Zde sice došlo koncem roku k podpisu společného memoranda APSS se zdravotními pojišťovnami a ministerstvem zdravotnictví (MZ), ale vzhledem k tomu, že memorandum je vázáno na plnění pojistných plánů, lze konstatovat, že aktuálně krizovou situaci v tomto segmentu příliš neřeší.

Byl zveřejněn návrh zákona o neziskových zdravotnických organizacích, který je také vnímán odbornou veřejností poměrně rozporupně či spíše jako nadbytečná právní úprava. Napětí také vyvolalo představení změny úhrad zdravotnických prostředků a materiálu (návrh novely zákona č. 48/1997. Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

Konference Zdravotnictví 2016 má představit změny v českém zdravotnictví v příštím roce. Jaké změny očekáváte?

Předně je třeba říci, že rok 2016 je pro tuto vládu klíčovým rokem pro prosazení a schválení legislativních změn, které by měly být účinné ještě v tomto funkčním období. Očekáváme zásadnější zásah do takzvaného Seznamu výkonů, u kterého MZ dlouhodobě připouští, že je zde nutné kultivovat jednotlivé odbornosti, nastavit nově a hlavně správně parametry režie, materiálové výkony a řadu dalších úprav.

Očekáváme také konečné znění změny úhrad zdravotnického materiálu a pomůcek. S napětím ale čekáme i na konečnou podobu reformy psychiatrické péče či akční plán Alzheimer (jehož koncepce již byla schválena). Jako důležité vnímám i pokračování aktivit Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v projektu DRG restart.

Vláda v letošním roce schválila další navýšení plateb za státní pojištění, na tarifní platy přislíbila srovnání navýšení. Jste spokojen s naplňováním těchto bodů v koaliční dohodě, jež se týkají zdravotnictví?

Navýšení platby za státní pojištění by mělo spolu s očekávaným vyšším výběrem pojistného zajistit zdroje na pokrytí vyšších osobních nákladů s procentním navýšením platových tarifů. Právě provázanost platů a následně refundace zvýšených nákladů formou změny parametrů v úhradové vyhlášce jsou vždy problematické. Zdaleka ne všichni zaměstnavatelé, resp. poskytovatelé zdravotních služeb, odměňují své zaměstnance platem. Řada z nich vyplácí mzdu, na kterou se dohody, respektive změny v předmětném nařízení vlády, nevztahují.

Jinak jsem osobně přesvědčen, že se všechny body koaliční dohody a programového prohlášení vlády ČR ve zdravotní oblasti naplnit nepodaří. Je však ještě brzy na vystavování „závěrečného účtu“.

Ulehčuje ministerstvo zdravotnictví zaměstnavatelům život, ať už nastavováním podmínek financování či legislativními změnami v resortu? Zlepšily se zaměstnancům ve zdravotnictví podmínky pro práci?

Dlouhodobým problémem je, i s vzhledem do budoucna, nedostatek zdravotnického personálu. Od lékařů v nemocnicích přes praktické lékaře, ambulantní specialisty, zubaře až po sestry. S napětím například očekáváme, jaké dopady bude mít na Českou republiku „skokové“ navýšení platů sester na Slovensku. Ačkoli se



Foto: archiv UZS

řešení této hrozby může jevit jako jednoduché (navýšení úhrad tak, aby bylo možné zvýšit platy či mzdy), z praxe víme, že zdroje jsou omezené. A to nejen zdroje ve fondu veřejného zdravotního pojištění (který je naštěstí oproti sociálnímu pojištění samofinancovatelný, a to i s vědomím té „korekční“ proměnné, kterou je platba státu za státní pojištění). Jsem přesvědčen, že Česká republika se v oblasti zdravotnictví stále ještě nevyrovnala s evropskou směrnicí o pracovní době. Její schválení považuji za selhání v hájení národních zájmů na evropské úrovni. Problém je také v adekvátním nastavení vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků a v nutnosti novelizovat příslušné zákony (95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.) tak, aby právě vzdělávání nebylo jednou z hlavních bariér, tedy spíše důvodem pro snižování počtu lidí v těchto profesích.

Úhradovou vyhlášku MZ podle svých slov koncipovalo podobně jako vyhlášku pro tento rok. Asociace poskytovatelů sociálních služeb, jejímž jste také prezidentem, vyslovila s původním návrhem zásadní nesouhlas. Proč?

Jsem zrovna v období, kdy se vyřizují připomínky, a situace se může změnit. Pokud bych

měl ale stručně prezentovat naše připomínky a projev nesouhlasu, pak jde o dva zásadní body. Prvním je, že návrh úhradové vyhlášky pro takzvanou odbornost 913 (zdravotní péče v sociálních službách a na sociálních lůžkách v nemocnicích) by znamenal meziroční pokles o 9 procent, což by pro nás bylo naprosto nepřijatelné. Tuto námitku však MZ akceptovalo a přislíbilo její nápravu. Druhou připomínkou, respektive očekáváním, je změna některých parametrů k nápravě nastaveného podfinancování této odbornosti. Na tomto se shodli ministři resortů zdravotnictví i práce a sociálních věcí a jednání v této věci probíhala zejména v letošním roce i za přítomnosti Asociace krajů (AK ČR) a předsedy Vlády ČR. Bylo přislíbeno alespoň částečné parametrické narovnání, ke kterému ovšem nedošlo.

Čelíme zde poměrně vážnému důsledku celkové situace, kdy od roku 2007 kontinuálně dochází k poklesu počtu zdravotnického personálu v sociálních službách, a to za kontinuálního zhoršování zdravotního stavu klientů, ale i navyšování kapacit. Tato vláda by měla stanovit a deklarovat, co je v této oblasti její prioritou – a teď nemyslím ty všeobecné priority ve smyslu „více kvalitnější péče pro všechny“, ale kon-

krétní vize a cíle, které tu bohužel nejsou.

Také jsme projevili nesouhlas se změnou úhrady dalších sesterských odborností, kdy se ruší fixní složka hodnoty bodu a zavádí se takzvané absolutní „zastropování“ s prorůstovým koeficientem 1,01, který je v oblasti sociálních služeb z důvodu rychlého se zhoršování zdravotního stavu zejména seniorů naprosto nedostačující a neumožňuje zachování ošetrovatelské péče.

Zmínil jste memorandum o úhradách zdravotní péče poskytované v zařízeních sociálních služeb. Vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) již dříve vyjádřilo přesvědčení, že optimální řešení se podaří nalézt nejpozději k 1. lednu 2016. Podařilo se pro poskytovatele zdravotně-sociálních služeb toto optimální řešení s VZP vyjednat?

Podpis Memoranda mezi APSS ČR, VZP ČR a AK ČR měl zejména nabídnout nové řešení těm poskytovatelům, kteří nepodepsali úhradové dodatky za roky 2012 a 2013 nebo se ve věcech úhrad s VZP soudili. Jednání o podobě memoranda byla náročná a dlouhá a jsou zcela jistě kompromisem všech zúčastněných stran. Dohoda přinesla nejen částečné zklidnění situace, ale také obnovila dialog s VZP.

Memorandum se týkalo zejména nastavení regulace vykázané péče. Je nutno říci, že ji stále vnímám jako problematickou a nesouhlasím s ní, protože segment dlouhodobé péče v sociálních službách stále vykazuje znaky značného růstu a z tohoto pohledu jej nelze považovat za stabilní. Po všech proběhlých jednáních a argumentacích však chápu i obavy a záměry VZP a jsem přesvědčen, že jsme za současných okolností dosáhli maximálně možného kompromisu.

Jestli můžeme něco s určitostí tvrdit, tak to, že optimální řešení se podaří nalézt nejdříve k 1. 1. 2017, dříve zcela jistě ne. Nemám rád laciné zjednodušování problémů, ale jde o elementární kroky. Stát potřebuje a chce zajištění veřejných služeb pro své občany v jisté kvalitě a za jistých podmínek, tedy bez přímých plateb, s úhradou, regulovanou úhradou či částečnou úhradou. Tím si nastavuje podmínky a vydává objednávku – pro koho, jak, kdy, co a za kolik. V oblasti dlouhodobé péče na tuto „objednávku“ již dlouho čekáme a její absence je důvodem většiny problémů, se kterými se v této oblasti potýkáme.

Z DOMOVA

Novinky v odškodňování nemoci z povolání či úrazu

Nové nařízení vlády o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění způsobených pracovním úrazem nebo nemocí z povolání připravilo ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s ministerstvem práce a sociálních věcí. Jeho smyslem je stanovit pravidla pro odškodňování v rámci pracovně-právních vztahů.

„Potřebujeme takový systém odškodňování, který bude dostatečně reflektovat praxi a vývoj lékařské vědy. Toto nařízení vlády pomůže při vydávání lékařských posudků, které jsou podkladem pro stanovení odškodnění, protože přesně definuje pojmy jako bolest a ztížení společenského uplatnění a vymezuje postupy i způsob bodového hodnocení újmy daného pacienta pro určení výše náhrady,“ vysvětlil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. „Jedním z problémů dosud platných postupů je neúměrně nízká náhrada za újmu na zdra-

ví, která vzhledem k míře inflace za uplynulých 14 let už neodpovídá reálným životním nákladům. Hodnota jednoho bodu ve výši 120 korun stanovená v roce 2001, kdy průměrná mzda v ČR dosahovala zhruba 14 600 korun, nebyla dosud valorizována. Právě schváleným návrhem nařízení vlády se proto zvyšuje hodnota jednoho bodu na 250 korun,“ doplnil ministr Svatopluk Němeček.

Jasná pravidla posouzení

Jak uvedla mluvčí ministerstva Štěpánka Čechová, nařízení vlády upravuje výpočet odškodnění

za ztížení společenského uplatnění (na rozdíl od odškodnění za bolest) odlišně od obecné úpravy výpočtu náhrady za újmu na zdraví v občanskoprávních vztazích. Tam žádný systém výpočtu výše odškodnění zanesen není. Existuje jen Nejvyšším soudem doporučená metodika, která hodnotí individuální schopnosti a sociální situaci poškozeného. „Důvodem pro odlišné pojetí je skutečnost, že lékař nedisponuje stejnými nástroji a možnostmi v rámci zvažování míry dopadů poškození zdraví na schopnosti člověka jako soud, ale

vychází pouze ze zjištění zdravotního stavu získaného lékařským vyšetřením a ze subjektivních sdělení posuzované osoby. Proto potřebuje pro hodnocení újmy na zdraví jasně stanovená, jednoduchá a transparentní pravidla, která mohou vést k rychlému a přezkoumatelnému určení výše nároku na odškodnění a tím i k včasnému odškodnění pacienta v době, kdy to nejvíce potřebuje,“ vysvětlila mluvčí Čechová.

Certifikace soudních znalců

Jak naší redakci sdělil prof. Pavel Paško, spolu s MUDr. Janem Votočkem z III. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol projednali jako vyslanci výboru České chirurgické společnosti s ministrem spravedlnosti Robertem Pelikánem problematiku certifi-

kace soudních znalců v oblasti medicíny. „Protože vyhláškou č. 123/2015 Sb. (vyhláška, kterou se stanoví seznam znaleckých oborů a odvětví pro výkon znalecké činnosti – pozn. red.) zařadilo ministerstvo spravedlnosti mezi vyjmenované obory také obor „stanovení nemateriální újmy na zdraví“, zahrnující bolestné a ztížení společenského uplatnění, chtěli jsme znát názor pana ministra na způsob certifikace lékařů pro tento nový obor. Certifikaci lze v současnosti získat v naší zemi pouze na jediném místě,“ uvedl prof. Paško.

Podle jeho slov ministr Pelikán souhlasil s tím, aby udělení této certifikace bylo v působnosti všech lékařských fakult v České republice. Ministerstvo spravedlnosti přitom nebude sjednocovat a specifikovat podmínky získání takovéto certifikace (délka kurzu, způsob ověřování znalostí kandidátů či cenu) a ponechá to na rozhodnutí jednotlivých fakult. Jak prof. Paško dodal, zjednoduší se tím přístup k certifikaci, která je ojedinelá – u ostatních znaleckých oborů žádné ověřování znalostí znalců zákon nepožaduje. Ministerstvo spravedlnosti bude od lékařských fakult požadovat, aby udělování certifikací úřadu oznámily a uvedly kontakt na pracovníka, který se bude školením znalců zabývat. (klu)

Ministr Němeček: Žďárská tragédie mění zákon i vyhlášku

Rok po tragédii ve Žďáru nad Sázavou, kdy psychicky nemocná žena ubodala studenta, ministr zdravotnictví představil tři zásadní změny systému ochrany obyvatel před možnými rizikovými situacemi, které mohou psychicky narušení jedinci způsobit.

„Úhradová vyhláška pro rok 2016 je změněna tak, aby sejmula z lékařů pečujících o pacienty se soudně nařízenou ochrannou léčbou zátěž v podobě obav z přečerpání limitů zdravotních pojišťoven. Dále změnou zákona o specifických zdravotních službách chceme zajistit, aby lékaři povinně hlásili policii, a nejen soudům, jako tomu bylo doposud, pokud se psychicky nemocný pacient nedostaví k nařízené léčbě. Povinnost nahlásit tento fakt nejpozději do 24 hodin policii přinese nepochybně zvýšení ochrany obyvatel. Dlouhodobě pak pracujeme na reformě psychiatrické péče, která v podobě Center duševního zdraví přenesla léčbu blíže pacientům, do terénu,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Konkrétní změny ve vyhlášce

Úhradová vyhláška ruší regulaci na léčiva pacientů se soudně nařízenou ochrannou léčbou, a to tak, že do maximální úhrady podle bodu 6.10 se nezahrne úhrada za zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů po-

skytnuté v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení. Dalším opatřením je regulační omezení podle bodů 2.2 a 2.3, které se u odborností poskytujících hrazené služby v odbornosti 305, 306, 308 nebo 309 podle seznamu výkonů nepoužijí, pokud k překročení průměrných úhrad podle bodů 2.2 a 2.3 došlo v souvislosti s péčí o osoby, jimž bylo soudem nařízeno ochranné léčení.

Nové povinnosti hlášení

Jak ministerstvo dále uvedlo, novela zákona o specifických zdravotních službách, jež přináší povinnost poskytovatelům zdravotní péče ohlásit nepřítomnost pacienta nejen soudům, ale i policii, je momentálně před meziresortním připomínkovým řízením. Dle návrhu úřadu musí poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody oznámit soudu, který ochranné léčení nařídil, například to, že sám nemůže zajistit přijetí pacienta do ochranného léčení z důvodu uvedeného v § 84 odst. (součástí tohoto oznámení je odůvodnění odmítnutí přijetí pacienta a sdělení předpokládaného termínu jeho možného přijetí). Dále musí ozná-

mit, že pacient, kterému bylo nařízeno ochranné léčení vykonávané formou lůžkové nebo ambulantní péče, nenastoupil ve stanoveném termínu k výkonu ochranného léčení, že se pacient lůžkové péče svémocně ze zdravotnického zařízení vzdal a že se pacient v ambulantní péči nedostavuje k lékařským prohlídkám ve stanoveném termínu.

Poskytovatelé budou také muset informovat o tom, že pacient byl na základě náhlé změny zdravotního stavu, která nesouvisí s ochranným léčením vykonávaným formou lůžkové péče, přeložen na jiné pracoviště poskytovatele vykonávajícího ochranné léčení nebo do zdravotnického zařízení jiného poskytovatele; byl-li pacientovi ustanoven soudem opatrovník, poskytovatel mu tuto skutečnost rovněž oznámí. Ministerstvo do návrhu také zapracovalo povinnost poskytovatele zajišťujícího ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody oznámit tyto skutečnosti Policii ČR. Ta jediná má totiž v kompetenci z zabezpečení pacienta, případně zahájení trestního řízení pro trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí. (klu)

Ministerstvo zdravotnictví spoří za energie

Ministerstvo zdravotnictví nakoupilo koncem září na Českomoravské komoditní burze Kladno energie na rok 2016. Centralizovaným nákupem pro celý resort se tak podařilo snížit náklady na elektřinu a zemní plyn pro příští rok o téměř 100 milionů korun.

„Odebíráme energie za nejnižší možné ceny na trhu. Stejný efekt z toho mají nejen velké nemocnice, ale i menší zdravotnická zařízení, která by sama neměla šanci takto dobrou cenu soutěží dosáhnout,“ zdůraznil ministr Svatopluk Němeček s tím, že centralizovaný nákup energií na burze přináší maximální efekt při vysoké transparentnosti celého procesu.

Resort zdravotnictví patří svoji roční spotřebou 400 tisíc megawatthodin (MWh) zemního plynu a 270 tisíc MWh elektřiny k největším odběratelům energií. Ministerstvo do společného nákupu soustřeďuje 25 nemocnic, 14 krajských hygienických stanic a desítky ústavů, lázní a dalších zdravotnických zařízení.

„V letošním roce platíme za elektřinu a plyn o 80 milionů korun méně

než v roce 2014. V roce 2016 pak bude díky novým cenám, které se meziročně podařilo snížit o dalších 97 milionů korun, rozdíl už téměř 180 milionů korun. Přínosem nákupu na burze jsou také nemalé úspory při samotné administraci veřejné zakázky,“ uvedla náměstkyně MZ pro majetkové a mezinárodní věci Lenka Taie Kolaříková. Podle ředitele odboru hospodářské správy ministerstva Zdeňka Valíše klesnou ceny dodávek pro příští rok v komoditní složce meziročně o 13 až 21 %. Příští rok bude elektřinu ve vysokém napětí resortu dodávat společnost E.ON Energie, v nízkém napětí a u elektřiny bez sdružených služeb dodávky společnost Pražská energetika. Zemní plyn v maloobdobu dodá Pražská plynárenská, a. s., ve velkoobdobu společnost LAMA Energy, a. s. (klu)

VZP snížila objem pohledávek

Po několikaletém růstu pohledávek se Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) letos podařilo jejich objem snížit. Pomohla nejen centralizace díky novému softwaru, ale především efektivní výběr pojistného. Nejhuře se pojišťovně daří vymoci dluhy staré 3 a více let. Celkově subjekty pojišťovně dluží přes 29 miliard korun.

Po několikaletém růstu pohledávek po splatnosti, které se nastřádaly za více než 20 let (v loňském roce se vyšplhaly na 31,4 miliardy korun), se letos podařilo jejich růst zastavit a jejich objem začíná poprvé klesat. Za první pololetí došlo ke snížení o 1,6 miliardy na celkových 29,7 a do konce roku ekonomická náměstkyně VZP Markéta Slavíková předpokládá pokles až na 29,1 miliardy korun.

Měkké nástroje

Zdravotně pojistný plán pojišťovny počítá s tím, že v letošním roce vybere od plátců 100,2 miliardy korun a dalších 51 miliard pojišťovna získá z přerozdělení plateb za tzv. státní pojištěnce. Jak Markéta Slavíková uvedla, pojišťovna je schopna vybrat asi 99 % z těchto prostředků.

„Nejlepší způsob řízení pohledávek je zajistit, aby vůbec nevznikaly, tedy co nejefektivněji vybírat předepsané pojistné dané zákonem. Nejdůležitější je komunikace, snažíme se využívat měkké nástroje a v rámci aktivní práce s klientem používáme k jeho oslovení sms, e-mail a datové zprávy. Platební výběr, který je již součástí tzv. tvrdého vymáhání, vystavujeme až po půl roce aktivní práce s klientem. Poté nastupuje daňová či soudní exekuce,“ vysvětluje náměstkyně Slavíková s tím, že nejmenší část pohledávek tvoří ty nejmladší, tzv. přechodné, které bývají v průběhu roku uhrazeny (generují je například stavební firmy s ohle-

dem na sezonní práce). Nejvíce pohledávek – 8,5 miliardy korun – je z období před 3 až 5 lety. Jak Markéta Slavíková zdůraznila, právě po 3 letech od počátečního data pohledávky začíná její vymahatelnost prudce klesat. „Jde o nemajetné osoby nebo firmy v konkurzu a dalších právních problémech. Je mnohem obtížnější tyto pohledávky vymáhat,“ uvedla ekonomická náměstkyně. Jen těžko vymahatelné, starší pohledávky jsou v celkovém objemu 20 miliard. Prostředky, které pojišťovně dluží firmy v likvidaci nebo v dlouhodobých konkurzech či vleklých dědických řízeních, již ale zůstanou nedobytné, pokud uplyne promlčecí lhůta stanovená zákonem na 10 let.

Milion řádek

Pojišťovna na internetových stránkách seznam dlužníků zveřejňuje. Celkem 8800 z nich nezaplatilo pojišťovně dluh v rozmezí 300–500 tisíc, 2500 dlužníků má dát 500 tisíc až 1 milion, více než 1 milion korun nezaplatilo 1300 subjektů. Dohromady na zveřejněných seznamech spočteme 8miliardový dluh. Zbytek, tedy 21 miliard, pojišťovna pohledává po subjektech, které jí dluží méně než 300 tisíc korun. „Seznam těchto dlužníků VZP zatím nezveřejnila kvůli složité administrativě a snaze ochránit ty, které by zveřejnění mezi dlužníky poškodilo, protože mezitím už zaplatili,“ vysvětlila náměstkyně.

Celkový seznam dlužníků VZP činí dohromady milion řádek. Pojišťovna pro zefektivnění vymáhání pohledávek před 2 lety zavedla software „systém sprá-

vy pohledávek“. „Konečně jsme díky němu začali vymáhat pohledávky systémově, identicky v celé VZP včetně všech regionálních poboček, což eliminuje

právě regionálně odlišné postupy. Spisy jsou z jednoho místa k nahlédnutí v elektronické podobě. Výzvou ale zůstává zrychlení systému, který kvůli obrovskému množství dat působí těžkopádně,“ řekla náměstkyně Slavíková.

Jak na závěr dodal ředitel VZP Zdeněk Kabátek, takto vymožené prostředky jsou součástí výběru pojistného a jdou tedy do základního fondu k úhradě zdravotní péče.

(klu)

Nový systém smluvní politiky VZP podporuje i její správní rada

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vyhodnotila prvních pět měsíců systému jednotné smluvní politiky, kdy o žádosti o uzavření nové či rozšíření stávající smlouvy se zdravotnickým zařízením rozhoduje komise pro smluvní vztahy a rozkladová komise. Správní rada systém považuje za přínosný.

Od dubna letošního roku byl vedle shora uvedených komisí zaveden také institut žádosti o přezkum, u nějž se žadatel může domoci přezkoumání rozhodnutí u další instance. V případě rozhodnutí regionálních poboček je další instancí komise pro smluvní vztahy, pokud rozhoduje centrála, je žádost postoupena rozkladové komisi. Pojišťovna se při uzavírání smlouvy s poskytovateli zdravotní péče řídí jednak hlediskem zajištění dostupnosti ve všech oborech a odbornostech, ale ohlíží se také na celkový i regionální rozpočet svých poboček.

Zveřejnění na internetu

„Během dvou jednání komisí bylo hodnoceno 231 žádostí. U 134 případů byla požadována nová smlouva, rozšíření či změna stávajících smlouvy požadovalo 97 poskytovatelů. Doporučeno bylo 91 žádostí, nedoporučeno 131, 9 jich bylo odloženo. Definitivním závěrem rozkladové komise bylo 14 žádostí o přezkum,“ uvedl předseda správní rady VZP Ji-

ří Běhounek s tím, že správní rada bude požadovat vyhodnocení za celý rok, ale už nyní lze říci, že rada rozvoj tohoto systému podporuje. Jak Jiří Běhounek dále uvedl, postup hodnocení žádostí považuje za transparentní, všechny žádosti jsou zveřejněny na internetu. Například žádost o novou smlouvu je zveřejněna do 5 pracovních dnů. Do měsíce pak regionální pobočky připraví a uveřejní podrobný rozbor a poté i rozhodnutí, zda žádosti pojišťovna vyhoví. Pojišťovna přitom zohledňuje nejen dostupnost péče v regionu, ale i technické a personální vybavení, spektrum nasmlouvaných výkonů, jejich frekvenci, kalkulaci odhadu výše ročních nákladů či žadatelovy smluvní vztahy s ostatními zdravotními pojišťovnami.

Hospodaření pojišťovny

Jak novináře informoval člen správní rady, poslanec Jiří Skalický, v srpnu 2015 pojišťovna převedla dalších 200 milionů korun do rezervního fondu, kam od května 2015 odešlo celkem 500 milionů. „Pokud

se poměr mezi výběrem pojistného a náklady bude vyvíjet jako doposud, lze na konci roku očekávat splnění pojistného plánu i naplnění rezervního fondu,“ uvedl radní Skalický a dodal, že zůstatek na běžném účtu VZP činí nyní 3,9 miliardy. Pojišťovna k srpnu disponovala na základním fondu zdravotního pojištění 1,9 miliardy, přičemž zdravotně pojistný plán počítal s částkou 0,9 miliardy.

„Pozitivní vývoj je způsoben stále trvajícím trendem, kdy se příjmy z výběru zdravotního pojištění pohybují na 101 procentech zdravotně pojistného plánu a náklady se daří držet na 100 procentech; stále je zde 1 procento ve prospěch hospodaření pojišťovny. Z těchto dat lze předběžně učinit dva závěry. Za prvé je reálný předpoklad, že bude splněn zdravotně pojistný plán pro rok 2015. Za druhé, že i ke konci letošního roku by VZP neměla mít problém s cash-flow, s ohledem na platební morálku vůči zdravotnickým zařízením na konci roku,“ vypočetl Jiří Skalický.

(klu)

Inzerce M151000477

VZP NABÍZÍ POPRVÉ V HISTORII AMBULANTNÍM SPECIALISTŮM SMLOUVU NA DOBU NEURČITOU.

S námi máte jistotu!



Z DOMOVA

Pacientovu chorobu nezajímá, zda jde internet

Předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) prof. Štěpán Svačina na tiskové konferenci připomněl, že témata lékařské informatiky a elektronizace zdravotnictví jsou pro ČLS JEP zásadní. Úspěchy lze zatím ale hodnotit jako dílčí, elektronizaci stále chybí základní stavební kameny.

„Každý lékař vnímá, jak ho používání elektronické preskripce či používání informačního systému v jeho práci posunulo. Současně je elektronizace velkým krokem ke zprůhlednění systému. ČLS JEP proto již v roce 2013 ustavila pracovní skupinu pro elektronické zdravotnictví, která vydává odborná stanoviska k elektronizaci zdravotnictví, aniž by její členy zatěžovaly politické tlaky,“ uvedl předseda Svačina.

Jak dodal vedoucí pracovní skupiny pro eHealth ČLS JEP Ing. Martin Zeman, elektronizace není jedním časově či tematicky ohraničeným projektem, ale kulturní změnou ve společnosti a přechodem na informační společnost v oblasti zdravotnictví. Zdůraznil také, že mezi základní principy ČLS JEP v této oblasti patří kvalita péče o pacienta a přínos pro poskytování kvalitní zdravotní péče, ale i nutnost dodržet pozitivní motivaci při zavádění prvků elektronizace, přičemž plošná povinnost není v tomto ohledu akceptovatelná. Pracovní skupina řeší také otázku sdílení informací o pacientovi, archivace zdravotnické dokumentace, validity poskytovaných informací o zdravotní péči nebo prevenci.

Protože je to výhodné

Proč by měli do elektronizace systému mluvit také praktičtí lékaři, vysvětlil člen pracovní skupiny a praktický lékař Cyril Mucha. „Udává se, že až 70 procent všech klinických kontaktů se v ČR uskuteční právě v ordinaci praktického lékaře. Proto jakýkoli systém elektronizace musí vzít praktičtí lékaři za svůj a v jejich ordinacích musí fungovat,“ uvedl Cyril Mucha a zároveň podtrhl, že jakkoli jsou praktici obviňováni z bojkotu IT technologií, různou formou IT technologií nyní používá 80 % z nich. Elektronický systém však budou užívat pouze jako prostředek, protože jejich hlavním úkolem je léčba.

„V současné chvíli má většina ordinací zapojený ambulantní systém, někde pouze v rámci ordinace, ale často již pro kontakty s pojišťovnami, B2B kanály, částečně praktici používají zabezpečenou komunikaci mezi lékaři. Z průzkumů vyšlo najevo, že 70 procent lékařů využívá eBanking, aniž jim to kdokoli přikázal. Proč? Protože je to výhodné,“ poukázal Cyril Mucha na fakt, že vedle prospěšnosti systému a pacientovi, musí být IT technologie výhodná také pro jeho uživatele – lékaře, kteří by měli být při-

zváni již od počátků tvorby takových systémů.

Neschopenky jinak

Typickým projektem diktovaným „shora“, byl projekt elektronických neschopenek. „Praktičtí lékaři, píšíci přes 90 procent neschopenek, byli přizváni k již hotovému systému, který vzbudil obrovskou nevoli. Zejména pro hypotetickou (posléze pro úporný odpor zrušenou) povinnost jej využívat. Systém nešetřil práci lékařů, spíše naopak. Sporná byla míra elektronizace, kdy pouze jeden díl byl poslán elektronicky, zbytek nadále papírově,“ připomněl Cyril Mucha a upozornil na řešení, které navrhla ČLS JEP: „Vedle posudkové, odborné lékařské činnosti je na neschopenku nabaleno množství nemedicínských dat (jméno firmy, postavení pacienta, adresa pacienta i firmy), jejichž zjišťování do medicínské činnosti lékaře nepatří. Tuto část by měla řešit Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) a zaměstnavatel. Lékař by řešil pouze medicínské úkony – rozhodl by o neschopnosti pracovat, datu kontroly a ukončení neschopnosti. Lékař by o vzniku pracovní neschopnosti informoval ČSSZ a totéž by potvrdil i pacientovi, který by potvrzení předal

zaměstnavateli, jenž by poté komunikoval s ČSSZ.“

Jedním z mála alespoň částečně funkčních projektů elektronizace je eRecept. Elektronicky je v ČR v tuto chvíli vydáváno kolem 3–4 % receptů, jejichž povinné zavedení bylo k 1. 1. 2015 zrušeno. Jeho jedinou výhodou v současnosti je, že jej lze pacientovi vystavit distančně. Obtížné se s jejich přijímáním vyrovnávají lékárny. Jak Cyril Mucha upozornil, eRecept nemá za stát zvoleného garanta, Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a jeho centrální úložiště zatím garantuje pouze odbornou část. Přimlouvá se také za zachování dvojkolejnosti (elektronická i papírová forma), protože lékaře ani pacientovu chorobu nezajímá, zda jde internet – zpráva o stavu pacienta musí být napsána a pacient musí mít lék a léčbu, forma zaznamenání těchto úkonů zůstává podle Cyrila Muchy druhotná.

Nefunkční centrální agenda

O jak dílčí systémy ale jde, vysvětlil ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) Ladislav Dušek. „Jsem zodpovědný za fungování Národního zdravotnického informač-

ního systému (NZIS), a mohu říci, že tento v ČR nyní nefunguje. Systém není schopen elektronicky identifikovat zdravotnického profesionála v agendové ne veřejné databázi, která by byla zdrojem dat o kapacitě zdravotníků a zároveň byla bodem, který by přiděloval přístupová práva k elektronickým podpisům apod. Bez toho je veškerá agenda eHealth nadstavbou nad něčím, co neexistuje,“ poukázal na nedostatečnou základnu elektronizace ředitel Dušek. Druhým důvodem nefunkčnosti NZIS je, že systém není schopen rozeznat poskytovatele zdravotních služeb. ÚZIS situaci řeší ve spolupráci s krajskými úřady. Třetím důvodem je, že v ČR nejsme schopni z centrálního místa mapovat trajektorii pacienta v systému. „Máme řadu vynikajících informačních systémů, ale fungují jen lokálně. Centrální agenda nefunguje, protože nemáme přístup k datům zdravotních pojišťoven. Méně závažným důsledkem je, že ÚZIS emituje 70 tisíc výkazů ročně, aby zjistil data, která lze snadno získat z již existujících databází pojišťoven,“ posteskl si Ladislav Dušek, který pro nápravu tohoto stavu inicioval novelu zákona č. 372, o zdravotních službách, která by měla uzákonit Národní registr zdravotnických profesionálů jako referenční a agendový systém státní správy, neveřejný a s minimálním obsahem. Novela má také znovu obnovit Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb a uzákonit datové úložiště pojišťoven – Národní registr hrazebních služeb, díky němuž ÚZIS ve spolupráci s pojišťovnami sestaví úložiště, které pomůže hodnotit obsah zde uložených dat.

Petra Klusáková

V registru transparence je 40 % lékařů

Při hodnocení prvních 9 měsíců iniciativy Transparentní spolupráce, v jejímž rámci farmaceutické firmy sbírají souhlasy lékařů se zveřejněním finančních toků, které průmysl a lékaře spojují, to uvedl výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček.

Ředitel Dvořáček připomněl, že se jedná o iniciativu farmaprůmyslu, ale v záměru o zprůhlednění spolupráce je s AIFP zajedno také ministerstvo zdravotnictví. „Ministerstvo zdravotnictví ČR považuje celoevropskou iniciativu Transparentní spolupráce za pozitivní a potřebný článek v evropském zdravotnickém systému, který přináší další světlo na platby ve zdravotnictví a tím preventivně zabraňuje

jejich zneužívání pro účely, jež by mohly vést k nesprávným postupům při poskytování zdravotní péče. Tato iniciativa ve svých důsledcích navazuje na novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění, takzvanou transparentní novelu, která povede ke zvýšení efektivit a zprůhlednění smluvních vztahů a finančních toků v systému veřejného zdravotního pojištění,“ uvedla k možnostem iniciativy politická

náměstkyně ministra zdravotnictví Lenka Teska Arnoštová.

Kdo nechce dát svůj souhlas a proč

První data o spolupráci za rok 2015 budou zveřejněna nejpozději k 30. 6. 2016. Registr ale začal neveřejně fungovat již nyní. V současné chvíli má AIFP nashromážděno 40 % individuálních souhlasů, což ČR řadí k lepšímu evropskému průměru. Jsou státy, kde se

pohybují kolem 90 %, zejména skandinávské země a Nizozemí, na východě Evropy jsou na tom se sběrem souhlasů k zařazení do registru výrazně hůře.

„Ti, kteří poskytli souhlas, jasně deklarují, že jejich spolupráce s farmaprůmyslem je v pořádku. Pokud to ale otočíme, měli bychom se ptát, kteří lékaři tento souhlas dát nechťejí a proč,“ otevírá citlivé téma řady lékařů Jakub Dvořáček. Před-

seďa České lékařské společnosti JEP Štěpán Svačina v této souvislosti zdůraznil, že zdravotnictví je v ČR jedním z nejetichtějších oborů. „Všude, kde jde o veřejné prostředky, by měla být situace co nejprůhlednější. Iniciativa Transparentní spolupráce by mohla mylně budít dojem, že ve zdravotnictví není z tohoto hlediska něco v pořádku. A to je pro některé jednotlivce motiv pro to, aby souhlas se zařazením do registru nedali. Až bude transparentní celá společnost, žádnému lékaři to nebude vadit,“ domnívá se prof. Svačina. AIFP nyní připravilo také (elektronický i tištěný) materiál, který by měl objasnit situaci a náročné okamžiky přechodu do systému transparentní spolupráce. (klu)

Delegovaná preskripce – možnost, nikoli povinnost



V minulé Poradně jsme se zabývali preskripcí jako takovou a zmínili jsme i tzv. delegovanou preskripci. Jaké jsou její zásady?

PORADNA Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Delegovaná preskripce se týká léčivých přípravků s omezením „L“. Ty může předepsat k úhradě z pojištění odborný lékař, který je uveden v preskripčním omezení a má pro tuto odbornou uzavřenou smlouvu o poskytování této odborné zdravotní péče. Přípravek ale může (nikoli musí) předepsat i jím písemně pověřený jiný lékař.

odborného lékaře jsou součástí nákladů na preskripci předepisujícího lékaře.

Jak dlouho platí „delegace“ preskripce?

Pokud jde o chronicky užívané léčivo, tak delegace platí trvale, resp. do eventuální úpravy doporučené léčby odborným lékařem. V ostatních případech platí delegace do doby ukončení léčby daným léčivým přípravkem, popř. do doby změny zdravotního stavu, která vede k ukončení léčby. Doba preskripce každého léčivého přípravku (tedy i toho, který je předepisován na doporučení odborného lékaře) vždy závisí na aktuálním zdravotním stavu pacienta.



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

Co je vlastně „delegování preskripce“?

Ošetřující lékař, nejčastěji praktický lékař, předepisuje léčivé přípravky s preskripčním omezením „L“ na doporučení odborného lékaře. Odborný lékař toto doporučení uvádí v lékařské zprávě. Doporučení odborného lékaře musí být založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta nejpozději v den předepsání léčivého přípravku.

Je nutno „delegovat“ preskripci na konkrétního lékaře?

Doporučení preskripce je určeno ošetřujícímu lékaři pacienta, tedy ve většině případů praktickému lékaři. Není nutno delegovat na konkrétní jméno. Nelze vyloučit, že léčivý přípravek předepíše i jiný lékař. Opět ale platí, že doporučení preskripce musí být založeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta u tohoto jiného lékaře.

Komu se tyto léčivé přípravky pak započítávají do nákladů (regulací) – předepisujícímu lékaři, nebo doporučujícímu?

Náklady na léčivé přípravky předepsané na doporučení

Jaká je odpovědnost za případné komplikace spojené s delegovanou preskripcí?

Za preskripci léčivých přípravků je vždy a obecně zodpovědný předepisující lékař.

Je povinností praktického lékaře lék předepsat, i když s tím nesouhlasí?

Předepisující lékař nemá povinnost respektovat doporučení odborného lékaře. V takovém případě by o tomto rozhodnutí a důvodech, ryze odborných, měl být záznam v související zdravotnické dokumentaci. Informován by měl být jak odborný lékař, tak vhodným způsobem i pacient.

Můžeme ještě upozornit, že z hlediska zdravotních pojišťoven se preskripční a indikační omezení týkají pouze úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Pokud by některý z léčivých přípravků s omezením „L“ byl předepsán na účet pojišťovny lékařem mimo vymezené odbornosti, jednalo by se o porušení platných právních předpisů a smlouvy se zdravotní pojišťovnou na straně lékaře. Pokud pojišťovna zjistí takový postup, uplatní vůči předepisujícímu lékaři vzniklou škodu.

Teoreticky je také možné léčivé přípravky předepsat mimo

preskripční a indikační omezení s tím, že je hraď pacient. Na stanovená omezení je ale nutno nahlížet nejen ve vztahu k úhradě, ale i ve vztahu k hlediskům odborným. Neexistuje právní předpis, který by lékaři zakazoval předepsat nějaký léčivý přípravek. Lékař je však za léčbu pacienta a za účinnost předepsaných (aplikovaných a vykázaných v případě ZULP) léčivých přípravků právně odpovědný. Měl by předepsat (aplikovat a vykázat v případě ZULP) jen ty léčivé přípravky, u kterých zná jejich indikace, kontraindikace, dávkování, možné vedlejší účinky, ale i potenciální lékové interakce s dalšími léky atd.

Pokud se lékař rozhodne využít místo delegované preskripce tzv. opakovací recept, jak dlouho takový recept platí?

Namísto delegování preskripce může každý odborný lékař (zejména u dlouhodobé, chronické medikace a u pacientů, u kterých se nepředpokládá změna zdravotního stavu) využít možnosti předepsat odůvodněně indikovaný léčivý přípravek v množství dostatečném do další kontroly/návštěvy formou tzv. opakovacího receptu.

Vyhláška o způsobu předepisování léčivých přípravků stanoví, že na jeden recept lze

předepsat „více než jedno balení jednoho druhu léčivého přípravku pro zajištění léčby pacienta do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, nejdéle však na dobu tří měsíců a zpravidla v počtu tří balení, není-li dále stanoveno jinak.“

Tatáž vyhláška současně zakotvila možnost vystavení receptu na opakovaný výdej. Na takovémto receptu odborný lékař uvede pokyn pro lékárnou k opakovanému výdeji (zpravidla slovem Repetatur) a číslíci a slovy údaj o celkovém počtu výdejí. Množství předepsané pro jednotlivý výdej opět podléhá omezení (tj. na 3 měsíce, resp. tři balení).

Opakovací recept má platnost 6 měsíců, nestanoví-li lékař jinak, nejdéle však 1 rok. Tímto způsobem tedy může odborný lékař ve většině případů vyřešit potřebnou preskripci sám až na dobu jednoho roku.

Odborný lékař by měl delegovatelné léčivo delegovat na praktického lékaře jen v těch případech, kdy je žádoucí, s ohledem na zdravotní stav pacienta, aby do další návštěvy kontroloval stav pacienta v rámci pravidelných a častějších kontaktů praktický lékař. Ten tak může včas zachytit případné nežádoucí účinky nebo včas odhalit důvody, které by mohly vést k úpravě léčby nebo k indikaci potřebného vyšetření.

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

Z DOMOVA

KSL žádá stažení návrhu zákona o neziskových zdravotnických zařízeních

Koalice soukromých lékařů (KSL) vidí v návrhu rozpory s pravidly hospodářské soutěže, ohrožení stability systému českého zdravotnictví a ohrožení těch zdravotnických zařízení, která neprovozuje stát. Po ministerstvu zdravotnictví KSL požaduje stažení návrhu zákona z projednávání.

„Po jeho prostudování nás zaujala dvě hlediska. Návrh zákona hovoří o lůžkových zařízeních, tedy o nemocnicích, obecně ale platí, že v současné době cca 30 procent příjmů těchto typů poskytovatelů pochází z ambulantní činnosti v nejrůznějších oborech. Návrh zákona se tedy ve skutečnosti dotýká veškeré zdravotní péče poskytované v ČR. Návrh *de facto* zavádí dvě kategorie poskytovatelů. Na jedné straně tzv. neziskové, které významně po všech stránkách zvýhodňuje, na druhé straně ty ostatní, jimž by se na základě pravidel nastavených tímto zákonem zhoršil přístup k financím i smlouvám, ačkoli jejich pacienti rozhodně nejsou druhé kategorie a přístup ke zdravotní péči by měli mít stejný,“ uvádí zástupci soukromých lékařů.

Závažná nerovnost

Zákon o neziskových zdravotnických zařízeních by podle KSL tato zařízení zvýhodňoval tím, že by jim umožnil tvořit tzv. rezervní fond (5 %) ještě před zdaněním (příčemž od daně z příjmů mají být osvobozené). KSL připomíná, že i ostatní poskytovatelé musejí vytvářet finanční rezervy pro svůj provoz. Ti to ale mohou činit až po zdanění svých příjmů, tj. z menšího množství peněz. Výhodnější postavení neziskových zařízení by dle návrhu způsobovala také možnost tvořit tzv. sociální fond (1 %), a to opět ještě před zdaněním. „S tím souvisí i to, že neziskové zdravotnické zařízení bude mít možnost ocenit práci svých zaměstnanců výše, než bude možné ji zaplatit jinde. Administrativně jsou tímto

znevýhodněna všechna jiná zařízení než nezisková,“ domnívá se soukromí lékaři. Navíc by návrh dle KSL umožňoval, aby si nezisková zdravotnická zařízení nasmlouvala se zdravotními pojišťovnami smlouvu v rozsahu, který zařízení samo navolí, bez povinnosti absolvovat výběrové řízení. I zde vidí sružení faktorů znamenající významnou nerovnost proti ostatním poskytovatelům. „Pokud bude chtít jiný poskytovatel rozšířit svou činnost, nebude mu vyhoveno. Nezisková nemocnice si otevře cokoli,“ obávají se lékaři. Návrh také uvádí, že pokud nezisková nemocnice (tedy i nemocniční ambulance) dosáhne záporného hospodářského výsledku, pak za dluhy dle návrhu zákona ručí stát. KSL namítá, že ambulance v neziskovém



Ilustrační foto: Shutterstock

režimu mohou investovat do přístrojů a dalšího vybavení ambulance zcela jinak (bez žádoucích limitů) než ostatní.

„Na základě výše uvedených faktů Koalice soukromých lékařů hodnotí návrh zákona o neziskových zdravotnických zařízeních jako v rozporu se základními pravidly hospodářské soutěže, nebezpečný pro finanční stabilitu zdravotnického systému

v ČR, přímo ohrožující existenci všech zdravotnických zařízení, které neprovozuje stát, a žádá Ministerstvo zdravotnictví ČR, aby celý návrh stáhlo z projednávání,“ shodují se zástupci ambulantních specialistů, stomatologů, praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost a soukromých gynekologů.

(klu)

Krátce z regionů

• Dohoda o přeshraniční spolupráci záchranných služeb je schválena

Rada Libereckého kraje schválila společné ujednání o spolupráci zdravotnických záchranných služeb mezi Saskem a Karlovarským, Libereckým a Ústeckým krajem. Jedná se o navázání na rámcovou smlouvu mezi ČR a SRN o přeshraniční spolupráci v oblasti zdravotnické záchranné služby, kterou státy podepsaly již v roce 2013.

„Schválené ujednání je určitým návodem určeným pro běžnou praxi při zajišťování činnosti zdravotnických záchranných služeb v obou zemích v příhraničním pásmu,“ uvedl radní pro zdravotnictví Libereckého kraje Petr Tulpa. Slavnostní podepsání schváleného ujednání mezi třemi českými kraji a Svobodným státem Sasko proběhne na konci listopadu v Karlových Varech.

• Starostové části Karlovarského kraje žádají o peníze

Starostové obcí z Mariánskolázeňska vyzvali Karlovarský kraj, aby

pomohl financovat nepřetržitou lékařskou pohotovost v nemocnici v Mariánských Lázních. V písemné výzvě to uvedl starosta Mariánských Lázní Petr Třešňák, který v této souvislosti zastupuje i okolní obce, např. Mnichov, Tři Sekeyry nebo Starou Vodu. Upozorňuje na to, že zatímco přes den funguje ve městě řada odborných ambulančních, chirurgických a interní ambulance s nepřetržitým provozem chybí. Pacienti rychlé záchranné služby tak musejí být převáženi do nemocnic v Chebu, Sokolově nebo Karlových Varech. „Je pro nás šokující skutečností, že Karlovarský kraj kromě své Karlovarské krajské nemocnice podporuje i jiné soukromé zdravotnické subjekty v kraji v řádech desítek milionů korun, přesto do mariánskolázeňské oblasti nedoputovala ani koruna,“ uvedl starosta v prohlášení.

Kraj se brání tím, že město nechalo situaci takto vygradovat. Starosta Mariánských Lázní požaduje, aby kraj přispíval na pohotovost, která je nutnou službou veřejnosti, tak jako se tomu děje i v jiných krajích.

• Českolipská nemocnice má nové představenstvo, majitele nemění

Dozorčí rada Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa odvolala na začátku října představenstvo a jmenovala nové. K tomuto řešení přistoupila po rezignaci dvou členů představenstva. Ve své funkci skončil i předseda představenstva Radek Havlas.

Novým generálním ředitelem nemocnice se stal Jaroslav Kratochvíl. Dalšími členy představenstva byli jmenováni Vladimír Trenčiansky, Ivan Garaj, Alena Brodská a Jaroslava Navrátilová. Nemocnice také zůstane ve vlastnictví kraje. Liberecký kraj totiž odmítl zářijovou nabídku města Česká Lípa na odkoupení stoprocentního podílu v nemocnici za 100 milionů korun. Kraj nabídl městu minoritní podíl do 49 %. Za jakou částku by město mohlo podíl odkoupit, rozhodne nezávislý auditor. Konečné slovo pak budou mít zastupitelé.

• Sušickou městskou nemocnici od října provozuje skupina Nemos Vedení města Sušice vybíralo pro

provozování nemocnice ze čtyř zájemců. Zvítězila soukromá zdravotnická skupina Nemos, která již provozuje a vlastní nemocnice v Karlovarském kraji. Firma podepsala s městem smlouvu na 25 let.

Město si od nového provozovatele slibuje další rozvoj nemocnice a zachování stávajícího rozsahu zdravotní péče. Nemocnice se dlouhodobě potýká s nedostatkem odborného zdravotnického personálu, zejména lékařů. „Město Sušice se rozhodlo pro sušickou nemocnici vyhledat silného strategického partnera, který dokáže přinést kvalitu, personál i finance. Pomalu končí doba malých izolovaných nemocnic a začíná doba silných investičních skupin zaměřených na kvalitu poskytované péče,“ uvedl pro novinaře starosta Petr Mottl.

• Kardiologové Nemocnice Na Homolce využívají 3D technologii k mapování srdce

Kardiologové na Homolce upozorňují na vzrůstající výskyt chronického srdečního selhání. To považují za závažný problém nejen z terapeutického,

ale i z ekonomického hlediska, protože vzrůstá riziko opakovaných hospitalizací. Na chronické srdeční selhání umírá čtvrtina pacientů do 5 let od stanovení diagnózy.

Kardiologické oddělení Nemocnice Na Homolce se proto snaží využívat nejmodernějších technologií k diagnostice. Začalo při provádění srdečních katetrizačních ablací využívat novou, v ČR zatím unikátní technologii systému trojrozměrného srdečního mapování a navigace Rhythmia, kterou vyvinula bostonská společnost zaměřená na inovace zdravotnické techniky. Systém umožňuje přesné mapování srdce v průběhu katetrizačního zákroku. „My a naši kolegové z Institutu klinické a experimentální medicíny jsme byli přímo u vývoje systému, spolu s profesorem Kautznerem jsme ho v roce 2007 testovali v rámci klinické studie. Ke klinickému použití jsme ho na Homolku získali už loni, ale ještě jsme museli doladit některé technické detaily,“ uvedl primář kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce Petr Neužil.

(iso, ČTK)

Na 1. LF UK se nově vyučují porodní asistentky

Nový obor porodní asistentka v bakalářském studijním programu otevřela 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Jak informovala tisková mluvčí 1. LF UK Marie Fialová, v Praze je tak první a jedinou státní vysokou školou, kde mohou zájemci tento obor vystudovat.

Do prvního ročníku akademického roku 2015/2016 nastoupilo 28 studentek. „Studijní program je připraven podle požadavků Světové zdravotnické organizace a Evropské unie a odpovídá nárokům kladeným na toto povolání v zemích EU,“ uvedl děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo.

Teoretické i praktické znalosti a dovednosti získají studenti zejména na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, tedy „U Apolináře“. Garantem oboru je přednosta kliniky prof. Alois Martan. „Příprava porodních asistentek na naší klinice má dlouhou tradici, a proto nás zavazuje, abychom ve výuce pod vedením zkušených porodníků pokračovali,“ uvedl prof. Martan.

Při odborné praxi budou studenti pracovat pod vedením jednotlivých mentorů. „Vyučující mají mnohaletou pedagogickou zkušenost při výuce porodní asistence a jsou uznávanými odborníky,“ připomněl zástupce přednosti pro porodnický úsek doc. Antonín Pařízek. Doplnil, že na klinice se realizují také četné projekty a granty, do nichž se budoucí porodní asistentky mohou zapojit.

V současné době je v ČR kromě 1. LF UK devět vzdělávacích institucí, které připravují budoucí porodní asistentky pro jejich profesi. V Praze byla dosud jediná, a to soukromá vysoká škola, kde bylo možné tento obor studovat.

(red)

Personální změny

• ČAFF o prioritách generického průmyslu

Nový ředitel České asociace farmaceutických firem Martin Mátl usiluje o rovnováhu mezi regulovaným trhem a stabilním, předvídatelným tržním prostředím. Ředitel Mátl se ujal role právě ve chvíli, kdy ČAFF, zastupující



generické výrobce, slaví 15 let působení v českém farmaceutickém prostředí. „Naším dlouhodobým cílem je usilovat o stabilní, předvídatelné a rozumně regulované prostředí trhu, kde generičtí výrobci budou moci garantovat dostupnost moderních a cenově dostupných léčivých přípravků pro české pacienty,“ uvedl Martin Mátl s tím, že bude hledat rovnováhu mezi nutnou regulací ze strany státu a požadavky soukromého sektoru, který usiluje o podmínky, v nichž bude moci podnikat a plánovat svoje aktivity nebo se například vyrovnat s výraznou cenovou erózí léčivých přípravků.

ČAFF nedávno otevřela také otázku zpřísnění Etického kodexu pro

všechny své členské firmy. Nový Etický kodex, přijatý v létě letošního roku, je podle Mátlových slov přísnější než stávající zákon o regulaci reklamy, který v praxi nepokryje všechny detaily spolupráce. V rámci podpory transparentní spolu-

práce s lékaři ČAFF nyní usiluje o to, aby členské firmy do konce roku certifikovaly své obchodní zástupce v oblasti lékové legislativy, etiky a práva. Jak ředitel Mátl dále uvedl, ČAFF má v úmyslu zapojit se do konce roku 2016 s vlastním projektem do programu Disclosure, v jehož rámci zveřejňují firmy veškeré platby odborníkům.

• Ladislav Friedrich novým prezidentem Svazu zdravotních pojišťoven

Poté, co se funkce prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP) vzdal Jaromír Gajdáček, nastoupil na tuto pozici dosavadní viceprezident a ředitel Oborové zdravotní

pojišťovny Ing. Ladislav Friedrich. „Věřím, že si SZP ČR i nadále uchová pozici silného reprezentanta zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a dokáže dobře hájit zájmy svých více než 4,4 milionu klientů,“ uvedl odstoupivší prezident Jaromír Gajdáček.



SZP sdružuje všech šest zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven působících v ČR. Nový prezident Ing. Friedrich považuje nyní za rozhodující, aby zdravotní pojišťovny dokázaly v připomínkovém řízení k novému programu zdravotních výkonů a úhradové vyhlášce prosadit takové úpravy, jež umožní vyrovnané hospodaření systému v roce 2016. „Deficitní rozpočty pro rok 2016 považujeme za nepřijatelné,“ zdůraznil Ladislav Friedrich.

(klu)

Inzerce M15100639

UZS
UNIE ZAMĚSTNATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR
a Mladá fronta a. s. Vás zvou na konferenci

mf
EVENTS & CONGRESSES

Pozvánka
na konferenci

Zdravotnictví 2016

Akce se koná pod záštitou
předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky

12. 11. 2015 Hotel Ambassador, Praha

MÍSTO KONÁNÍ

Hotel Ambassador, Václavské náměstí 5-7, Praha 1

Zveme Vás na unikátní konferenci na stále aktuální téma:

Stav českého zdravotnictví, výhled na příští období, vize, záměry, očekávané změny. Setkání odborníků, zástupců státu, poskytovatelů, zdravotních pojišťoven, zákonodárců, zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců, akademiků a dalších odborníků – pod záštitou předsedy vlády ČR.

Vybraná témata:

- Zdravotní péče v ČR
- Úhradová a výkonová vyhláška pro rok 2016

- Odměňování a pracovní podmínky pro lékaře a zdravotní sestry
- Průsečky sociální a zdravotní péče
- Úhrada zdravotních služeb v roce 2016

INFORMACE POŘADATELE

Informace a přihlášky
on-line na internetových
stránkách:

www.uzs-konference.cz
www.kongres-medical.cz

Registrační
poplatek: 1390 Kč

Hlavní partneři:



Partneři odborné sekce:



Mediální partneři:



ZE ZAHRANIČÍ

Slovenské sestry hrozí hromadnými výpověďmi

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSPA) oznámila, že do svých regionálních poboček a do odborových organizací rozeslala tzv. Deklaraci připravenosti k ukončení pracovního poměru, s jejíž pomocí zjišťuje, zda jsou nelékařští zdravotníci připraveni podat v reakci na protest proti současné situaci ve zdravotnictví hromadné výpovědi.

Deklarace obsahuje 5 požadavků (viz box). SKSPA společně se sesterskými odbory jejím prostřednictvím oslovuje všechny nelékařské zdravotnické pracovníky, jichž na Slovensku působí asi 60 tisíc. „Až se nám deklarace vrátí zpět, budeme přesně vědět, kolik lidí je se situací ve zdravotnictví nespokojeno. V listopadu, pokud naše podmínky nebudou akceptovány, přistoupíme k podání výpovědí,“ uvedla pro slovenská média prezidentka SKSPA Iveta Lazorová. „Spojili jsme se všichni zdravotničtí pracovníci, aby-

chom na protest proti předkládanému návrhu zákona (novela zákona o poskytovatelích zdravotní péče, zdravotnických pracovních a stavovských organizacích ve zdravotnictví – pozn. redakce) vyjádřili svou vůli a připravenost k ukončení pracovního poměru,“ doplnila předsedkyně Odborového združení sestier a pôrodných asistentiek Monika Kavecká. Ta rovněž potvrdila, že na přípravě protestu spolupracovala s lékařskými odbory, jimž hromadné výpovědi zajistily v roce 2011 vyšší platy. „Chceme jít stejnou cestou, pro-

tože se ukázala být úspěšnou,“ cituje Moniku Kaveckou deník Pravda.

Nikoho nebudeme ovlivňovat

S formou protestu a s deklarací nicméně nesouhlasí Slovenský odborový svaz zdravotníctva a sociálních služieb, zastupující na 20 tisíc zdravotníků. Jeho předseda Anton Szalay pokukazuje zejména na skutečnost, že sestry své požadavky neustále stupňují a navíc protestní akcí se svazem nekonzultova-

ly. „Z původních tří požadavků je dnes pět. Jenže financování zdravotnictví ani vyšší počet pracovníků ve zdravotnických zařízeních se zákonem o platech nijak nesouvisí,“ reagoval pro deník Pravda Anton Szalay a připomněl, že ministerstvo zdravotnictví garantovalo dostatek finančních prostředků na vyšší platy od ledna příštího roku. „Pro mě je rozhodující, že novela přinese nárůst platů minimálně v menších nemocnicích, o které se rozšířil původní návrh,“ dodal Anton Szalay s tím, že své členy při rozhodování, zda se do protestů zapojí, nebude svaz nijak ovlivňovat. On sám je nicméně přesvědčen, že nelékařští, kteří se připojí k podepsání deklarace a v případě potřeby i podání výpovědi, nebude nijak zásadní počet. „Rozhodně nepůjde o tisíce pracovníků,“ domnívá se.

Zákon ve druhém čtení

Slovenské ministerstvo zdravotnictví neskrývá nad postupem sesterských profesních a odborových organizací své rozčarování. Je přesvědčeno, že se mu podařilo prosadit řadu významných změn, například zajištění 55 milionů eur na navýšení platů pro 38 tisíc zdravotníků od ledna 2016. „V některých soukromých nemocnicích by to znamenalo o 200 až 300 eur navíc,“ upozorňuje mluvčí resortu Peter Bub-



Illustrace: foto: Shutterstock

la a dodává, že ministerstvo garantovalo i každoroční valorizaci platů.

Novela zákona o poskytovatelích zdravotní péče, zdravotnických pracovních a stavovských organizacích ve zdravotnictví, která má zajistit stejné odměňování všech zdravotnických pracovníků, mezitím prošla v parlamentu do druhého čtení. Podle ministra Viliama Čisláka se nový způsob odměňování bude týkat všech nemocnic. Zákon reguluje 80 % platu, aby zůstal prostor pro kolektivní vyjednávání a nenárokovatelnou část platu. Ministr rovněž ujistil, že zákon bude finančně krytý – resort má od ministerstva financí příslibených 55 milionů eur, což podle Viliama Čisláka znamená při počtu 38 tisíc zdravotníků navýšení o 16 %. Upozornil však, že v případě zaměstnanců státních nemocnic bude nárůst o něco nižší, protože měli vyšší platy než jejich kolegové v ostatních zařízeních.

(Zdroje: Pravda, SITA)

(kha)

Text Deklarace připravenosti k ukončení pracovního poměru

Já, níže podepsaný zdravotnický pracovník, zaměstnanec zdravotnického zařízení, deklaruji svou připravenost a rozhodnutí ukončit svůj pracovní poměr v tomto zařízení v případě, že nebudou splněny, nebo alespoň podniknuty základní kroky ke splnění následujících požadavků:

1. Zabezpečit platby ze zdravotních pojišťoven tak, aby zdravotnická zařízení měla pokryta veškeré náklady související se zdravotní péčí.
2. Odměňovat zdravotnické pracovníky na základě zákona ve všech zdravotnických zaříze-

ních, zařízeních sociálních služeb a zařízeních sociálně-právní ochrany dětí a sociální kurately bez diskriminace.

3. Dobu trvání mateřské dovolené, rodičovské dovolené a pracovní schopnosti započítávat do délky odborné praxe pro účely mzdového ohodnocení.
4. Zvýšit počet sester a porodních asistentek tak, aby byla zabezpečena kvalitní zdravotní péče o pacienta, garantovat tyto počty zákonem a zavést trestní odpovědnost v případě jejich nedodržení.
5. MZ SR navrhuje základní složku mzdy sestry a porodní asistentky

při odborných činnostech v roce 2016 přibližně 694 eur hrubého (koeficient 0,81-, 0,85-, 0,96násobek průměrné mzdy v národním hospodářství). Žádáme, aby byl sestře a porodní asistentce ve všech zdravotnických zařízeních, zařízeních sociálních služeb a zařízeních sociálně-právní ochrany dětí a sociální kurately, a to bez rozdílu, tento koeficient navýšený za každé tři roky praxe o 0,03násobek průměrné mzdy v národním hospodářství (tedy cca o 25,7 eur za každé tři roky praxe pro rok 2016).

(Zdroj: Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek)

Inzerce M151 000820

Renault KADJAR a CAPTUR

Objevte crossovery Renault

od 309 900 Kč
5 let záruka

Smluvní záruka Renault 5 let/100 000 km (dle toho, co nastane dříve) se řídí konkrétními záručními podmínkami. Kuba jsou neodlučitelnou součástí kupní smlouvy. Kadjar: spotřeba 3,6–7,0 (l/100 km), emise CO₂ 99–130 (g/km); Captur: spotřeba 3,4–6,6 (l/100 km), emise CO₂ 95–123 (g/km). Uvedené spotřeby paliva a emise CO₂ jsou změněny metodikou stanovenou dle platných právních předpisů vyžadovaných pro homologaci vozidla. Vyobrazení je pouze ilustrativní.

RENAULT
Passion for life

Ceny generik jsou ve Švýcarsku vysoké

Švýcarský svaz pojišťoven společně se zastřešující organizací farmaceutických firem porovnal ceny patentově chráněných originálních léčiv a také generik v této zemi ve srovnání s šesti dalšími státy – Rakouskem, Německem, Velkou Británií, Nizozemím, Francií a Dánskem.

Pojišťovny uvádějí, že plátcí pojištění ve Švýcarsku dnes profitují z úspěchu posílených regulačních opatření. Také ministerstvo zdravotnictví konstatuje, že se v letech 2012, 2013 a 2014 v rámci regulačních zásahů projevily pokles cen u originálních přípravků, což vedlo k celkové úspoře 795 milionů CHF. „Zhruba 250 originálních léčiv není dražších než ve srovnávaných státech,“ uvádí resortní úřad. V roce 2013 byly tyto léky ve Švýcarsku ještě o 5 % dražší, než činil cenový průměr v porovnávaných zemích. Nyní jsou patentově chráněné přípravky celkově „už jen o 1 %“ dražší než průměr ve zmíněných šestici evropských státech. Naopak u generik se projevuje výraznější rozdíl. Diference jejich cen se loni oproti roku 2013 zvýšila ze 46 na 47%. Znamená to, že náklady



ilustrační foto: Shutterstock

na generika jsou v porovnávaných zemích v průměru jen zhruba poloviční, než kolik stojí ve Švýcarsku. Autoři cenové analýzy uvádějí, že do budoucna bude vhodné regulační opatření dále rozvíjet, ať už půjde o způsob tvorby cen a jejich přehodnocování anebo o přezkum účinnosti léčiv.

(via)

Zdravotní výkony bez lékaře?

Švýcarská lékařská komora (FMH) komentuje parlamentní iniciativu, která chce prosadit větší pravomocí nelékařských zdravotnických profesí.

Podle ní by určité profese (zmíněna je např. ergoterapie či fyzioterapie) měly mít právo poskytovat pacientům více výkonů i bez doporučení či předpisu lékaře. Má se jednat o výkony, jež údajně nevyžadují léčebnou diagnózu ani lékařskou péči. FMH však upozorňuje na nutnost zajistit bezpečnost i kvalitu péče,

ale také hospodárnost využívání prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle komory by zákonodárci museli v předpisech jasně vymezit jak příslušné profesní kvalifikace, tak konkrétní výkony, aby bylo zcela nepochybné, kdo a co bude smět s určitou odpovědností pacientům nabízet. Lékaři se také obávají, že bez spolupráce s ni-

mi by mohlo docházet k duplicitním výkonům, což představuje jednak nadbytečnou administrativu, jednak neadekvátní finanční zátěž pro pojišťovny. Například praktičtí lékaři by měli vědět, kdo všechno se o nemocné stará, aby zcela neztratili možnost koordinace optimální péče, argumentuje komora.

(via)

Němečtí lékaři pomáhají uprchlíkům

Poté, co si berlínská pobočka německé lékařské komory povšimla „prekérních“ zdravotních problémů uprchlíků, kteří se sice již dostali do SRN, ale dosud neměli či nemají vyřízenou žádost o azyl, projevila se mezi berlínskými lékaři mimořádná ochota zapojit se do pomoci.

Konstatuje to prezident berlínské komory Günther Jonitz. Jménem vedení profesní organizace poděkoval více než 800 lékařům, kteří nabídli své služby zemskému úřadu pro zdravotnictví a sociální péči. Lékaři, ale i celá zdravotnická zařízení (např. Moabit, Charité či Vivantes) podle prezidenta Jonitze prokázali nesmírnou pohotovost a mimo ji-

né upozornili na nezbytnost zajistit migrantům léky. „Berlín má obrovský humanitární potenciál,“ konstatuje Günther Jonitz s tím, že vedle lékařů oceňuje rovněž pomoc občanů a různých institucí. Komora uvádí, že pokud uprchlíci vyhoví podmínkám předpisů k azylu, získají průkaz (vydává se vždy na čtvrtletí) a s ním budou moci

běžně navštěvovat zdravotnická zařízení. Pak bude péče standardně hrazena na základě vykázaných výkonů. Komora nabídla vlastní soubor návrhů různých opatření ke zlepšení situace migrantů a konstatuje, že zemský úřad by měl iniciativy aktuální pomoci dále profesionalizovat a adekvátně koordinovat.

(via)

Inzerce M151000731

Dětské oddělení v dolnorakouském Amstettenu hledá pro doplnění týmu

lékařky/lékaře s ukončeným pediatrickým vzděláním a zkušenostmi v akutní pediatrii a neonatologii.

Oddělení disponuje 26 pediatrickými a 4 neonatologickými lůžky (NIMCU) s nejmodernějším vybavením a provozuje také speciální ambulance (diabetologie, kardiologie, dětská neurologie).

V nemocnici krajského typu je i porodnice s necelými 1000 porody ročně a další oddělení (interna, chirurgie, ortopedie, traumatologie, neurologie, anesteziologie, rehabilitace, radiologie, institut laboratorní medicíny a patologie).

Školka pro děti zaměstnanců je umístěna přímo v areálu.

Amstetten leží na hlavní západní dopravní tepně (A1/Westbahn), nabízí široký výběr škol a krásné okolí (ideální pro cykloturistiku i jiné sportovní aktivity).

V případě zdravotnických párů můžeme zaměstnat na uvedených odděleních eventuálně i partnera.

Bližší informace obdržíte u přednosta oddělení.

Landeskrinikum 
AMSTETTEN

Kontakt: Prim. Dr. Peter Fucik | +43/7472/9004/16701 (Sekretariat) | kinderheilkunde@amstetten.lknoe.at

FARMABYZNYS

Třetinu tržeb z prodeje léků v ČR představují generika

Asi třetinu tržeb z prodeje léků v ČR zaujímají generická léčiva. Uvedl to výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem (ČAFF) Martin Mátl.

Podle něho se na celkovém počtu prodaných balení tento druh léků podílí zhruba dvěma třetinami. Odborníci, které ČTK oslovila, se shodují, že podíl mezi originálními a generickými přípravky je na českém trhu optimální.

V Česku jsou ročně spotřebovány léky za 60 miliard korun, s DPH a marží je to přes 80 miliard. Zdravotní pojišťovny hradí receptové léky za zhruba 40 miliard korun, počet prodaných balení činí zhruba 250 milionů kusů. Za rok proteče českým zdravotnictvím téměř 300 miliard korun.

Před rokem 1989 tvořily generické přípravky většinu léků v tehdejší Československu, originálů



Ilustrace foto: Shutterstock

bylo minimum. „Česká republika patří k zemím, kde je podíl generických léků stále relativně vysoký,“ uvedl pro ČTK Martin Mátl s tím, že jejich podíl na trhu se v posledních letech příliš nemění. ČAFF chce výrobu generik dále podporovat, podle ředitele Mátle totiž výrazně přispívají k omezení nákladů na léky.

Místo pro originály i generika

S tím souhlasí i Michal Prokeš ze společnosti Infopharm. „Určitě je dobře, že generické léky existují, protože přinášejí prakticky stejný užitek za nižší cenu. Jinak by zdravotní pojišťovny ne-

mohly zaplatit léčbu svým klientům v tak širokém rozsahu, jaký u nás máme,“ řekl pro ČTK. To, zda může vývoj generik utlumit zájem vývoje originálních léčiv, je podle něho u jednotlivých léků různé. „Léky na běžné choroby budou jistě vyvíjeny, protože trh je velký. Horší je to u chorob vzácných, kde existuje pouze malé množství pacientů a kde je tedy trh velmi malý. Hrozbou pro

nás všechny je například fakt, že je nově vyvíjeno jen velmi malé množství antibiotik,“ dodal. „Na trhu mají svoje místo jak originální přípravky, tak generika. Tím, že generika uspoří nějaké náklady, má systém více peněz, aby mohl investovat do inovativní léčby,“ doplnil výkonný ředitel Asociace inovativního průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček. Rovnováha mezi oběma typy léků podle něj v Česku funguje zatím dobře. ČAFF také podporuje vznik tzv. biosimilars. Tyto preparáty by měly do budoucna pomoci například s léčbou revmatických a onkologických onemocnění. „Cílem ČAFF je přispět k jejich maximálnímu využití a zpřístupnění většímu množství pacientů,“ uvedl Martin Mátl.

(ČTK, kha)

Empagliflozin snižuje riziko KV úmrtí u pacientů s DM 2. typu

Empagliflozin je jediným diabetickým lékem, který prokázal významné snížení kardiovaskulárního rizika i úmrtí na kardiovaskulární choroby.

Studie Boehringeru Ingelheim a Eli Lilly prokázala, že empagliflozin (Jardiance) dokáže významně snížit riziko kardiovaskulárního (KV) úmrtí a život neohrožujících srdečních i mozkových příhod u pacientů s diabetem 2. typu. Studie ukázala pokles rizika úmrtí kvůli srdečním problémům o 38 %, pokles všeobecného rizika úmrtí o 32 % i pokles rizika hospitalizace kvůli selhání srdečních funkcí o 35 %.

„Tyto výsledky jsou dobrou zprávou pro všechny pacienty s diabetem 2. typu, kteří trpí zvýšeným

rizikem kardiovaskulárních onemocnění. Jeho snížení je v jádru našich snah v oblasti diabetické péče. Doposud žádný lék nedokázal riziko úmrtí ze zmíněných důvodů snížit,“ uvedl ředitel Diabetes Centra v nemocnici Mount Sinai v Torontu Bernard Zinman. „Výsledky studie EMPA-REG OUTCOME přinášejí naději lékařům i jejich pacientům. Že empagliflozin dokázal dále snížit významně riziko úmrtí kvůli kardiovaskulárním komplikacím i u pacientů, kteří již byli léčeni léky snižujícími toto riziko, považuje-

ji za velmi důležité zjištění,“ dodal lékař kardiovaskulárního oddělení bostonské nemocnice Brigham and Women's a profesor medicíny na Harvardově lékařské fakultě Christopher P. Cannon.

Celkový bezpečnostní profil empagliflozinu byl v souladu s předchozími studiemi. Výskyt diabetické ketoacidózy byl nižší než 0,1 % a dosahoval stejné míry u všech testovaných skupin. Data byla zveřejněna na 51. výročním setkání Evropské asociace pro studium diabetu ve Stockholmu.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim) (red)

Pfizer spolupracuje s Univerzitou Pardubice

Farmaceutická společnost Pfizer Česká republika podepsala začátkem října Memorandum o vzájemné spolupráci s Univerzitou Pardubice.

Generální ředitel Pfizer Česká republika John Raney a děkan Fakulty chemicko-technologické Univerzity Pardubice prof. Ing. Petr Kalenda, CSc., memorandumem stvrdili vědeckou a výzkumnou spolupráci na příští období. Předmětem spolupráce je podpora nejlepších studentských prací v oblasti biotechnologií a farmakochemie.

„V oblasti výzkumu a vývoje vzniká velké množství nových přípravků právě formou spolupráce farmaceutického průmyslu s akademickou sférou a je skvělé, že Univerzita Pardubice má zájem o tento typ spolupráce, která je prospěšná

pro obě strany, protože budoucí výsledky jsou přínosem hlavně pro pacienta,“ uvedla viceprezidentka pro inovativní farmaceutický průmysl společnosti Pfizer, oblast střední a východní Evropy, Angela Lukinová. „Příklad partnerství Univerzity Pardubice a významné světové farmaceutické společnosti Pfizer je konkrétním propojením akademického světa s průmyslem ve velmi perspektivní oblasti výzkumu a vývoje nových léků. Studenti univerzity tak budou mít možnost podívat se do „kuchyně“ velké firmy,“ dodal poslanec PharmDr. Jiří Skalický.

(Zdroj: AIFP)

(red)

Americká hypochondrie ztěžuje klinické studie

Hypochondrie mezi Američany může mařit vývoj nových léků. Vyplývá to z nové kanadské studie, která zjistila, že v USA znepokojivě sílí placebo efekt.

Jde o nevysvětlitelný vědecký fenomén, který, jak se zdá, se nikde jinde na světě v takové podobě nevyskytuje. Problém spočívá v tom, že u uživatelů mizí rozdíl mezi tím, když dostanou nový lék proti bolesti a když jim je podáno pouhé placebo, o kterém je ovšem pacient přesvědčen, že se jedná o lék. Tím je ale pro farmaceutické firmy, jež testují nové preparáty, čím dál těžší zjistit, zda daný lék skutečně funguje.

Analýza celkem 84 amerických testů nových léků ukázala, že mezi le-

ty 1996 a 2013 se zmenšil rozdíl mezi analgetiky a placebem z 27 na 9 %. Vedoucí studie Jeffrey Mogil z McGillovy univerzity v Montrealu uvedl, že šokující nebylo zjištění, že sílí reakce na placebo, ale skutečnost, že se tak děje pouze v USA. Jedním z vysvětlení může být, že americká kultura je až příliš uvklá na léky. Zhruba každý dvacátý Američan trpí hypochondrií a dokonce i drobné zdravotní potíže léčí farmakou.

(ČTK, kha)

Krátce z (farma)byznysu

• Farmaceutická společnost **Teva Pharmaceutical Industries** koupí předního mexického výrobce léků **Representaciones & Investigaciones Médicas SA** (Rimsa), za kterého zaplatí 2,3 miliardy USD (56 miliard Kč). Díky akvizici se Teva stane největší farmaceutickou firmou v Mexiku. Akvizice by měla být dokončena na počátku příštího roku.

• Brněnské farmaceutické firmě **Erba Lachema** loni vzrostly tržby o 6

% na 317 milionů korun, zisk se zvýšil o tři čtvrtiny na 36 milionů korun. Nejvíce rostly prodeje v Indii, a to o 59 %. Na tomto trhu začala firma působit teprve před pár lety. Vyplývá to z výroční zprávy ve Sběrce listin. Indický trh je jedním z rychle se rozvíjejících a firma zde chce dále růst. „Významnou součástí aktivit se stala také výrobní a logistická podpora obchodu společností koncernu na rozvíjejících se trzích jihovýchodní Asie, Afriky a jižní Ameriky,“ uvedl ve zprávě proku-

rista Kamil Šplíchal. Díky expanzi na zahraničních trzích rostl podíl exportu o 10 procentních bodů na 85 %. Na ekonomickém růstu má podíl také zvyšující se prodej především biochemických, hematologických či močových analyzátorů. Vedle rozvíjejícího se trhu v Rusku a v Indii vyváží firma do střední a východní Evropy. Snaží se také o obchodní, vývojovou a licenční spolupráci v západní Evropě, především v Německu a Itálii.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

DISCOVERY Awards 2014

Na slavnostním večeru ve Vlasteneckém sále pražského Karolina se koncem září předávaly ceny za inovativní počiny v oblasti medicíny a farmacie za rok 2014. Cenu DISCOVERY každoročně uděluje Novartis mladým výzkumníkům do 40 let, kteří se zasloužili o výjimečný posun na poli výzkumu v oblasti medicíny a farmacie.

Společnost Novartis, která je od počátku generálním partnerem soutěže, tak chce podpořit zejména mladou generaci výzkumníků a motivovat je k další práci v České republice.

Tato cena byla založena v zájmu podpory vědy a výzkumu v oblasti medicíny a farmacie. Společnost chce podpořit a stimulovat odvážné a inovativní počiny, které znamenají přínos pro pacien-

ty ve zlepšení jejich kvality života a rovněž poukázat na inovativní potenciál českého zdravotnictví a farmacie.

Letos byla soutěž vyhlášena pro obor biomedicína s důrazem na dvě oblasti: Inovativní klinické, diagnostické a preventivní postupy včetně prototypů nástrojů a přístrojů včetně ICT a Základní výzkum v oblasti biomedicíny.

Ocenění vědci

V kategorii **Inovativní přístupy vč. prototypů a ICT řešení** cenu DISCOVERY Awards za rukou generální ředitelky Novartis ČR Mgr. Heidrum Irschik Hadjieffové a předsedy poroty, přednasty Onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Bohuslava Melichara, Ph.D., převzali:

- Doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D., z I. interní kliniky – kardiologické LF UP a FN Olomouc za práci s názvem „Spiroonolaktin v léčbě rezistentní arteriální hypertenze: randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie (ASPIRANT-EXT)“.

- Ing. Jan Rusz, Ph.D., z Neurologické kliniky a centra klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze; Katedra teorie obvodů, Fakulta elektrotechnická, ČVUT v Praze, za práci „Využití akustické analýzy řeči v diferenciál-



Zleva Ing. Jan Rusz, Ph.D., MUDr. Ester Mejstříková, Ph.D., Mag. Jan Pěničik, náhradnice za Mgr. Lenku Kyjáčovou a MUDr. Jan Václavík, Ph.D. | Foto: Leoš Chodura

ni diagnostice a studiu mechanismů neurodegenerativních onemocnění“.

V kategorii **Základní výzkum v oblasti biomedicíny** byli oceněni:

- Mag. Jan Pěničik, Ludwig Boltzmann, Institut pro výzkum rakoviny a Institut klinické patologie, Všeobecná nemocnice Vídeň. Jan Pěničik se zabývá studiem rakoviny prostaty, která je nejrozšířenější formou rakoviny diagnostikované u mužů. Název jeho práce zní „STAT3 regulated ARF expres-

sion suppresses prostate cancer metastasis“.

- MUDr. Ester Mejstříková, Ph.D., z CLIP, Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, za práci „Dětská akutní lymfoblastová leukemie s přesmykem linie“.

- Mgr. Lenka Kyjáčová z Ústavu molekulární genetiky AV ČR, v. v. i., Praha, za práci „Inhibice kinázy Erk1/2 senzitivizuje radioresistentní dormantní kmenové buňky karcinomu prostaty k radioterapii“.

(eta)

Vyhlášen XI. ročník literární soutěže Kouzelný klíč

Soutěž a zároveň arteterapeutický projekt Kouzelný klíč je určen pro pacienty a zaměstnance psychiatrických léčeben, ambulancí a ostatních psychiatrických zařízení v celé České a Slovenské republice.

Smyslem a cílem projektu Kouzelný klíč je možnost vyjádřit své pocity a emoce prostřednictvím literární tvorby a pomoci tak nejen sobě, ale i širší veřejnosti pochopit či alespoň nahlédnout do světa duševních onemocnění. Vyhodnocení příspěvků soutěže vždy provádí nezávislá odborná porota, v níž jsou zastoupeni spisovatelé, básníci, literární kritici, kulturní publicisté. Všechny soutěžní příspěvky jsou pravidelně

otištěny ve sborníku, který je zaslán každému z účastníků soutěže. Slavnostní vyhodnocení soutěže Kouzelný klíč probíhá každý rok v jedné z psychiatrických léčeben v České nebo Slovenské republice.

Bližší informace o pravidlech, soutěžních kategoriích a uzávěrce příjmu prací vám poskytne paní Dagmar Žaludová. Napsat jí můžete na adresu: dagmar.zaludova@bohnic.cz.

(red)

Pozvánka na koncert

1. Lékařská fakulta UK v Praze pořádá již 22. koncert z cyklu „Fakulta v srdci Karlova“. Na programu bude Requiem od Wolfganga Amadea Mozarta. Jedno z Mozartových nejučtavnějších děl si přijďte poslechnout ve středu 4. listopadu do kostela sv. Štěpána, Štěpánská ulice, Praha 2. Sólisty budou pod vedením dirigenta Marka Valáška Naděžda Chrobáková (soprán), Klára Balášová (alt), Václav Cikánek (tenor), Marín Strouhal (bas).

(red)

Inzerce M151000835

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte

BIODERMA ABCDerm Hydratant

Mléko 200 ml

Ochranné hydratační tělové mléko určené na každodenní péči.

Doporučená cena **369 Kč**

Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1015**. 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 1015**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

ZE SPOLEČNOSTI

Slavnost **dárcovství krve**

Stříbrné (20 odběrů) a zlaté (40 odběrů) plakety prof. MUDr. Jana Janského byly předány v polovině září v Brožíkové síni Staroměstské radnice na slavnostním setkání bezpříspěvkových dárců krve, které zorganizoval Český červený kříž (ČČK).

V rámci slavnostního setkání převzalo z rukou Ing. Miloše Růžičky z Magistrátu hl. m. Prahy a zástupců ČČK ocenění „Zlatý kříž“ (80 odběrů) více než 60 dárců. Mezi oceněnými byly 4 ženy. Vezmeme-li v úvahu, že krev se může dávat jen čtyřikrát do roka (muži pětkrát), 80 odběrů představuje minimálně 20 let života. Klobouk dolů. Oceněným blaho-

přáli také pracovníci transfuzního oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze – jeho primář MUDr. Petr Turek, CSc., MUDr. Zuzana Petrová, vedoucí laborantka Jaroslava Senohrábková a sestra Iva Hřebačková.

Já jsem si z radnice odnesla zatím jen plaketu stříbrnou. K odběrům své B-negativní již nějaký čas chodím na transfuzní oddělení Tho-



Bezpříspěvkoví dárci krve v Brožíkové síni.



Kolektiv transfuzního oddělení Thomayerovy nemocnice. Zleva Romana Slepíčková, Martina Rybářová, Iva Hřebačková, MUDr. Zuzana Petrová, Vladimíra Sysová, Eva Weberová, Vladimíra Krumlová a Lenka Čechurová. | Foto: 2x Leoš Chodura

mayerovy nemocnice v Praze, kde se mi láskyplně věnuje kolektiv sester pod vedením staniční sestry Vladimíry Krumlové. Dárcovství krve mi dělá vysloveně dobře. Dříve jsem si myslela, že ten

příjemný pocit souvisí s dnes již překonanou léčbou „pouštěním žilou“. Pak mi ale lékaři vysvětlili, že se pocit rodí díky vyplavení endorfinů v mozku. Mohu jen doporučit.

Markéta Mikšová

Křest publikace „Cévní přístupy pro hemodialýzu“

Publikaci „Cévní přístupy pro hemodialýzu“ MUDr. Evy Chytilové a kol. pokřtili 8. října 2015 proděkan 1. LF UK prof. Aleš Žák a prof. Jaroslav Lindner. Slavnostní akt se uskutečnil v Akademickém klubu 1. LF UK.

Záměrem monografie, na níž se kromě hlavní autorky podílelo dalších pět odborníků a která vyšla v edici Aeskulap v medicínské divizi nakladatelství Mladá fronta, a. s.,

je poskytnout přehledné informace stran cévních přístupů u hemodialyzovaných pacientů.

Cílem knihy je poskytnout nejen doporučení odborných společností, ale také nové poznatky a názory specialistů stran cévních přístupů (CP) u hemodialyzovaných pacientů. Jednotlivé kapitoly pokrývají témata od predialyzační péče a přípravy pacienta k chirurgickému výkonu přes monitoraci, surveillance dialyzačních zkratů, zobrazovací metody až po možné komplikace zkratu a jejich řešení. Součástí knihy je atlas s ultrasonografickými a radiologickými nálezy.

(red)



Kmotr publikace prof. MUDr. Jaroslav Lindner, CSc., s autorkou. | Foto: archiv 1. LF UK

„Optická koherenční tomografie“ vzbudila v Hradci Králové velký zájem

Slavnostní křest této očekávané monografie proběhl 17. září na XXIII. výročním sjezdu České oftalmologické společnosti ČLS JEP v rámci odborného sympozia společnosti Bayer.

Monografie „Optická koherenční tomografie – Klinický atlas sítnicových patologií“ as. MUDr. Pavla Němce a kol. je prvním českým atlasem OCT diagnostiky, který je jasným a přehledným obrazovým

přívodcem pro širokou oftalmologickou obec. Monografie je členěna přehledně do kapitol podle základních patologických jednotek, s kterými se u sklivce, sítnice a cévnatky setkáváme.

Přípitkem popřál knize do světa mnoho úspěchů její kmotr prof. Pavel Rozsival a další významní hosté. Kniha vyšla v edici Aeskulap v divizi Medical Services nakladatelství Mladá fronta, a. s.

(red)



Zleva as. MUDr. Pavel Němec, prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSc., FEBO, MUDr. Veronika Löfflerová, MUDr. Bohdan Kousal, Šárka Mašková z Medical Services Mladé fronty a MUDr. Tomáš Tobiška ze společnosti Bayer | Foto: Hanzo Production

Ceny ČLS JEP za nejlepší publikace

Ceny za vědecké práce, vydané v roce 2014, udělené předsednictvem ČLS JEP v roce 2015 byly slavnostně předány jejich laureátům.

Stalo se tak 13. října při slavnostním odpoledním pořádaném k této příležitosti předsedou Senátu PČR Milanem Štěchem ve Valdštejnském paláci na pražské Malé Straně.

Cenu za knižní publikaci obdržel kolektiv autorů doc. Tomáš Fait, doc. Michal Zikán a doc. Jaromír Mašata za monografii „Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví“, prof. Hana Papežová za příručku pro ambulantní a nemocniční praxi „Naléhavé stavy v psychiatrii“. Třetí z cen v této kategorii převzali profesori Alek-

si Šedo a Rolf Mentlein za knihu „Glioma Cell Biology“.

Jako nejlepší časopiseckou publikaci v medicíně vydanou v roce 2014 hodnotitelská komise ČLS JEP ocenila práci „Protection against varicella with two doses of combined measles-mumps-rubella-varicella vaccine versus one dose of monovalent varicella vaccine: a multicentre, observer-blind, randomized, controlled trial“ autorského kolektivu pod vedením profesora Romana Prymulý. Slavnostní odpoledne zakončila prohlídka Valdštejnského paláce. **(red)**

Pokřtěna publikace „Vzácné nádory v onkologii“

Děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo pokřtil v úterý 6. října publikaci MUDr. Kateřiny Kubáčkové a kol. „Vzácné nádory v onkologii“, do níž přispělo 15 odborníků z pražských a brněnských institucí.

Dalšími kmotry publikace byli náměstek ministra zdravotnictví prof. Josef Vymazal a ředitel Ústavu hematologie a krevní transfuze prof. Petr Cetkovský.

Publikace, kterou vydala Mladá fronta, a. s., v edici Aeskulap, poskytuje aktuální pohled na vzácná onkologická onemocnění, která představují jednu pětinu všech zhoubných nádorů. Polovina nemocných však na diagnózu vzácného zhoubného nádoru umírá. Kniha je určena nejen onkologům, ale i lékařům dalších specializací, kteří mohou tyto diagnózy zachytit



Autorka knihy MUDr. Kateřina Kubáčková a kmotr publikace děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc. | Foto: archiv 1. LF UK

v jejich časném stadiu. Samostatné kapitoly jsou věnovány vzácným tumorům kůže, CNS a nervového systému, hlavy a krku, hrudníku, gastrointestinálního traktu, genitourinárního traktu, prsu, nádorům endokrinním a gynekologickým, vzácným hematologickým malignitám, nádorům neznámého origa a vzácným syndromům dědičné nádorové predispozice. Autoři přehledným způsobem shrnují problematiku jejich biologie a epidemiologie, patologie, klinické symptomatologie a diagnózy, léčby a prognózy. **(red)**

Za profesorem Jiřím Kramlem

20. září zemřel **prof. MUDr. Jiří Kraml, DrSc.**, z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN.

Profesor Jiří Kraml se narodil roku 1930 v Praze. V polovině 50. let, po ukončení studia na Fakultě všeobecného lékařství UK, nastoupil jako sekundář na interně nemocnici v Chomutově. Kromě klinické praxe se tu věnoval i klinicko-biochemické laboratorii. S touto zkušeností se vrátil v roce 1959 na fakultu a práce zde byla, kro-

mě rodiny, středobodem jeho života. V I. ústavu lékařské chemie a biochemie se svými spolupracovníky zavedl zcela nové imunochemické metody. Jeho enzymologické oddělení přineslo nové poznatky o charakteru, regulaci a ontogenetickém vývoji střevních *glykosidas* a vneslo zcela nové směry do výuky mediků a postgraduálních

studentů. Profesor Kraml vychoval řadu mladých vědců, kteří se uplatnili v Československé a později České akademii věd, v Endokrinologickém ústavu, na fakultních klinikách i na jeho domácím pracovišti.

Jeho přednášky byly zdrojem exaktních a pečlivě seřazených informací podaných vynikajícím způsobem. Z řady jeho výukových textů jsou nejvíce používána skripta pro praktická cvičení. Byl spoluautorem celostátních učebnic a editorem dvou překladů Harperovy „Biochemie“. V roce 1975

byl jmenován docentem a v roce 1990 profesorem biochemie.

Jiří Kraml byl nejen vědec a učitel, poděkování si zasloužil i jeho organizační činnost. Desítky let se podílel na vedení I. ústavu lékařské chemie a v letech 1990–1998 byl jeho přednostou. Jako proděkan fakulty v letech 1990–1993 organizoval výuku lékařství. Inicivoval zavedení výuky v angličtině, po léta byl i vedoucím učitelem anglické paralely. Prof. Kraml byl mnoho let vědeckým sekretářem Společnosti pro biochemii a molekulární biolo-

gii a členem i předsedou řady hodnotitelských grémíí, komisí pro obhajoby a grantových komisí. Patřil také mezi první členy České lékařské akademie. V roce 2010 mu byla udělena Zlatá pamětní medaile UK v Praze.

V posledních letech byl těžce nemocen, ale svou práci na fakultě, s nasazením všech sil, neopustil takřka do slova do posledních chvil.

Nejen jeho fakulta v něm ztrácí uznávaného vědce, vynikajícího učitele a moudrého, laskavého člověka.

(red)

Pražská 155

Od pátku 18. 9. do neděle 20. 9. 2015 probíhal v metropoli 4. ročník metodického cvičení krizové připravenosti „Pražská 155“. Pořadatelem byla Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy.

Akce byla určena pro výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci. Letošního ročníku se zúčastnilo 13 českých a jedna slovenská posádka. Nejednalo se o bodovací soutěž, cílem celé akce byla výměna zkušeností a příprava na situace, které záchranníci nezažívají každý den. Cvičení bylo slavnostně zahájeno v pátek v 17 hodin v hotelu Meritum v Praze za účasti významných představitelů města, složek IZS a partnerů akce. Tříčlenné posádky během páteční



nocí a sobotního dne řešily 11 odborných úloh v typických a zajímavých

pražských lokalitách. V rámci letošního ročníku metodického cvičení záchranných služeb týmy zasahovaly například u simulované nehody tramvaje (viz obr.), která po střetu s nákladním automobilem skončila na boku přes ulici.

Ukončení cvičení a poděkování posádkám ředitelem pražské záchranky MUDr. Petrem Kolouchem, MBA, se konalo v neděli 20. 9. 2015 v areálu Výstaviště Praha Holešovice.

(red)

Pozvánka na Postgraduální školení v obezitologii

Postgraduální školení v obezitologii se bude konat ve dnech **23.–27. 11. 2015 v Endokrinologickém ústavu v Praze.**

Kontakt: Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity, Endokrinologický ústav, Národní 8, 116 94 Praha 1, tel.: 224 905 350, fax: 224 905 105.

Příhlášky a bližší informace u paní Věry Raisové, na adrese:

vraisova@endo.cz, nebo tel.: 224 905 463.

Školení je akreditováno ČLK a je podpořeno Českou technologickou platformou pro potraviny.

Zodpovědní pořadatelé: prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc., doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc.

(red)

Inzerce M151000839

EK ETIKA
A KOMUNIKACE
V MEDICÍNĚ



LÉKAŘ A PACIENT V MODERNÍ MEDICÍNĚ PRÁVNÍ, ETICKÉ, PSYCHOLOGICKÉ A KLINICKÉ ASPEKTY

5. konference České lékařské komory „Etika a komunikace v medicíně“

3. 12. 2015, 10–16 hodin

Kongresový sál „U Hájků“, Na Poříčí 42, Praha 1

Konference bude zaměřena na problematiku vztahu lékaře a pacienta z pohledu předních odborníků na různé aspekty této problematiky. Pozornost bude věnována nejen etickým a právním otázkám, ale též klinickým souvislostem v hlavních oborech medicíny. K tématu konference bude opět vydána monografie, kterou účastníci obdrží zdarma. Na konferenci vystoupí vybraní autoři.

Program bude průběžně aktualizován na stránkách www.lkcr.cz

MUDr. Milan Kubek
prezident ČLK

Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.

MUDr. Helena Stehlíková
předsedkyně etické komise ČLK

Doc. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

a organizátoři konference

PŘIHLÁŠKY NA WWW.LKCR.CZ (SEKCE KURZY ČLK, ČÍSLO KURZU 120/15)

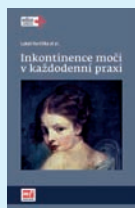
Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.

Za účast na sympoziu je přiděleno 6 kreditů dle SP č. 16 ČLK.

Konference je dále akreditována Českou asociací sester, Asociací klinických psychologů a Komorou vysokoškolsky vzdělaných odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR.

NOVÉ KNIHY

Lukáš Horčíčka et al. Inkontinence moči v každodenní praxi



Rozsah:
170 stran
Cena: 280 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3741-9
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Postgra-
duální medicíny

Kniha je určena především lékařům první linie – praktickým lékařům, internistům gynekologům, kteří se s inkontinentními pacienty setkávají v každodenní praxi. Měla by být návodem k aktivnímu vyhledávání, pomůckou pro základní diagnostiku a léčbu. Inkontinenci trpí přibližně 7 % populace, a tak není divu, že se lékaři první linie setkávají s postiženými lidmi téměř každý den. Přitom se řada pacientů k problému nepřiznává a trvá dlouho, než se začnou léčit. Péče je finančně velice náročná jak pro pacienta, tak i pro ošetřující zdravotnická zařízení a zejména pro celý zdravotní systém. I proto je zapotřebí co nejdříve proces péče o inkontinentní pacienty zracionalizovat a zefektivnit.

Kolektiv autorů, Eva Zavadová (ed.) Onkologická imunologie



Rozsah:
320 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3756-3
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Monografie podává aktuální pohled na imunologické aspekty vybraných onkologických onemocnění jakožto žhavé téma posledních let.

V úvodních kapitolách se autoři zabývají významem imunitní reakce v rámci protinádorové terapie, vývojem, farmakologickými aspekty protinádorové imunoterapie, adoptivní imunoterapií či hodnocením imunitní odpovědi u pacientů s nádorovým onemocněním. Samostatné kapitoly jsou pak věnovány preventivním vakcínám proti lidským papillomavírům, imunoterapii u maligního melanomu, urologických nádorů, kolorektálního karcinomu, karcinomu pankreatu, karcinomu prsu, karcinomu plic a u nádorů hlavy a krku. Zvláštní kapitola pojednává o specifikách imunoterapie v dětské onkologii,

zajímavý je též pohled chirurga na imunoterapii v léčbě solidních nádorů. V závěru knihy autoři zdůrazňují význam spolupráce klinického imunologa s klinickým onkologem.

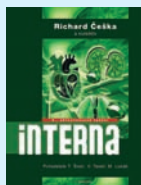
Ondřej Slabý a kolektiv Molekulární medicína



Rozsah:
598 stran
Cena: 1200 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-121-6
Vydavatel:
Galén

Autorský kolektiv více než čtyřiceti vysokoškolských pedagogů a odborníků pracujících v různých oblastech molekulární medicíny předkládá ucelený pohled na tento progresivní a dynamicky se rozvíjející obor.

Richard Češka a kolektiv Interna 2., aktualizované vydání



Rozsah:
870 stran
Cena: 1499 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-885-6
Vydavatel:
Triton

Monografie pokrývá v základním rozsahu celé spektrum chorob všech interních oborů. Zvláštní pozornost je věnována chorobám, se kterými se lékaři v obecné interní praxi setkávají nejčastěji, a problematice akutních stavů. První vydání získalo ocenění ČLS JEP za nejlepší knižní publikaci roku 2010.

Josef Vodička a kolektiv Traumatologie hrudníku



Rozsah:
241 stran
Cena: 1200 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-168-1
Vydavatel:
Galén

Poranění hrudníku se v Evropě podílí na každém druhém úmrtí při dopravní nehodě, a v zámorí je dokonce druhým nejčastějším smrtelným úrazem. Kolektiv plzeňských a pražských autorů proto připravil prakticky koncipovanou a bohatě ilustrovanou monografii shrnující základní informace potřebné k pochopení a zvládnutí péče o nemoc-

ně s poraněním hrudníku. Určena je jak pro studium pregraduální, tak – zejména – postgraduální.

Hynek Mírka, Jiří Ferda Multidetektorová výpočetní tomografie

Perfuční vyšetření



Rozsah:
214 stran
Cena: 500 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-185-8
Vydavatel:
Galén

V první části publikace jsou rozepsány základní technické a matematické principy metody a pracovní postupy při provádění vyšetření. Jsou popsány vlastnosti mikrocirkulace za normálních i patologických podmínek a její vztah k zobrazení perfuze. Dvě kapitoly se věnují problematice radiační zátěže při CT vyšetřeních. Ve druhé části jsou na konkrétních klinických případech vysvětleny praktické aplikace metody při vyšetřování různých orgánů. Důraz je kladen na vyšetřování cévních onemocnění mozku a nádorových onemocnění. Jsou rovněž uvedeny příklady vyšetřování ischemické choroby srdeční včetně zátěžového vyšetření a využití dat z perfuzního CT pro dynamickou (4D) CT angiografii.

Radim Brdička, William Didden Genetika v klinické praxi II.



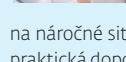
Rozsah:
192 stran
Cena: 300 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-182-7
Vydavatel:
Galén

Lidský genom není dokonalý a pravděpodobně obsahuje vedle „vhodných“ informací i takové, které mohou neblaze ovlivnit zdraví. Autoři představují možnosti, jež nabízí současná diagnostika v různých oblastech zkoumání naší genetické výbavy.

Lea Takácsová, Daniela Sobotková, Lenka Šulová a kolektiv Psychologie v perinatální péči

Praktické otázky a náročné situace

Rozsah: 208 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-247-5127-6
Vydavatel: Grada



Interdisciplinární pohled na problematiku péče o ženu v průběhu porodu a poporodního období se zaměřením na náročné situace a s důrazem na praktická doporučení.

Jindřiška Perušičová Diabetes mellitus a gastrointestinální trakt



Rozsah:
108 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-433-3
Vydavatel:
Maxdorf

Častými komplikacemi u více než poloviny diabetiků jsou zažívací obtíže. Publikace se proto věnuje orgánům a tkáním gastrointestinálního traktu, které jsou přítomností DM2 ovlivněny.

Renata Vytejšková, Petra Sedlářová, Vlasta Wirthová a kolektiv Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III Speciální část



Rozsah:
308 stran
Cena: 369 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3421-7
Vydavatel:
Grada

Učebnice pro studenty oboru ošetřovatelsví poslouží jako učební pomůcka také studentům všeobecného lékařství.

Jindřiška Perušičová Diabetes mellitus a kardiovaskulární onemocnění – Kardiabetes



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

Problematika vyššího rizika rozvoje koronárních srdečních nemocí, mozkové mrtvice a úmrtí na cévní choroby u nemocných s diabetem

v porovnání s nemocnými bez diabetu je základním tématem publikace, pojednávající i o jiném typu srdečního onemocnění u nemocných diabetem, a to svalové funkční chorobě, která se nazývá diabetická kardiomyopatie. Autorka se dále zaměřuje na vliv jednotlivých anti-diabetických léků na snížení kardiovaskulárních rizik.

Eva Moravcová, Zuzana Podaná, Jiří Buriánek a kolektiv Delikvence mládeže – trendy a souvislosti



Rozsah:
232 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-860-3
Vydavatel:
Triton

Monografie podává přehled výsledků reprezentativního výzkumu delikvence u žáků 7.–9. tříd základních škol a gymnázií v ČR z roku 2013 a nabízí jejich srovnání s rokem 2007. Analyzuje vliv relevantních individuálních (sebe-kontrola, osobní morálka) i sociálních faktorů, například rodiny, školy nebo vrstevníků, zvláště pak delikventních kamarádů. Využívá získaných poznatků k ověření některých starších i novějších teorií, které vysvětlují vznik delikventních tendencí a usilují o jejich predikci (P. O. Wikström). Diskutuje také metodologické otázky spojené se získáváním dat a ukazuje možnosti využití pokročilých statistických metod při jejich hodnocení.

Filip Brož, Daniela Vodáčková Krizová intervence v kazuistikách



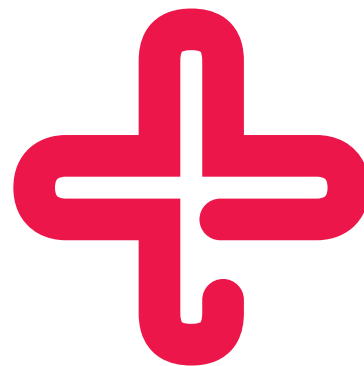
Rozsah:
168 stran
Cena: 259 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0811-2
Vydavatel:
Portál

První část knihy pomocí příběhů nabízí hlavní údaje o krizi a krizové intervenci a na kazuistických ilustruje základní postupy řešení krizových situací. Druhá část pojednává o jednotlivých typech těchto situací, ukazuje nejdůležitější vodítka pro řešení a přináší i řadu kazuistik, které přibírají témata propojující. Kazuistiky pocházejí z oblasti telefonické intervence i z rozhovorů tváří v tvář.

Sestra

www.sestra.cz

odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



22 / Nozokomiální nákazy

Jak bojovat
proti nemocničním
nákazám

28 / Odborné akce

Zpráva
z XXI. královéhradeckých
ošetřovatelských dnů

32 / Z našich webů

Sestry vyjadřovaly
své názory
na současné vzdělávání

Jak funguje agenturní zaměstnávání sester?

Jednatelka společnosti MEDNET Zuzana Kolbasová představila projekt agenturního zaměstnávání zdravotníků formou přidělování do nemocnic, které čelí nedostatku personálu. Od dubna letošního roku MEDNET díky svým sestrám sanuje jejich výpadky v sedmi nemocnicích své mateřské skupiny VAMED MEDITERRA.

Co bylo prvotním impulsem k rozhodnutí věnovat se přidělování sester do zdravotnických zařízení?

Společnost MEDNET je od počátku součástí skupiny VAMED MEDITERRA, která v České republice provozuje sedm zdravotnických zařízení. Od roku 2011 jsme zvažovali jakým směrem společnost profilovat. Nechtěli jsme „jen“ lamentovat nad tím, jak špatně české zdravotnictví funguje, ale rozhodli jsme se vytvářet projekty, které zdravotnictví prospějí. V současné době má společnost MEDNET již čtyři oblasti působení – agentura práce, vzdělávání, Mednet International a outsourcing.

Díky tomu, že patříme do skupiny VAMED, která je součástí nadnárodní společnosti FRESINIUS, máme po celém světě sesterské nemocnice. Začali jsme zaměstnáváním sester v zahraničí – Mednet International. Tento projekt spočívá v přidělování (agenturní zaměstnávání) sester do zahraničí. Sestry z českých nemocnic by v jeho rámci mohly vycestovat na krátkodobý pobyt do nemocnice v zahraničí a naučit se pracovat jinak. Zahraniční pracoviště mají často jiné biomedicínské technologie, jiné personální podmínky v rámci týmu a podobně. Přivezly by si nové znalosti a dovednosti a i na zdejší praxi by nahlížely jinou optikou.

Jenže český přístup k práci v zahraničí je trochu zvláštní, a platí to i pro sestry. Už jsme si zvykli jezdit do zahraničí v rámci studia, ale jakmile si najdeme životního partnera, ochota cestovat za prací mizí, a to dokonce i v rámci České republiky.

Ale i tak sestry do zahraničí odcházejí a ministerstvo se obává jejich nedostatku právě z důvodu odchodu do zahraničí za vyššími platy, považuje jejich odliv za masivní. Vnímáte to také tak? Nedostatek sester podle mě není způsoben *a priori* jejich odchodem do zahraničí. Nezástávají v oboru

a s vysokou školou si raději najdou zaměstnání jako reprezentant ve farmaceutické firmě a podobně. Souvisí to se změnou koncepce vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu po přijetí zákona o nelékařských zdravotnických povoláních z roku 2004. Ani tvůrce toho zákona si snad přece nemohl myslet, že sestrám necháme stejné mzdy a platy, stejné kompetence, ale donutíme je vystudovat vysokou školu. To přece nemůže nikoho motivovat. To, co se s přijetím zákona mělo stát – tedy diskuse o jejich kompetencích, začlenění zdravotnického asistenta do ošetrovatelského týmu – neproběhlo v dostatečné a očekávané míře. Teď mají sestry vysokoškolské vzdělání stejně jako lékaři a ptají se, proč by ony měly podléhat jejich rozhodnutím. Za těch 11 let se přístup lékařů k sestrám příliš nezměnil a velmi často považují sestru za svou asistentku, nikoli partnera. Přitom kompetence sestry je jinde, ve vedení ošetrovatelského týmu.

Nyní tedy sestry umísťujete i do českých nemocnic. Jak to probíhá?

Přidělením naší sestry řešíme jejich krátkodobé výpadky v nemocnicích. Sestry například odcházejí na rizikové těhotenství ihned poté, co se o graviditě dozvědí, protože jejich práce je náročná, téměř pořád ve stoje, hrozí riziko nákaz a onemocnění. Výpadky nemocnice také často řeší při jarních a podzimních obdobích infekcí. Když zůstanou v pracovní neschopnosti tři sestry, může to ohrozit chod celé stanice, ne-li oddělení. Proto jsme vymysleli tzv. *pooling*, kdy v MEDNET, který má licenci agentury práce, od dubna 2015 zaměstnáváme sestry, jež poté přidělujeme do zdravotnických zařízení, v nichž jsou nejvíce potřeba.

Sestry tak získají velké zkušenosti, protože na takovém postu během poměrně krátké doby projdou řadou zdravotnických zařízení a v jejich rámci spoustu oddělení. Mladé absolventky si díky to-



Foto: Jan Hrdý

mu mohou ujasnit, ve kterém oboru by chtěly v budoucnu pracovat, zda spíš v akutní péči, na chirurgii, interně, nebo v následné péči. To totiž ve chvíli, kdy dostudují, úplně přesně nevědí. Zajímavá zkušenost je to také pro zkušené sestry ve středním věku, které už nemusejí pečovat o rodinu, a jsou proto časově i místně flexibilnější. Naše nemocnice jsou po celé České republice, sestry znají rozpis služeb na měsíc dopředu, navíc u odlehlejších nemocnic je i možnost ubytování. Navíc víme, že pokud jsou zaměstnanci dlouho na jednom místě, trochu zakrní a zleniví, zejména pokud postupy a standardy jsou pořád stejné a sestry je vykonávají několikrát denně. Nové, motivované sestry jsou tak pro oddělení přínosem.

To není úplně běžný způsob zaměstnávání sester. Používají ho někde jinde v Evropě?

Tento systém se osvědčil v anglosaských zemích. Máme také zprávy od sester z Anglie, Austrálie a Nového Zélandu, kde tento způsob rovněž funguje. Tam se

sestry o umístění do konkrétního zdravotnického zařízení dozvídají dokonce až ten den ráno. My plánujeme s měsíčním předstihem, sanujeme tím větší a předvídatelnější výpadky sester.

Předpokládám, že se sestry musí pro konkrétní pracoviště nějak školit, je to tak?

Ano, ale výhodou českého systému je, že ošetrovatelství je standardizované. Většina českých nemocnic je akreditovaná podle Spojené akreditační komise, takže základní principy jsou shodné. Samozřejmě, bezpečnost/požární ochrana a provozní procesy se musí školit vždy podle konkrétního pracoviště. A první měsíc nejsou sestry umístěny na směnu, kde by byly úplně samy. Pokud ale je sestra zkušená a vnímavá, je schopná se během dvou tří směn zapracovat.

Kolik máte nyní v programu sester?

V současnosti máme v pracovním poměru 15 sester. Dvakrát do měsíce pořádáme výběrová řízení, na to příští máme přihlášeno

36 sester. Jejich hrubá mzda je vypočtena podle dosaženého vzdělání a let praxe a převyšuje současnou platovou tabulku, nicméně k ní jsou ještě připočteny cestovní náhrady.

Formálně jsou zaměstnankyněmi MEDNET, kde mají celý nebo částečný úvazek, a my je pak jako agentura práce přidělujeme na práci do zdravotnických zařízení, takže k jinému zaměstnavateli.

Představuji si, že takto „putující“ sestra musí být nejen schopná, ale i velmi spolehlivá. Jak probíhá výběrové řízení?

Tým hodnotitelů je poměrně obsáhlý, což kandidátky vždy trochu zaskočí. Vedle hodnocení osobnosti zájemkyni prověřují dvě sestry z manažerských pozic, které běžně vybírají sestry ve své nemocnici, a ty je posoudí po odborné stránce.

Pracují vaše sestry pouze ve vašich nemocnicích, nebo i jinde?

Jsou přidělovány do všech sedmi našich a pak ještě do třech dalších nemocnic. První odezvy na inzerát nás překvapily, neboť nebyly od sester uchazeček, ale od nemocnic mimo naši skupinu, které se ptaly, jestli už máme do programu přihlášené sestry a jestli bychom jim je nemohli půjčit. Projekt jsme zahájili před více než půl rokem a očekáváme i nadále nárůst zájmu stran sester, ale i zdravotnických zařízení. Těm se přiřazování našich zaměstnankyň vyplácí ve dvou aspektech.

Jako agentura práce musíme dle zákona splňovat řadu požadavků, jsou na nás zkrátka kladeny velké nároky. Další výhodou pro nemocnice, do nichž sestry na přechodnou dobu poskytujeme, je, že s nimi nemají spojenou téměř žádnou administrativu. Představte si sestru, o kterou se zařízení stará pouze provozně. Agenturní zaměstnávání je ze zákona stanoveno tak, že sestra je na tu dobu sice zaměstnanec přidělené organizace, ale jen co se úkolů týče – oni ji úkolují, hodnotí. Kdežto formální zaměstnavatel jsme my – vybíráme sestru ve výběrovém řízení, vyplácíme jí mzdu. Pokud má nemocnice takových sester větší množství, spojí za HR a mzdovou agendu. Je to velká úleva v administraci a organizaci.

Největší problém je v tom, že pokud nemocnici odejde sestra, vypíše na její místo výběrové řízení, uchazeček na volném trhu je málo, a pokud se nakonec podaří novou sestru najít, ta ještě ve výpovědní lhůtě (2 měsíce) pracuje v původním zaměstnání. I tato doba je tedy prostorem pro přidělené sestry. **Připravila Petra Klušáková**

Úzkost a její léčba

Úzkostné poruchy jsou jedny z nejčastějších duševních onemocnění. Postihují čtvrtinu populace vyspělých zemí. Chorobný úzkostný stav neboli *anxieta* je odvozen od latinského *anxius* (úzkostný). Jedná se o psychický stav zahrnující nadměrný pocit ohrožení, nervozity, obav či znepokojení.

Úzkost a strach jsou běžnými emocemi, které mají za normálních okolností ochranný význam. Pracují jako adaptační mechanismus, který vybízí organismus, aby se vyhýbal nebezpečným situacím nebo se na ně alespoň připravoval. Jestliže vznikají v nepřiměřených situacích nebo jsou nadměrně intenzivní a četností, jedná se o nemoc. Doprovází ji podobné pocity a příznaky, které mohou pacienti mnohdy v popisu toho, co prožívají, zaměňovat.

Někdy stačí pavouk

Pocítit strach, úzkost a neklid ve vypjaté situaci považujeme za přirozenou reakci těla. Co je však vypjatá situace pro každého z nás? Někomu vyděsí pavouk v rohu místnosti, jiný se věnuje adrenalinovým sportům, které ho nechávají v naprosté tělesné i duševní pohodě a užívá si jich. V dnešní době, jež je hodně zaměřená na výkon, čas, na uznání a touhu umístit se vysoko na žebříčku společenských hodnot, jsou úzkosti často provázeny běžné stresové situace všedního dne (jízda autem v přeplněném provozu, termínované zakázky či úkoly, interpersonální konflikty, udržení pracovní pozice, strach ze zajištění rodiny včetně často letitých závazků v podobě hypoték apod.). Úzkost se však může vyskytovat jako sekundární příznak některých somatických onemocnění (kardiovaskulární, respirační, hematologické nebo metabolické poruchy), současně se vyskytuje u většiny psychických poruch (neurotické poruchy, deprese, schizofrenní poruchy, závislosti a organické psychické poruchy).

Příčiny a diagnostika úzkosti

Proč úzkostné stavy vznikají, jaké mají příčiny? Svůj vliv na jejich vznik mají genetické, výchovné, biologické a existenční faktory. Příčiny jsou leckdy připisovány konfliktům v raném dětství, kde svoji roli hrály přísná, omezující výchova a špatné rodinné zázemí, jež mohlo zapůsobit na osobnost dítěte a rozvoj

úzkostných stavů v dospělém věku. Intenzita úzkosti je různá, od mírného neklidu až po stav paniky. Podle toho, jak se úzkost vyvíjí, rozlišujeme **spontánní** úzkost, která se rozvíjí nečekaně, **fobickou**, vznikající za určitých okolností a jejíž vznik můžeme předvídat. Rozvine-li se úzkost při pouhé myšlence na určitou situaci, mluvíme o **anticipační** úzkosti. Úzkost obrovské intenzity se označuje jako panika a může mít všechny tři výše zmíněné podoby.

Diagnostika úzkosti vychází ze somatických a psychologických příznaků. Mezi somatické příznaky patří například třes, rozekřelost, bolesti v zádech, hlavy, svalové napětí, hypoventilace, rudnutí, tachykardie, pocení, průjem, obtíže s polykáním. Pociť ohrožení, potíže s koncentrací, nespavost, snížené libido patří mezi příznaky psychické. Při úzkosti se také může měnit naše chování – objevuje se neklid, popocházení, okusování nehtů, kouření, pití alkoholu, uklidňování se jídlem, vyhýbání se určitým situacím.

Změnit pohled na svět

Léčba úzkostných stavů je založena na kombinaci farmakologické medicíny a psychoterapie.

V rámci psychologické terapie se snažíme o získání náhledu, a to formou kognitivně-behaviorální terapie a skupinové terapie. Kognitivně-behaviorální terapie je založena na změně chování pomocí změny myšlení. Cílem je změnit pohled dotyčného člověka na svět pomocí změny jeho myšlenkových postupů, názorů a postojů. Tím se snaží o zmírňování negativních psychických i tělesných (vegetativních) projevů úzkosti. Dále se v rámci terapie snažíme omezit vyhýbavé chování, které úzkostný člověk používá, aby rozvoji úzkosti v dané situaci zamezil. Nemocný se učí zvládat úzkost např. technikou správného dýchání, přesunutím pozornosti, relaxačními technikami. U každé techniky zvládnutí úzkosti platí, že je neúčinnější, když ji začneme používat v okamžiku, kdy se úzkost začíná teprve pro-

jevovat. Jestliže se nedaří úzkost zmírnit změnou chování, je vždy na místě vyhledat pomoc odborníka, který bude léčbu vést. Lidé trpící výraznou úzkostí jsou častými návštěvníky ordinací praktických lékařů. Jejich úzkostná porucha bývá skryta za neurčitými tělesnými potížemi nebo různými onemocněními. Mnohdy se stává, že nemocní jsou kvůli příznakům úzkosti vyšetřováni nebo hospitalizováni pro interní, neurologické a jiné nemoci, u nichž se nakonec neprokáže organický původ.

Léčba úzkostí pomocí farmak

K farmakologické léčbě úzkosti používáme tzv. anxiolytika. Jsou to psychofarmaka rozvolňující úzkost, napětí, působí svalovou relaxaci, mají antikonvulzivní, hypnotický a tlumivý účinek na CNS (zejména benzodiazepiny). Anxiolytika dělíme na nebenzodiazepinová a benzodiazepinová. Mezi nebenzodiazepinová patří např. meprobamat (Meprobramat), guaifenesin (Guajacuran), který má především myorelaxační účinek, proto je indikován u zvýšeného svalového napětí, jako jsou algické svalové potíže, cefalgie, u úzkosti, strachu, při trémě, neurotických obtížích (srdeční palpitace, pocit nedostatku vzduchu), a buspiron (Buspiron-EGIS, Anxiron), jenž se používá ke snížení úzkosti bez ovlivnění pozornosti, bdělosti, kognitivních funkcí a psychomotorického výkonu. Při léčbě střední i závažné úzkosti je srovnatelný s benzodiazepiny, přičemž zmírňuje i příznaky deprese. Příznivé účinky má také při léčbě závislosti na alkoholu, zlepšuje spolupráci při terapii. Je bezpečný při podávání i starším pacientům, nevyvolává závislost. Dalším lékem je hydroxyzin (Atarax), anxiolytikum nezpůsobující závislost. Snižuje psychické i somatické příznaky úzkosti, zlepšuje kognitivní funkce, vhodný je i u pacientů s přidruženou depresí. Má rychlý nástup účinku.

Benzodiazepinová anxiolytika jsou velmi často používanou skupinou léků pro rychlý nástup



Ilustrace foto: Shutterstock

účinku. Jsou to však zároveň léky velmi často nadužívané až zneužívané. Benzodiazepiny nejsou vhodné k dlouhodobé léčbě, protože asi po 4 měsících na ně vzniká tolerance, čímž klesá jejich účinek. Při delším užívání mohou narušit prostorovou představivost, schopnost učít se a vyjadřovat emoce nebo poškodit paměť. Současně způsobují vznik závislosti.

Mezi nejčastěji používané benzodiazepiny patří alprazolam (Xanax, Xanax SR, Neurol), který má vysoce specifický účinek s minimálním sedativním účinkem, ve vyšších dávkách je účinný i při léčbě depresí. Používá se u úzkostných poruch s depresí, panických poruch nebo ke krátkodobé terapii nespavosti neurotického typu. Bromazepam (Lexaurin) je jedno z nejčastěji předepisovaných anxiolytik, které je dobře snášeno a má i dobrý antidepresivní účinek. Diazepam (Diazepam tbl., Apaurin inj.) má silný anxiolytický účinek, ale i hypnotický, antikonvulzivní a myorelaxační. Podává se u úzkostných stavů, poruch spánku, agitovanosti s psychomotorickým neklidem i u psychóz. Oxazepam (Oxazepam) je velmi vhodné anxiolytikum u ambulantních pacientů různého stáří. Má slabé hypnotické a minimální vedlejší účinky.

Pravidla pro podávání anxiolytik

Indikací k předpisu anxiolytik je např. strach, vnitřní neklid, svalové napětí, podrážděnost, poruchy spánku. Délka jejich podávání by neměla být delší než 4–6 týdnů. Mezi důležité

zásady užívání benzodiazepinů patří nepodávat je dlouhodobě, nikdy rychle nevysazovat, neuzívat velké dávky a nepodávat je u drogových nebo alkoholových závislostí.

Při užívání benzodiazepinů se může vyvinout závislost a při náhlém vysazení se mohou objevit abstinenční příznaky. Riziko závislosti stoupá, užívají-li se vyšší dávky a berou-li se dlouhodobě. Abstinenční příznaky se mohou vyskytovat od lehcích (zvýšený strach, neklid, nespavost, třes, bolesti hlavy, pocení) po těžší (stavy zmatenosti, deliria, křeče). Aby nevznikl odvykací stav, je důležité snižovat dávky benzodiazepinů postupně. Antidepresivní účinek benzodiazepinů byl prokázán pouze u alprazolamu, bromazepamu a klonazepamu. Sestra by při podávání anxiolytik měla znát nejen zásady podávání, ale také jejich nežádoucí účinky. V rámci pozorování a rozhovoru s nemocným by měla zaměřit svoji pozornost na projevy, které mezi vedlejší, resp. nežádoucí účinky patří. U nebenzodiazepinových anxiolytik jsou to zejména únava, ospalost, nauzea, zvracení, kožní exantém, cefalgie; u benzodiazepinových anxiolytik se zaměřujeme na riziko vzniku fyzické i psychické závislosti, abstinenční syndrom po jejich vysazení, zmatenost, závratě, pády, zhoršení soustředění a učení.

Literatura u autorů

Bc. Jana Akrmannová,
hlavní sestra Psychiatrické
nemocnice Bohnice, Praha,
Jana.Akrmannova@bohnic.cz

Nozokomiální nákazy nejsou fenoménem 21. století

Nozokomiální nákazy (NN) jsou dnes v zákoně definovány takto: „Nemocniční nákazou je nákaza vnitřního (endogenního) nebo vnějšího (exogenního) původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem nebo výkonem prováděnými v zařízeních léčebně preventivní péče nebo ústavu sociální péče v příslušné inkubační době.“

Dnešní léčebné metody a postupy ve zdravotnictví jsou na velmi vysoké úrovni. Díky tomu se prodlužuje věk a zvyšuje se kvalita života nemocných. Na druhé straně jsou však hospitalizovaní pacienti vystaveni riziku vzniku NN. Nozokomiální nákazy mají neblahý vliv na probíhající základní onemocnění, která se jejich vlivem zhoršují a někdy bohužel mohou mít na svědomí trvalé následky, či dokonce i smrt pacienta. Péče o člověka s NN je finančně velmi náročná, a to nejen kvůli prodloužení doby vlastní hospitalizace nemocného.

Pohled do historie

Nozokomiální nákazy jsou staré jako medicína a léčení samy a jsou spjaty se vznikem prvních nemocnic. Ty byly v Evropě zakládány ve 4. století n. l. a pacienti v nich byli hospitalizováni a umístováni pohromadě bez rozlišení druhu onemocnění. V té době byli do nemocnic přijímáni lidé s velmi nakažlivými onemocněními, jako jsou tyfus, neštovicce či mor. Kvůli tomu docházelo k vysoké úmrtnosti nejen nemocných s výše uvedenými chorobami, ale také k vysoké úmrtnosti pacientů, kteří byli v nemocnici s jiným, ne tak nakažlivým onemocněním. Ve 12. a 13. století začala vznikat tzv. leprosária, což byla specializovaná zařízení pro nemocné, kteří byli během křížových výprav nakaženi leprou. První základy boje proti infekcím byly položeny až ve druhé polovině 19. století, když v roce 1843 americký lékař Oliver Wendell Holmes upozornil na úlohu lékařů v přenosu horečky omladnic neboli puerperální sepse. Pět let poté se prvním protiepidemickým opatřením v nemocničním prostředí stala povinnost používat dezinfekce rukou před prvním kontaktem s rodící ženou. Díky zavedení tohoto opatření došlo ke značnému poklesu úmrtnosti ro-

dících žen po porodech. Anglický lékař James Young Simpson se zaměřil na pacienty po amputacích. Zjistil totiž, že pacienti ošetřovaní v domácím prostředí mají podstatně menší pooperační komplikace a nižší úmrtnost. První termín pro NN byl „hospitalismus“. Důležitým krokem bylo praktické zavedení zásad antiseptiky v chirurgických oborech. Neodmyslitelnou součástí a nenahraditelným pomocníkem s bojem proti infekcím bylo objevení penicilinu.

Dělení nozokomiálních nákaz

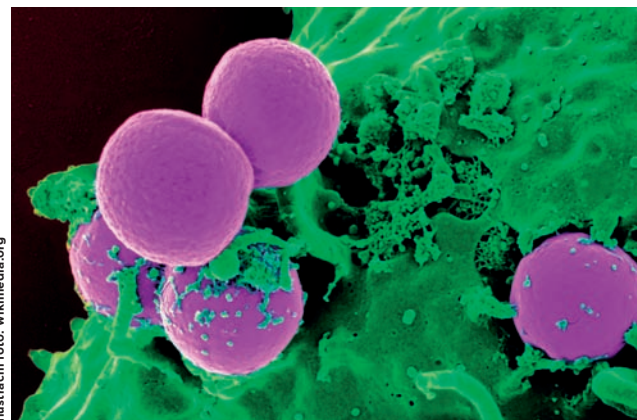
Mezi nozokomiální nákazy dělené dle klinického projevu patří různé gastroenteritidy, sinusitidy, infekce krevního řečiště, infekce respirační, infekce chirurgických ran a močové infekce. Vznik nemocničních nákaz je závislý na délce pobytu v nemocnici a nejvíce na podávání antibiotické léčby. Větší náchylnost k onemocněním mají pacienti s oslabenou imunitou, diabetici, pacienti nad 65 let, novorozenci, hematologicky nemocní, pacienti s maligními nádory, nakažení virem HIV, pacienti s polytraumaty a popáleninami. To vše jsou vnitřní predispoziční faktory podstatné pro vznik nozokomiálních nákaz. Mezi vnější predispoziční faktory ovlivňující vznik NN patří délka hospitalizace, operace, transplantace, tracheostomie, intratracheální kanyla, žaludeční sonda, močová katetrizace, intravenózní katetrizace, infuze a transfuze, cizí těleso, drenáž, instrumentální zákrok, opakovaná narkóza, endoskopie, léčba zářením, léčba cytostatiky, hemodialýza, A-V shunt, hormonální terapie a antibiotická léčba. Základní onemocnění spolu s nakažením nemocniční nákazou nejen prodlužují nemocným samotnou hospitalizaci spojenou s vysokými náklady na léčbu, ale především snižují komfort pa-

cientů a mohou vyústit až v jejich úmrtí.

Kromě přímého kontaktu se přenos velmi často uskutečňuje při různých invazivních vyšetřovacích a léčebných zákrocích, čímž máme na mysli implantaci cizích těles, katetrizaci, kanylaci, endotracheální intubaci, intravenózní podání léku atd. Při těchto výkonech vzniká riziko zavlečení původce NN nástroji, protože jejich použitím dochází k porušení fyziologické bariéry organismu. Mezi nozokomiální nákazy **dělené dle výskytu** patří nespecifické nákazy, které se při nepříznivé epidemiologické situaci mohou vyskytovat i v jiných než nemocničních kolektivech, nejsou tedy nijak typické pro nemocniční zařízení. Nejčastěji jde o chřipku, ale také o jiné respirační, alimentární a bakteriální infekce. Mezi tyto nákazy dělené dle výskytu dále patří specifické nákazy. Ty se vyskytují v nemocničních zařízeních a mají úzkou souvislost s léčebnými a vyšetřovacími postupy, protože v těchto zařízeních přežívají rezistentní kmeny. Tyto kmeny se přizpůsobily nemocničnímu prostředí a jsou velmi odolné vůči některým antibiotikům a dezinfekcím. Jedním z významných rezistentních kmenů je methicilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*.

Druhy nemocničních nákaz

Nejčastěji se infekce vyskytuje v místě chirurgického výkonu. Rizikovými faktory při operaci nejsou jen předoperační přípravy, ale především vlastní operační výkon. Riziko vzniku infekce po operačním výkonu je spjato hlavně s typem provedené operace. Nejvyšší riziko je u operací na tlustém střevě a nejnižší u náhrady kyčelního kloubu. Další oblastí s vysokým rizikem získání infekce je katetrizace močového měchýře, kdy může dojít k infekci močových cest. Riziko



Ilustrační foto: wikimedia.org

vzniku infekce močových cest je v přímé úměře s počtem dní, po něž má nemocný zaveden permanentní močový katétr. S každým dnem se navyšuje riziko vzniku infekce o 5 %. Tato infekce vzniká mnohem častěji u žen než u mužů.

Nedílnou součástí téměř každé léčby v nemocnici je zavedení intravaskulárních katétrů, při němž může dojít k infekci cév a krevního řečiště. Rizikovým faktorem je délka zavedení katétru, místo jeho zavedení do organismu, samozřejmě také zkušenosti zdravotníků při jeho zavádění a péči o něj. Je nutné dodržovat pravidla, jako jsou používání dezinfekce, dodržování její expoziční doby, nošení rukavic a používání sterilních pomůcek. Při převazech kanyl je nutno postupovat asepticky. Nedílnou součástí předcházení infekce cév a krevního řečiště je častá obměna punkčních míst ve 48-72hodinových intervalech. Pokud jsou místa pro žilní vstup omezená a nejsou přítomny známky infekce, smí být katétr ponechán na místě i po delší dobu, ale je nezbytné provádět pravidelné převazy, sledovat místo vpichu a na místo vpichu používat transparentní krytí, abychom mohli stav pokožky v okolí místa vpichu či případné známky flebitidy sledovat.

Opatření v prevenci NN

K opatřením proti vzniku NN patří především dezinfekce rukou a používání rukavic. Nesmíme opomínat, že až 60 % případů přenosu NN se děje kvůli chybné nebo nedostatečné dezinfekci rukou. Je na místě vždy připomínat správnou techniku mytí a dezinfekce rukou.

Nedílnou součástí prevence přenosu NN jsou rukavice. Používáme jednorázové rukavice. Hygienu rukou provádíme vždy před kontaktem s pacientem, před aseptickými výkony, po expozici rizikovými tělesnými tekutinami, po kontaktu s pacientem a po kontaktu s prostředím pacienta. Správná hygiena rukou je v dnešní době nutností a nikoli jen pouhou možností.

Dalším preventivním opatřením je dezinfekce. Dezinfekce je komplex opatření vedoucí ke zneškodnění mikroorganismů pomocí chemických, fyzikálních či kombinovaných postupů, které mají za úkol přerušit cestu nákazy od zdroje ke vnímavému jedinci. Cílem dezinfekce je vymýcení patologických mikroorganismů vyskytujících se v prostředí nebo na předmětech. V nemocničních zařízeních se provádí dezinfekce chemická, fyzikální, fyzikálně-chemická, dvoustupňová dezinfekce a vyšší stupeň dezinfekce. Dle dezinfekční účinnosti jsou dezinfekce rozděleny na dezinfekce se statickým působením, což znamená, že mají dočasnou schopnost zabránit množení či poklesu růstové aktivity patologických mikroorganismů.

Druhým typem jsou dezinfekce s účinkem cidním, což znamená, že jejich působení trvale usmrcuje patologické mikroorganismy. Při dezinfekci se používá dvouetapový postup, tedy že nejdříve se provede očista mechanická a následně vlastní dezinfekce.

U chemické dezinfekce se řídíme těmito zásadami:

- vždy je nutné dodržovat návod dle výrobce na etiketě,

- dezinfekční roztoky se připravují každých 8-12 hodin, kdy se k ředění vždy používá studená voda a dodržuje se podání přesného množství dezinfekčního přípravku,
 - dózy, ve kterých je dezinfekce naředěna, musí být označeny datem a hodinou ředění, názvem dezinfekčního prostředku, dále je třeba zvést množství vody a množství prostředku a nesmí chybět podpis zodpovědné osoby, která dezinfekci ředila,
 - dezinfekční prostředek se dává do vody a ne naopak,
 - při práci s dezinfekcí vždy použijte ochranné pomůcky,
 - předměty, které jsou již vydezinfikovány, se oplachují pitnou vodou,
 - je nutné dodržovat dezinfekční harmonogram a dezinfekce střídát, aby nedošlo k vývoji rezistentních typů patologických mikroorganismů,
 - vždy je nutné dodržovat postupy pro bezpečnost práce a ochranu zdraví.
- Dalším článkem prevence NN je sterilizace. Sterilizace je proces, který vede k usmrcování všech

mikroorganismů schopných rozmnožování včetně spor, k nevratné inaktivaci virů a usmrcení zdravotně významných červů a jejich vajíček. Sterilizace je mnohem spolehlivější a dokonalejší než dezinfekce. Sterilizace může být chemická, nebo fyzikální. Mezi další preventivní opatření šíření NN je správné zacházení s odpady, tedy dodržování zákona o odpadech, který spadá do gesce ministerstva životního prostředí. Při manipulaci s prádlem dbát hygienických postupů a především provádět úklid na jednotlivých odděleních v souladu s dezinfekčními řády. Závěrem lze říci, že prevence nozokomiálních nákaz je komplexní specifický proces vyžadující skloubení vědomostí, odpovědnosti a zájmu o danou věc, přiměřené automatizace správných návyků a zdravotnického myšlení. Každé zdravotnické a léčebné zařízení by mělo být bezpečným místem pro personál i pro pacienty.

Bc. Markéta Richterová,
staniční sestra,
Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí I. LF UK a Nemocnice Na Bulovce,
richterova.marketa@bulovka.cz

Formuje se sdružení zdravotnických asistentů

V říjnu tohoto roku se začalo neoficiálně formovat sdružení zdravotnických asistentů České republiky. První jiskrou k tomuto kroku byla nedávná konference skupiny VAMED Mediterra na téma zdravotnický asistent.

Protichůdnost některých názorů na tento obor nás donutila k zamýšlení nad oborem samotným i nad námi jako jeho absolventy. Proč za nás, asistenty, mají jednat sestry a odborné skupiny? Proč je tato „menšina“ v českém zdravotnictví na pozici „nerovnocenných“? První věcí, kterou jsme si po této konferenci uvědomili a rozhodli ji změnit, byl fakt, že nám chybí zastřešující organizace.

Nejasná pozice

V našem zdravotnictví napříč obory pracuje již mnoho stovek zdravotnických asistentů a jejich počet bude s největší pravděpodobností každým rokem narůstat. Přesto jsou ve většině nemocnic nechtěné nebo jsou jim nabízeny pracovní pozice sanitářů. Je pravda, že s narůstajícím nedostatkem sester vzala zdravotnická zařízení

asistenty „na milost“. I přesto je ale jejich pozice nejasná a co nemocnice, to jiné postavení v ošetrovatelském týmu. I názory odborné veřejnosti na uplatnění asistenta v dnešním systému se diametrálně liší. Bohužel není výjimkou, že se zdravotničtí asistenti setkávají s urážlivými a ponižujícími komentáři. I na několika středních zdravotnických školách jsme se setkali s nesprávnou interpretací náplně oboru zdravotnických asistentů pro uchazeče o studium. Mnozí studenti totiž až během studia poznají, co zdravotnický asistent v praxi znamená a v čem spočívá náplň jeho práce.

Táhnout za jeden provaz

Právě tyto skutečnosti nás přesvědčily o tom, abychom sdružení

založili. Naším velkým partnerem a oporou se stala jedna z největších skupin provozujících lůžková zdravotnická zařízení v ČR VAMED Mediterra, a. s., která nám ke konečnému založení tohoto sdružení nabídla pomocnou ruku. Dnes jsme ve fázi schvalování a od oficiálního založení našeho sdružení nás dělí jen krůček. Doufáme, že se nám povede sdružit co nejvíce asistentů v naší republice a budeme společně táhnout za jeden provaz v našem nelehkém postavení. První vlašťovkou jsou oficiální stránky na sociální síti Facebook. Věříme, že v následujících týdnech se staneme plnohodnotným sdružením zastřešujícím zdravotnické asistenty v ČR.

**Za přípravný výbor
Sdružení zdravotnických asistentů ČR
David Svoboda, Barbora Supová,
Kateřina Poulová**

Inzerce M151000827

pozvánka na konferenci



Erwin Böhm Institut ve spolupráci s MF a. s. a časopisem Zdravotnictví a medicína připravují odbornou konferenci Psychobiografický model péče – specializovaná péče pro klienty s demencí – BIOGRAFIE v procesu změny péče

11. 12. 2015, Velký sál Magistrátu hl. města Prahy 1
pod záštitou Ing. Radka Lacka, radního hlavního města Prahy

MÍSTO KONÁNÍ:
Magistrát hl. města Prahy
Mariánské náměstí 2, Praha 1

REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ:
9.00 hodin – 10.00 hodin

ODBOBNÝ PROGRAM:
10.00 hodin – 17.00 hodin

ODBOBNÝ GARANT PROGRAMU:
PhDr. Eva Procházková, PhD.

TÉMATO:
Prof. Erwin Böhm: Biografie základ péče
Implementace Biografie do péče v české praxi

V průběhu konference bude pokřtěna kniha
Psychobiografický model péče podle Böhma
poprvé k prodeji v českém překladu

Přednášky členů ENPP-Böhm
Bildung-und Forschungsgesellschaft
(Evropská síť pro výzkum
Psychobiografického modelu
péče – Společnost E. Böhma
pro vzdělávání a výzkum):

PhDr. Eva Procházková, PhD. (ČR)
Prof. Erwin Böhm (Rakousko)
Marianne Kochanski (Německo)
Příklady z české praxe



Prof.
Erwin Böhm

POŘADATEL, INFORMACE A PŘIHLÁŠKY K ÚČASTI

Informace a přihlášky on-line
na internetových stránkách
www.kongres-medical.cz

adresa:
Mladá fronta a. s.
divize Medical Services
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

telefon:
+420 225 276 358

e-mail/přihláška na akci:
ebinbio@mf.cz

REGISTRAČNÍ POPLATEK:
950 Kč / 35 EUR

PARTNEŘI:



**MEDICAL
SERVICES**

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



Přednemocniční péče o dítě s vážnými popáleninami a příprava na letecký transport

V České republice dochází každoročně k asi 600 popáleninových úrazů u dětí. Necelou polovinu z nich tvoří popáleninová traumata vyžadující hospitalizaci na dětských JIP.

Léčba popáleninového traumatu je vedena se zaměřením na léčbu popáleninového šoku. Ten začíná v okamžiku úrazu a je charakterizován patofyziologickými pochody, které u rozsáhlého popáleninového traumatu vedou k rozvratu vnitřního prostředí a k smrti pacienta. Toto období je charakterizováno generalizovaným otokem z poruchy kapilární permeability. K největšímu úniku plasmy dochází během prvních 12 hodin.

Popáleninový šok končí obnovou funkce buněčných membrán, mobilizací edému, který z buněk přechází do intersticia a odtud do řečiště kapilár, a tím je zahájena polyurická fáze. K tomu dochází zhruba 3.-5. den od úrazu, ale šok může být protražovaný 10-14 dní. Závažnost traumatu je dána především jeho rozsahem. U dětí do 2 let stačí k rozvoji šoku více než 5 % celkové plochy povrchu těla (TBSA), u dětí ve věku 2-10 let více než 10 % TBSA a u dětí mezi 10 a 15 lety více než 15 % TBSA.

Děti mají na rozdíl od dospělých větší tělesný povrch ve vztahu k hmotnosti. V dětském organismu probíhá hypermetabolismus a je menší množství tekutin v extracelulárním prostoru. Malí pacienti mají nižší toleranci k hypotermii i k rychlým přesunům objemu tekutin. Rozdílným faktorem mezi dětmi a dospělými je dále imunologická vyzrállost, která je u dětí nižší, stejně jako odolnost kůže vůči termickému agens.

Celoživotně poskytovaná péče

Nejdůležitějším úkolem na místě úrazu je zhodnocení závažnosti popáleninového traumatu na základě faktorů, jež určují a indikují hospitalizaci na specializovaném pracovišti. Popáleninová centra jako typ vysoce specializovaného traumacentra byla stanovena v roce 2008 Věstníkem MZČR č. 6 ze dne 28. 11. 2008. Důvodem byla snaha o racionalizaci poskytování specializované péče v ČR, koncentrace nákladů a rovněž za-



Popálení 2. a 3. stupně u 7leté dívky (v důsledku hoření oděvu)

Foto: archiv autorky

jištění kvality poskytované péče v centrech. Na území ČR působí tři potvrzená popáleninová centra, a to Popáleninové centrum FN Královské Vinohrady, Popáleninové centrum FN Brno, Popáleninové centrum FN Ostrava. Součástí stanovení center bylo i stanovení triáže pro příjem pacientů do center. Existence center vysoce specializované péče (te-

dy včetně popáleninových center) byla ustanovena legislativně zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Popáleninová centra jsou specifickým typem traumacentra, kde je poskytován nejvyšší stupeň traumatologické péče vymezené triáží a seznamem diagnóz (viz Věstník č. 6 ze dne 28. 11. 2008 ve znění Věstníku č. 5/2009 a Věstník MZČR č. 9 ze dne 30. 12. 2014). Poskytují komplexní a kontinuální péči pacientům s termickými, chemickými úrazy (poleptání), elektrotraumaty, v případech ztrát kožního krytu u radiačního postižení, afekcí na podkladě autoimunní, alergické. Péče je poskytována od úrazu, resp. od přijetí pacienta až do ukončení jeho úplné pracovní a sociální rehabilitace, mnohdy celoživotně.

Zajištění pacienta a příprava k transportu

Zajištění pacienta se řídí doporučením pro přednemocniční neodkladnou péči u popáleninového traumatu. V primární péči je nutné se zaměřit na zamezení působení tepla, přičemž je důležité neohrozit sebe nebo další osoby. Popálené dítě musíme imobilizovat, při jeho pohybu může do-

jít ke stržení biologického krytu ploch. Před sterilním ošetřením popálenin zhodnotíme závažnost traumatu sečtením procenta TBSA. U dětí nepoužíváme „pravidlo devíti“ jako u dospělých, používáme přepočít: plocha ruky dítěte = 1 % popálení. Chladíme pouze obličej, oblast krku a ruce, aby nedošlo k podchlazení pacienta. U rozsáhlého popáleninového traumatu zajišťujeme dva periferní žilní vstupy, případně intraoseální vstup. Pokud je to možné, vyhneme se popáleným plochám a vstupy zajišťujeme přes nepoškozenou kůži. Zavádíme permanentní močový katétr. Lékař ordinuje vhodnou analgosedaci, která je nezbytnou podmínkou pro transport, a ve většině případů tekutinovou náhradu (Hartmannův roztok). Analgosedaci je možné podat dítěti i intranasálně. Výpočet přijatých tekutin se řídí pravidlem: 3 ml x kg hmotnosti x % popálení. Sledujeme diurézu pacienta, měříme jeho krevní tlak. V případě potřeby nasazujeme oxygenoterapii, ev. provádíme ET intubaci. Při ET intubaci zavádíme nasogastrickou sondu.

Cílovému pracovišti, kam pacient směřuje, nahlásí lékař věk, rozsah a hloubku popálení, mechanismus úrazu a celkový stav. Důsledně zajištěné dítě předává posádce vrtulníku k transportu na specializované pracoviště (Praha, Brno, Ostrava). Transport by měl proběhnout do 6 hodin od doby úrazu.

Odborným zajištěním dítěte s vážnými popáleninami, akceptováním triáže a dodržením doporučení popáleninových center snižujeme vznik možných komplikací. Maximální snahou týmu RZP i popáleninových center je návrat dítěte zpět do běžného života. Tato cesta začíná právě při primárním zajištění dítěte před transportem na specializované pracoviště.

Mgr. Lenka Šetelíková,
vrchní sestra,
Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV,
setelikova@fnkv.cz

Tab. Kritéria pro umístění pacienta na specializovaném pracovišti

Kritérium	Rozsah
I. Rozsah a hloubka postižení	Popáleniny 1. stupně na více než 50 % TBSA Popáleniny 2. stupně na více než 20 % TBSA Popáleniny 3. Stupně na více než na 5 % TBSA Třídění popálenin u malých dětí Věková kategorie 0-2 roky Popáleniny 1. stupně nad 5 % TBSA - povrchní Věková kategorie 2-8 let Popáleniny 2. stupně nad 10 % TBSA - povrchní Popáleniny 3. stupně - jakýkoli rozsah (hluboké) a lokalizace
II. Lokalizace zranění	Ruce Obličej Nohy Genitál
III. Popálenina v rámci polytraumatu nebo závažných komorbidit	
IV. Zasažení a průchod elektrickým proudem	
V. Porušení kožního krytu zářením (onkologie, radiační nehody) - v případě Středisek specializované péče o osoby ozářené	

Vláknina ve výživě nemocných

Vlákninou rozumíme polysacharidy rostlinného původu, které nejsou rozkládány enzymy lidského trávicího ústrojí. Dělíme ji na vlákninu rozpustnou (správněji spíše bobtnavou), která má velký význam ve výživě zdravých i nemocných, a na vlákninu nerozpustnou.

Pod pojemem nerozpustná vláknina nejčastěji rozumíme celulózu, hemicelulózu a lignin. Reprezentantem vlákniny rozpustné je pektin, který známe jako složku odpovědnou za želírování ovoce. Společně pak mluvíme o vláknině potravy.

Příjem obou druhů vlákniny příznivě ovlivňuje trávení a vstřebávání živin u zdravého člověka. Při onemocnění je však třeba zvažovat, který druh vlákniny a v jakém množství bude pro pacienta vhodný.

Funkce a zdroje vlákniny

Základní funkcí vlákniny v zažívacím traktu je ovlivnění peristaltiky a zvětšení objemu tráveniny. Hrubé části působí obdobně jako „kartáč“. Zvětšení celkového objemu a nerozpustná vláknina se postarají o zrychlení peristaltiky. Nezbytné je k tomu ovšem dostatečné doplnění tekutin, tedy důsledné zapíjení konzumované stravy. Na vrub konzumované vlákniny je třeba počítat cca 1/3 l tekutiny navíc. Pokud by doplnění tekutiny bylo málo, mohlo by dojít k opaknému problému, jehož důsledkem by byla v lepším případě zácpa, v horším ileus.

Zrychlení peristaltiky vede logicky ke snížení vstřebávání některých složek ze stravy (zejména cholesterolu a sacharidů, tuků) a tím se snižuje i celkový příjem energie. V tom spo-

čívá pozitivní vliv konzumace vlákniny při snižování rizika nádorového onemocnění střev, civilizačních onemocnění a jejich komplikací.

Zvětšení objemu tráveniny pozitivně ovlivňuje i pocit sytosti, toho se proto s výhodou využívá ve stravování redukčním.

Zdrojem vlákniny ve stravě jsou hlavně luštěniny, obiloviny a výrobky z nich (zejména vícezrnné a celozrnné pečivo), některé druhy zeleniny a ovoce, ořechy, semínka. Případně doplňky výživy obsahující vlákninu. Doporučené množství vlákniny ve stravě představuje 30-40 g na den, nebo – pro diabetiky 2. typu – 20 g na 1000 kcal (4200 kJ), což je cca 40 g denně. Vhodné je konzumovat nejméně 2/3 z tohoto množství ve formě rozpustné vlákniny.

Toto doporučené množství vlákniny ale v běžném jídelníčku obvykle nespílníme. Průměrně konzumujeme mezi 15 a 20 g vlákniny denně. Je ale důležité vědět, že vláknina do každodenního jídelníčku patří a že se máme postupně učit konzumovat její zdroje (a tím si celkovou konzumovanou dávku vlákniny postupně navyšovat). Rozhodně není vhodné ze dne na den měnit stravování a doplnit si vlákninu například z obvyklých 15 g na 30 g. To by samostatně vedlo k zažívacím obtížím spojeným s bolestí břicha, možná zácpou a větším nadýmáním.

Jak vhodně zařadit vlákninu do jídelníčku?

Především je třeba zařazovat pravidelně (denně) do jídelníčku zeleninu a ovoce. To většinou dobře víme, jen se nám to nějak nedaří. Nejčastěji konzumovanou zeleninou v českém stravování bývají salátová okurka, rajčata a paprika. Více vlákniny lze získat například při konzumaci čínského zelí, ředkviček, mrkve, pórku, kedluben a květáku. Stále opomíjeným a poněkud pozapomenutým dobrým zdrojem vlákniny jsou luštěniny. Těch jíme málo, s různým zdůvodněním – hlavní příčinou je však spíše fakt, že luštěniny neumíme připravovat v různých pokrmech a mnohé druhy luštěnin ani neznáme. Koho z nás někdy napadlo zahustit omáčku hrachovou moukou či cizrnu? Nemusíme rovnou vařit polévku čočkovou, ale můžeme přidat trochu červené čočky nebo cizrny do běžné polévky. Ochtunali jste někdy čočkový salát?

U nemocných v akutní péči je obecně vhodnější konzumace vlákniny rozpustné. Ta je také velmi dobrým opatřením při řešení průjmů, včetně inkontinence stolice. Standardní jídelníček nemocných je obvykle na vlákninu chudý, což je ovlivněno jak dalšími potřebami léčebné výživy, tak konzumačními možnostmi pacienta (problémy s chutím, celková slabost, motorická postižení, potíže s nadýmáním). Proto je častější a vhodné dopl-



Ilustrační foto: Shutterstock

ňování vlákniny prostřednictvím potravinových doplňků nebo výběrem klinické enterální výživy s obsahem vlákniny. V akutní péči se pochopitelně setkáváme i se situací, kdy je třeba ze stravy jakoukoli vlákninu naprosto vyloučit. Je to ale daleko méně časté než dříve. Pozitivní vliv zejména rozpustné vlákniny byl praxí opakovaně ověřen u většiny onemocnění.

U chronicky nemocných je běžný požadavek na konzumaci vlákniny výsledkem stravovacích a režimových doporučení. Například již výše zmíněné doporučení obsahu vlákniny ve stravě u diabetika 2. typu. Současně s takovým doporučením je ale nutné pacienta edukovat tak, aby došlo k provázání nového doporučení s jeho obvyklým stravováním. To je mimo jiné úlohou nutričního terapeuta. Ten musí zvážit, co je pacient schopen konzumovat a ve svém stravování dlouhodobě měnit. Rychlý úspěch u motivo-

vaného pacienta, který se ihned začne chovat nově, tedy změnit razantně své stravování, je jen krátkodobý a nepřináší efektivní výsledek. Typickým onemocněním s úzkým vztahem ke konzumaci vlákniny jsou například divertikly. Při tomto onemocnění je pravidelná konzumace vlákniny velmi účinná. Ve věkové kategorii 50-60letých vede k 50% snížení rizika vzniku divertikulitidy. Vhodnou formou k dlouhodobému užívání je konzumace ovesných či kukuřičných vloček k snídani, případně jejich směsi. Jejich kombinací s jogurtem nebo mlékem v podobě snídaně pacienti velmi dobře snášejí. U tohoto onemocnění je ale příjem vlákniny naopak naprosto zakázán ve chvíli, kdy dojde k divertikulitidě.

Mgr. Tamara Starnovská,
vrchní nutriční terapeutka
Thomayerovy nemocnice Praha,
tamara.starnovska@ftn.cz

Inzerce M151000538

NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vydala odbornou publikaci Karolína Friedlové

Bazální stimulace®

pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy

Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách

Publikace je určena pro pracovníky v sociálních službách, následné péči a ve speciálních školách. Vysvětluje teoretická vědecká východiska konceptu Bazální stimulace, navazuje a rozšiřuje odborný text předchozích publikací autorky, zejména knihy Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.

Autorka v publikaci poskytuje konkrétní návody pro poskytovatele péče formou případových kazistik, které během desetileté supervizorské činnosti sesbírala při odborných auditech proškolených certifikovaných pracovníků v České i Slovenské republice. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na uplatnění konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči, v práci fyzioterapeutů, ergoterapeutů a logopedů, ale také

v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním. Autorka předkládá speciálním pedagogům postupy, jak ve vzdělávacím procesu podporovat u žáků se zásadním oslabením v oblasti kognitivních, percepčních, motorických a komunikačních schopností rozvoj hybnosti, kognice, orientace a společenské integrace.

Cena: 299 Kč Členové APSS ČR: 199 Kč

Publikaci objednávejte na stránkách www.apsscr.cz (e-shop) či na e-mailu: ucetni@apsscr.cz



Starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácom prostredí

Alzheimerova choroba predstavuje najbežnejšiu príčinu demencie (ide o 50 – 60% prípadov demencie). Táto choroba nie je bežným príznakom starnutia a nerešpektuje žiadne sociálne, ekonomické, geografické alebo etnické hranice. Človek trpiaci demenciou potrebuje pomoc v každom aspekte svojho života. Pre chorých a ich opatrovateľov existujú rady, starostlivosť a podpora.

Alzheimerova choroba je vo vyspelých štátoch považovaná za vážny sociálny, zdravotnícky a spoločenský problém. Postihuje psychiku, intelekt človeka, okráda ho o verbálnu možnosť vyjadrenia svojho duševna. Alzheimerova choroba postihnutého nebolí, bolí však jeho príbuzných. Tí pomaly sledujú, ako sa im milovaný človek vzdáva. Nevedia, ako sa majú k nemu správne správať, ako sa majú o neho správne postarať (Huňavá, Koňošová, 2008).

K základným oblastiam každodennej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou patria nasledujúce atribúty:

- osobná hygiena, kúpanie a obliekanie,
- stravovanie a výživa,
- starostlivosť o vyprázdňovanie pacienta,
- komunikácia s chorým,
- kognitívne poruchy a poruchy správania,
- denný režim chorého,
- bezpečnosť a úprava prostredia v domácnosti.

Osobná hygiena, kúpanie a obliekanie

Osobná hygiena je dôležitou súčasťou životného štýlu človeka. Osobu postihnutú Alzheimerovou chorobou je potrebné upozorňovať na dodržiavanie osobnej hygieny. Môže zabúdať na umývanie, kúpanie alebo už ani nebude vedieť, ako to má urobiť. Potrebuje pomoc aj pri česaní a pri holení. V tejto situácii je potrebné rešpektovať viac ako inokedy pacientovu dôstojnosť, taktne ho upozorniť, že je potrebné sa okúpať a ponúknuť mu pomoc, snažiť sa čo najviac dodržiavať jeho predošlé zvyklosti, umožniť mu, aby mohol čo najviac urobiť sám, bez pomoci. Pravidelná hygienická starostlivosť je dôležitým faktorom aj pri prevencii vzniku preležanín (dekubitov). Polohovanie je bežný spôsob prevencie preležanín. Kládne vysoké nároky

na ošetrojúceho (sila, empatia, zodpovednosť) i postihnutého (bolesť, budenie v noci) (Zanetti a kol., 2010).

Stravovanie a výživa

Strava chorých s Alzheimerovou chorobou má byť pestrá a dostatočne vyvážená na potrebné živiny. Má byť bohatá hlavne na ľahko stráviteľné bielkoviny. Dôležitý je dostatok vlákniny a tekutín pre správnu činnosť čriev a pravidelnosť vyprázdňovania. Pacient môže mať problémy s prehltnutím potravy a tekutín, niekedy stráca záujem o jedlo, pretože sa necíti dobre. Pri prijímaní potravy by mal zostať samostatný čo najdlhšie. Aj v prípade zhoršenia schopnosti samostatného príjmu jedla udržiavame túto schopnosť čo najdlhšie používaním kompenzačných pomôcok – slamky, protišmykové podložky pod nádoby a poháre, používaním plastových nádob, lebo sú ľahšie, servírovaním jedla a nápojov stabilne na to isté miesto, nakrájaním jedla na menšie kúsky – ak pacient nedokáže jesť príborom, môže jesť aj rukami, neskôr v pokročilejšom štádiu je vhodná strava mletá alebo mixovaná.

Starostlivosť o vyprázdňovanie

Osobitnú pozornosť u pacienta s degeneratívnym ochorením treba venovať inkontinencii. Každý problém s inkontinenciou si vyžaduje dôkladné lekárske vyšetrenie zamerané na vylúčenie a odstránenie liečiteľných príčin. Ak sa u pacienta nezistí nijaká organická príčina, dôležité je zaviesť stály rozvrh vyprázdňovania a použiť opatrenia na zvládnutie inkontinencie (zberné pomôcky, ochranný odev), ktoré minimalizujú zahanbenie pacienta (Huňavá, Koňošová, 2008). Dementným pacientom uniká moc ešte pred príchodom na toaletu. Preto musia mať k dispozícii nočníky a ľahko snímateľný odev (tzv. suché zipsy). Neraz v nervozite

nedokážu nájsť cestu na WC. Pomôžu im výrazné, farebné, dobre rozlíšiteľné znaky. Pri trvalej inkontinencii treba pacienta pravidelne, každé 2 až 3 hodiny vodiť na toaletu. Najmä ráno, pred spaním a raz počas noci (Zanetti a kol., 2010).

Pacienta s kognitívnymi poruchami a poruchami správania

Poruchy správania sú klinickým problémom, nie vždy ľahko zvládnuteľným. Samotná demencia predstavuje obrovskú záťaž pre pacientov, ich rodiny a pre celú spoločnosť. Súčasný výskyt demencie a depresie zvyšuje riziko mortality a disability a vedie k zvýšenému využívaniu zdravotníckych služieb. Častými príznakmi Alzheimerovej choroby sú tiež bezcieľne blúdenie a nespavosť. Ak postihnutý blúdi po byte v noci, môže to znamenať, že nie je dost unavený. Je potrebné hľadať spôsob, ako zvýšiť jeho dennú fyzickú aktivitu a nedovoľiť mu spať počas dňa.

Starostlivosť o denný režim

Pacienti s Alzheimerovou chorobou majú veľkú potrebu poriadku, pravidelnosti a odpočinku. Je potrebné sa snažiť túto potrebu uspokojovať čo najviac a zaviesť každodennú rutinu: vstávanie, umývanie a obliekanie, raňajky, nákup, káva, odpočinok, drobné práce v dome, obed, prechádzka, krátky spánok, čaj, príprava jedla. Aktivizačný program pre pacienta s Alzheimerovou chorobou predstavuje zvyčajne drobné úlohy, ktoré pacientov prirodzeným spôsobom nútia vyvíjať činnosť, a tým aj udržiavať vlastné schopnosti. Ak bude mať rodina na pamäti tieto podmienky, môže pacient s Alzheimerovou chorobou v závislosti na fáze ochorenia vykonávať nasledujúce činnosti:

- domáce práce: utierať prach, vysávať, zmetať, ukladať biele, prestierať stôl, leštiť nábytok, polievať kvety,

- práce vonku: okopávať, pracovať v záhrade, sadiť kvety, vytrhávať burinu, kosiť trávnik,
- ručné práce: vyšívať, navliekať korále, hrať stolné hry, maľovať,
- počúvanie hudby: počúvať vážnu hudbu alebo obľúbené piesne, sledovať alebo navštevovať vhodné koncerty,
- spomienky: pozeráť si albumy s fotografiami, spoločne sledovať rodinné filmy a videá,
- voľný čas: ísť na prechádzku, tancovať na obľúbenú hudbu, navštevovať miestne akcie, knižnice a reštaurácie, sledovať filmy, skladať jednoduché puzzle, cvičiť jednoduché cviky, starať sa o domáce zvieratko.

Bezpečnosť a úprava domácnosti

Úpravu prostredia podmieňujú povahové poruchy a charakter porúch správania sa chorého. Je potrebné zabezpečiť predovšetkým vlastnú ochranu postihnutého, napríklad zakrytím plynových horákov, krytím na nepoužívaných elektrických zásuvkách, uzamknutím liekov a nebezpečných predmetov, rozmiestnením nábytku tak, aby umožňoval blúdenie dookola, uzavretím miestností nebezpečných pre blúdenie, upevnením šmýkajúcich sa kobercov k podlahe, nočným osvetlením chodby a podobne.

Zopár rád na zariadenie izieb

Obývací izba:

- na nábytku mať čo najmenej voľne položených predmetov,
- predmety denného užívania dajte vždy na rovnaké miesto,
- odstráňte zdroje hluku, TV a rádio púšťajte ticho, využite muzikoterapiu,
- podlahu farebne odlište od stien, radšej bez vzorov,
- koberce odstráňte, alebo ich upevnite o podlahu,
- doplňte vhodné osvetlenie, osobitne bezpečnostné na noc,
- zo schodov a zábradlí odstráňte prekážky,

- všetky všeobecne nebezpečné predmety (ostré, ťažké, elektrospotrebiče) odstráňte z dosahu postihnutého,
- chemikálie, náterové hmoty, horľaviny a lieky uschovávajte zamknuté,
- namontujte bezpečnostné zámky, aby postihnutý nemohol odísť, ale ani sa osamote zavrieť.

Kuchyňa:

- plynový horák po použití vždy bezpečne uzavrite,
- detergenty na umývanie riadu uložte na bezpečné miesto,
- kuchynské náradie (nože) upratujte na bezpečné miesto.

Spáľňa

- odložte predmety, ktoré sa denne nepoužívajú,
- pripravte odevy len na príslušný deň,
- do stredu miestnosti (strop) upevnite dobré osvetľovacie teleso a osobitnú lampu dajte na nočný stolík,
- odstráňte koberce okolo lôžka, zaistite voľný a bezpečný priechod (napr. do WC).

Kúpeľňa a WC

- vyložte iba predmety, ktoré sa denne používajú, naoko bezpečné veci (zubná kefka, pasta) môže postihnutý použiť nevhodne (spôsobia pád),
- ak zrkadlo postihnutého rozčuluje, zakryvajte ho,
- lieky, prostriedky hygieny a kozmetiky odstráňte z dosahu,
- namontujte viacero vhodných umiestnených držadiel,
- na noc zapínajte tzv. nočné svetlo (orientačné).

Záver

Hoci existujú prejavy Alzheimerovej choroby spoločné pre všetkých chorých, každý postihnutý ich pociťuje individuálne. Vývoj ochorenia môže trvať 8 – 20 rokov, v závislosti na zdravotnom stave a životných podmienkach. Primárnym cieľom liečby pacienta s demenciou Alzheimerovho typu je zvýšenie kvality života. Veľmi významná, najmä v pokročilejších a ťažkých štádiách demencie, je komplexná ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí.

Ing. Jarmila Dučaiová,
Stredná odborná škola, Vranov nad Topľou, SR,
jarmila39@gmail.com

Nakupte s úsporou kvalitu **LINET!**

Využijte mimořádné nabídky LINETu pro zásadní zvýšení kvality péče a bezpečnosti klientů. Nakupte nyní lůžka LINET v kombinaci s dalším vybavením pokojů za nejvýhodnější cenu!



V POKOJI MOVITA NAJDETE:

- elektricky polohovatelné lůžko Movita
- pasivní antidekubitní matraci EfectaCare 10
- hrazdu
- madlo
- patientský stolek
- evakuační podložku

V POKOJI ELEGANZA 1 NAJDETE:

- elektricky polohovatelné lůžko Eleganza 1
- pasivní antidekubitní matraci PrimaCare 10
- hrazdu
- madlo
- patientský stolek
- evakuační podložku



KONTAKTUJTE NÁS

Zavolejte svého regionálního obchodníka nebo na telefon 312 576 400.
e-mail: obchodcr@linet.cz, web: www.linet.cz
LINET spol. s r. o., Želevčice 5, 274 01 Slaný, Česká republika

Sesterskému povolání je třeba vrátit prestiž

Výživa onkologického pacienta, péče o dekubity a léčba ran byly hlavními tématy XXI. královéhradeckých ošetřovatelských dnů, které se počátkem září konaly v Hradci Králové. Kongres s mezinárodní účastí uspořádala Česká asociace sester – region Hradec Králové ve spolupráci s FN Hradec Králové, oddělením ošetřovatelství Ústavu sociálního lékařství LF UK Hradec Králové (letos fakulta slaví 70. výročí založení) a Nadací pro rozvoj v oblasti výživy, metabolismu a gerontologie.

V úvodu kongresu dostali slovo čestní hosté. S chystanou novelou zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, přítomné seznámila Mgr. Lenka Hladíková z Ministerstva zdravotnictví ČR. Ředitelka NCO NZO Mgr. Jana Mikulková se ve své prezentaci věnovala vzdělávání, vývoji vzdělávacích akcí, které vycházejí z analýzy potřeby, a informovala o probíhajících projektech, registracích a dalších aktivitách NCO NZO. Vrchní sestra Ortopedické kliniky FN Hradec Králové Mgr. Jaroslava Mandáková hovořila o proměnách zájmu o povolání všeobecné sestry za posledních 30 let. Na téma České zdravotnictví a postavení nelékařů z pohledu České asociace sester (ČAS) vystoupila prezidentka asociace PhDr. Martina Šochmanová, MBA.

Musí nás být slyšet

Martina Šochmanová vyslovila obavy z prosazení nevýhovující úpravy vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Konstatovala dále, že systém vzdělávání je v současnosti stále kritizovaný a že se ozývají hlasy, které zpochybňují vysokoškolské vzdělání sester a které tvrdí, že střední zdravotnické školy byly nejlepší a plně dostačující. „Slyším to stále častěji. Nemyslím, že je to správné a velmi se obávám, že tlak na systém vzdělávání 4 plus 1 bude velice silný. Myslím, že bychom se měli mít na pozoru, a pokud jsme přesvědčeni, že takové názory nejsou správné, měli bychom se snažit, aby se do novely zákona č. 96/2004 Sb. nedostaly. Zákon by měl především odrážet direktivu EU, kterou však systém 4 plus 1 rozhodně odrážet nebude,“ dodala prezidentka ČAS.

Základní problém: řádné ohodnocení

PhDr. Šochmanová dále stručně shrnula změny, které zákon



Prezidentka ČAS Martina Šochmanová | Foto: archiv pořadatele

č. 96/2004 Sb. přinesl. „Zákon zavědl pojem zdravotnický asistent, nejasnou definicí pojmu odborný dohled a registraci. Funkce zdravotnického asistenta je někdy kritizována, ale když už ho v multidisciplinárním systému máme, je dobré jej zachovat. Je však třeba pro něj najít uplatnění, které měl mít už od začátku. Tedy asistent při základní ošetřovatelské péči, který doplňuje roli sestry tak, aby se mohla věnovat své odborné práci. Jsou pracoviště, kde je potřeba více asistentů a méně sester, jinde je to naopak. Ale úvahy o tom, že by asistent měl dostat kompetence sestry, jsou nesmyslné. Ve chvíli, kdy dáme asistentům vyšší kompetence k tomu, aby sami mohli aplikovat intravenózní injekce a podávat léky, je to jinými slovy návrat ke středním zdravotnickým školám,“ uvedla prezidentka ČAS.

Martina Šochmanová rovněž řekla, že v době, kdy se systém potýká s obrovským nedostatkem sester a nelékařů obecně, bychom si měli přiznat jeden fakt. Je třeba věci nazývat pravým jmé-

nem. Ve chvíli, kdy nebudou sestry a ostatní nelékařské profese řádně ohodnoceny, jsou všechny další řešení jenom zástupná. Zdůraznila, že je především třeba, aby se podařilo prosadit skokové navýšení platů pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky. Pak se sestry vrátí zpátky do systému a nebudou uvažovat, jestli se svým vzděláním mají jít kvůli vyššímu platu dělat recepční do hotelu, nebo vykonávat práci, pro kterou vystudovaly.

Dále se PhDr. Šochmanová zabývala nedostatkem personálu. Uvedla, že kvůli nedostatku sester v řadě zdravotnických zařízení dochází dokonce k uzavírání celých oddělení. Managementy nemocnic pak stojí před rozhodováním, jestli mají péči ohrožit tím, že sestry budou přetížené, protože budou pracovat v minimálních počtech, nebo zda přistoupit k nepopulárnímu kroku, jako je uzavření třeba celé jednotky. Znovu zopakovala, že dokud nedojde ke skokovému navýšení platů, sestry budou i nadále odcházet mimo vystu-

dovaný obor a samozřejmě i do zahraničí.

Potřebujeme vzdělanou sestru

„Zásadní a nejdůležitější je zlepšení ekonomických a pracovních podmínek. Tím dokážeme profesi navrátit mezi prestižní povolání. K prestiži ale rozhodně nepřispějeme, když nedostatek sester vyřešíme tak, že zkrátíme jejich studium na minimum. Je třeba si uvědomit, že od doby, kdy stačila střední zdravotnická škola, se celá společnost a tedy i zdravotnictví posunuly jinam. Nároky na sestru jsou dnes nerosovatelně vyšší, než byly před dvaceti lety. A proto není možné, aby sestra plnila všechny náročné úkoly jen se střední zdravotnickou školou nebo se školou, která ji dnes nahrazuje. Naopak musíme navýšit počty studentů a musíme už na základních školách dětem vysvětlovat, že povolání sestry je náročné a velmi odpovědné, ale především, že má jistou budoucnost,“ řekla Martina Šochmanová.

Uvedla dále, že je třeba získat partnerství odborných společností a zdravotních pojišťoven. Je třeba jednat na vládní úrovni a získat příslib z MZ ČR na větší finanční ohodnocení. „A já se budu snažit tyto požadavky prosadit prostřednictvím naší stavovské organizace, kterou je Česká asociace sester. Musíme se snažit soustředit se na základní problém a ne vést plané diskuse nad tím, jestli se má sestra nazývat všeobecná, nebo zdravotní. Je třeba se také zamyslet nad ošetřovatelskou dokumentací, která se musí zjednodušit. V každém případě potřebujeme sestru, která je vzdělaná. Střední zdravotnická škola je dnes úplně jinde, než bývala. V dobách, kdy z ní vycházely kvalitní sestry středěškolačky, to byla prestižní škola, kam se hlásili žáci maximálně se dvěma dvojkami na vysvědčení a na kterou se dělaly přijímací zkoušky. Dnes se na tuto školu hlásí žáci se čtyřkami, protože se na ni dostanou bez přijímaček a nějak ji absolvují. Netvrdím, že jsou všichni stejní. Část studuje dál a pak jsou z nich perfektní sestry. Ale potřebují k tomu delší čas. Myslím, že je to celospolečenský problém. Dneska mladí lidé chtějí studovat, nechtějí jít v osmnácti do praxe. A i tento fakt je třeba v systému zohlednit. Je to na nás, na sestry. My bychom teď neměly dopustit, aby byl připraven nový zákon bez nás. Musíme tedy do jeho přípravy mluvit a musíme být hodně slyšet,“ apelovala prezidentka ČAS závěrem.

Výživa v onkologii

Blok odborných přednášek zahájil zakladatel Nadace pro rozvoj v oblasti umělé výživy, metabolismu a gerontologie prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., tématem Výživa onkologického pacienta. „Častým fenoménem, který se vyskytuje u onkologických pacientů, je malnutrice. Má mnoho příčin a jejím důsledkem je významná změna kvality života, zhoršená reakce na aktivní léčebný přístup a zvýšená mortalita. Pro řešení nádorové malnutrice a její excesivní formy (nádorová kachexie) je důležitá časná diagnóza a intenzivně prováděná nutriční podpora,“ řekl v úvodu svého sdělení. Konstatoval, že indikace nutriční podpory je zcela nezbytná ve všech případech i u lehkých projevu nádorové malnutrice, případně přítomnosti projevů, které ukazují, že porucha výživy se začíná vyvíjet v průběhu aktivní terapie nádoru (chirurgický výkon, chemoterapie, aktinoterapie).

Malnutrice je spojena s neúčelným energetickým metabolismem, kde „parazitický metabolismus tumoru“ na účet hostitelského organismu je pouze jednou složkou celého děje. Zdeněk Zadák zdůraznil, že nutriční podpora klinicky významně nezrychluje růst nádoru, její přínos pro nemocného je větší.

Anorexie a rozvoj nádorové kachexie

Jak prof. Zadák dále uvedl, častým a závažným faktorem v rozvoji nádorové kachexie je ztráta chuti k jídlu a vystupňovaná anorexie. Vyjmenoval mechanismy, které se podílejí na zhoršeném příjmu potravy a tím rozvoji malnutrice u onkologického pacienta. Jsou to ztráta chuti k jídlu vlivem depresí, změny chuti a čichu, odpor k masu a potravinám bohatým na proteiny, pocitu nepřírozané kovové chuti, slanosti nebo kyselosti v ústech. Na malnutrici se také přímo či nepřímo podílí poškození gastrointestinálního traktu. Na poruchách výživy se může podílet také porucha pasáže či iatrogenní poškození střevní

sliznice. Tyto poruchy a potíže z nich vyplývající limitují příjem výživových substrátů kvantitativně i kvalitativně. Část anorexie má i centrální příčinu a jedním z jejích vysvětlení je vzestup centrální produkce tryptofanu a serotoninu cestou jejich mediátorového účinku na hypotalamus.

Malnutrice u onkologického pacienta

Profesor Zadák představil definici malnutrice, která vychází z klinických doporučení Evropské společnosti parenterální a enterální výživy (ESPEN): „Jedná se o stav, který vzniká z nedostatečného příjmu a metabolického využití nutričních substrátů s následným zhoršením složení těla (snížená tuková i netuková hmota těla – sarkopenie, úbytek tukové tkáně), které je spojeno se zhoršením orgánových funkcí.“ Jedním z typických funkčních projevů je snížení svalové síly, zhoršení imunitních reakcí a selhání anabolických procesů tkání. Nověji byla tato definice ještě doplněna. Ke zhodnocení nutriční

stavu je používáno více faktorů, které v komplexu vyjadřují dobře nejenom přítomnost, ale i stupeň malnutrice.

Nutriční podpora v onkologii

Nejlepším způsobem léčby nádorové kachexie je podle autora intenzivní léčba nádorového onemocnění v kombinaci s intenzivní nutriční podporou. Velmi důležitá je metoda, jakou se nutriční podpora provádí. Starší zkušenosti s použitím klasické konvenční úplné parenterální výživy, bez využití farmakonutrice a bez aplikace specializované enterální výživy, často vedly k negativním výsledkům. Byly charakterizovány vzestupem komplikací a přes intenzivní úplnou parenterální výživu nedošlo ke snížení poklesu tělesné hmotnosti, ke zlepšení antropometrických ukazatelů, délky přežití ani kvality života. Parenterální výživa je v této situaci při dlouhodobém použití obtížně uskutečnitelná, protože většinou vyžaduje centrální katétr, který je sám o sobě, zejména u pacientů náchylných k in-

fekci a imunosuprimovaných, rizikový a přináší četné komplikace. To jsou důvody, proč byla v minulosti klasická parenterální výživa mnohými onkology opuštěna jako neúčinná a svým způsobem i riziková.

Výraznou změnu představuje zavedení techniky velmi dokonale enterální výživy aplikované do jejuny a zejména využití nových specifických enterálních výživ, které jsou konstruovány cíleně pro určité choroby včetně nádorových onemocnění a které významně využívají moderních poznatků nutriční farmakologie, což znamená využití vyšších koncentrací aminokyselin, zejména argininu, glutaminu, selekcí fermentovatelné vlákniny a dále polyenových omega-3 mastných kyselin. Minimální riziko spojené s nasojejunální sondou i nutriční a farmakologický účinek speciálních preparátů pro výživu, které vedle nutričního účinku mají schopnost modulátorů metabolismu a které se vyznačují farmakologickými účinky, zcela změnily přístup k umělé výživě onkologických pacientů.

Závěrem profesor Zadák shrnul, že nutriční podpora u nádorových onemocnění musí být vysoce individuální vzhledem k velké odlišnosti energetické potřeby dusíkové bilance i potřeby specifických farmakonutrientů, jako je glutamin, arginin, cystein a cystin, suplementace threoninu a využití specifických účinnků polynenasaturovaných omega-3 mastných kyselin. Zdůraznil velkou důležitost prvotního rozhodnutí, zda je nutriční podpora určena pro etapu kurativní, nebo paliativní. Pro kurativní období je typická vulnerabilita organismu, kdy dochází k akutnímu prohloubení malnutrice.

Nutriční podpora znamená bariéru, která nemocného chrání před toxickými komplikacemi a má snížit nežádoucí účinky intenzivní chemoterapie a aktinoterapie. V této fázi se podle autora jednoznačně dává přednost specifickým preparátům, které jsou určeny pro oblast onkologie. Jejich benefit může významně převážit relativně vyšší cenu oproti standardním nutričním přípravkům.

(eta)

Inzerce M151000704

Pracovní příležitost pro zdravotníky

G5 Plus je největší českou společností, která zprostředkovává práci zdravotníkům v zahraničí.

NABÍZÍME

- + Ověřené pracovní nabídky
- + Nadstandardní platové ohodnocení
- + Přípravné kurzy v angličtině (i pro začátečníky)
- + Vyřízení cestovní administrativy
- + Asistenci po odletu a průběžné poradenství

G5+

Mezinárodní kariéra ve zdravotnictví

„Vy pečujete o druhé, my pečujeme o Vás“

Další informace najdete na www.g5plus.cz nebo volejte bezplatnou infolinku **800 88 88 96**

Ošetrovatelská péče o pacienta s krvácením do GIT

Krvácení do horních částí trávicího traktu (GIT) je vždy nutno považovat za život ohrožující stav a tomu musí odpovídat postupy v diagnostice a léčbě. Zkušenosti našeho pracoviště s ošetrovatelskou péčí o pacientku s tímto krvácením přináší následující kazuistika.

Kazuistika

Dvaadesátiletá pacientka Š. A. byla dne 1. 3. 2014 přijata na interní kliniku FN Ostrava s podezřením na melénu. Přichází pro tmavě hnědou až černou stolici s tmavě červenou krví. Bez nevolnosti, zvracení či bolesti břicha. V poslední době se cítí unavená, jiné potíže jako zimnice, bolesti na hrudi, otoky DKK neguje.

- RA: bratr +ca tlustého střeva, otec +ca tlustého střeva.
- SA: žije s manželem na vesnici.
- OA: primární biliární cirhóza jater, hepatosplenomegalie, arteriální hypertenze, osteoporóza, stp. polypektomií v r. 2012.

Hodnotící a měřicí techniky

Při příjmu pacientky byl proveden test základních vředních činností podle Barthelové s celkovým hodnocením 85 bodů, přičemž 100 bodů = nezávislost. Výsledkem byla závislost lehkého stupně při zvládnutí činností denní potřeby, jako je deficit sebezpečí v hygieně a vyprazdňování. Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové bylo 32 bodů, kdy 25 bodů a méně znamená, že pacient je vznikem dekubitů ohrožen. Rizikem pádu byla pacientka ohrožena z důvodů krvácení a užívání antihypertenziv v bodovém hodnocení 3 body, kde skóre 3 a více znamená riziko pádů. Nutriční screening byl negativní. Hodnocení potřeb sociální péče bylo negativní, neboť klientka žije s manželem.

V průběhu hospitalizace bylo nutno přehodnotit stav pacientky vzhledem k základnímu onemocnění a průběhu léčby. Při příjmu byla pacientka soběstačná, avšak velké ztráty krve a celková slabost nás (sestry) vedly k přehodnocení testů vředních činností dle Barthelové a pacientka byla vysoce závislá, v bodovém hodnocení 40 bodů. Byla ohrožena i vznikem dekubitů, ty se však nevyskytly, pouze došlo ke vzniku opruzenin konečníku z důvodů neustálého krvácení. Nutriční screening byl pozitivní. Riziko pádů z důvodů nesoběstačnosti se zvýšilo na 5 bodů. Pacientka

měla bolesti v dolní části břicha, na stupnici VAS 1–10 udávala bolesti na 5. Celkový stav nemocné se zhoršoval. Oporou jí byl manžel, který ji denně navštěvoval. Pacientka byla edukována o dietě nic *per os* (NPO), což znamená přísný zákaz příjmu jídla i tekutin. Jako prevence vysychání sliznice dutiny ústní jí byly nabídnuty vlhčené štětičky napuštěné boraxglycerinem. Pro možné riziko pádů byla pacientka poučena o preventivních opatřeních k jejich zamezení. Veškerá edukace byla písemně zaznamenána v dokumentaci.

Průběh hospitalizace

Dne 1. 3. v dopoledních hodinách byla přijata 62letá pacientka pro enteroragii a melénu na interní kliniku FN v Ostravě–Porubě. Po základních vyšetřeních (odběry krve, EKG, RTG srdce a plic) jí byla v odpoledních hodinách provedena gastrokopie s nálezem jícnových varixů III. stupně dle Paqueta, bez známek proběhlého či aktivního krvácení. Do medikace byl proto podán terlipresin (Remestyp) i. v., který jako jediný snižuje mortalitu spojenou s krvácením.

Hned při příjmu byla pacientce zavedena žilní linka pro parenterální výživu a stanovena dieta NPO. Nemocná je soběstačná, ale z důvodů krvácení je v tabulce rizika pádů zhodnocena jako riziková. Dne 3. 3. jí byla pro stále trvající enteroragii s nálezem ojedinělé jasně červené krve provedena koloskopie, sliznice je však bez jednoznačného zdroje krvácení. SONO: cirhóza jater, ascites, splenomegalie. Během dvou dní došlo k poklesu hemoglobinu ze 105 g/l na 85 g/l, proto byly pacientce podány transfuze krve.

Dne 7. 3. bylo opět provedeno gastrokopické i koloskopické vyšetření s negativním nálezem. Z těchto důvodů bylo rozhodnuto, že pacientka podstoupí kapslovou enteroskopii. S nálezem krvavého obsahu cca v druhé polovině tenkého střeva, blíže nelze specifikovat, byla domluvena retrogradní dvoubalonová

enteroskopie na čtvrtek 13. 3. na 9. hodinu na endoskopii v Městské nemocnici Ostrava–Fifejdy. Pacientka byla pro celkově zhoršený zdravotní stav v odpoledních hodinách přeložena na JIP, kde byl zaveden ČŽK.

Dne 12. 3. byl proveden prostý snímek břicha k vyloučení eventuelní retence kapsle. Z výsledků enteroskopie v délce cca 100 cm za Bauhínskou chlopní byl nález – polypoidní útvar 20 x 20 mm s koagulem, zvažován je stromální tumor, značen ve dvou místech sterilní tuší. Dle nálezů bylo žádáno o chirurgické konzilium, na jehož základě byla pacientka indikována k operaci s resekci postiženého úseku.

Dne 13. 3. bylo provedeno předoperační vyšetření a klientka byla 17. 3. přeložena na chirurgii k výkonu. Operace proběhla bez komplikací. Během hospitalizace na interním oddělení a JIP byly klientce podány celkem 9x transfuze, 1x čerstvá mražená plasma, roztoky glukózy, aminokyseliny, krystaloidy, Remestyp, Furosemid, Dicynone, Verospiron, Cardilan, Ursolfalk, Kanavit, Helicid, Dilatrend a Kalnormin. Perorální příjem byl s ohledem na krvácivé projevy pouze formou sippingu.

Plán ošetrovatelské péče

1. Riziko infekce

- Ošetrovatelský cíl: omezit faktory vzniku infekčních komplikací, včasné odhalení infekčních komplikací.
- Intervence: dbet na řádnou desinfekci rukou, postupuj asepticky u všech invazivních postupů, sleduj minimálně 1x denně místa i. v. vpichu a vstupu centrálních linek.

2. Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, při oblékání a úpravě zevnějšku, při jídle a vyprazdňování

- Ošetrovatelský cíl: pacient je čistý a upravený, provádí péči o sebe sama dle svých schopností, vyprazdňuje se bez problému.
- Intervence: motivuj klienta a poskytni mu dostatek času,

prováděj hygienickou toaletu (celkovou toaletu), přízpůsob se aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta, zajisti bezpečnost klienta, dbet na soukromí, zajisti toaletu rukou před podáváním jídla, zajisti dostatečnou hygienu po vyprazdnění pacienta.

3. Deficit tělesných tekutin

- Ošetrovatelský cíl: Dostatečná hydratace, adekvátní diuréza, přiměřená vlhkost sliznic, dobrý kožní turgor.
- Intervence: měř bilanci tekutin, sleduj kožní turgor, sleduj frekvenci stolic, krvácení, sleduj účinky podávaných léků.

4. Bolest

- Ošetrovatelský cíl: zmírní bolest, odstraní bolest, bolest neomezuje klienta v denní aktivitě.
- Intervence: zjistí lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti, sleduj účinek podaných analgetik, sleduj psychický stav nemocného, prováděj záznam o sledování bolesti do zdravotnické dokumentace.

5. Riziko pádů

- Ošetrovatelský cíl: omez faktory pádu a zabraň pádu, minimalizuj komplikace vzniklé při pádu.
- Intervence: uprav vhodně okolí lůžka, zajisti pomůcky pro bezpečnost, zajisti signalizaci na dosah, zajisti doprovod, doporuč vhodnou obuv.

6. Inkontinence stolice

- Ošetrovatelský cíl: pacient nemá porušenou kožní integritu, má vytvořený režim při vyprazdňování.
- Intervence: zaznamenávej frekvenci stolice, udržuj hygienu a výměnu pomůcek pro inkontinenci, zajisti soukromí klienta.

7. Riziko potransfuzní reakce

- Ošetrovatelský cíl: zabraň vzniku potransfuzní reakce, minimalizuj riziko vzniku potransfuzní reakce.
- Intervence: sleduj vitální funkce klienta, zajisti signalizaci na dosah, edukuj klienta o možných nežádoucích reakcích při podání transfuze, v případě reakce zastav převod krve a informuj lékaře.

8. Riziko krvácivých projevů

- Ošetrovatelský cíl: včasné odhalení krvácivých projevů.
- Intervence: sleduj laboratorní hodnoty, edukuj pacienta o krvácivých projevech.

9. Riziko vzniků dekubitů

- Ošetrovatelský cíl: zabránit vzniků dekubitů.
- Intervence: udržuj stav kůže v suchu a čistotě, sleduj ohrožená místa vzniků opruzenin a proleženin, kůži promasíruj a promazávej vhodným hygienickým prostředkem, používej vhodné polohovací pomůcky k zabránění vzniku proleženin, veď záznam o vzniku defektů a pečuj o vzniklou ránu.

10. Riziko časných komplikací z důvodů invazivního výkonu

- Ošetrovatelský cíl: včasné odhalení komplikací.
- Intervence: sleduj laboratorní hodnoty, sleduj bolest, monitoruj základní životní funkce včetně stavu vědomí.

Závěr

Pacientka byla hospitalizována na interním oddělení a JIP celkem 17 dní, kdy jí byl verifikován tumor v ileu a po překlada na chirurgii byla provedena resekce ilea. Po výkonu byla přeložena na ARK, kde byla již bez pooperačních komplikací, průběh kryt dvojkombinací antibiotik (Dalcin, Metronidazol i. v.). Dne 18. 3. byla přeložena na standardní chirurgické oddělení. Postupně však u nemocné dochází k rozvoji otoků DKK, ascitu, proto byla dne 24. 3. převezena zpět na interní kliniku. Během rehospitalizace byla u klientky sledována bilance tekutin s restrikcí do 1,5 litrů za 24 hodin a podána diuretická terapie. Komplikace nastaly uroinfektem (kultivačně pozitivní *Pseudomonas aeruginosa*) a infekcí v operační ráně, rána rozšklebená s vytékáním ascitu (kultivačně pozitivní *Escherichia coli*). Dle citlivosti byla nemocná přeléčena ATB s postupnou úpravou zánětlivých parametrů a úpravou klinického stavu. Pro suspektní rozvoj hepatorenálního syndromu byla přechodně zajištěna Terlipresinem. Dle kontrolních odběrů je pacientka schopna dimise a byla jí i nadále doporučena dispenzarizace v hepatologické ambulanci. Zhojenou ránu již nebylo potřeba dále ošetřovat. Hospitalizace byla ukončena dne 11. 4. 2014.

Literatura u autorky

Ingrid Orawská,
Interní klinika FN Ostrava,
kostalka@centrum.cz

Se studenty v Dobronicích

Tým nelékařských zdravotnických pracovníků Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) pod vedením náměstkyně pro ošetřovatelkou péči PhDr. Libuše Gavlasové, MBA, uspořádal 16. 9. 2015 praktickou výuku první pomoci pro budoucí posluchače bakalářských oborů 3. LF UK na jejich vstupním soustředění v Dobronicích.

Studentky a studenti oborů všeobecná sestra, fyzioterapie, dentální hygiena a veřejné zdravotnictví se snažili správně poskytnout první pomoc figurantům na stanovištích simulujících různé nehody. Společně s kolegy z FNKV řešili situaci popálené osoby, autonehodu, zranění motocyklisty a život ohrožující stav malého dítěte. Dále si studenti mohli pod odborným vedením vyzkoušet kardiopulmonální resuscitaci na modelu, změřit krevní tlak, glykémii pomocí glukometru či provést orientační vyšetření krevní skupiny. Díky pěknému počasí a příhodným vodním podmínkám se podařilo také předvést profesionální záchranu tonoucího s následnou rozšířenou resuscitací. Tato společná akce studentek a studentů 3. LF UK a zaměstnanců FNKV byla nejen praktickou odbornou vý-



Foto: Archiv FN Královské Vinohrady

ukou první pomoci, ale i velmi příjemným a neformálním setkáním, které jistě přispělo k našim vzájemně dobrým vztahům.

Za organizační tým se na další setkání se studenty 3. lékařské fakulty těší

Mgr. Ivana Trnková, vrchní sestra

Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV, Praha

ivana.trnkova@fnkv.cz

Cesta k modernímu ošetřovatelství

Již sedmáctý ročník konference s mezinárodní účastí „Cesta k modernímu ošetřovatelství“ se konal v polovině září ve Fakultní nemocnici v Motole. Akci připravila FN v Motole ve spolupráci s Ústavem ošetřovatelství 2. LF UK a Českou asociací sester. Záštitu převzali ředitel FN Motol JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA, a děkan 2. LF UK prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

Profesor Komárek se v úvodním sdělení zaměřil na vzdělávání nelékařských profesí a týmovou spolupráci všech zdravotnických pracovníků, kterou zdokumentoval konkrétní kazuistikou dítěte s velmi vzácným onemocněním.

Tradičně s nadšením byla přijata přednáška prof. MUDr. Josefa Kouteckého, DrSc. Hovořil o etickém pohledu na ošetřovatelství, trvalých hodnotách z minulosti, jež se ani v dnešní době na cestě k modernímu ošetřovatelství nemění.

Prezidentka ČAS PhDr. Martina Šochmannová, MBA, přispěla se sdělením na téma českého zdravotnictví a postavení nelékařů. Hosté z Francie, Kariene Battaglia a Catherine Faurant z L'Institut de Formation en Soins Infirmiers – l'Institut Hospitalier Franco-Britannique, Levallois, nás seznámili se systémem vzdělávání sester ve Francii. Dopolední blok zaměřený na vzdělávání zakončila PhDr. Ma-



Foto: Archiv FN Motol

rie Zvoníčková z Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK, která prezentovala dílčí výsledky dlouhodobého výzkumu v rámci EU stran rozšiřování rolí nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR a ve vybraných evropských zemích. Inspirujících příspěvků věnovaných dobré ošetřovatelské praxi zazněla celá řada.

Odpolední program konference byl rozdělen do workshopů s tématy: Rehabilitační ošetřovatelství v prevenci komplikací, Invaзивní cévní vstupy, Komplexní péče o kůži neznámá pouze prevencí a léčbu dekubitů, Podpora komunikace s využitím nových technologií, Resuscitační, intenzivní a perioperační péče či Inovace v kvalifikačním a postkvalifikačním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Smyslem pořádání této akce bylo shromáždit odborníky z ošetřovatelské teorie a praxe a vytvořit podmínky pro předávání nových poznatků a zkušeností. Zdá se, že záměr se daří, o čemž svědčí velký zájem aktivních i pasivních účastníků konference. Je na místě poděkovat nejen všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky, ale i pasivním účastníkům za vytvoření příjemné atmosféry během celé akce. (in)

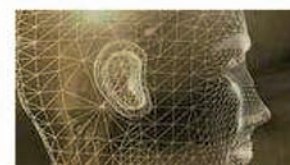
RADIX
zdravotnická technika



má konečně celé portfolio



STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE



Diskuse nad vzděláváním sester

Není mnoho témat, která by v poslední době na našich internetových (www.zdravi.e15.cz) nebo facebookových stránkách Sestra vyvolala tak bouřlivou debatu jako vzdělávání sester. Přinášíme vám proto ty nejzajímavější příspěvky, jež zazněly v diskusích pod články na toto téma.

Diskusi odstartoval text „Chaos jménem zdravotnictví“ z pera Jany Gryc, na něž reagovala Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D., článkem „Proč potřebujeme sestry bakalářky“. Jana Gryc odpověděla komentářem „Jaké sestry potřebuje české zdravotnictví“ a Lenka Šnajdrová pak textem „Sestra nemůže být levnou pracovní silou“. O svůj názor k tématu i článkům se podělila také řada čtenářek a čtenářů.

Proč potřebujeme sestry bakalářky

Jaroslava

Příspěvek jsem četla se zaujetím a v mnohém souhlasím s pisatelkou. Proto mě nanejvýš mrzí závěrečná věta: „Proto potřebujeme kvalitní sestry, které dokáží péči naplánovat, organizovat, jsou za ni ale i odpovědné. Taková ale nebyla a nemůže být sestra ze čtyřleté zdravotnické školy!“ Ptám se – proč nemůže? Jsem také, jak píšete, produktem čtyřleté SZŠ a mám spoustu kolegyní i kolegů, kteří jsou rovněž „produktem“. Chcete nám tedy sdělit, že kvalitní péči nedokážeme naplánovat, zorganizovat a být za ni odpovědní? To je velmi odvážné tvrzení. Já osobně jsem přesvědčena, že záleží vždy na osobnosti, ne na titulu. Viděla jsem spoustu bakalářek i magister, některé jsou opravdu skvělé, jiné jsou skvělé o mnoho méně. Hodně se jich také svěřílo, že studuje jen kvůli získání titulu a ve zdravotnictví rozhodně pracovat nehodlají. Víte, příště by bylo možná lepší, kdyby autor více přemýšlel nad slovy, která použije. Nebýt totiž sester „produktů“, tak se dnešní bakalářky nemají od koho naučit organizovat, plánovat a být zodpovědné. Nejsou všichni stejní, ať už jsou „produktů“ nebo vysokoškoláci.

Lída

Poslední věta zřejmě vyvolala rozhořčení u mnoha sester s maturitou. Domnívám se, že tím autorka myslela současnou generaci nevyspělých absolventů SZŠ. Trochu nešťastná formulace. A tady někde zaostře pozornost. Ano, kdysi SZŠ

byla výběrová škola a absolventi byli schopni zastat samostatně spoustu výkonů a sloužit těžké služby. Ruku na srdce, dámy – myslíte si, že dnešní generace absolventů středních škol je připravena po maturitě do boje? A nemusíme se bavit jen o absolventech SZŠ. Systém vzdělávání se nám změnil ve všeobecné rovině u spousty oborů. Preference mladých lidí je „mít alespoň bakaláře“. Je to dáno různými faktory – popularizace VŠ vzdělání, společenský posun. Děti nám dospívají rychle fyzicky, ale pomalu sociálně. V případě 5letých SZŠ je to trochu krok do chaosu. Jak chcete stimulovat uchazeče o studium k přihlášení, když na pracovním trhu nám nyní převažují absolventi VOŠ a VŠ? Dalších 20 let chaos? Chcete experimentovat?

Petra

Ačkoli jsem jedna z „těch sester bakalářek“, tak mě také poslední věta uráží. Sestry, které vystudovaly čtyřletou zdravotku ještě před érou asistentů, jsou pro mě často vzorem – vědí, co a jak si můžou dovolit udělat, říct, mají spoustu zkušeností, ale hlavně je učili lékaři a musely se toho často naučit mnohem víc než my bakalářky. Naplánovat péči umí přímo bravurně – než jsem se to naučila já (a to mam těch úchvatných sedm let školy), tak mi to trvalo skoro 4 měsíce. Jsem rok v praxi (i po škole) a rozhodně mi nepříšlo, že bych se zapracovala snáz než asistent. Ono to totiž není ani tak o vzdělání (věk trochu roli hraje) jako spíš o tom, chtějí tuhle práci dělat. Když si vezmu, že na střední škole jsme byly jenom dvě holky, co šly na zdravotku proto, že tu práci chtějí dělat, tak je to celkem žalostné. Sestry, co studovaly jenom proto, aby nemusely mít tolik matematiky, nejsou zrovna tím, co by naši pacienti potřebovali.

Ivka

Každý může mít názor na způsob vzdělávání jiný, ale je dobré zjišťovat si fakta: a) navržená změna – návrat na SZŠ s 1 rokem navíc – je samozřejmě koncipována tak, že se pozmění náročnost osnov, tudíž nelze srovnávat se současným

asistentem; b) nemáte pravdu, že sestra je dost – i kdyby se doplnil tým o sanitáře a ošetřovatelky (které chybí, v tom máte pravdu), tak sestrami nenaplníte personální vyhlášku ani v dnešní podobě. A ta je koncipována tak, že ten tým teoreticky existuje. Zkrátka sestry nejsou! A čím více jich studuje VŠ, tím méně jich nastupuje do praxe. To je důležité si uvědomit.

Katka

Nevím, co v pojetí autorky znamená kvalitní sestra a kdo ji potřebuje, asi zdravotnictví. Ale pacient potřebuje sestru, která prostě ví, co má dělat, umí si zorganizovat práci, je ochotná, milá a umí mu vysvětlit, co se s ním děje. Na to nemusíte mít VŠ, ale stačí SZŠ, aktivní přístup k péči o pacienta a ochota se dál vzdělávat. Bez tak i sestra s VŠ musí občas dělat vše, protože sestra je málo, jen úkony péče, které nepatří mezi ty odborné, může dělat s větším odporem, je přece vysokoškolačka. Zažila jsem takový přístup k péči na vlastní kůži a je to dost nepříjemné. Potřeba VŠ sester vychází z potřeb systému, nikoli pacienta. Poslední věty článku by mohly klidně sestry s praxí bez VŠ urazit. Schopnost plánovat a organizovat si práci se na VŠ nenaučí, to se naučí až praxí.

Jaké sestry potřebuje české zdravotnictví?

Sestra

Absolutně se ztotožňuji a nezbyvá mi než souhlasit. Také jsem pouze „odvar“ 4letého studia s pomaturitním studiem, tzv. doškolovákem, a praxí více než 20 let. Momentální trend je zaměstnávat asistentky (v rámci finančních úspor), po kterých se chce mimo legislativu sesterská práce – což je podle mého špatně, protože odpovědnost za službu má sloužící sestra. Vysokoškolsky vzdělané sestry nejsou o nic víc ani míň než ty s 4letým studiem a navíc dlouholetou praxí. Jak už je zmíněno v článku, my jsme studovali na výběrové škole, kam nebylo jednoduché se dostat, po dobu studia jsem díky teorii a praxi získala dostatek

zkušeností k vykonávání této profese, zatímco dnes jde na zdravotku kdokoli, kdo se nedostane jinam, protože má záruku maturity a už při nástupu do školy ví, že toto povolání dělat nebude. Celý systém je špatně.

VK

Plně souhlasím s autorkou, absolventky SZŠ i VOŠ byly vychovávány učitelkami z praxe a pro praxi. Bc. a Mgr. učí často VŠ učitelky bez jakékoli praxe. Učí tedy teorii, administrativu, publikování a výzkum! Po nástupu do praxe jsou absolventky zátěží pro zaškolující zkušený personál, a to ještě jen v případě, že jsou jejich radám a vedení přístupné a nehrají si na nadřazenost kvůli VŠ titulu. U absolventek 3leté pomaturitní VOŠ je trestuhodné, že nedostaly Bc. automaticky.

Sestra nemůže být levnou pracovní silou

Jaroslava

SZŠ byla ve své době nejvyšší formou studia. Dnes absolventky těchto škol musí dostudovávat postupně vše potřebné k výkonu své profese a žádný titul za to nedostanou. Naopak se jim z praxe odečte nějaký ten rok, aby svou práci mohly vůbec dělat. Je to spravedlivé? Myslím, že není. Navíc se jim může stát, že na jejich místo bude chtít nastoupit titulovaná sestra a stávající ho bude muset opustit. Kam jsme se to dostali a proč pořád řešíme tituly sester, když je jich stále větší nedostatek? Perlička dnešního dne – sestřička s titulem DiS., Bc. a Mgr. mi ve službě řekla, že nestudovala proto, aby vynášela nádoby s exkrementy a převlékala lůžko. Jistě má pravdu. Pomocný personál pracuje za velmi nízké mzdy, resp. minimální. Chápu, že se nepředhánějí v získání těchto pracovních pozic. Tak se nějak bojím, až třeba budu stará a ležet v nemocnici, že se třeba nenajde nikdo, kdo by mi podal trochu vody.

Stanislava N.

Ano, vzdělání je důležité, zaměřme se ale na otázku náplně vzdělání – na co nám jako sestram budou předměty, které jsou součástí

vysokoškolského titulu? Já bych i nadále ocenila to, že máme specializační studium a máme možnost se vzdělávat v oboru, který si sami zvolíme. Titul je pouze o tom, že sestra má podmínky ke studiu a má předpoklady toto studium v celé šíři zvládnout. Nevyovídá o intuici a o empatii. Na co je mi sestra bakalářka z ošetřovatelství, když podcení vedlejší příznaky, když bude umět vyplnit a sestavit spoustu papírů, ale nezastaví se u lůžka a neřekne pár tichých vět člověku v posledních minutách? Lidé umírají i v domovech pro seniory – tam se setkáváme s tím, že se naše práce bere jenom jako „jste tam, tak dělejte“. Lékař nemá čas nebo nechce psát poukazy na péči a podle nich si odnášíme mzdu. Po 30 letech u lůžka, včetně sobot, nedělí a přesčasů, nemáme ani průměrnou mzdu. Takže vzdělání ano, ale s rozumem, tam, kde je opravdu zapotřebí.

Helena N.

Mám pocit, že o problému vzdělání sester jednájí hlavně lidé, kteří nevědí, jak to v praxi skutečně chodí. Souhlasím s tím, že zdravotničtí asistenti neměli vůbec vzniknout, protože ti jsou ta levná pracovní síla, ti to odnesli ze všech nejvíce. Musejí zvládat téměř všechno a komplikují situaci na pracovišti registrovaným sestram tím, že jsou za ně zodpovědné a pod vším se podepisují spolu s asistenty. S čím ale nemůžu souhlasit, že my, které máme SZŠ a naše vzdělání odpovídalo tehdejšími nárokům, jsme v jiné situaci než dnešní absolventky VOŠ a vysokých škol. Jak je možné, že zvládáme tutéž práci jako ony jmenované absolventky? Mluvím o řadových sestřích, nikoli o vedoucích pozicích, tam jsem ochotna uznat vyšší vzdělání. Chodí k nám na praxi děvčata jak z VOŠ, tak z VŠ – jiná je situace, pokud se jedná o absolventku gymnázia, jiná, pokud je ze SZŠ. Děvčata ze SZŠ říkají, že se látka hodně opakuje a je málo přínosná. Jindy, a to i u kolegyní, které studují při práci, mám pocit, že je látka nepřiměřeně těžká, odtahovaná od praxe a někdy až zbytečná. Kdo to vymýšlí? Při složení této mozaiky nesmyslů, se kterými se v praxi setkávám, těžko souhlasit i s dobře míněnými názory v článku. Bylo by dobré se na to podívat odzdoła.

(red)



30. BŘEZNA 2016
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

Sestra roku 15



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

16. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Zdravotnictví a medicína z vydavatelství Mladá fronta a. s.

Přihlaste svého kandidáta!

Dopřejte získat
toto prestižní
ocenění
těm, kteří si
jej opravdu
zaslouží!

Titul Sestra roku je
udělován ve dvou
kategoriích:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
- Sestra v managementu a vzdělávání

Redakce časopisu
Zdravotnictví
a medicína uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek 31. 12. 2015

Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže: www.sestraroku.cz

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložení na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2015“ na adresu redakce

časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2015. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2015“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzavření soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2016 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat kritéria soutěže, kterými jsou například nadstandardnost přístupu při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému a podobně. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předána ocenění.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na: www.sestraroku.cz

V případě dotazů pište na adresu: sestraroku@mf.cz

Využijte také diskusní fórum: www.facebook.com/FBSestra

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Hlavní partner



Partneři galavečera



www.sestraroku.cz



Sestra roku 2015



Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2015 v kategorii:

- Sestra v přímé ošetrovatelské péči
 Sestra v managementu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) PSČ
Kontaktní adresa
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
.....
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví
Publikační činnost
Přednášková činnost
Jazykové znalosti
Zahraniční stáže
Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících kritériím soutěže musí být k přihlášce přiložen ve formě stručného písemného odůvodnění nominace.

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou

s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící 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 správcem 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., o některých službách informační

společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

s nadcházejícím podzimem k nám dorazilo letos asi vítané ochlazení, které – doufejme – nebude mít na svědomí výraznější vzestup respiračních onemocnění a zejména jejich komplikací. Přesto je na místě připomenout vhodnost očkování proti chřipce, pneumokokovým onemocněním, eventuálně pertusi, především u rizikových skupin obyvatelstva. XI. hradecké vakcinologické dny vyzdvihly nejen potřebu zvýšení proočkovanosti dospělých doporučenými vakcínami, ale poukázaly též na alarmující trend ražený odpírači očkování, který má za následek klesající proočkovanost dětí v rámci povinného očkování. Odborníci hledají cesty k lepší komunikaci lékařů primární péče s „pochybujícími“ rodiči dětí i nástroje pro argumentaci a rozptýlení nepravdivých představ o škodlivosti očkování. Naše Postgraduální akademie, společný vzdělávací projekt České lékařské komory a Postgraduální medicíny, nabídla již loni jeden z prvních seminářů zaměřených na mýty a realitu očkování. Pro velký zájem lékařů připravuje tuto zimu pokračování na obdobné téma. V září a říjnu proběhlo několik dalších sympozií Postgraduální akademie, o nichž vás informujeme, a další se brzy chystají. Podzimní období provází tradičně řada odborných akcí a udělují se akademická ocenění. V souvislosti s dvěma oceněnými vám přinášíme zprávu z výročního oftalmologického kongresu a nahlédneme i pod pokličku výzkumu sluchu. Dozvíte se také novinky z oblasti výzkumu aterosklerózy. Malou perličkou – paradoxně na začátku medicínské rubriky – jsou infekční nemoci přenášené netopýry. Ačkoli se s netopýrem v našich oblastech nesetkáváme tak často jako s respiračním virem, může být takové setkání zneklidňující, pokud se ukáže, že netopýr byl nakažený například vzteklinou. A že se to může stát, potvrdili veterináři v polovině září, kdy jednoho takového objevili v pražských Riegrových sadech. Příjemné podzimní dny přeje

MUDr. Andrea Skálavá

Problematika některých infekčních onemocnění přenášených netopýry a kaloni

Netopýři a kaloni patří mezi živočichy, kteří mohou přenášet velké množství různých mikroorganismů a ve svém důsledku tak infikovat například domácí zvířata nebo člověka. Jedná se nejen o viry a bakterie, ale i o houby či parazity.

Ačkoli riziko přenosu není obecně vzato vysoké, je třeba, aby bylo bráno v potaz a aby lidé s těmito živočichy zacházeli vhodným způsobem. Některá z možných infekčních onemocnění mohou být pro člověka fatální a řadíme je mezi vysoce nebezpečné nákazy.

Charakteristika netopýrů a kaloni

Netopýři (*Microchiroptera*) a kaloni (*Megachiroptera*) patří do třídy savců (*Mammalia*), řádu letounů (*Chiroptera*). Řád letounů představuje 20 % diverzity všech savčích druhů. Je to v rámci taxonu savců nejdiverzifikovanější a geograficky nejrozšířenější řád, který

nalezáme na všech kontinentech kromě Antarktidy. To a některé jejich další charakteristiky – druh potravy, struktura jejich populace v mnohatisícových koloniích, schopnost létat, sezónní migrace na velké vzdálenosti, denní obrazec pohybu, strnulost a hibernace, životnost – výrazně napomáhají tomu, že netopýři jsou zoonotickým hostitelem pro široké spektrum mikrobiálních agens, schopným tzv. *spill over*, tj. překročit mezidruhovou hranici a infikovat domácí i divoká zvířata, stejně jako člověka.

Virů bylo do současnosti u letounů detekováno velké množství. Jde o 66 virů nalezených u 74 různých druhových zástupců letounů.

K infekci obvykle dochází přes zástupce kmene členovců (*Arthropoda*). Často ale není jasné, zda jsou právě letouni důležitým virovým rezervoárem.

O imunitním systému netopýrů je známo velmi málo. Panuje domněnka, že tato zvířata mají k dispozici specifické virové inhibitory, které způsobují, že zvířata ne onemocní, ale naopak fungují jako vhodný přírodní rezervoár. Kromě přenosu infekcí pokousáním, poškrábáním, slinami, aerosolem obsahujícím krevní částice či moč je známo, že nebezpečný může být i netopýří trus (guáno). Ten může mimo jiné úspěšně kontaminovat a infikovat infekčními spórami půdy. Kapitoulou samou

pro sebe jsou pak některé lokální zvyky afrických domorodců, v jejichž rámci jsou netopýři součástí lidského jídelníčku.

Celosvětově rozšířená virová či bakteriální onemocnění

Lyssaviry

Netopýři jsou vedle psů, lišek, myvalů a skunků velmi častým zvířecím přenašečem lyssavirů, které způsobují celosvětově se vyskytující vzteklinu, tj. fatální onemocnění člověka. V České republice byl opakovaně zjištěn pozitivní záchyt viru lyssa u netopýrů. Spojené státy americké udávají jeden až dva případy nákazy

vzteklinou u lidí za rok, většina těchto případů je způsobena netopýry. Mezi lety 1997–2006 bylo zaznamenáno 19 přírodních nákaz a 17 z nich je přičítáno netopýřům. Čtyři pacienti našli netopýra ve své blízkosti v ložnicích po probuzení. Další pacient byl probuzen netopýrem, který ho ve spánku napadl a kousl. Jiná osoba byla napadena netopýrem ve chvíli, kdy opouštěla svůj dům. Tři lidé se snažili neodborně odchytit zvířata, která ve dne našli ve svých domech – například jeden člověk udal, že byl kousnut, když zvíře vynášel z chodby. Naopak jiný pacient si vzal domů nemocné zvíře, kterému chtěl pomoci. Neobvyklé jsou případy úmrtí v důsledku neznalosti. Až pozdě, několik týdnů po události, si dala chůva do souvislosti s nemocí čtyřletého dítěte nálezu netopýra na podlaze dětského

INFEKTOLOGIE

pokeje. Bohužel pozdě, dítě zemřelo. Obdobně podlehl vzteklině desetileté dítě, které za dohledu neinformovaných rodičů vynáleželo odchyceného netopýra z jejich ložnice. Speciálně ve Spojených státech je velmi důležité informovat veřejnost o možnosti přenosu vztekliny z netopýrů na člověka. Lidé zde mají k netopýrům obecně pozitivní vztah – jsou pro ně symbolem velmi oblíbeného svátku Halloween – a nejsou si povětšinou vědomi možných fatálních důsledků kontaktu speciálně s nemocnými zvířaty. WHO pravidelně upozorňuje, že ani v Evropě nelze podcenit roli netopýrů při výskytu vztekliny. Jen v poslední době je známo celkem 32 případů, kdy v přenosch figurovali netopýři – 5 případů udává Francie, 10 Německo, 3 Polsko, 1 Španělsko, 11 Holandsko a 2 Velká Británie.

Koronaviry

Zástupci skupiny koronavirů se vyskytují v více druhů netopýrů. Tyto viry povětšinou vyvolávají mírná až středně těžká onemocnění, nicméně jsou zodpovědné i za epidemii syndromu akutního respiračního selhání (SARS) v jihovýchodní Asii. Číňané v současnosti identifikovali viry příbuzné lidskému SARS CoV u tří druhů netopýrů rodu *Rhinolophus*. Přenos na člověka se předpokládá opět slinami či kousnutím. Je znám i pře-

nos, kdy člověk požil jídlo, jež měl v tlamě netopýr. SARS je s vysokou nemocností a smrtností novou nemocí 21. století. V prvních pěti měsících roku 2003 došlo k pandemickému šíření, kdy se onemocnění rozšířilo z jihovýchodní Asie, Číny a Hong Kongu do celého světa. Postihlo více než 8 tisíc osob, z nichž 812 zemřelo. Až začátkem léta 2003 se pandemie díky výraznému úsilí WHO, CDC a národních zdravotnických managementů dostala plně pod kontrolu. Koronaviry jsou řazeny do čeledi *Coronaviridae*, rod *Coronavirus*. Na základě zkřížené serologické reaktivity a podle sekvenční genomové analýzy se čeleď koronavirů rozděluje na 3 skupiny. První skupina vyvolává gastroenteritidu a postižení respiračního traktu u psů, koček a vepřů. Do této skupiny řadíme také lidský koronavirus 229E. Druhá skupina zahrnuje viry savců – vyvolává onemocnění u skotu, hepatitidu myši a řadíme sem i lidský koronavirus OC43. Do třetí skupiny jsou řazeny ptáčičí viry (infekční bronchitida ptáků aj.). Po krátké inkubační době (2–7 dnů) vyvolávají koronaviry u zvířat těžké postižení respiračního a zažívacího traktu, včetně postižení jater a nervového systému. Přibližně stejně krátká inkubační doba byla zaznamenána u SARS. Koronaviry jsou všeobecně vysoce druhově specifické. U imu-

nokompetentních hostitelů vyvolávají tvorbu neutralizačních protilátek a buňkami zprostředkovanou imunitní odpověď, která vede k usmrcení infikovaných buňek. Některé koronaviry vyvolávají u zvířat těžká systémová onemocnění (infekční peritonitida koček, encefalomyelitida u prasat aj.). K pomnožení viru dochází v játrech, ledvinách, plicích, slezině, mozku, prodloužené míše i jinde. Ptáci a drůbež koronaviry 3. skupiny způsobují chovatelům domácích zvířat významné ekonomické ztráty.

Histoplasmóza

Obdobně jako u předešlých onemocnění je celosvětový výskyt typický i pro onemocnění histoplasmózy, které je vyvoláno houbou *Histoplasma capsulatum*. Typicky ho najdeme v oblastech, kde se vyskytuje mnoho ptáků, netopýřích trusu, psů, koček, telat, koní a krys. Lidé pracující v takovém prostředí by se měli chránit obličejovými maskami, pracovat se zvířaty v rukavicích. Jde o plicní infekci šířící se inhalací aerosolu s mikroskopickými spórami *H. capsulatum*. Symptomy jsou obdobné jako u pneumonie, nicméně u řady lidí má onemocnění asymptomatický charakter. Na druhou stranu u oslabených pacientů může být zanedbání léčby nebezpečné.

Leptospiróza

Evropská unie udávala v roce 2008 celkem 608 případů bakteriálního onemocnění leptospirózou. Celkem 599 případů bylo laboratorně potvrzeno a pocházelo z 26 zemí EU. Tato data představují výskyt o,15 případu na 100 000 obyvatel. Jedná se o typicky sezónní onemocnění, vyskytující se v období mezi červencem a říjnem, napříč všemi věkovými skupinami (s maximem výskytu ve věkové skupině mezi 45.–64. rokem). Nejvíce případů pochází z Německa, Rumunska, Polska a Slovinska. V České republice bylo mezi lety 2006 a 2008 zachyceno 17 případů onemocnění. Hlavním zdrojem jsou hlodavci, telata a netopýři (moč). Infekce je pro člověka jen vzácně fatální. Obvykle jí vidáme u farmářů, veterinářů, pracovníků jatek. Je třeba důsledně se chránit ochrannými pomůckami (rukavice), obzvláště v případě výskytu drobných ranek, záděr, stejně jako krytí očí, nos a ústa.

Salmonelóza

Problém dalšího bakteriálního onemocnění – salmonelózy – je opět problémem celosvětovým. Onemocnění je vyvoláno konzum-



Kaloň ramenatý (*Cynopterus brachyotis*) | Ilustraci foto: Wikimedia

mací kontaminovaných potravin, jsou popsány přenosy mezi osobami, přenos kontaminovanou vodou a množství přenosů v důsledku expozice v prostředí či zvířatům. Velké množství infekcí je přičítáno plazům a studenokrevným zvířatům, speciálně různým exotickým zástupcům. USA udává ročně 1,4 milionu infekcí u člověka, z toho 74 tisíc je přičítáno plazům a obojživelníkům jako zdroji. Evropa nemá v tomto směru specifická data, ale obecně se udává okolo 150 tisíc lidských onemocnění v průměru ročně. Česká republika měla například v roce 2008 záchyt 103 infekcí na 100 tisíc obyvatel. Rod *Pteropus* byl identifikován jako potenciální zdroj *Salmonella enterica*, sérotyp *Typhi* v Bangladéši. Infekce netopýrů je zde přičítána hlavně kontaminované vodě.

Lokálně rozšířená infekční onemocnění

Virové hemoragické horečky Ebola a Marburg

Na rozdíl od výše zmíněných celosvětově rozšířených infekcí jsou filoviry vyvolávající virové hemoragické horečky Ebola a Marburg specificky lokalizované (Afrika, Asie). Podle současných znalostí jsou za rezervoár a vektor přenosu většiny filovirů v Africe pokládáni kaloni. Tato zvířata nakažená přirozenou cestou nebo experimentálně infikovaná Ebola a Marburg virem překonávají infekci asymptomaticky (na rozdíl od primátů a člověka), avšak vylučují virus trusem po dobu 3 týdnů. Nepředvídatelně probíhají čas od času epidemie hlavně v zemích, jako jsou Kongo, Súdán, Gabon, Jihoafrická republika, Pobřeží Slonoviny, Uganda, Filipíny. Velmi často jsou spojeny s muži – důlními dělníky. Šíření smrtonosné epidemie pak nahrávají specifické kulturní zvyklosti a rituály v dané ko-

munitě (např. příprava a omývání nebožtíků před pohřbem rodinou, pohřeb do země). Typickým příkladem poslední doby je epidemie Eboly v oblastech Guiney, Libérie, Sierra Leone a Nigérie. Specifickým problémem západní Afriky v souvislosti s otázkou zvládnutí současné epidemie Eboly je kromě vysoké migrace obyvatelstva i oblíbenost konzumace netopýrů a kaloňů coby gumánské pochoutky. V nedávné době bylo vyšetřeno 276 netopýrů *Rousettus leschenaultii* z jeskynního systému v asijské Bangladéši. U pěti zvířat byly protilátky proti ZEBOV detekovány v krvi, slinách, moči nebo fekáliích. Vlastní virus se izolovat nepodařilo, takže nebylo možné přechíst jeho sekvenční a zjistit, zda se jedná přesně o stejný kmen, či novou variantu.

Mimo africký kontinent jsou popisovány importované nákazy – například v roce 2008 si z Ugandy přivezl Marburg holandský turista a nakaže podlehl. Obdobný vývoj mělo stejné onemocnění u amerického turistu, který také pobýval v Ugandě. Oba dva turisté navštívili jeskyně, kde se vyskytují kolonie kaloňů. NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases) vyvíjí vakcínu proti Ebole na bázi atenuovaného viru vezikulární stomatitidy, obsahující část sekvence určitého proteinu z genomu Eboly. Jde o rekombinantní vektorovou vakcínu, kde virový vektor stimuluje imunitní systém očkování. Testy s experimentální vakcínou prokázaly stimulační účinky u primátů.

Nipah a Hendra viry

Dalším specificky lokálním problémem jsou Nipah a Hendra viry, pocházející ze stejné čeledi *Paramyxoviridae* i rodu *Henipavirus*. Nipah virus vyvolává virovou encefalitidu. Byl poprvé izolován a identifikován v roce 1988 během epide-

Očkování proti vzteklině

Neléčená vzteklin je u lidí ve 100 % případů smrtelná. Očkování je jedinou možnou prevencí onemocnění a úmrtí. V současné době jsou v ČR registrované dvě inaktivované očkovací látky proti vzteklině: Rabipur (Novartis Vaccines, Německo) a Verorab (Sanofi Pasteur, Francie). Vakcínu proti vzteklině je možné aplikovat preventivně v rámci preexpoziciční imunizace nebo k postexpoziciční profylaxi, kdy už mohlo teoreticky k přenosu nákazy dojít. Vakcína Rabipur obsahuje v jedné dávce (1 ml) rekonstituované vakcíny inaktivovaný virus vztekliny kmen Flury LEP ≥ 2,5 UI, pomnožený na kuřecích embryích. Vakcína Verorab obsahuje po rozpuštění v 1 dávce (0,5 ml) inaktivovaný virus vztekliny – kmen WISTAR Rabies PM/WI 38 1503–3M ≥ 2,5 UI připravený kultivací na Vero buňkách. Obě vakcíny se aplikují intramuskulárně, dospělým osobám do deltoidní oblasti, dětem (kojenčům a batolatům) do anterolaterální oblasti stehna. Vakcíny se nesmějí aplikovat intraglutéálně ani intravenózně.

Preexpoziciční vakcinace se doporučuje osobám ve zvýšeném riziku nákazy ve všech věkových skupinách, od 2 měsíců u vakcíny Rabipur. Mezi osoby se zvýšeným rizikem vzniku nákazy patří osoby v laboratorních pracujících s viry vztekliny při diagnostice, výzkumu a výrobě, veterináři, osoby pečující o zvířata, osoby, které jsou během pracovních nebo volnočasových aktivit v kontaktu se zvířaty, jež mohou být zdrojem vztekliny (pes, liška, netopýr, skunk, mýval). Postexpoziciční profylaxe se zahajuje ihned při sebemenším riziku možnosti nákazy vzteklinou a měla by být prováděna v centrech očkování proti vzteklině. Postexpoziciční profylaxe je aplikována dle schématu WHO den 0, 3, 7, 14, 28. Postexpoziciční léčbu zahrnuje místní nespecifické ošetření zranění, pasivní imunizaci imunoglobulinem proti vzteklině. Vakcíny jsou efektivní vůči mnoha virům této skupiny, ale je bezpodmínečně nutné ji podat včas.

mie encefalitidy a respiračních onemocnění v Malajsií (vesnice Sungai Nipah) a Singapuru. Onemocnění se šířilo mezi pracovníky prasečích farem a populací obyvatelstva žijící v blízkém kontaktu s prasaty. V roce 1999 byla Malajsie postižena výraznou epidemií Nipahu, kdy bylo nutné vybit více než milion vepřů a onemocnělo okolo 300 lidí, z nichž 100 nemoci podlehlo. Ekonomické dopady této epidemie byly nedozírné. V roce 2001 měla s Nipah virem problémy Bangladéš a Indie. V Indii byl v této souvislosti prokázán první nozokomiální přenos. V poslední době se zdá, že mnohé další infekce lidí v Bangladéši (i fatální) jsou spojeny s konzumací palmového vína. To je sbíráno do nádob z datlových palmách, které jsou obvykle nepřikryty a v noci z nich upíjejí kaloni a tím víno infikují. Proto bylo celoplošně vydáno doporučení (CDC, Atlanta, USA) ke striktnímu zakrývání nádob bambusovými víčky.

Hendra virus (čeleď *Paramyxoviridae*, rod *Henipavirus*) je zodpovědný za virové hendra onemocnění respiračního a neurologického typu. Virus byl poprvé izolován v roce 1994 z klinických vzorků odebraných během epidemického onemocnění koní a lidí ve čtvrti Hendra australského Brisbane. Přírodním rezervoárem tohoto viru jsou kaloni rodu *Pteropus*. Koně se nakazí z potravy kontaminované močí, slinami či biologickými produkty uvolňovanými při porodech kaloňů (přenos fekáliemi dosud neprokázán). Člověk je pak infikován v důsledku blízkého kontaktu s tělními tekutinami koní. Další, zatím ojedinělý přenos byl popsán mezi infikovaným koněm a psem. Přenos ze psa na člověka zaznamenán nebyl.

Chřipkové viry

Lokálním problémem Latinské a Jižní Ameriky je podle stu-

die CDC nálezy chřipkových virů. Práce detekovala netopýry druhu *Artibeus planirostris* jako rezervoár H17N10 a H18N11 chřipkových virů v Peru. Byly nalezeny pozitivní vzorky rektálních stěrů při vyšetření celkem 114 odchycených savců. Obdobný nálezy týkající se H17N10 kmene byly publikovány z Guatemaly. Zdá se, že netopýří populace v Latinské a Jižní Americe jsou rezervoáry chřipkových virů různé genetické diverzity a je rozhodně třeba pokračovat v započatých studiích tohoto typu.

Hepatotropní viry

Ze séra a biopsií jater celkem 3080 netopýřů (*Uroderma bilobatum*, *Hipposideros cf. Ruber*, *Rhinolophus alcyone*) z Panamy, Brazílie, Gabonu, Ghany, Německa, Papuy Nové Guiney a Austrálie byl izolován a osekvenován materiál, který prokázal přítomnost hepatotropních virů.

Závěrem

Jak ukazuje tento článek, existují možná rizika přenosu virových či bakteriálních infekcí při kontaktu s nakaženým živočichem z řádu letounů na člověka. Je proto třeba dbát na opatrnost, omezit manipulaci a přímý kontakt se zvířaty na minimum, vyhnout se možnému pokousání, v daných případech se obracet na odborníky a přenechat dané aktivity jim. Nesmíme zapomenout, že většina z 27 druhů netopýřů žijících na území České republiky je chráněna, patří mezi ohrožené druhy. Je proto skutečně více než vhodné jakoukoli manipulaci se zvířaty konzultovat, lze využít například stránky www.ceson.org.

doc. RNDr. Vanda Boštilková, Ph.D.,
prof. MUDr. Pavel Boštilk, Ph.D.,
MUDr. Miroslav Salavec, CSc.,
Mgr. Radek Sleha,
MUDr. Lenka Hobzová,
Nora Boštilková,
Mgr. Rudolf Kukla

IX. sympozium AGEL se zaměřilo na choroby stárnoucí populace

Civilizační choroby a nemoci třetího věku se staly hlavním tématem jedné z největších odborných akcí pořádaných v Olomouckém kraji – IX. symposia AGEL. Na konferenci, jež se uskutečnila 1. a 2. října v hotelu NH Collection Olomouc Congress, přijelo více než 500 odborníků z řad lékařů, sester i dalších zdravotnických profesí.

IX. sympozium AGEL se konalo pod záštitou předsedy dozorčí rady společnosti AGEL Ing. Tomáše Chrenka, Ph.D.

Aktuální problematika

Téměř pětina české populace je starší 65 let a průměrný věk se neustále zvyšuje. Vzhledem k nezdravému životnímu stylu však trápí nejrůznější potíže i mladší generace. Civilizační choroby se tak staly jedním z neaktuálnějších témat, která trápí současnou populaci. Mezi nejčastější příčiny nemoci v České republice patří choroby oběhové soustavy, které jen v Olomouckém kraji ročně zabijí přes 1500 lidí. „Vysoce aktuální problematika, která byla vybrána jako hlavní téma symposia, odráží zájem skupiny AGEL o onemocnění, jež významně zhoršují kvalitu života současné populace. Preventivní opatření u civilizačních chorob i jejich následná léčba vyžadují komplexní přístup k pacientovi, a proto i jednotlivé přednášky byly vědeckou radou vybírány napříč obory medicíny, aby pokryly co nejdílejší oblast této problematiky,“ uvedl předseda představenstva společnosti AGEL MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH.



Profesor Pavel Dungal



Předseda představenstva AGEL MUDr. Ján Dudra | Foto: 3x archiv AGEL

Špičky české medicíny

Důležitým fenoménem dnešní společnosti se stalo také stárnutí, proto se v odborném programu konference objevilo rovněž několik přednášek zaměřených na problematiku geriatric. „Stáří je často spojeno s atypickými obrazem a průběhem chorob, které vyžadují důkladný přístup lékaře. Zvláštností chorob třetího věku je, že se u nemocného vyskytuje zpravidla hned několik závažných diagnóz sou-

časně,“ vysvětlil vedoucí organizačního výboru prof. MUDr. David Stejskal, Ph.D., MBA, Eurchem.

Na sympozium aktivně přednášely desítky zdravotníků, mezi nimi i špičky české medicíny jako například ortoped prof. MUDr. Pavel Dungal, DrSc., kardiolog prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., F.E.S.C., nebo psychiatr prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. „Samotná účast těchto lékařských osobností garantuje vysokou odbornost a kvalitu symposia,“ doplnil MUDr. Stejskal s tím, že akce se každoročně zúčastňují nejen zaměstnanci nemocnic a institucí patřících do skupiny AGEL, ale také lékaři z regionu a v neposlední řadě také pregraduální či postgraduální studenti lékařských a přírodovědeckých fakult.

Již podruhé byla na sympozium vyhlášena soutěž o nejlepší e-poster zdravotníků do věku 35 let. Letošní vítězkou se stala MUDr. Zuzana Lörinczová z Nemocnice Košice-Šaca, která si během společenského večera převzala i šek v hodnotě 10 tisíc korun jako podporu další účasti na vědeckých kongresech. (red)



Prof. Pavel Dungal a místopředseda představenstva společnosti AGEL MUDr. Milan Leckší předávají šek Zuzaně Lörinczové.



XXII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi a s Interní sekci České asociace sester

22. – 25. listopadu 2015

Kongresové centrum Praha, 5. května 1640/65, Praha 4

www.kongrescis2015.cz

ODBORNÉ AKCE

Současnost vakcinologie – boj proti infekcím i odpůrcům

Ve dnech 1.–3. října proběhly v Hradci Králové XI. hradecké vakcinologické dny. Cílem setkání odborníků – praktických lékařů pro děti a dorost, klinických pediatrů, infektologů, epidemiologů, lékařů vakcinačních center a praktických lékařů – bylo zvýšit povědomí o možnostech očkování dětí i dospělých stejně jako hledat cesty komunikace a argumentace s odpůrci očkování, s cílem udržet vysokou proočkovanost populace.

K hlavním tématům letošního kongresu patřily kromě tradičních novinek v očkování dětí a dospělých i současnost tuberkulózy a její prevence, možnosti očkování proti pertusi, sérologické přehledy 2013 a jejich dopad na očkování, očkování v mimořádných situacích, varicella a herpes zoster, bezpečnost očkování, kontroverze v očkování, očkovací praxe v otázkách a odpovědích, budoucnost očkování, prevence infekčních nemocí při cestách do zahraničí či očkování proti pneumokokovým a meningokokovým onemocněním.

Legislativní změny

V úvodní přednášce, kterou místo omluveného hlavního hygienika ČR a náměstka ministra zdravotnictví MUDr. Vladimíra Valentý přednesl předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., byla shrnuta současná strategie očkování v České republice. Profesor Prymula informoval o legislativních změnách z oblasti vakcinace, které proběhly v posledním roce nebo se v brzké době chystají. Jde především o novelu zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, která spustila celonárodní diskusi nad navrhovanými sankcemi za neočkování. Navzdory tomu, že proběhlo několik parlamentních seminářů, nedospělo se zatím ke společnému konsenzu a nedošlo ani k jejímu schválení. Ustanovení třicetičlenné komise při MZ ČR, která měla vyřešit sporné otázky, neměla zatím pozitivní dopad na situaci v očkování. Prof. Prymula nevěří, že se tato situace výrazně změní. Podle něj je třeba, aby určité sankce (byť ne tak dramatické) spojené s neočkováním existovaly jako v původním návrhu novely.

Další problémový bod vidí Roman Prymula v novele zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, konkrétně v nejasné formulaci týkající se úhrady za očkování

ni konjugovanou vakcínou proti pneumokokům u seniorů nad 65 let. Zdravotní pojišťovny podle něj využily této právní úpravy a stanovily nízkou úhradu této vakcíny. V důsledku vysokého doplatku ze strany seniorů tak ztrácí toto očkování smysl, neboť důchodci si nebudou moci vakcínu zaplatit.

Jak jednat s odpůrci?

Prof. Prymula dále upozornil na vzrůstající aktivity odpůřců očkování, které letos „nabraly charakter masmediálního útoku a pronikly až do parlamentu“. Odborníci v této souvislosti opakovaně upozorňují na vážnost situace a apelují především na pediatry, aby hledali cesty jak správně a věcně komunikovat s rodiči a přesvědčit je o přínosu očkování jejich dětí.

Na problém s odmítáním očkování upozornili i prezident kongresu prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D., z Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a FN Hradec Králové či doc. MUDr. Rastislav Maďar, Ph.D., z Centra očkování a cestovní medicíny Avenir a Koalice pro podporu očkování. Upozornili mimo jiné, že se mnozí požadavky rodičů na individuální očkování, realizaci osobních vakcinačních schémat a často neopodstatněné odklady očkování. Podle docenta Maďara by lékař primární péče neměl pod tlakem rodičů a bez skutečné medicínské indikace přistupovat ke zbytečnému odkládání začátku povinné vakcinace ani souhlasit s rozkladem očkování. Přináší to zbytečnou traumatizaci dítěte spojenou s častějším očkováním, pozdějším nástupem postvakcinační imunity a mnohdy i nedodržení doporučených schémat, jejichž důsledkem může být vyšší výskyt preventabilních onemocnění.

Profesor Chlábek vyzdvihl, že jednou z priorit vakcinologických dnů je poskytnout na důkazech založené poznatky o očkování, které pediatry vyzbrojí argumenty umožňující vést konstruktivní diskusi

s váhajícími či mylně informovanými rodiči.

O čem jednala NIKO

Také MUDr. Hana Cabrhochová, Ph.D., z katedry praktického lékařství pro děti a dorost IPVZ, která se věnovala aktualitám v systému očkování v ČR, konstatovala, že letošní rok provází hledání komunikace s odpůrci očkování. Ani ona nevidí řešení stávající situace v komisích a skupinách, ale spíše v trpělivé komunikaci s rodiči. Mezi další aktuální problémy uvedla rizika šíření infekčních onemocnění v souvislosti s migrací, chybění aktuálních dat o proočkovanosti v naší zemi či obavy o budoucnost oboru praktického dětského lékařství (PLDD) vyplývající z rušení atestačních oborů. MUDr. Cabrhochová dále informovala o výstupech z posledních jednání Národní imunizační komise (NIKO). Zde se projednávalo například zřízení fondu pro odškodnění za újmy spojené s očkováním, očkování nedonošenců, vakcinace proti lidskému papillomaviru (HPV) u chlapců či definice „řádně očkováného dítěte“ v souvislosti s nástupem dítěte do kolektivního zařízení. Očekávaná novela vyhlášky o očkování v příštím roce by měla upřesnit termín zahájení očkování proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím a posunout termín aplikace druhé dávky této vakcíny.

Novinky v očkování ve světě

Období 2014–2015 charakterizuje významný globální posun v oblasti vakcinologie. Jak uvedl prof. Prymula, epidemie Eboly akcelerovala vývoj vakcíny proti této nebezpečné infekci. Očkovací látka vyvinutá společností Merck a NewLink Genetics vykazovala v klinickém testování 100% účinnost na 4000 subjektech 10 dnů po aplikaci. K dalším testovaným látkám patří vakcína VSV-Zebov a vakcína vyvíjená společností GSK a americkým institutem pro



Foto: archiv pořadatelů

alergie a infekční nemoci. Testuje se nyní v Libérii.

Evropská léková agentura (EMA), po řadě neúspěchů ve vývoji vakcín proti malárii, konečně vydala pozitivní doporučení pro užití rekombinantní vakcíny s adjuvans AS01 – Mosquirix. Vakcína je indikována pro děti od 6 týdnů do 17 měsíců věku. Bohužel zatím vykazuje pouze 56% účinnost redukce výskytu prvního případu malárie u dětí ve věku 5–17 měsíců a 31% účinnost u kojenců mezi 6. a 12. týdnem věku. Podle odborníků je vakcína i tak v zemích s prokázaným výskytem malárie výrazným přínosem. V klinickém testování jsou nyní 3 kandidátní vakcíny proti infekci způsobenou *Clostridium difficile*, která představuje jednu z nejvýznamnějších příčin nozokomiálních infekcí. Významná studie s vakcínou od Sanofi Pasteur poběží v České republice. Z dalších vyvíjených očkovacích látek lze uvést vakcínu proti chřipce, která by nevyžadovala každoroční obměnu na základě antigenních změn. Skupina dr. Taubenbergera publikovala slibné výsledky (95% protekce proti 8 použitým kmenům chřipky) s vakcínou založenou na inovativním postupu, zatím však pouze na myších modelech a bez objasněného mechanismu účinku. K vakcínám proti HPV přibyl Gardasil 9, rozšířený o účinek proti několika dalším HPV sérotypům. Průlomovým výsledkem je 98% efekt nové vakcíny proti viru herpes zoster, který je považován za unikátní. A konečně, do vědeckého světa pronikla informace Institutu technologie ve Wyomingu, který údajně vyvinul vakcínu proti autismu. Jak ale upozornil profesor Prymula, vakcína byla

zatím testována pouze na modelu a k praktickému využití vede ještě dlouhá cesta.

Cestovní medicína v roce 2015

Novinky v oblasti cestovní medicíny představil docent Maďar. Konstatoval, že od konce 20. století klesá počet nákaz cestovatelů malárií a naopak přibývá horeček dengue a chikungunya, v poslední době i horečka ZIKA. Pozitivní zprávou je, že bude k dispozici nová vakcína proti dengue, ta však není příliš vhodná pro cestovatele. Prozatím je určena dětem ve věku 9–16 let. Novým fenoménem cestování je „medicína výletních lodí“. V loňském roce ji celosvětově absolvovalo kolem 25 milionů klientů. Problémem tohoto segmentu cestovního ruchu je vysoký průměrný věk pasažérů, vysoká koncentrace osob na jedné lodi (i více než 5000), delší expozice a návštěvy přístavů na různých kontinentech. Rozvíjí se také medicínská turistika – cestování za levnějším placeným výkonem v jiné zemi. Tím dochází ke globální migraci polyrezistentních kmenů. Nezanedbatelným rizikem spojeným s cestováním je pak léčba pomocí padělaných léků, kterých ve světě cirkulují tisíce. Jedná se často o léky bez účinné látky nebo s jejím nižším obsahem. Jak uvedl docent Maďar, napodobeninu mnohdy nerozpozná ani odborník. Objevily se dokonce i padělky vakcín proti meningokokům či proti vztěklině. Cestovatelům se preventivně doporučuje vybavit si cestovní lékárníčku doma a nespolehat se na produkty z rozvojových zemí, kde chybí kontrola regulačními orgány.

MUDr. Andrea Skálavá

důvěřujte nám,
prověřujeme za vás

ezú elektrotechnický
zkušební
ústav

Zkoušíme a certifikujeme již od roku 1926

- Zkoušky elektrické bezpečnosti zdravotnických prostředků
- Zkoušky elektromagnetické kompatibility zdravotnických prostředků
- Mezinárodní certifikace CB
- Posuzování shody zdravotnických prostředků dle nařízení vlády 54/2015 a 55/2015
- Certifikace managementu jakosti dle ISO 13485



www.ezu.cz | medical@ezu.cz

ODBORNÉ AKCE

22 let v oftalmologii, 23. výroční sjezd

Ve dnech 17.-19. září proběhl v Hradci Králové XXIII. výroční sjezd České oftalmologické společnosti ČLS JEP. O shrnutí toho nejdůležitějšího jsme požádali předsedu vědeckého výboru sjezdu a přednostu Oční kliniky LF UK a FN Hradec Králové prof. MUDr. Pavla Rozsívala, CSC., FEBO.

Kongres představuje nejvýznamnější událost české oftalmologie, čemuž odpovídala i vysoká účast odborníků. Letos jich přijela tisícovka, což je nejvíc v historii sjezdu, čtvrtinu účastníků tvořily sestry. V průběhu tří kongresových dnů zazněla stovka ústních sdělení pokrývajících celou oblast oftalmologie.

Ocenění oftalmologům

Během slavnostního zahájení byla předána cena za přínos oboru prof. MUDr. Jaroslavě Vladykové, DrSc., z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Profesorka Vladyková (93) patří k předním českým oftalmologům a v tomto roce byla pasována na Rytířku lékařského stavu.

Tradičně byly uděleny také ceny za práce publikované v časopise Česká a slovenská oftalmologie. „Náš časopis je recenzovaný a zahájili jsme i vydávání anglické verze s cílem zviditelnit naše úspěchy na mezinárodním poli,“ řekl profesor Rozsívál, který byl rovněž letos oceněn, a sice stříbrnou medailí Lékařské fakulty a České lékařské společnosti ČLS JEP za dlouholetou práci pro odbornou společnost.



Oceněná profesorka Jaroslava Vladyková

Dvě desetiletí ve funkci přednosty

Profesor Pavel Rozsívál končí letos ve funkci přednosty Oční kliniky FN Hradec Králové, kde působil 22 let. „V naší nemocnici je



Foto: archiv pořadatelů

pravděpodobně, že v 65 letech musí přednosta uvolnit místo svému nástupci, takže rád předávám tuto funkci paní profesorce Jiráskové,“ uvedl prof. Rozsívál, který současně přislíbil, že s opuštěním přednostovského křesla jeho působení v oftalmologii rozhodně nekončí. Obor oftalmologie doznal za jeho působení na hradecké oční klinice nebyvalého rozvoje, což se odrazilo i v možnostech kliniky. „Do přístrojového a nemocničního vybavení jsme investovali stovky milionů a mohu neskromně konstatovat, že v hodnocení očních klinik se ocitáme na prvním místě v republice. V současnosti máme k dispozici veškeré vybavení potřebné pro poskytování nejmodernější oftalmologické péče,“ vydvihl prof. Rozsívál.

Oční klinika FNHK mimo jiné zahájila před 5 lety program léčby věkem podmíněné makulární degenerace (VPMD) pomocí injekční aplikace účinných látek (antiVEGF) přímo do oka. Jedná se o nejmodernější léčebný trend této závažné poruchy, která bez účinné terapie vede k oslepnutí. Jen náklady na tuto léčbu a potřebné vybavení dosahují 40 milionů korun.

Eylea a Lucentis

Problematice VPMD se věnovala úvodní dvě satelitní sympozia organizovaná firmami Bayer a Novartis – výrobci antiVEGF prepa-

rátů. „Při prvním sympoziu jsme v diskusi nad léčbou makulární degenerace zhodnotili zkušenosti s lékem Eylea. Lék se používá kromě uvedené indikace také pro léčbu diabetického makulárního edému. Tento stav, charakterizovaný výrazným zhoršením vidění, získal v našem státě teprve nedávno oprávnění k léčbě antiVEGF preparátem. Považujeme toto rozhodnutí za důležité, neboť asi deset procent populace tvoří diabetici a mnozí z nich se potýkají v důsledku svého onemocnění s očními komplikacemi,“ vysvětlil prof. Rozsívál. Druhé firemní sympozium se zaměřilo na využití Lucentisu u VPDM a uzávěru sítnicových žil (*retinal vein occlusion, RVO*), který je rovněž častým nálezem

u starších pacientů. „Výskyt obou poruch stoupá se stárnutím populace a je odrazem poruchy prokrvení v důsledku zhoršené funkce kardiovaskulárního systému. Léčba pomocí nitroocních injekcí antiVEGF dnes zlepšuje kvalitu života nemocných, kteří dříve neměli naději,“ uvedl oftalmolog.

Katarakta a operace sítnice

V rámci edukačních kurzů mohli účastníci zhlédnout záznam operace katarakty. „Operace šedého zákalu je nejčastějším výkonem v medicíně, provádějí ji oftalmologové. Stále přitom přibývá pacientů, kteří ji potřebují. Senioři chtějí v současnosti vést aktivní život – to znamená dobře vidět,



Profesor Pavel Rozsívál

moci si čistit nebo řídit auto. Když jsem začínal v oboru, podstoupit tento výkon znamenalo pobýt dva týdny v nemocnici. Ročně jsme tehdy v ČR provedli asi deset tisíc operací katarakty. Dnes jich děláme ročně přes sto tisíc, navíc je možné výkon provádět ambulantně. V léčbě využíváme lasery, což umožňuje pacientům rychlý návrat do běžného života,“ podotkl profesor Rozsívál.

Operační možnosti sítnice, kterým byla věnována další část sjezdu, doznaly velkého pokroku. „Dnes dokážeme vyšetřovat tuto oblast oka i v průběhu operačního výkonu, což jsme si dříve vůbec neuměli představit,“ řekl prof. Rozsívál. Možnostem využití nadstandardních nitroocních čoček se věnoval kurz Alcon. Účastníci si vyslechli příspěvky na téma asférických, torických či víceohniskových čoček a debatovali o prvních zkušenostech s nejnovější nitroocní čočkou pro korekci presbyopie. Jak ale profesor Rozsívál zdůraznil, standardní operace jsou plně hrazeny z prostředků zdravotní pojišťovny a tento standard je velmi vysoký.

Šíře oftalmologických poznatků

Na programu byla i problematika glaukomu – zeleného zákalu – a možnosti nové léčby, jakou je například nová kombinace Symbria. Další přednášky se zaměřily na léčbu uveitidy, problému, který sice není příliš častý, ale obtížně se léčí.

Tradičně, letos podvacáté, proběhl v rámci sjezdu interaktivní *meeting* s hlasovacím zařízením „Co na to kolegové“, během něhož se zkušenější odborníci zábavnou formou podělili o nové poznatky z oboru s mladšími kolegy.

Přednášející se dále věnovali operacím očních víček, které se provádějí jak ze zdravotních, tak z estetických důvodů, nechyběla neurooftalmologie, dětská oftalmologie či úrazy oka. Součástí konference byla i sesterská sekce zaměřená na ošetrovatelské postupy v oftalmologii. Zazněly zde například příspěvky na téma Bostonské keratoprotézy, péče o pacienta s očním traumatem či vyšetření v očním lékařství.

„Na našich sjezdech se soustředíme nejen na získání nových poznatků, ale také na výměnu zkušeností z různých oftalmologických pracovišť. Cílem není jen setkání samotné, ale především lepší péče o pacienta,“ uzavřel profesor Rozsívál.

MUDr. Andrea Skálová

Přínosy základního výzkumu pro léčbu poruch sluchu

Tento měsíc udělil předseda Akademie věd ČR prof. Jiří Drahoš čestné medaile významným vědcům AV ČR. Nejvyšší vyznamenání *De scinetia et humanitate optime meritis* převzal český neurovědec a přední světový odborník na výzkum sluchu a patologií sluchové funkce **prof. MUDr. Josef Syka, DrSc.**, který v září oslavil pětasedmdesátiny. V souvislosti s jeho oceněním i životním jubileem jsme jej požádali o rozhovor.

Pane profesore, na co se aktuálně zaměřujete v oblasti výzkumu sluchu?

V posledních letech je to především problematika stárnutí sluchu neboli presbyakuze. Jak sám stárnu, uvědomuji si, že ačkoli se celoživotně zabývám základním výzkumem, je pro mě stále důležitější, aby získané poznatky byly aplikovatelné v praxi. V 80. letech jsme se podíleli na vývoji prvního kochleárního implantátu. To je zařízení, které dnes umožňuje prožít kvalitní život mnoha neslyšícím. Kochleární implantace už se považuje za standardní metodu léčby ztráty sluchu, samotný implantát má ve světě odhadem 300 tisíc lidí, v České republice kolem tisícovky pacientů. Implantují se i nejménší děti, často už oboustranně, a využívá se i tam, kde jsou zachovány zbytky sluchu. Vrátil jsem se k výzkumu presbyakuze, pak naše výzkumy probíhají sice převážně v laboratoři, ale výsledky výzkumu se snažíme přenášet do klinické praxe. Loni jsme ve spolupráci s audiologem prováděli studii, jejímž cílem bylo vytvořit nový standard pro audiologická vyšetření, ve kterých se bude testovat sluch až do 16 kHz místo dosavadních 8 kHz. Do studie bylo zařazeno 470 lidí všech věkových skupin a práce byla publikována v prestižním časopise *Journal of Acoustical Society of America*.

Vaše laboratoř umožňuje výzkum na světové úrovni. Jste i výukovým pracovištěm?

Ano. Široké spektrum metod, které využíváme, nám kromě samotného výzkumu umožňuje školit studenty v metodice výzkumu sluchu. V posledních letech k nám každoročně zavítá 30 až 50 studentů z USA a jezdí sem na školení také postgraduální studenti z Evropy. Chtěl bych také uvést, že pro výzkum sluchu využíváme moderní zobrazovací metody, jako je MR spektroskopie nebo funkční magnetická



Profesor Syka přebírá vyznamenání. | Foto: archiv pořadatelů

rezonance. Zde spolupracujeme s pracovištěm zobrazovacích metod v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Testovali jsme například aktivaci mozkových struktur při vnímání zvuku u sedmdesátníků. Přitom jsme zjistili nejen detaily změn, jež stárnutí způsobuje v jejich sluchové kůře, ale také to, že při vnímání zvuku, například čistých tónů, potřebují senioři silněji aktivovat mozek než mladší jedinci a že se výrazná aktivace sluchové kůry mozku v tomto věku přesouvá z levé do pravé mozkové hemisféry.

Věnujete se výzkumu vnitřního ucha, konkrétně vláskových buněk. Jaká zjištění z této oblasti mohou pomoci neslyšícím?

Vnitřní ucho má velmi složitou strukturu a u všech savců, včetně člověka, špatně regeneruje. Takže pokud vláskové buňky, které jsou velice vnímavé k toxickým vlivům, zaniknou, dochází k trvalému poškození sluchu. Po zániku vláskových buněk však zůstávají ve vnitřním uchu buňky podpůrné. Naše snahy se tedy upínají k cíli přetvořit tyto buňky na vláskové. Dosavadní pokusy s implantací kmenových buněk do této části mozku nepřinesly očekávané výsledky. Cesta k tomuto cíli patrně vede přes poznání posloupnosti v za-

pojování jednotlivých genů, které se aktivují při vývoji vnitřního ucha. Bez detailní znalosti vývoje vnitřního ucha nebude zřejmě možná úspěšná regenerace vláskových buněk.

Souvisí ztráta vláskových buněk právě s presbyakuzí? A jak je to s rozlišováním řeči, které bývá narušeno u starších osob?

V průběhu stárnutí dochází k průběžnému ztracení vláskových buněk. To se u většiny osob projevuje postupující nedoslýchavostí. Vedle toho však dochází také k degenerativním změnám v centrální sluchové oblasti. V pokusech na potkanech jsme zjistili, že neubývají plošně všechny nervové buňky, jen některé specifické typy. Projevuje se to především v narušeném vnímání časových parametrů zvuku. Naší snahou je proto zavést do audiologie některé testy pro vnímání času, například test minimálního trvání pauzy v kontinuálně přítomném zvuku, které jsme ještě schopni zaregistrovat. Ukazuje se, že mladý člověk je schopen poznat mnohem kratší pauzu v šumu než starší jedinec, u něhož se pauza prodlužuje až na trojnásobek, což se projeví v horším rozlišování řeči. Řeč je totiž velmi složitý akustický signál, v němž jsou časové intervaly jednotlivých zvuků velmi krátké, takže starší člověk je všechny ne-

vnímá. Sluchový systém nedokáže tyto rychlé podněty zpracovat. Proto sice slyší, ale špatně rozlišuje, co mu druhý člověk říká. Pomocí testů, které zde vyvíjíme, by se dala kvantifikovat míra nedoslýchavosti a rozlišovat, zda se u daného jedince jedná o poruchu periferní, nebo spíše centrální. V praxi by takové posouzení umožnilo vybrat pro jednotlivé osoby co nejhodnější sluchadla.

Při používání sluchadel se lidé potýkají s tím, že kromě žádoucích zvuků se zesílí i nežádoucí šum. Bude si audiologie umět už brzy s tímto poradit?

Toto je dosud nevyřešený problém. Možná by se v těchto případech mohl uplatnit příznivý efekt některých léků. Kauzální léčbu ale zatím nemáme, a proto se intervence zaměřují na optimalizaci denního režimu a podporné látky, jako jsou vitaminy a další antioxidanty. V našich pokusech jsme zjistili pozitivní efekt atorvastatinu u myši, které rychle stárly. Po dvouměsíčním podáváním měly myši, které užívaly statiny, lepší sluch než kontrolní skupina. O pár let později ověřoval tento poznatek australský tým na lidech, u nichž se potvrdil obdobný efekt. Zatím však nevíme, z jakého důvodu se tak děje.

Jak velká je obecně regenerační schopnost sluchového systému? Kdy dojde k trvalému poškození sluchu?

Poškození struktur vnějšího a středního ucha, například perforovaný bubínek v důsledku otitidy, se regeneruje poměrně snadno. Máte-li však na mysli vnitřní ucho, zejména vláskové buňky, pak již v 80. letech minulého století se přišlo na to, že při krátkodobém vystavení silnému zvukovému podnětu – například při návštěvě rockového koncertu – dojde k přechodnému zvýšení sluchového práhu. Naštěstí se během několika hodin až dnů tento stav vrací do normálu. Francouz-



Prof. MUDr. Josef Syka, DrSc., (18. 9. 1940) je vedoucím oddělení neurofyziologie sluchu v Ústavu experimentální medicíny AV ČR, ředitelem ústavu byl v letech 1993–2000. Aktivně se zabývá výzkumem sluchu a mozku, zejména se zaměřuje na presbyakuze. Je členem edičních rad pěti mezinárodních časopisů, členem předsednictva Agentury pro zdravotnický výzkum a členem Mezinárodní bioetické komise UNESCO se sídlem v Paříži, která posuzuje významné světové bioetické otázky. Je profesorem fyziologie na 1. LF UK a vyučuje na Filosofické fakultě UK předmět neurověda jazyka. Dále je předsedou České společnosti pro neurovědy, do ČR zavedl moderní obor optogenetiku, která se uplatňuje ve výzkumu mozku. Působí v Radě projektu BIOCEV, centra biomedicínského a biotechnologického výzkumu ve Vestci, které se otevře koncem roku. Je také známým popularizátorem české vědy a zakladatelem akce Týden mozku v České republice.

ští vědci zjistili, že v uvedeném případě se uplatňuje toxický vliv neuropřenašeče glutamátu, který je vyplavován na synapsích vnitřních vláskových buněk a dočasně naruší spoje s vlásky sluchového nervu. Pokud však podnět trvá déle nebo je velmi silný, může dojít k trvalému posunu sluchového práhu a tím trvalému poškození sluchu. Toxické je i dlouhodobé působení látek vznikajících oxidačním stresem a jejich nahromadění v důsledku stárnutí, stejně jako některé léky. Patří sem například cisplatin. To je samozřejmě problematické, protože je nutno ji v určitých onkologických indikacích podávat, a u těchto pacientů mohou vzniknout značné sluchové ztráty.

Co víme o dědičnosti u nedoslýchavosti a ztráty sluchu?

V současnosti se hledají geny pro presbyakuze. V této souvislosti bych chtěl zmínit výzkum, na němž jsme již dříve spolupracovali s docentem Kabelkou a profesorem Seemanem. Šlo o výzkum

POSTGRADUÁLNÍ AKADEMIE

genetické poruchy, která domínuje v naší zemi a v celé střední Evropě a může mít za následek rychlejší ztrátu sluchu s věkem. Jedná se o gen pro bílkovinu connexin 26, která má významnou úlohu ve funkci vnitřního ucha. Naše studie se zaměřila na rodiče a prarodiče dětí, které se narodily neslyšící právě pro poruchu tohoto genu. Mnozí z rodičů či prarodičů nutně byli tzv. heterozygoty, tj. měli zastoupen patologický gen pouze na jedné alele. U těchto heterozygotů jsme prokázali horší sluch než u kontrolní zdravé populace. Ztráta sluchu s věkem je ovšem záležitost polygenní a v současnosti je podezříváno asi 46 genů, že se na ní mohou podílet. Znalost rizikových genů by mohla zpočátku pomoci jejich nositelům

v tom smyslu, že si budou svůj sluch lépe chránit. V budoucnu bychom pak mohli u vybraných jedinců – homozygotů – pomocí molekulárně biologických metod zasáhnout již v raném věku, takže by tito lidé nebyli později odkázáni na kochleární implantaci. Ale to je ještě hodně vzdálená budoucnost.

Kromě výzkumu sluchu přednášíte na filosofické fakultě o neurovědě jazyka. Můžete tuto oblast přiblížit?

Mou snahou je objasnit studentům, které části mozku a jak jsou zapojeny do řečové funkce. Zabýváme se také historií vzniku a vývoje řeči. To je velice zajímavá oblast – jsou totiž školy, které tvrdí, že řeč je tu již půl milionu let, zatímco jiné se domní-

vají, že jsou to jen tisíce. Dále se během studia zaměřujeme na to, jak se liší vokalizace u savců a u člověka. U všech savců kromě člověka totiž zvuková komunikace vzniká podkorově a kůra se na tomto procesu nezúčastňuje. U lidí se však pro tyto účely specializovala část mozkové kůry na řečovou funkci a vytvořila se specifická centra – Brocovo a Wernickeovo. Vysvětlují také studentům, jak probíhá aktivace mozkových center při čtení, poslouchání a znakování. Nebo jak spolu komunikují zrakové a sluchové centrum. Tyto poznatky lze využít například v práci s neslyšícími.

Čím ještě plánujete do budoucna podpořit oblast výzkumu sluchu a jeho aplikace?

Z mého pohledu dost zaostává oblast české audiologie. Obor ORL se totiž profiluje stále více chirurgicky, zatímco audiologie se stala jakousi popelkou, přežívající v rámci foniatrie. Vzhledem k technologickému rozvoji v této oblasti se snažíme již delší dobu prosadit vznik certifikovaného kurzu, který by umožňoval technikům získat specializaci v audiologii. Původně jsme chtěli zavést obor technické audiologie na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Kladně. To se ukázalo zatím nereálné. Nyní se nám konečně podařilo připravit semestrální kurs technické audiologie, kde chceme prezentovat i výsledky našeho výzkumu a později ve spolupráci se studenty technických oborů tuto oblast dále rozvíjet.

V listopadu se chystá výroční konference České společnosti pro neurovědy. Na co se můžeme těšit?

Konference je tradičně zaměřená na sdílení poznatků ze základního výzkumu, ale vítáme, když zde zazní i příspěvky z translační oblasti. Akce je mezinárodní, letos proběhne společně s Česko-tchajwanským sympoziem, hostit budeme deset předních tchajwanských vědců. Pozvání přijal také přední americký vědec českého původu Karel Svoboda, který bude přednášet o funkci neuronových sítí v somatosenzorické oblasti mozku. Očekáváme celou řadu zajímavých přednášek našich předních neurovědců a neurologů.

MUDr. Andrea Skálavá

Postgraduální akademie představila „Základy hematologické diagnostiky“

V rámci Postgraduální akademie proběhlo po prázdninové přestávce dne 17. 9. 2015 v Žižkovské věži sympozium zaměřené na hematologickou diagnostiku. Součástí akce byl i křest knihy „Základy hematologické diagnostiky“, vydané v rámci edice Postgraduální medicíny, ve vydavatelství Mladá fronta, a. s.

Odborným garantem akce byl prof. MUDr. Edgar Faber, CSc., který je i hlavním editorem jmenované publikace.

Hematologie je typickým příkladem relativně úzce specializovaného oboru vnitřního lékařství s množstvím přesahů do dalších oblastí medicíny, který v posledních letech prodělal mohutný rozvoj. Nové poznatky o patogenezi onemocnění krve vyústily v léčebné postupy, jež často zásadním způsobem změnilly prognózu onemocnění.

Nová publikace

Základní koncepty knihy „Základy hematologické diagnostiky“ je poskytnout na co nejmenším



MUDr. Jaromír Gumulec

prostoru dostatečně přehledné a jasné informace nezbytné

pro stanovení diagnózy hematologických onemocnění a stavů. Řadu hematologických diagnóz lze v současnosti potvrdit až složitými metodami imunofenotypizace, imunohistologie, cytogenetiky a molekulární genetiky, které jsou v knize probrány, nicméně výsledky těchto metod jsou primárně určeny pro hematologii rozhodující o léčbě.

Hlavním záměrem autorského kolektivu však bylo zdůraznění zejména těch diagnostických metod, které jsou běžně dostupné i praktickému lékaři.



Foto: archiv

Spojení teorie a praxe je v knize ilustrováno zařazením kopií typických výsledků krevních obrazů, diferenciálních počtů bílých krvinek, koagulačních a případně biochemických vyšetření ilustrujících jednotlivé diagnózy. Publikace je tak určena širokému okruhu čtenářů zahrnujícímu studenty medicíny, laboratorní asistenty, sestry, praktické lékaře či internisty a hematology.

Sympozium

V rámci sympozia se přednášející věnovali důležitým a zajímavým aspektům uvedené problematiky. Se základy hematologické diagnostiky v roce 2015 seznámil prof. MUDr. Edgar Faber, CSc., krevnímu obrazu v souvislosti s anemií se věnoval prof. MUDr. Karel Indrák, CSc., kazuistiky

na téma seniora s pancytopenií přednesl MUDr. Tomáš Szotkowski, Ph.D. Rolí mikroskopické morfologie v hematologické diagnostice v roce 2015 se zabývala MUDr. Dana Mikulenková, molekulární biologii a jejím místem v diagnostice v hematologii pak Mgr. Kateřina Machová Poláková, Ph.D.

Otázku hemostázy coby chaosu, či řádu nastolil MUDr. Jaromír Gumulec, o možnostech interpretace změny v počtu krevních destiček referoval MUDr. Antonín Hluš, Ph.D., a o geneticky podmíněných trombofilních stavech a jejich významu v klinice doc. MUDr. Věra Krčová, CSc. Stranou nezůstaly ani poruchy krevního srážení v graviditě, o nichž informovala MUDr. Jana Procházková, Ph.D.

(red)



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Postgraduální akademie pokračuje sympozii věnovanými nefrologii (září 2015), hematologii (listopad 2015) a gastroenterologii a hematologii (prosinec 2016). Více informací a přihlášky na uvedené akce naleznete na stránkách ČLK: www.clkc.cz

Co můžeme udělat pro pacienty s inkontinencí moči

V souvislosti s vydáním nového knižního titulu z divize Medical Services vydavatelství Mladé fronty, a. s., „Inkontinence moči v každodenní praxi“ uspořádala Postgraduální akademie odborné sympozium na téma „Urogynekologie – novinky dnes a zítra“.

Akce se konala 24. 9. v pražské Žižkovské věži, garantem sympozia byl vedoucí lékař urogynekologické ambulance Gona, s. r. o., MUDr. Lukáš Horčíčka (na fotografii), pod jehož edičním vedením vznikla jmenovaná publikace. Sympozium se zaměřilo na klíčové aspekty problematiky močové inkontinence. V úvodu pohovořil MUDr. Horčíčka o ekonomické péči o inkontinentní pacient-

ky. V souvislosti s náklady na její léčbu mluví zdravotní pojišťovny o miliardách korun, ale stanoveny jsou vlastně jen náklady na absorpční pomůcky. O problému se málo hovoří, téma je stále tabuizované, přitom pomůčování výrazně zhoršuje kvalitu života. Péče o inkontinentní pacienty a pacientky je v ČR na světové úrovni, avšak incidence onemocnění je stále stejná. Ve-

řejnost není dostatečně informovaná o možnostech účinné léčby, která umožňuje návrat do plnohodnotného života.

V dalších přednáškách se odborníci zabývali tématy „Indikace a kontraindikace farmakologické léčby inkontinence“ (MUDr. Oldřich Šottner), „Inkontinence moči u neurologicky nemocných pacientů“ (doc. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D.), „Inkon-

tinence moči v seniorském věku“ (prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.) a „Fyzioterapie pánevního dna“ (MUDr. Jana Vlková).

V závěru sympozia pokrtili odborníci novou publikaci „Inkontinence moči v každodenní praxi“, která představuje stručného průvodce dysfunkcemi pánevního dna a informuje o příčinách močové inkontinence, možnostech diagnostiky i nejmoderněj-



ší léčbě – konzervativní, operační, behaviorální a fyzioterapeutické. Čtenář v publikaci nalezne také odpovědi na otázky týkající se vztahu močové inkontinence a sexuality, pracovní neschopnosti inkontinentních pacientek, lůžkové léčby či organizace péče o inkontinentní pacienty. (red)

Co nového v nefrologii

Postgraduální akademie pokračovala v sobotu 26. 9. 2015 odborným sympoziem s názvem „Novinky v nefrologii“, které se konalo tradičně v Žižkovské věži v Praze.

Nefrologie prošla během posledních dvaceti let velmi bouřlivým vývojem, díky kterému bylo v mnoha oblastech diagnostiky a léčby nemocí ledvin dosaženo

významných pokroků. Program sympozia byl proto koncipován jako představení novinek v tomto oboru.

V úvodu seznámili prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, a MUDr. Zdeňka Hrušková, Ph.D., posluchače s novinkami v oblasti progresu chronické renální insuficience. Následně se doc. MUDr. Jana Reiterová, CSc., věnovala závěrům studií a perspektivě léčby autozomálně dominantní polycystické ledviny, vůbec nejčastějšímu onemocnění s mendelovskou dědičností. Protože s postupující polyprag-

mazií, stárnutím populace a častějším výskytem snížené funkce ledvin se neurologové stále více zabývají poškozením ledvin v důsledku nefrotoxicity léků, zaměřil se na tuto velmi aktuální problematiku MUDr. Jan Vachek.

Jak uvedla MUDr. Zdeňka Hrušková, Ph.D., u nemocí postihujících glomeruly, mezi které patří i lupusová nefritida, získává stále významnější postavení biologická léčba; řada nových léků je v klinických studiích testována přímo u této nemoci. Chronická renální insuficience



Profesor Vladimír Tesař | Foto: Zx archiv

a chronické selhání ledvin bývají provázány řadou závažných komplikací. Mezi ty patří dyslipidemie, které se věnoval prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., a renální kostní choroba, jež byla námětem příspěvku prof. MUDr. Sylvy Dusilové-Sulkové, DrSc. Ledviny postihují i některá krevní onemocnění. S novinkami

v léčbě myelomové ledviny seznámila posluchače prof. MUDr. Romana Ryšavá, CSc.

Závěrečná přednáška doc. MUDr. Věry Čertíkové Chábové představila nová doporučení usnadňující diagnostiku a léčbu hypoparatiemie, která patří mezi nejzávažnější poruchy metabolismu elektrolytů. (red)



Profesorka Sylva Dusilová-Sulková

Novinky v gynekologii

Další ze sympozií Postgraduální akademie, tentokrát zaměřené na novinky v gynekologii, proběhlo v pražské Žižkovské věži 29. září. Akce byla pořádána v souvislosti s vydáním nového knižního titulu Mladé fronty, a. s., „Poruchy menstruačního cyklu“. Garantem odborného programu byl člen Vědecké rady pro obor gynekologie a porodnictví doc. MUDr. Jaroslav Feyreisl, CSc.

Účastníci sympozia si v bohatém odpoledním programu mohli vyslechnout přednášky Mgr. Jana Tomana (Zásahy do lidské reprodukce ve světle evoluční biologie), doc. MUDr. Tomáše Faita, Ph.D. (Budoucnost perorální antikoncepce), MUDr. Petra Křepelky, Ph.D. (Návrat nitroděložní

antikoncepce), MUDr. Jiřího Hanáčka (Od steroidů k receptorovým modulátorům), MUDr. Jitky Řezáčové (Poruchy menstruačního cyklu a jejich vliv na plodnost žen), doc. MUDr. Eduarda Kučery, CSc. (Adenomyóza – klinická záhada), MUDr. Jana Drahoňovského (Neobvyklé příčiny abnor-

málního děložního krvácení) a MUDr. Michaela Fanty, Ph.D. (Abnormální děložní krvácení – efektivní léčebné metody).

Publikace „Poruchy menstruačního cyklu“, která vznikla pod edičním vedením MUDr. Petra Křepelky, Ph.D., byla pokřtěna na závěr sympozia. Čtenáři v ní

nalezou přehled současných pohledů na fyziologii a patofyziologii neurohumorálního řízení cyklu, základních etiologických faktorů abnormálního děložního krvácení, diagnostických metod a léčebných postupů, ale také historický a kulturní

pohled na menstruaci a evoluční pohled na lidskou reprodukci. Kniha je koncipována jako praktický výukový materiál a je určena nejen gynekologům, ale i dalším lékařskými oborům, které se setkávají s projevy poruch menstruačního cyklu. (red)



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., divize Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Postgraduální akademie pokračuje sympozii věnovanými nefrologii (září 2015), hematologií (listopad 2015) a gastroenterologií a hematologií (prosinec 2016). Více informací a přihlášky na uvedené akce naleznete na stránkách ČLK: www.clkcr.cz

ROZHOVOR

Ohrožený není jen ten nezodpovědný

„Přenos viru lidské imunodeficiency může způsobit i jediný nechráněný pohlavní styk. Neradi to slyšíme, ale někdy šlo i o sexuální kontakt se stabilním partnerem. V linii pohlavně přenosných chorob může dojít k přenosu od všech dosavadních sexuálních partnerů,“ upozorňuje **MUDr. David Jilich** z HIV centra Kliniky infekčních, tropických a parazitárních nemocí Nemocnice Na Bulovce.

Infekce HIV už nepatří mezi často diskutovaná témata. Proč se vytrácí z povědomí veřejnosti?

Není to už novinka, a tak se o ní méně píše i mluví. A také už nemá „fatální“ a pro veřejnost až strašidelný charakter, který s sebou nemoc nesla v minulosti. Měla jej tehdy ale oprávněně, zpočátku nebyla léčba vůbec žádána, nebo byla její účinnost nedostačující a terapie měla značné nežádoucí účinky. Ty doby jsou našťáště dávno pryč.

Sdělení a osvěty je méně, nemocných ale stále více. Proč?

Ano, nemocných přibývá i v České republice. Obecná bdělost vůči této infekci není dobrá, zejména v heterosexuální majoritě. Často narazíme na epidemiologické paradoxy: nejzasaženější skupinou je u nás tradičně gay komunita, ale právě v ní je povědomí o HIV infekci velmi dobré. V kontrastu s tím je stále poměrně nízký počet odhalených nemocných heterosexuálů, ať už mužů či žen. Mezi nimi je ale povědomí o HIV zcela nedostačující. Víme to z průzkumů veřejného mínění i z našich každodenních klinických zkušeností nejen s HIV-pozitivními pacienty. Všichni lékaři z HIV centra chodíme dělat přednášky a besedy určené odborné i laické veřejnosti. Lidé se často domnívají, že právě oni nejsou v reálném riziku, protože riziko infekce je přece vázané na extrémní promiskuitu. Tak tomu ale není, protože přenos HIV může způsobit i jediný nechráněný pohlavní styk. Neradi to slyšíme, ale někdy šlo i o sexuální

kontakt se stabilním partnerem. V linii pohlavně přenosných chorob může nastat přenos od všech dosavadních sexuálních partnerů. Ohrožený nemusí být jenom ten, kdo je sám nezodpovědný.

Ještě přetrvávají dlouho tradované mýty o fatálním doušku z neumyté sklenice?

Leckdy ano. Je tu paradox mýtní, „mě se to přece netýká“, ale podat ruku osobě s HIV infekcí, to může být pro stejného člověka problém, cítil by se ohrožen. Nic z toho neodpovídá realitě. Existují jen tři cesty přenosu HIV: krevní, sexuální a z matky na dítě. Nejsou další varianty přenosu z člověka na člověka.

Dochází i u nás k přenosu viru lidské imunodeficiency krevními deriváty?

Od roku 1987 nebyl v České republice dokumentovaný ani jediný přenos touto cestou. Transfúzní stanice mají velmi přísná kritéria testování krevních přípravků, ale extrémně nízké, spíše hypotetické riziko i při dodržení všech opatření zůstává.

Čím si vysvětlujete objektivní nárůst počtu zachytů tohoto onemocnění v České republice?

Je zákonitě, že větší množství nakažených osob způsobí přenos na další, ještě větší množství osob. I při pohledu na naše statistiky, které poskytuje každý měsíc Národní referenční laboratoř pro HIV v rámci Státního zdravotního ústavu, vidíme kumulativní počty. Nové případy se tedy stále sčítají. Ono to sice vypadá velmi dramaticky, ale procenta nárůstu

nových případů se v posledních letech příliš nemění. Meziroční procentuální nárůst se v posledních pěti letech pohybuje v rozmezí 10–15 procent. V roce 2013 bylo v ČR hlášeno 235 nových případů, za rok 2014 o 3 případy méně. K 31. 8. 2015 je hlášeno 166 nových případů. Pokud by letošní trend trval, bude na konci roku asi 250 nových případů HIV infekce.

Rizikem pro šíření sexuálně přenosných chorob je nepochybně „sexbyznys“. Jak jsme na tom s testováním na HIV v této oblasti?

Placených sexuálních pracovníků, mužů či žen, ať už praktikujících tuto profesi nyní nebo v minulosti, tradičně nebývá v našich ambulancích mnoho. Je ale otázka, nakolik naši pacienti tyto intimní údaje svému lékaři přiznají. Podle zkušeností kolegů venerologů část z nich zřejmě pravidelně testování podstupuje, možná je k tomu někdy přimějí i jejich „zaměstnavatelé“. Pokud mluvíme o pornobyznysu, nikoli o prostituci, tak se domnívám, že tam nějaké testování je. Ale možná je to jen přehnaný optimismus na mé straně.

Je dost míst, kam se lidé s podezřením na nákazu HIV mohou obrátit? Kam mohou jít?

V prvé řadě mohou jít za svým praktickým lékařem. Existují samozřejmě testovací místa, ať už stálá nebo v rámci preventivních kampaní – například 1. prosince je Světový den boje proti HIV/AIDS. Naštěstí je v České republice ještě dostupné i anonymní testování. Jeho hlavním úskalím je finanční aspekt, protože i za člověka se standardním zdravotním pojištěním, který neudá svoji identitu, musí někdo náklady na test uhradit. Většinou to bývá tak, že testy jsou placeny organizací, která tuto aktivitu hradí z vlastních prostředků nebo na ni pobírá dotace. Pokud prostředky dojdou, anonymní testování končí. Bývá spíše výjimkou, že se někdo nechá anonymně testovat a je ochoten test uhradit. Anonymní testování v Domě světla v rámci České společnosti AIDS pomoc je pro zájemce poskytováno zdarma. Osob požadujících

anonymní testování ale dlouhodobě není mnoho. Přesto je jeho dostupnost velmi důležitá.

Nejsou řešením testy, které jde bez receptu koupit v lékárně nebo na internetu?

Tyto takzvané rychlotesty existují. Nicméně samotestování tohoto druhu není v ČR oficiálně doporučovanou metodou. Správný postup je koupit v lékárně test a požádat zdravotnického pracovníka o asistenci s jeho provedením (třeba sestru u praktického lékaře). Přestože výrobce deklaruje sadu pro samotestování a test jako jednoduše proveditelný, my samotestování nedoporučujeme, protože není v souladu s legislativou. Nicméně nedodržení těchto pravidel není sankcionováno. Myslím si, že například v pornobyznysu je samotestování poměrně běžné.

Stává se běžně, že je nový případ HIV zachycen až u vás?

Na infekční kliniku či oddělení, případně HIV centra, přichází jen málo pacientů, kteří by o své diagnóze už nevěděli. Drtivá většina lidí přijde do naší ambulance s tím, že už o své nové diagnóze vědí například od svého praktického lékaře, a přicházejí k nám, aby zahájili odborné ambulantní sledování.

Pacient se tedy dostane k vám nebo do jiného ze šesti HIV center. Co se dozví napoprvé?

Zopakujeme mu znovu diagnózu, předem totiž nevíme, jaká byla kvalita a úroveň informací, které už pacient dostal. Důležité je v úvodu sdělit, že při včasné odhalení a dlouhodobé dobré spolupráci pacienta se zdravotnickým týmem je dnes HIV infekce považována za faktor, který nezkracuje délku života. Při správném přístupu by tak toto onemocnění nemělo v budoucnu pacienta výrazně zdravotně omezovat. Limitem zůstávají pouze kontroly u lékaře a dodržování případné léčby. Základní informace by infikovaný člověk už měl mít od lékaře, který test indikoval. Já vždy při prvních schůzkách s pacienty sděluji aktuální prognózu, aby pacienti měli nějaké vodít-

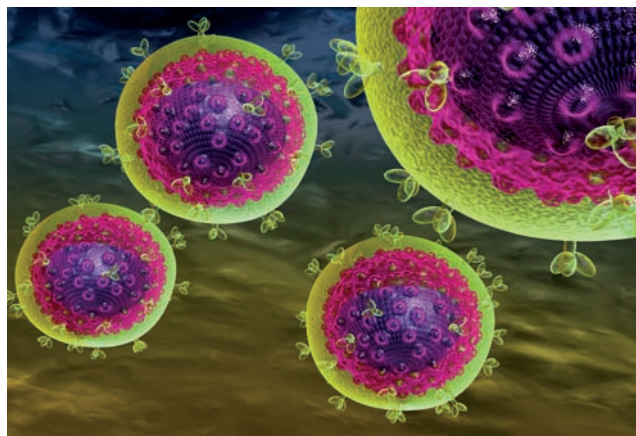


Foto: archiv MUDr. Jilicha

ko a měli se čeho chytit. Dále je důležité HIV-positivní informovat o chodu naší ambulance a nutnosti dlouhodobé spolupráce. Od nás by měl pacient vždy odcházet s vědomím o tom, co bude následovat. Například že pozitivní přijde na první krevní odběr, za čtrnáct dní poté že se sejde s lékařem a prodiskutují společně první výsledky. Na základě výsledků laboratorních testů se vytvoří léčebná strategie. Pacient by měl vždy mít konkrétní vizi, co bude následovat. Nejsem psycholog ani psychiatr, ale nějaké zkušenosti s reakcemi pacientů s nově odhalenou HIV infekcí mám. I komunikaci s nemocným je třeba přizpůsobit jeho aktuálnímu duševnímu stavu. Když vidím, že je člověk ze své situace natolik rozrušený, že nevnímá vlastně jakékoli informace, dávám mu jich přiměřeně jeho stavu a pozvu si ho za pár dní znovu, třeba s doprovodem. Nebo mu vše důležité sepíšu a předám mu sepsanou zprávu, kde je vše vysvětleno. Je nutné individualizovat.

Hovořil jste i o adherenci k terapii. První antiretrovirovika pacientovi prodloužila život, ale za cenu jeho velmi špatné kvality. Opravdu už došlo k tak výrazné změně?

Ano. Zpočátku lékaři balancovali na hraně zdravotních komplikací v důsledku onemocnění versus zdravotní komplikace v důsledku lékové toxicity. Ta doba je našťáště dávno pryč, farmakoterapie HIV je dnes úplně jiná a výběr léků je poměrně široký. Současný a stále platný je koncept takzvané kombinované antiretrovirové léčby, jejímž principem je kombinace obvykle tří účinných látek alespoň ze dvou lékových skupin. Dvě účinné látky bývají obvykle ze skupiny nukleosidů/nukleo-



Ilustrace: Foto: Shutterstock

ROZHOVOR

tidů, tvoří základ takzvané trojkombinace a mají příbuzný mechanismus působení a chemické složení. Jednou z alternativ třetí komponenty může být například některý z inhibitorů proteázy nebo dalších skupin. Stejně jako obecně i tady platí, že ne všechny léky lze kombinovat. Při volbě komponent se rozhodujeme podle různých aspektů, nejčastěji podle kontraindikací, a pokud je jich více, nakonec zbuďte použitelných kombinací relativně málo. Navíc při špatné snášenlivosti nebo selhání léku musíme některou z komponent vyměnit. Bohužel neexistuje jedna jediná univerzálně použitelná kombinace pro všechny pacienty a vždy je obtížné vážit mezi riziky, přínosy a použitelností pro daného pacienta v daném čase.

Svým objevem nového antivirotika k boji s HIV velmi významně přispěl český vědec profesor Antonín Holý. O člo konkrétně?

Profesor Holý stál u zrodu hned několika antivirotik, nejenom pro léčbu HIV infekce, ale i pro léčbu jiných infekčních onemocnění. Jeden z jím vyvinutých lé-

ků, tenofovir disoproxil fumarát, je již nějakou dobu celosvětově nejpoužívanějším a tím pádem nepostradatelným lékem. Jde standardně o jednu z komponent „první volby“. Tenofovir náleží do lékové skupiny nukleotidových inhibitorů reverzní transkriptázy. Ty blokují činnost enzymu reverzní transkriptázy, která je nezbytnou součástí replikačního cyklu viru lidské imunodeficiency, zabraňují dalšímu množení HIV.

Existuje souvislost mezi touto chorobou a nádorovými onemocněními?

Bohužel ano. Zejména neléčená, v menší míře i ta správně zaléčená může nespecifickým způsobem podporovat vznik nádorových onemocnění. Až na neprosté výjimky je však sama nevyvolá. Ale například u geneticky predisponovaných jedinců může urychlit onkologický proces nebo podpořit jeho spuštění.

Velmi aktivně se podílíte na osvětě o HIV směrem k laické i odborné veřejnosti. Komu je určena monografie HIV infekce – Současné tren-

dy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství, kterou jste spolu s Veronikou Kulířovou a dalšími kolegy vydal vloni v našem nakladatelství?

Určena je odborné veřejnosti, která se ale přímo nezabývá léčbou a diagnostikou této nemoci. Tedy zdravotníkům, počínaje středním zdravotnickým personálem, ale i pracovníkům paramedicínských oborů. Podle ohlasů je srozumitelná i laické veřejnosti, z čehož máme radost.

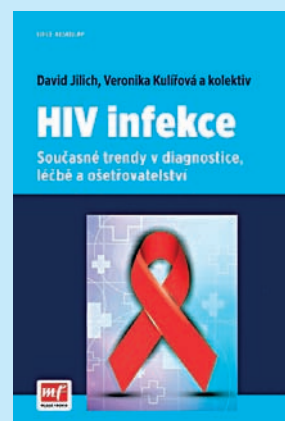
Zabýváte se nemocí léčitelnou, ale nevléčitelnou. Odpusťte mi nadsázku – váš kontakt s každým pacientem potrvá, dokud budete živ vy nebo on?

Ano, někteří mí pacienti jsou i o více než patnáct let mladší než já. Lze tedy předpokládat, že budou žít déle než já. Každopádně všichni by měli být sledováni trvale. Mě může samozřejmě v budoucnu nahradit mladší kolega. Ačkoli nedávno mi jeden pacient řekl, že si mě jako lékaře vybral, protože si myslí, že „mu dlouho vydržím“. Pobavilo a potěšilo mě to zároveň.

Jana Jilková

David Jilich, Veronika Kulířová a kol.

HIV infekce – Současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství



Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap
Počet stran: 176
ISBN: 978-80-204-3325-1

ky, jde především o to srozumitelným způsobem poskytnout základní informace široké odborné veřejnosti, která s těmito pacienty může přijít do styku.

V rámci 11 samostatných kapitol jsou probrány mj. historie infekce HIV, její výskyt a šíření v ČR, laboratorní diagnostika, patogenese, klinika a průběh onemocnění, současné terapeutické možnosti, péče o HIV-positivní osoby a prevence přenosu HIV i dalších sexuálně přenosných infekcí. V závěru knihy se autoři věnují psychickým, sociálním a právním aspektům u HIV-positivních osob. Text je bohatě doplněn přehlednými schémata, tabulkami a zajímavou obrazovou dokumentací.

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

Autoři si nekladou za cíl podat podrobný přehled dané problemati-

Nové materiály pro pěstování lidských buněk

Vědci z Vysoké školy chemicko-technologické připravili nové speciální materiály s upraveným povrchem vhodné jako podklady pro pěstování lidských buněk. V budoucnu by mohly sloužit například při výrobě dočasných krytů kůže, částí cévních protéz či kostních tkání.

Na mezioborovém výzkumu z oblasti tkáňového inženýrství, jehož část již chrání český patent, spolupracovali chemici z VŠCHT se zástupci Fyziologického ústavu Akademie věd a Přírodovědecké fakulty Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. Řešitel projektu prof. Ing. Václav Švorčík, DrSc., byl nyní za tento základní výzkum oceněn Cenou předsedy Grantové agentury ČR.

„Polymerní materiály, v tomto případě především plasty, mají celou řadu skvělých vlastností, optických, mechanických, elektrických, ale také se s nimi snadno pracuje a zároveň jsou cenově dostupné,“ říká prof. Švorčík. „V bioaplikacích se používají relativně omezeně, protože jejich povrchové vlastnosti nejsou pro interakci s buňkami většinou vhodné. Proto jsme náš výzkum

zaměřili na úpravu povrchu těchto materiálů tak, aby nabídl živým buňkám pro ně atraktivní prostředí.“ Cesta pro aplikovaný výzkum jakožto další nadstavbu projektu je podle něj otevřená, i když obdobné projekty z oblasti medicíny jsou zpravidla časově i finančně velice náročné.

Nové materiály by mohly pomoci pacientům, kteří prodělali těžké popáleniny. V poslední fázi jejich léčby je důležité, aby dostali nikoli umělý dočasný, ale vlastní kožní kryt vyrostlý z jejich vlastních buněk. Stejně tak by mohly sloužit při léčbě kožních poranění u lidí s cukrovkou nebo s bérčovými vředy. V případě cévních protéz se vědci koncentrují na povrch v místě spojení polymerního materiálu s vlastní tepnou nebo žílou. V těchto případech je třeba zajistit, aby materiál dobře přirostl v relativně krátkém časovém horizontu. Buňky se na něm musejí uchytit rychle, ale zároveň jejich ním narůst příliš velké množství, které by vedlo k opětovnému zúžení cévy.

ilustrační foto: Shutterstock

(Zdroj: Grantová agentura ČR)

(red)

Lékaři FNUSA zavedli jako první v ČR aktivní středoušní implantát

První operační zákrok nového typu, zavedení aktivního středoušního implantátu, provedli počátkem října lékaři Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF MU a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně.

Oproti běžnému sluchadlu, které umí pouze zesílit zvuky vstupující do zvukovodu, aktivní středoušního implantát převádí okolní zvukové signály na mechanické vibrace. Tuto mechanickou energii jsou stimulovány přímo struktury středního ucha, což výrazně zlepšuje vnímání pacienta. Zvuky jsou zachytávány mikrofonem takzvaného zevního audioprocesoru, který pacient nosí za uchem, kde je držen magnetickou silou. Zevní audioprocesor převádí zvuky na elektrické signály, které vysílá do vnitřní implantované části. Z ní jsou vedeny do středního ucha, kde drobný měnič převede signály na mechanické vibrace struktur středního ucha. Slyšení ve vnitřním uchu a sluchovém nervu se pak již odehrává přirozeným způsobem.

Při plánované operaci byl konzultantem prof. Wolf-Dieter Baumgartner (na fotografii) z vídeňské univerzitní nemocnice AKH. Profe-



sor Baumgartner je předním světovým odborníkem v oblasti sluchových implantovaných pomůcek. Provedl mimo jiné přes 1500 kochleárních implantací. Lékaři během tohoto unikátního zákroku připojili aktivní středoušního implantát na středoušní kůstky speciálním způsobem, který byl pravděpodobně použit poprvé na světě.

(Zdroj: FNUSA)

(asa)



ROZHOVOR

Studenti diskutovali s experty o novinkách ve výzkumu aterosklerózy

V posledním srpnovém týdnu proběhl v pražském hotelu Nosál pátý ročník Mezinárodní školy pro výzkum aterosklerózy (iARS) s podtitulem „V těsné blízkosti expertů“.

Dvacítká postgraduálních studentů ze 13 zemí měla možnost po několik dnů sdílet společně s odborníky nejnovější poznatky z oblasti výzkumu aterosklerózy, poruch lipidového metabolismu či kardiometabolického syndromu a osvojit si základy dobré vědecké praxe, stejně jako zdokonalit své prezentační dovednosti. O bližší informace o akci jsme požádali organizátora mítinku doc. MUDr. Michala Vrablika, Ph.D., z 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha.

Čím je tato akce zajímavá a jaký je její hlavní přínos?

Jak naznačuje motto akce, jde o intenzivní setkání postgraduálních studentů s experty. Máme zde 21 žáků a 11 vyučujících z 8 zemí, což umožňuje opravdu těsné a osobní kontakty jak mezi studenty navzájem, tak s jejich učiteli. Co se týče vyučujících, jedná se o špičkové vědecké pracovníky z oborů biochemie, molekulární biologie, genetiky, epidemiologie, kardiologie, interního lékařství, diabetologie, farmakologie a statistiky. Předností kurzu je i jeho délka. V průběhu týdne, kdy program probíhá od rána do pozdních večerních hodin, získají účastníci podrobný přehled o oblasti diagnostiky, výzkumu a léčby aterosklerózy a s ní souvisejících kardiovaskulárních nemocích.

Výhodou je i skutečnost, že se setkávají jak studenti zaměřeni na laboratorní a základní výzkum, tak zdravotníci z oblasti aplikovaného výzkumu. V průběhu kurzu si prezentují navzájem poznatky z vlastního výzkumu, což vede k jejich obohacení i vytvoření nových kontaktů.

Která témata vás osobně letos zaujala? Vidíte některé výzkumné záměry jako zvlášť perspektivní?

Prezentovaná výzkumná témata vždy kopírují aktuální zájem vědeckého světa. Letos se například profesor Arnold von Eckardstein ze Švýcarska a profesorka Miranda van Ecková z Nizozemska věnovali problematice metabolismu HDL. Zde bych chtěl připomenout, že podle nových poznatků se ukazuje, že HDL částice

mají mnohem komplexnější roli, než jsme tušili. Rozhodně mnohonásobně přesahuje funkci transportu cholesterolu. Patrně se HDL zapojují do řady imunologických dějů, podílí se na regulaci zánětu, oxidačních pochodech a dalších významných procesech. Profesorka van Ecková tento problém zkoumá z pohledu vyšších modelů, zatímco profesor von Eckardstein se zaměřuje na možnosti použití HDL v predikčních modelech odhadu kardiovaskulárního rizika. Zazněl zde i racionální skepticismus, co se týče možností klinického využití nových markerů HDL funkčnosti. Tradičně velká pozornost se věnuje genetice odhadu kardiovaskulárního rizika a možnosti využití genetiky pro posuzování a identifikaci nových léčebných cílů či vyhodnocování kauzality rizikových faktorů a výskytu cévních příhod. Této oblasti se zhostili profesor Aaron Hingorani a doktor Daniel Swerdlow z Velké Británie. Dotkli jsme se pochopitelně i problematiky imunologické a otázek kolem subklinického zánětu. A konečně doktor Danilo Norata z Itálie shrnul poznatky z oblasti nových léčebných možností včetně biologické léčby poruch lipidového metabolismu.

Můžete říci něco bližší k této biologické léčbě?

Jednak sem můžeme zařadit první genovou terapii deficiencie genu pro lipoproteinovou lipázu, která je indikována k léčbě familiární chylomikronemie. Bohužel je tato terapie zatím limitována délkou účinnosti – její efekt přetrvává přibližně 3 měsíce. I přesto se uvádí, že pacienti s touto poruchou mají z léčby benefit, spočívající v omezení atak akutní pankreatitidy, které dané onemocnění provází. V USA je dále schválen nový biologický lék pro léčbu familiární hypercholesterolemie ze skupiny tzv. antisense molekul. Jde o syntetické oligonukleotidy blokuující translaci mRNA do proteinové sekvence. Zmíněný první registrovaný lék mipomersen, v Evropě zatím na jeho schválení čekáme, je v USA používán k léčbě homozygotních forem familiární hypercholesterolemie. K dispozici budeme mít brzy i cílenou léčbu monoklonál-



Foto: archiv doc. Vrablika

ními protilátkami. Nejvíce pozornosti se nyní upíná k bílkovině PCSK9 a možnostem terapeutického využití interference s jejím působením. Dosavadní klinické testování ukázalo, že efektivita PCSK9 na snížení lipoproteinových hladin je výrazná, přičemž nejvíce důkazů máme u osob s familiární hypercholesterolemií, kde si často nevystačíme s dosavadní statinovou léčbou. Léky jsou navíc dobře tolerované a pacienti si je sami aplikují subkutánními injekcemi.

Mohla by tato léčba nahradit statiny i v běžných indikacích?

To je zatím nereálné. Statiny jsou totiž nejen účinné, ale také asi mnohonásobně levnější (zatím sice nemáme zprávu o plánované ceně léčiv, ale jistě bude v oblasti ostatní „biologické“ léčby). A především s nimi máme již řadu let zkušenosti a víme, že jsou bezpečné. U nové biologické léčby netušíme, jaké dopady bude mít její dlouhodobé užívání. Ačkoli se zatím ukazuje jako bezpečná, musíme být obezřetní. V nejbližších letech náhradu statinů za biologickou léčbu neočekávám.

Ve smyslu snižování kardiovaskulárního rizika jsme zatím hovořili o snižování LDL-cholesterolu. Jak je to ale s vlivem HDL-cholesterolu? Platí stále ona rovnice: nízký LDL a vysoký HDL rovná se menší kardiovaskulární riziko, než když je tomu naopak?

Ano. Stále platí, že nízká hladina HDL-cholesterolu je silně negativním prognostickým faktorem. Epidemiologické studie naznačují, že nejhůře je na tom pacient, který má nízkou hladinu HDL-cholesterolu a vysokou hla-

dinu LDL-cholesterolu. Ukazuje se však, že zvýšení HDL-cholesterolu – respektive HDL, protože stejně jako u LDL částic zde platí, že HDL částice nezajišťují jen transport cholesterolu – nemá takový prognosticky příznivý efekt spočívající ve snížení kardiovaskulárního rizika, jaký jsme očekávali. V praxi se proto při stratifikaci kardiovaskulárního rizika zatím zaměřujeme na LDL-cholesterol, eventuálně na celkový cholesterol a jeho poměr k HDL-cholesterolu. HDL-cholesterol v současnosti nemá stanovenou cílovou hodnotu, pouze hodnotu optimální. V léčbě se tedy nesnažíme léčebně ovlivnit hodnotu HDL u osob s hypertriglyceridemií, inzulinovou rezistencí, metabolickým syndromem a diabetem se pak zaměřujeme na non-HDL-cholesterol.

Vrátím se ještě k výzkumu aterosklerózy. Můžeme v této oblasti čekat ještě nějaké „převratné“ objevy?

Domnívám se, že platí to, co uvedl v průběhu aktuálního kurzu profesor Hingorani: „Kdyby bylo na tomto poli něco zásadního, už bychom si toho asi všimli.“ Zásadním poznatkem a posunem v našem nahlížení na vývoj aterosklerózy bylo postulování zánětu coby původce aterosklerotického procesu. V souvislosti s tím stále probíhají výzkumy pokoušející se ovlivnit samotnou zánětlivou komponentu, bez ovlivnění ostatních složek aterosklerotického procesu. Využívá se při tom jednak methotrexát, jednak cílená léčba na potlačení mediátorů zánětu, konkrétně interleukinu 6. Probíhající studie by měly odpovědět na otázku, zda pouhým snížením aktivity zánětu ovlivníme proces aterosklerózy. Osobně

si ale myslím, že ateroskleróza je úzce spojena s přítomností aterogenních lipoproteinových částic a že výsledky tohoto výzkumu nebudou až tak impresivní. Z posledních poznatků navíc vyplývá, že významnou roli zde hrají také takzvané remnantní lipoproteiny, které mohou být v případě jejich zmnožení v séru hlavním „dodavatelem“ cholesterolu pro vznik a růst aterosklerotické léze.

Mohlo by to být tak, že vyšší hladina lipoproteinů spouští zánět v cévní stěně?

Ano, je již dokonce prokázáno, že mnohé z lipidových částic jsou silně prozánětlivé. Terapie zaměřená na snížení hladin lipoproteinů proto zpomaluje aterosklerotický proces i mechanismem snížení zánětlivé reakce.

Jakou roli v aterogenezi hraje imunita?

Samozřejmě se zde uplatňují nejrůznější imunologické vlivy. Roli imunologických dějů lze dobře ilustrovat na osobách trpících systémovými autoimunitními chorobami, jako je *lupus erythematoses*, psoriáza či jiné chronické zánětlivé choroby. U těchto jedinců je výrazně akcelerován aterosklerotický proces a jsou více ohroženi cévními komplikacemi. Podílí se na tom ovšem i vaskulitida, která bývá u těchto onemocnění přítomna.

V medicíně se stále více uplatňují zobrazovací metody. Jakou roli hrají ve výzkumu a diagnostice aterosklerózy?

V praxi dnes běžně využíváme neinvazivní zobrazování tepen pomocí ultrazvuku, na významu však nabývají i další metody. Jmenujeme například vyšetření vápníku v koronárních tepnách pomocí CT nebo CT koronarografie. Moderní metody pak kombinují CT a PET vyšetření s cílem posoudit zánětlivou aktivitu v cévní stěně a metabolickou aktivitu, respektive vulnerabilitu aterosklerotického plátu.

Z invazivních metod lze uvést intravaskulární ultrazvuk, který je však dnes možné nahradit optickou koherenční tomografií umožňující 3D vizualizaci lumenu a stěny cév a odhad rizika cévní příhody. Zobrazovací metody se stávají stále sofistikovanějšími a lze očekávat další vývoj s možnostmi odlišení stabilního od nestabilního aterosklerotického plátu. Doufejme, že toto vše napomůže přesnější stratifikaci rizika v akutní situaci i v dlouhodobém výhledu.

MUDr. Andrea Skálová

Akci zaštitují:



ČESKÁ
LÉKAŘSKÁ KOMORA



1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



SEXUOLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP



Pražský sexuologicko-andrologický mezinárodní kongres 20. – 21. 11. 2015 Hotel SEN, Senohraby

Kongresu se mezi předními odborníky zúčastní například

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc.
prof. MUDr. RNDr. Luboslav Stárka, DrSc.
MUDr. Zlatko Pastor, Ph.D. a další

Účastnický poplatek: **990 Kč**

Akce je evidována v centrálním registru ČLK a je ohodnocena **12 kredity**.

Registrace na stránkách
www.kongres-medical.cz/aktualni-akce

AKTUALITY

Prevence zhoubných onemocnění trávicího traktu – spolupráce s Nadací Vize 97

Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšším výskytem a úmrtností na nádory tlustého střeva a konečníku (kolorektální karcinom, KRK) na světě. Každoročně je toto onemocnění zjištěno přibližně u 8 tisíc lidí a 4 tisíce na tuto malignitu zemřou.

V současné době žije v ČR 50 tisíc pacientů s diagnózou KRK. Toto vysoké číslo potvrzuje fakt, že nejde pouze o závažný medicínský, ale i významný socioekonomický problém. Z těchto důvodů je zcela zásadní prevence, a to jak primární (úprava životosprávy a jídelníčku), tak sekundární (organizovaná včasná vyšetření). Zahájení preventivního (screeningového) programu KRK v roce 2000 předcházela jednání zástupců odborných společností (zejména České gastroenterologické společnosti,

ČGS), Ministerstva zdravotnictví ČR a plátců zdravotní péče.

Významný partner odborníků

Důležitou roli v těchto rozhovorech hrála Nadace Vize 97 Dagmar a Václava Havlových, jejíž program „Včasná diagnóza a prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku“ byl zahájen již v roce 1998. Dagmar a Václav Havlovi byli stálými podporovateli odborných společností v jejich péči o pacienty s nádorovými onemocněními trávicího trak-

tu. Díky jejich entuziasmu a pomoci byla zahájena a prohloubena mezinárodní spolupráce s předními odborníky na tuto problematiku (prof. M. Classen, prof. S. Winauer). V roce 2008 byla v Praze uspořádána konference IDCA (International Digestive Cancer Alliance), na které vznikla Evropská společnost pro onkologii trávicího traktu (European Society of Digestive Oncology, ESDO), jejíž náplní je organizace mezioborové spolupráce v boji s těmito nádorovými onemocněními. Opět za podpory

Nadace Vize 97 vznikla v roce 2011 česká organizace ESDO, kterou je Společnost pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP (SGO). Hlavní přínos Nadace Vize 97 leží v osvětě laické i odborné veřejnosti, v mediální podpoře a propagaci preventivních programů. A to zejména u těch nemocí, které postihují českou společnost nejvíce. Proto se nadace podílí na organizování postgraduálních kurzů SGO, včetně Národního kongresu o kolorektálním karcinomu. V roce 2005 byly vytvořeny krátké filmové

spoty ve spolupráci s Českou televizí a předními českými umělci s cílem informovat veřejnost o screeningu KRK včetně adresného zvaní cílové populace. Kromě televizních spotů je informovanost veřejnosti podporována internetovým portálem *Kolorektum.cz*, který poskytuje komplexní informace pro pacienty i pro odbornou veřejnost. Nadace Vize 97 je již od konce minulého století významným partnerem odborníků zabývajících se prevencí nádorových onemocnění trávicího traktu, a to zejména v oblasti osvěty a mediální propagace preventivních programů.

prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.,
předseda Společnosti pro gastrointestinální onkologii ČLS JEP

Kuřáctví a *acne inversa*

Hidradenitis suppurativa (HS), dermatology někdy označovaná i jako *acne inversa*, je bolestivé, chronické zánětlivé kožní onemocnění. Charakterizují jej recidivující zánětlivé abscesy a noduly v kůži, typicky v oblasti podpažních jamek a třísel, na hýždích a pod prsy. Jedním z predisponujících faktorů může být i nikotinismus.

Typické projevy HS jsou zejména v místech kožních záhybů, kde se vyskytují terminální vlasy a apokrinní žlázy. Okluzie vlasových folikulů může být primární událostí, ale pro vznik nemoci se uplatňují i získané a genetické predispoziční faktory. Onemocnění výrazně častěji postihuje ženy. Nemoc zřídka nastoupí před pubertou a u žen může přetrvávat až do menopauzy.

Kouření cigaret je jedním ze spouštěcích faktorů, ale zatím není jasné, jaký patogenetický mechanismus je zodpovědný za jeho účinek na projevy nemoci. Zdá se, že poruchu může způsobovat úči-

nek nikotinu na exokrinní žlázy – stimuluje jejich sekreci, ale zároveň urychluje okluzi folikulárních vývodů. Významně zvýšení rizika vzniku poruchy představuje nadváha a obezita, určitou roli pro vznik i nepříznivý průběh mohou sehrávat agresivní antiperspiranty a vyholování.

Typické projevy HS

Léze začínají v axilárních, tříselných, perianálních a perigenitálních oblastech jako tuhé nebo bolestivé podkožní uzly. Nástup je náhlý s časnými příznaky sestávajícími ze svědění, zarudnutí a hyperhidrózy. Okluzie vlasových fo-

likulů vede ke vzniku uzlů nebo cyst, které jsou hluboké a zaoblené, bez centrální nekrózy, podobně jako u komedonů akné.

Při protřžení cysty dojde k páchnoucí hnisavé sekreci. Během hojení se vedle původních lézí vytváří nové uzly. Některé léze se protrhnou spontánně a vedou ke tvorbě píštělí hluboko do kožní tkáně. Infekce lézí vedou ke vzniku hlubokých abscesů. Tento stav může dospět k chronickému zánetu a rozsáhlému zjizvení kůže. Sinusy se mohou šířit hluboko do tkání, zahrnujících svaly, fascie, a dokonce i střeva. Mezi hlavní komplikace HS patří vznik spina-

liomu v chronicky postižené oblasti a také artritidy.

HS způsobuje vysoký stupeň morbidity a může v každodenním životě nemocnému působit více úzkosti než jiná těžká kožní onemocnění, jako je lupénka a chronické kopřivky.

Diagnóza je založena především na osobní a rodinné anamnéze a klinickém vyšetření. To nevyžaduje biopsii, zejména při dobře vyvinutých lézích. Není totiž jiná choroba, pro kterou jsou charakteristické opakující se abscesy a píštěle v oblasti apokrinních žláz.

Možnosti farmakoterapie

Farmakoterapeutický postup je závislý na stadiu onemocnění. V iniciačních fázích se uplatňuje lokální terapie antibiotiky, antiseptiky nebo dlouhodobé systémové podávání antibiotik. U pokročilejších forem se nasazují retinoidy, antiandrogeny, krátkodobě kortikoidy, ale ani jedna z těchto terapeutických alternativ nemá do-



Hidradenitis suppurativa v podpaží

| Foto: FNKV

statečnou oporu v RCT (*randomized control trial*). Chirurgické odstranění celé postižené oblasti je kurativní, bez vlivu na dynamiku onemocnění.

Neúspěšná předcházející léčba HS vedla ke zkoumání imunologického pozadí choroby. K léčbě aktivních těžkých a středně těžkých forem Evropská léková agentura nově schválila přípravek, který je antagonistou tumor nekrotizujícího faktoru α . Jde o první a jediný lék v EU k léčbě dospělých pacientů s tímto chronickým zánětlivým onemocněním, kteří předtím nedostatečně reagovali na konvenční systémovou léčbu.






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








www.pobtex.cz
www.loana.cz

Léčba erektilní dysfunkce a priapismus

Řada i mladých mužů přichází s problémy erektilní dysfunkce (ED) a předpokládá, že spásná tableta „viagra“ vše vyřeší. Trh s inhibitory fosfodiesterázy 5 (PDE 5), ať již je účinnou látkou sildenafil, avanafil nebo se jedná o jiný derivát, se výrazně rozvinul a nabízí řadu generických preparátů a tím výrazně snižuje cenu, což je pro pacienty s ED velmi pozitivní.

Přípravky tak přinášejí „značnou úlevu“ věkově mladším i starším pacientům, kteří by jinak svou dysfunkci obtížně řešili. Léčba ale nepůsobí vždy přesně tak, jak by si pacient představoval nebo jak uvádí příbalový leták. Tím máme na mysli především dobu, kdy se projev dostatečný účinek léčiva spojený především s erekcí. Nejde ale jen o účinek, pro který pacient lék užívá. Je nutné počítat také s některými vedlejšími projevy, případně s oslabením jeho účinku. Tím úplně nejběžnějším inhibitory účinku může být například alkohol nebo opulentní jídlo před vlastní aplikací tablety.

Čím se proslavil Priapos

S ovlivněním účinku preparátu musí pacient počítat, zvláště trpěli poruchou glukózového či tukového metabolismu nebo pokud je léčen určitými druhy jiných léků, např. při hyperplazii prostaty nebo v případě některých antidepresiv. Zvláště v kombinaci s antidepresivy se erekce často dostaví, ale jen na velmi krátkou dobu a pak zase rychle odezní.

Příbalový leták sice obecně hovoří o nástupu účinku do 30–120 minut (nejčastěji do 60 minut), ale není tomu tak vždy. Kupříkladu jeden pacient se závažným onemocněním ledvin, léčený v našem ústavu, lék užívá ráno, aby docílil erekce v pozdních večerních hodinách. Jiný pacient, tentokrát se závažným jaterním onemocněním, zase užívá preparát v pátek večer, aby měl kvalitní sex

s partnerkou v sobotu nad ránem nebo ráno. Toto všechno jsou situace a stavy, kdy je účinek PDE 5 spíše potlačen než akcentován. Jsou ale také jiné stavy, kdy se dostaví velmi silný a především přetrvávající účinek, spojený s velmi dlouhou erekcí, kterou nazýváme priapismus.

Podle mytologie se bohyně Héra rozhodla pomstít své sokyni Afrodítě za to, že ji Paris zvolil nejkrásnější mezi bohyněmi (Afrodita mu totiž za ženu přislíbila Helenu, nejkrásnější ženu tehdejšího světa). Héra počkala, až Afrodita otěhotní s Dionýsem, a plod jejich lásky proklela. Předpověděla, že se jim narodí ohavný a slabomyslný syn, který jako dospělý muž nikdy nedosáhne sexuálního ukojení. Jak praví mytologický příběh, byl Priapos svržen na Zem, přidal se k družině Bakchové a užíval si života s nymfami a satyry. Byl ale tak ohavný, že mu žádná z nymf nechtěla být po vůli. Nakonec se objektem jeho touhy stala spící nymfa Lotis, která se ale včas probudila a před Priapem začala utíkat. Aby se zachránila, proměnili ji bohové na její útěk v leknín. Priapa pak potrestali tím, že mu ponechali penis, který se vzrůšením a touhou stále zvětšoval a neochoval, ale přitom nikdy nedosáhl ukojení. Priapos bývá často zobrazován jako starší muž s úrodou v klíně a s obřím pyjem. Je po něm pojmenována i porucha erekce (priapismus), stav, kdy ztopoření penisu trvá nepřiměřeně dlouho.

Trpělivost se vyplácí

Rozlišujeme v zásadě dva hlavní druhy priapismu. Jedním je tzv. ischemický (nazývaný též nízkoprůtokový priapismus), který je

spojen se zástavou krevního oběhu v kavernózních tělesech. Ta způsobuje bolest, následnou ischemii a po několika hodinách může dojít i k nekróze kavernózní svaloviny. Díky tomu, že je měkký jak *corpus spongiosum urethrae*, tak i *glans penis*, mohou pacienti s tímto priapismem obvykle spontánně močit. Méně častým druhem priapismu je tzv. vysokoprůtokový, při kterém dochází ke krevní stáze v oblasti sinusoidálního systému kavernózních těles. To s sebou přináší změny pH krve, zvýšenou koncentraci CO₂, dochází k poklesu parciálního tlaku O₂ a vzestupu viskozity. Následkem toho se dostaví edém trabekul, nastupuje porucha výživy tkání a ischemie. Tyto změny opět vedou k nekróze a následně fibróze kavernózních těles. Následkem je pak vznik erektilní dysfunkce. Priapismus můžeme spojit také s některými maligními onemocněními, především močopohlavního ústrojí. Například metastázy karcinomu ledviny do penisu se velmi často projevují právě priapismem. Obdobně je tomu u prorůstání nádorů prostaty, močového měchýře nebo rekta, které mohou taktéž následně infiltrovat kavernózní tělesa. Projev priapismu pozorujeme ale též u leukemie (10 % pacientů). Výskyt priapismu se nevyhýbá ani jiným stavům a diagnózám. Je například popisován u perniciózní anemie, dalšími příčinami výskytu jsou pak zánětlivé procesy v oblasti pánve nebo močopohlavního traktu. Pokud se zaměříme na po-



Socha Priapa z doby kolem roku 200 n. l., v současnosti umístěná v Bostonském muzeu umění

žívání alkoholu nebo drog, i tam se s priapismem můžeme za určitých okolností setkat.

Priapismus bývá často popisován právě v případech předávkování preparáty PDE 5. Pacienti obvykle nevydrží čekat na nástup erekce a vezmou si další dávku. Bývá totiž běžným zvykem, že pacienti si často berou na předpis 100mg tablety sildenafilu a „ukusují“ si z nich polovinu, či dokonce čtvrtinu. Pokud ale nástup a síla erekce nejsou podle jejich představ, přidají si další dílky tablety a mnohdy prostě léčbu přeznou. Nemusí to ale vždy být jen samotné předávkování PDE 5. Může jít i o interakci dvou preparátů. Měl jsem například v ordinaci pacienta, který popisoval opakovaný priapismus

(prokázán vyšetřením na urologickém oddělení, kde byl pacient opakovaně ošetřován) po aplikaci stomatologického lokálního anestetika. Priapismus trval několik dní, byl prozáven výraznými bolestmi i při prázdném ledování a aplikaci opakovaných dávek indometacinu. Případ se našťastí, díky rychlému zásahu, obešel bez nekrózy.

A tak bychom mohli konstatovat, jak už to občas v medicíně bývá, že lék může být dobrým sluhou, ale občas i zlým pánem. Není nad to si čas od času připomenout zlatá slova Jana Wericha a Vlady Buriana ze slavné pohádky Byl jednou jeden král: „Přiměřeně, přiměřeně...!“

MUDr. Luděk Fiala,

Sexuologický ústav I. LF UK a VFN Praha

**ZDRAVOTNICTVÍ
MEDICINA**

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICINA

číslo 10/2015

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,
Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, Martina Řehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Srnidová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

Obchodní ředitelka

Kristína Kupcová
tel. 225 276 355
e-mail: kupcova@mf.cz

Personální inzerce

Vladimír Kratochvíl
tel. 225 276 255, 602 208 624
e-mail: kratochvil@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz

mf
MLADÁ FRONTA

Generální ředitel

David Hurta

Ředitel divize

Medical Services

Karel Novotný, BA (Hons)

DTP

Retušeré: Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

Ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

Ředitelka distribuce a výroby

Soňa Štarhová

Koordinátor výroby a distribuce divize

Medical Services

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: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:

A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,

111 21 Praha 1

tel. 800 248 248,

e-mail: mladafronta@predplatne.cz,

www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

Mediaservis, s. r. o., Káznické 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 22. 10. 2015

Retisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tisťený náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2015
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Odborný pracovník v lab. metodách

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O., vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ odborný pracovník v laboratorních metodách pro obor klinická biochemie

Požadujeme:

- odborného pracovníka v lab. metodách pro obor klinická biochemie s atestací, popř. v přípravě nebo nositele Ph.D.,
- plný úvazek,
- odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe,
- dovolenou 5 týdnů + 1 týden datkové dovolené,

- dobré pracovní podmínky a vstřícný kolektiv,
- práci v laboratoři vybavené dle současných tech. požadavků,
- možnost přechodného ubytování,
- příspěvek FKSP na stravování,
- možnost dalšího vzdělávání,
- nástup po dohodě.

Bližší informace na e-mailu: halamkova@nemvy.cz, tel.: +420 517 315 440, 444

Písemné přihlášky doložte přehledem dosavadní praxe, profesním životopisem, doklady o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů ne starším 3 měsíců na adresu: Nemocnice Vyškov, p. o., náměstek právně personální, Purkyňova 36, 682 01 Vyškov.

M151000842

Primář/-ka

KLINIKA KOMPLEXNÍ REHABILITACE MONADA, SPOL. S R. O., PRAHA 8

vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

■ primář/-ka kliniky

Požadujeme atestaci v oboru RFM, licenci k výkonu soukromé lékařské praxe, pro výkon funkce lektor v lékařské praxi, pro výkon funkce odborného zástupce a pro poskytování poradenských služeb.

V případě zájmu zasílejte nabídky a životopis na e-mail: spirko-va@monada.cz, bližší informace na tel.: č. 736 750 911, PaedDr. Kateřina Marková.

M151000808

Zástupce přednosta

ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ zdravotnický zástupce přednosta pro oddělení NIP a DIOP Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol

Požadavky: LF, specializovaná způsobilost v oboru, min. 10 let praxe v oboru, organizační a řídicí schopnosti, aktivní znalost alespoň jednoho světového jazyka, dobrá uživatelská znalost PC (MS Office, UNIS), orientace v ekonomice zdravotnictví.

K přihlášce doložit: životopis s přehledem dosavadní praxe, kopie dokladů o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů, lustrace osvědčení dle zákona č. 451/91 Sb.)*, čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zákona č. 451/91 Sb.)*, doklad o členství v ČLK, doklad o zdravotní způsobilosti a dvě reference od odborných ručitelů.

Přihlášky zašlete v obálce s označením „Výběrové řízení“ do

23. 11. 2015 na sekretariát personální náměstkyně FN v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5.

*) nevztahuje se na uchazeče narozené po 17. 11. 1971.

M151000833

Volná místa

Psychiatr

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA LNÁŘE, P. O., hledá

■ lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie

Nabízíme byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu, při stabilizační dohodě významný podíl na nákladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.).

Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz, prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.: 605 164 841, e-mail: sekretariat@plnare.cz

M151000638

Soudní lékař

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., přijme

■ lékaře na oddělení soudního lékařství

Nabízíme: motivující mzdové ohodnocení, možnost profesního růstu na moderně vybaveném pracovišti, 5 + 1 týden dovolené, příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní nebo životní pojištění.

Požadujeme: odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona

Ceská Lípa NEMOCNICE

přijme

LÉKAŘE

a

RADIOLOGICKÉHO ASISTENTA/ASISTENTKU NA ODDĚLENÍ RDG

- Nabízíme motivující mzdu a podporu dalšího vzdělávání
- UBYTOVÁNÍ ZAJIŠTĚNO - VHODNÉ I PRO ABSOLVENTY

Informace:
e-mail: zamestnani@nemcl.cz
tel.: + 420 727 860 167
Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, Česká republika

Inzerce M151000825

Nemocnice Písek, a. s.

přijme

lékaře/ lékařku

na hematologicko-transfuzní oddělení

Požadujeme:

- odborná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění
- ukončený základní kmen testem nebo zařazení do specializačního vzdělávání v oboru hematologie a transfuzní lékařství
- specializovaná způsobilost v daném oboru výhodou
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení
- možnost bezúplatného profesního růstu
- zaměstnanecké benefity
 - zajištění ubytování (1+1, garsonka)
 - nástup možný ihned

Přihlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek
tel. 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

Inzerce M151000736

Domažlická nemocnice a.s., Kozinova 292, Domažlice

přijme:

PRIMÁŘE

na akreditované pracoviště v oboru vnitřní lékařství

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost dle vyhl. č. 95/2004 Sb., trestní bezúhonnost
- řídicí, organizační a komunikační schopnosti, spolehlivost
- licenci ČLK pro výkon funkce primáře (není nezbytnou podmínkou, pokud uchazeč splňuje požadavky pro udělení licence)

Nabízíme:

- hlavní prac. poměr na dobu neurčitou, plný úvazek
- nadstandardní smluvní plat + hmotná zainteresovanost + další benefity dle dohody
- stabilizační příspěvek
- možnost dalšího zvyšování kvalifikace
- zaměstnanecké výhody (příspěvek na penzijní připojištění, dovolená 25 dní/rok, mobilní telefon)
- možnost získání měst. bytu
- práce v mladém kolektivu

Termín nástupu dle dohody.

K přihlášce přiložte profesní životopis, doklady o vzdělání a souhlas v souvislosti se zákonem o ochraně osobních údajů

Přihlášky a další informace:
p. Blažková os. odd., tel.: 379 710 261, e-mail: marcela.blazkova@donem.cz nebo předseda představenstva Ing. Alena Vyrutová, tel.: 379 710 299, e-mail: alena.vyrutova@donem.cz

Přihlášky zasílejte na adresu: Domažlická nemocnice a.s., osobní oddělení, Kozinova 292, 344 01 Domažlice

Inzerce M151000830

Inzerce M151000843

vyhlašuje výběrové řízení na pozici

Primář LDN

Požadavky

- specializovaná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v oboru, jehož součástí je jeden z těchto základních kmenů: chirurgický, interní, všeobecné praktické lékařství
- nejméně 8 let praxe
- licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře
- organizační, řídicí a komunikační schopnosti

Nabízíme:

- nadstandardní smluvní mzdové podmínky
- zaměstnanecké bonusy (1 týden dovolené navíc, příspěvek na penzijní připojištění...)
- možnost ubytování

Bližší informace

- personální a právní odbor ONP - tel. 318 641 161 nebo
- kvetuse.kucerova@onp.cz
- www.nemocnicepibram.cz



OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a. s.

se sídlem Příbram I, Gen. R. Tesaříka 80



PERSONÁLNÍ INZERCE

Nemocnice Písek, a. s.

vypisuje výběrové řízení na pozici

Primář/ka
chirurgického oddělení

Požadujeme:

• VŠ vzdělání na LF, dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění • specializovaná způsobilost v oboru chirurgie • licence ČLK pro výkon funkce primáře • nejméně 10 let praxe v oboru, min. 5 let v řídicí funkci • organizační, řídicí a komunikační schopnosti • pedagogická a publikační aktivita • zahraniční praxe výhodou • morální a občanská bezúhonnost

Nabízíme:

• možnost seberealizace ve vedení akreditovaného pracoviště • velmi dobré finanční ohodnocení včetně motivace • podpora dalšího vzdělávání • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování

Písemné přihlášky s životopisem, přehledem dosavadní praxe, ověřenými kopiemi dokladů o dosažené kvalifikaci, výpisem z trestního rejstříku (ne starší než 3 měsíce), písemným návrhem koncepce rozvoje chirurgického oddělení a prohlášením o souhlasu s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb. zasílejte do čtyř týdnů od zveřejnění inzerátu na sekretariát

Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek.

Inzerce M151000738

LÁZNĚ LIBVERDA, a. s.

Naše společnost rozšiřuje svůj profesionální tým a vyhledává výběrové řízení na obsazení následujících pracovních pozic:

LÉKAŘ/KA s atestací FBLR (RFM), kardio, neurologie
FYZIOTERAPEUT/KA - ergoterapeut/ka
ZDRAVOTNÍ SESTRA/BRATR

Požadujeme:

spolehlivost, časovou flexibilitu, loajalitu, profesionální vystupování, iniciativu, zodpovědnost, vysoké pracovní nasazení, odolnost vůči stresu a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

Velmi dobré finanční ohodnocení.
Možnost ubytování (ubytovna, byt), stravování v místě a další zaměstnanecké výhody.

Další informace při osobním jednání

Profesní životopis vč. fotografie
zasílejte na adresu:LÁZNĚ LIBVERDA, a. s.,
Lázně Libverda 82, 463 62 HejniceSekretariát – Hana Součková
Tel: +420 482 368 657/107
souckova@lazne-libverda.cz

Inzerce M151000797

Nemocnice České Budějovice, a. s.,

vyhledává výběrové řízení na

primáře oddělení ORL a chirurgie hlavy a krku

Požadujeme atestaci v oboru, splnění požadavků pro vydání licence ČLK pro funkci primáře, 10 let praxe v oboru, organizační schopnosti a morální bezúhonnost a minimálně deset let praxe v oboru. Operační zkušenosti v celém rozsahu oboru vč. onkologie a dětské problematiky a endoskopické zkušenosti v oboru.

Do 9. 10. 2015 (do 14.00 hodin) doručte

- přihlášky s CV a osobním dotazníkem (www.nemcb.cz/pro-zdravotniky/volna-mista),
- doklady o vzdělání a kvalifikaci,
- osvědčením a čestným prohlášením podle zákona č. 451/1991 Sb.,
- koncepci práce (vč. ekonomiky) odd. ORL a chirurgie hlavy a krku v powerpointu (uchazeč bude ústně obhajovat před výběrovou komisí)

na adresu Nemocnice České Budějovice, a. s.,
sekretariát vedení společnosti, B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice.

Uchazeče splňující podmínky pozveme k výběrovému řízení písemně.

Inzerce M151000750

č. 95/2004 Sb., občanskou a morální bezúhonnost. Strukturovaný životopis zasílejte na adresu: stefan.nebus@nemlib.cz.

M151000793

Lékař/-ka

KLINIKA KOMPLEXNÍ REHABILITACE MONADA, SPOL. S R. O., PRAHA 8, přijme na částečný pracovní úvazek lékaře/lékařku se specializovanou způsobilostí v oboru RFM nebo neurologie, popřípadě lékaře zařazeného v oboru RFM.

Zájemci mohou zasílat své nabídky a životopis na e-mail: spirko-va@monada.cz. Bližší informace na tel.: 736 750 911, PaedDr. Kateřina Marková.

M151000851

Více pozic

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

- primáře na internu
- primáře na chirurgii
- zástupce primáře na internu
- zástupce primáře na chirurgii
- větší počet absolventů na oddělení interna, chirurgie, ARO

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe, org. a řídi-

cí schopnosti (vedoucí pozice), certifikát základ. kmene vítán.

Nabízíme: nadstandardní finanční podmínky, byt k dispozici.

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

M151000656

Psychiatr

DŮM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V OSTRAVĚ přijme

- psychiatra s psychoterapeutickým vzděláním

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

M151000564

Kodér

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

- kodéra - na vykazování DRG

Požadavky: SŠ s maturitou, příp. VŠ, praxe výhodou
Mzda: od 23 000 Kč

Kontakt: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M151000853



PERSONÁLNÍ INZERCE

Příjem personální inzerce:

Vladimír Kratochvíl
tel.: 602 208 624
e-mail: kratochvil@mf.cz
personalni.inzerce@mf.cz

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Inzerce M151000737

Psychiatrická nemocnice
Brno, Hůskova 2, 618 32 Brno
přijme do pracovního poměru i na zkrácený úvazek

LÉKAŘE
INTERNISTU
nebo
NEUROLOGA
S ATESTACÍ

Nástup možný ihned.

Informace:
osobní oddělení - paní Stehliková
stehlikova@pnbrno.cz
nebo tel: 548 123 239

Inzerce M151000798

Nemocnice Písek, a. s.
přijme

lékaře/
lékařkuna oddělení
neurologie

Požadujeme:

- VŠ vzdělání na LF
- zařazení do specializace v oboru neurologie vítána
- specializovaná způsobilost v daném oboru výhodou
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- nadstandardní finanční ohodnocení
- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti
- možnost bezúplatného profesního růstu
- zaměstnanecké benefity
- zajištění ubytování (1+1, garsonka)

Přihlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s., Karla
Čapka 589, 397 01 Písek
tel. 382 772 001, e-mail:
sekretariat@nemopisek.cz

Inzerce M151000834

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
BRNO

Psychiatrická nemocnice
Brno, Hůskova 2, 618 32
Brno - Černovice přijme
do pracovního poměru

ZDRAVOTNICKOU
LABORANTKU
/ ZDRAVOTNICKÉHO
LABORANTA

s nástupem od 1. 12. 2015
do OKBH laboratoře.

Životopisy zasílejte na adresu:
stehlikova@pnbrno.cz
nebo na uvedenou adresu.

Inzerce M151000847



Akce se koná pod záštitou

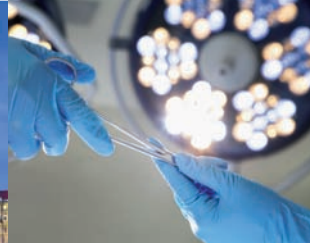


**předsedy vlády ČR Mgr. Bohuslava Sobotky,
ministra zdravotnictví ČR MUDr. Svatopluka Němečka, MBA,
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a České asociace sester**



UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Unie zaměstnavatelských svazů ČR
a Mladá fronta a. s.
Vás zvou na konferenci



Zdravotnictví 2016

12. 11. 2015 Praha, Hotel Ambassador

www.uzs-konference.cz

O KONFERENCI

V České republice unikátní konference na stále aktuální téma: stav českého zdravotnictví, výhled na příští období, vize, záměry, očekávané změny. Setkání odborníků, zástupců státu, poskytovatelů, zdravotních pojišťoven, zákonodárců, zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců, akademiků a dalších odborníků – pod záštitou předsedy vlády ČR.

CÍL KONFERENCE

- Představit odborné veřejnosti podmínky a rámce poskytování zdravotní péče v roce 2016
- Představit aktuální problémy v jednotlivých oblastech
- Vytvořit komunikační platformu mezi MZ ČR, poskytovateli a zdravotními pojišťovnami
- Diskutovat o odborných tématech v samostatných sekcích