

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



14/2014

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 28. 7. 2014



TÉMA ČÍSLA

Priority resortu zdravotnictví
– včera bylo pozdě
Komentář
Miroslava Zámečnicka

STRANA 6

**OD TOHOTO VYDÁNÍ NAJDETE
V KAŽDÉM ČÍSLE I OŠETŘOVATELSKÁ
TÉMATA**

STR. 19-34

Problém lékových interakcí již nelze odsouvat a bagatelizovat

Lékové interakce jsou vážným rizikem pro pacienta, zbytečným nákladem pro systém a oříškem pro každého lékaře, který je ochoten se jimi zabývat. Je jich totiž popsáno neuvěřitelné množství.

I když příklady dobré praxe v ČR existují, odborníci stále zaznamenávají nízký zájem o konzultace s farmaceuty, nedostatečný přístup k informacím o interakcích, ale i o tom, co pacientovi preskribuje kolega.

Přijetí novely zákona o léčivech, která od roku 2015 zrušila povinnost předepisovat léky elektronicky, znovu rozproudilo diskusi o lékových interakcích. Nejvýznamnějším benefitem plynoucím pro lékaře i lékárníky z využívání elektronické preskripce měla být právě možnost nahlédnout (se souhlasem paci-

enta a v jeho zájmu) do přehledu již vydaných přípravků a odhalovat lékové interakce a duplicity. Podobné systémy kontroly vzájemného působení léků již dlouho a úspěšně fungují například v Dánsku, Velké Británii nebo Kanadě.

Na léky se neumírá

Jak lékové interakce ovlivňují zdravotní stav, objasnila dlouholetá kapacita v oboru lékových interakcí PharmDr. Josef Suchopár, který je předsedou představenstva společnosti Infopharm. „Pokud bychom studii Pirmohamed z roku 2004 z Velké Británie převed-

li na podmínky v ČR, došli bychom k 40 tisícům hospitalizací v důsledku lékových interakcí, a 148 lidí ročně by na ně dokonce mělo v ČR zemřít. Statistika nežádoucích účinků, kterou vede Státní ústav pro kontrolu léčiv, žádné úmrtí v souvislosti s podáním léčiva neukazuje. Připomíná mi to dobu totality, kdy v nemocnici žádný pacient nesměl zemřít na vykrvácení,“ uvedl Josef Suchopár na semináři „Lékové interakce a polypragmatie – problém nebo banalita“, který zorganizovalo sdružení Občan v síti.

(pokračování na straně 2)

Sestra

www.sestra.cz
odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / **Téma**
Agresivita vůči zdravotnickému personálu

22 / **Pediatric**
Výživa kojenců v kontextu jejich optimálního růstu a vývoje

32 / **Hygiena**
Hygiena práce a prevence svrabu

Inzerce M141000686

25LET



www.promedcs.eu



PRO.MED.CS
Praha a.s.

ČESKÁ NEZÁVISLÁ FARMACEUTICKÁ SPOLEČNOST
VLASTNÍ VÝZKUM A VÝVOJ
ŠIROKÉ PORTFOLIO
OVĚŘENÉ, ÚČINNÉ A BEZPEČNÉ PŘÍPRAVKY
VÝVOZ DO 25 ZEMÍ SVĚTA



Problém lékových interakcí již nelze odsouvat a bagatelizovat

(pokračování ze str. 1)

Mezi lékové rekordmany se dle ředitele Infopharmu řadí ty, jejichž interakce s jiným lékem mají farmakokinetický charakter, v některých případech vedou ke zvýšení expozice až o 19 000 %. „Jde o interakci hypnotika ramelteon (zatím v ČR nepoužívaného) s inhibítorem jeho metabolismu fluvoxaminem, kdy se expozice zvýší tak, že namísto efektu jedné tablety jde o účinek, který se rovná spolknutí 150 tablet v suicidálním úmyslu. V rámci lékové interakce je možné poškodit zdraví pacienta natolik, že nepřežije. Zejména za situace, kdy jde o souběh s dalšími chorobami či dalšími léky. Jako příčina úmrtí ovšem interakce uvedena není, pacient umírá například na srdeční nedostatečnost či těžkou nemoc,“ dodal Josef Suchopár na semináři.

Deset léků pro seniora?

„Podle definice je léková interakce situací, kdy při současném podání dvou nebo více léčiv dochází ke změně účinku některého z nich. Základem klasifikace je rozlišení, zda jde o synergické, či antagonistické účinky léků. Podle mechanismu pak lze vydělit farmakokinetické, farmakodynamické a farmakologické účinky,“ uvedla zástupkyně ředitele odboru farmacie na ministerstvu zdravotnictví Mgr. Irena Štorová a připomněla, že i odborníci lékové interakce často chyběně zaměňují s komplikací či nežádoucím účinkem. Doplnila také, že výrazně vyšší výskyt lékových interakcí je v oborech geriatry a psychiatrie. Do skupiny léků, u nichž se interakce nejčastěji vyskytují, patří u starších pacientů zejména antihypertenziva. „Látka, které účinnost antihypertenziv ovlivňují, je významná řada. Zvyšující efekt mají například inhibitory CYT P450, inhibitory MAO, klonidin. Naopak snižující efekt mají nesteroidní antirevmatika, kortikoidy, cytostatika, cyklosporin, induktoři CYT P450, probenecid, rifampicin, ciprofloxacin, blokátory periferních alfa receptorů a tricyklická antidepresiva. Zejména starší pacienti tyto kombinace běžně užívají, navíc klidně dva tři léky z každé skupiny.

Není výjimkou starší chronický pacient, který běžně dostává preskribováno devět deset léků, u nichž na první pohled vidíme, že jde o významné interakce. A je smutné, že odborník, který se nad takovým přístupem pozastaví, je brán jako zvláštní, protože většina tuto situaci považuje za normální,“ dodala Irena Štorová.

Preskripce s problémem

Exponenciální závislost mezi počtem užívaných léků a pravděpodobností vzniku lékové interakce je přitom obecně známá. „Představa, že pacient nemůže užívat dvacet léků, je naivní, neboť náš rekordman, kterého máme v databázi, užívá najednou 63 léků. Myslím, že je to za hranicí technických možností. V takovém množství léky nelze užívat správně. Pravděpodobnost, že pacient bude mít lékovou interakci a ta bude závažná, se limitně blíží jistotě,“ dodal Josef Suchopár s tím, že mezi ovlivnitelné faktory interakcí patří zejména přístup k samotné preskripci. „Až 15 procent tvoří tzv. preskripce s problémem, z nichž polovinu problémů tvoří lékové interakce a jednu pětinu nesprávná výše dávky. Navíc jsou pacientům podávány kontraindikované léky – typickým případem je pacient s astmatem, kterému je předepsán betablokátor. Pokud analyzujeme databázi pacientů s astmatem, zjišťujeme, že betablokátor užívá třetina z nich. Další část problémů je u těhotných, kterým jsou podávány léky nevhodné v těhotenství a 4 procenta problematické preskripce tvoří duplicita a multiplicita.“

Mísení jablek a pomela

Mezi neovlivnitelné faktory lékových interakcí patří farmakogenetika pacienta, přičemž zdravotní pojišťovny v některých případech hradí vyšetření genetického polyformismu. Podle Josefa Suchopára by se ale měl počet těchto vyšetření zvýšit. „Rozdíl mezi jedinci, kteří mohou být buď pomalí, rychlí, či ultra rychlí metabolizátoři, jsou řádové. Klasickým případem je neretardovaný metoprolol. Pacient, který má po rodičích nefunkční gen, se stal pomalým metabolizátorem a stačí

mu nízká dávka léku jednou denně, kdežto pacient se zděděnou multiplikací genu je schopen lék metabolizovat za dvě tři hodiny a lék u něj nefunguje. Obdobně evidentní rozlišení genetického odkazu metabolizace je také u odpovědi pacientů, kteří jsou léčeni inhibitory protonové pumpy,“ vysvětlil Josef Suchopár a upozornil na fakt, že se zvyšujícím se objemem dat o interakcích zažíváme v posledních letech neuvěřitelný boom interakcí, které se odehrávají již na úrovni transportu léků. „Jde o obrovské množství transportních kanálů, zhruba pět set, které mají vztah k transportu léků a mohou interakce ovlivňovat. Obecně je dělíme na influxní pumpy, které dostávají léky do buňky, a pumpy efluxní, které zase dostanou lék z buňky ven. Lék se vstřebává a zároveň se dostává z buňky ven. Je to fylogeneticky velmi starý mechanismus, fungující už na úrovni střeva, a zodpovídá za vyvolání neúčinnosti celé řady léků. Ve chvíli, kdy zablokujeme některou z pump, např. influxní, lék se nevstřebává. Influxní pumpu transportéru organických aniontů lze mimo jiné zablokovat zapitím léku jablečným moštem – pokud lék atenolol pacient tímto nápojem zapije, 82 procent látky se nevstřebá. Obdobným příkladem je Viagra, která se vstřebává jen z 60 procent, pokud ji kombinujeme se šťávou z pomela,“ poukázal Josef Suchopár na paradoxy, o nichž by pacient měl být informován.

Kdo ví, co je P-glykoprotein

Lze zablokovat také efluxní pumpu. Pokud je na hematoencefalické bariéře zablokována, vede naopak ke zvýšení expozice léků v centrálním nervovém systému (CNS). „Krásný je příklad loperamidu – léku proti průjmům, který tzv. neproniká do CNS. Když ho zkombinujete s inhibítorem P-glykoproteinu chinidinem, má tento lék, v závislosti na stupni inhibice, nejen zvýšenou expozici, ale dostává se do CNS a působí obdobně jako opium. Lék, který je neopioid, působí jako opioid a má 70procentní účinnost zomiligramové dávky morfinu, což je velmi závažný důsledek. Bohužel z vlastní zkušenosti na nedáv-

ném sympoziu pro lékaře vím, že lékaři problematiku inhibice P-glykoproteinů považují za okrajovou, pokud o ní vůbec vědí,“ sdělil ve své přednášce Josef Suchopár s tím, že je nutné organizovat pro lékaře edukační semináře. Zkušenosti ze spolupráce s všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) ukazují, že proškolení lékaři mají na snížení lékových interakcí pozitivní vliv.

Nejčastější interakce

Aktivní role v zamezení lékových interakcí se ujala také Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), která ke kontrole interakcí využívá databázi interakcí společnosti Infopharm. Lékaři využívají informační interaktivní portál pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost, který jim umožňuje vyhledat si informace o možných lékových interakcích/kontraindikacích u registrovaných pojištěnců. „Z našich analýz bohužel dlouhodobě vyplývá vysoký podíl interakcí, který i při již poskytované informační podpoře preskribovujícím stále roste. Údaje o více než 4 procentech středně závažných interakcí a o 0,3 procentech interakcí zá-

važných – za rok 2013 jde o 33 tisíc případů – jsou varující i z pohledu efektivity poskytování zdravotních služeb. Důsledky užití nevhodné, či dokonce poškozuující kombinace samozřejmě mohou vyvolat nejen potřebu dalšího (a delšího) léčení, ale v některých případech mohou skončit i fatálně,“ uvedl ředitel strategie a rozvoje ČPZP MUDr. Pavel Frňka.

Východiskem je konzultace s farmakologem

Ukázkou dobré praxe je například činnost oddělení klinické farmacie v Nemocnici Na Homolce (NNH). Za poslední kvartál loňského roku prošlo přezkoumáním medikace od klinického farmaceuta téměř 2 000 pacientů. „Velkým krokem vpřed je přes tři sta konzultací, které si zde vyžádali sami lékaři. Přestože zde mají prostřednictvím farmaceutů dostatek informací, oddělení popisuje 10–15 procent klinicky významných interakcí. Mnoho odborníků má výborné teoretické znalosti, přesto je ale potřeba individualizovaného přístupu k pacientovi,“ popisuje spolupráci farmaceutů a lékařů Irena Štorová a ptá se, jak organizace zmírnění lékových interakcí probíhá v nemocnicích, kde konzultovat s farmaceuty není zvykem, nebo tam, kde lékaři nemají přístup k potřebným informacím.

Petra Klusáková

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) přesune 1,7 mld. Kč do státního rozpočtu

Vláda již podle informací ČTK návrh, který přednesl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD), schválila. Prostředky budou využity jako náhrada výpadku příjmů poté, co od ledna 2015 přestanou pacienti platit 30korunové regulační poplatky.

Prostředky SÚKL uvolní ze svého rezervního fondu. Jak redakci ZaM sdělila mluvčí SÚKL Lucie Šustková, k 31. 5. 2014 činil stav rezervního fondu SÚKL 2 010 561 140 Kč. „S těmito finančními prostředky může ústav nakládat pouze v souladu se zákonem. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů (§ 112 odst. 5), stanoví, že ústav uvolní prostředky pouze v souladu se zákonem. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů (§ 112 odst. 5), stanoví, že ústav uvolní prostředky pouze v souladu se zákonem. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů (§ 112 odst. 5), stanoví, že ústav uvolní prostředky pouze v souladu se zákonem.“

terinárního ústavu,“ uvedla mluvčí Šustková s tím, že náhrady výdajů za odborné úkony SÚKL zahrnují udržovací poplatky, které držitelé registrací každoročně platí. Novela o léčivech by měla umožnit opakované čerpání z rezervního fondu SÚKL, kdykoli to v budoucnu bude potřeba. Nahrazení výpadku za zrušené poplatky označil za populistické opatření bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), uvedl to v ČT24 a dodal, že vláda by měla investovat peníze spíše do problémových sfér.

(klu)

OECD potvrzuje pokrok v kvalitě péče v ČR

Studie kvality zdravotní péče v České republice, která si dala za cíl porovnat a vyhodnotit výsledky jednotlivých zemí v rámci Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), stvrdila, že ČR dosáhla v posledních dvou desetiletích v oblasti kvality zdravotní péče výrazných pokroků.

Významným ukazatelem je například pokles úmrtnosti pacientů po infarktu myokardu, a to na méně než polovinu. Konkrétně z 15,7% úmrtí v roce 2001 na 6,8% v roce 2011, což je jeden z nejstrmějších poklesů ve všech zemích OECD. Také výskyt chronických onemocnění srdce u pacientů s diabetem 2. typu klesl ze 40% v roce 2001 na méně než 30% v roce 2008, snížila se i míra příjmů do nemocnice s diagnózou astmatu a chronickou obstrukční plicní nemocí. Výdaje na zdravotní péči v ČR ve výši 7,2% HDP přitom patří mezi členskými státy OECD k nejnižším. „Hlavním doporučením studie je věnovat zvýšený zájem programům na posílení a podporu primární péče a prevence, které by pomohly zastavit nárůst výskytu diabetu a dalších chronických onemocnění. Kvalita zdravotní péče v naší zemi je pro resort zdravotnictví jednoznačnou prioritou, a proto

se těmito doporučeními budeme určitě řídit,“ reagoval na závěry studie ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Zastavit růst obezity a kuřáctví

Ze studie ale vyplynula i řada alarmujících faktů. Výskyt diabetu v ČR je přibližně 8%, což je více než průměr zemí OECD, který činí 6,9%. Míra obezity dospělých se zvýšila ze 14% v roce 2000 na 21% v roce 2011 a je také vyšší než průměr v zemích OECD, který je 17,2%. Znepokojivý je rovněž výskyt nadváhy či obezity u 15letých Čechů, jehož míra se zvýšila z 9 na 15%. Tento trend považuje za velmi vážný i výkonná ředitelka Zdravotnické divize OECD Francesca Colombová. „Skutečnost, že míra obezity je vyšší, než je průměr v OECD, a nadále roste, je velmi alarmující. Česká republika se musí více soustředit na programy prevence a včas-

né detekce tohoto onemocnění, aby bylo možné co nejdříve zahájit jeho léčbu,“ uvedla výkonná ředitelka Colombová a doporučila zvážit možnost poskytování finančních pobídek praktickým lékařům tak, aby mohli převzít vedoucí úlohu v komplexní léčbě pacientů s diabetem. Česká republika je také jedinou zemí v rámci OECD, v níž stále roste počet kuřáků. Podíl dospělých osob denně kouřících tabák se v letech 2000–2011 zvýšil o 5%, zatímco průměr OECD v tomto období poklesl o 21%. ČR má také jednu z nejvyšších úmrtností na ischemickou chorobu srdeční a cévní mozkové příhody. Úmrtnost na choroby srdce dosahuje 260,4 úmrtí na 100 000 obyvatel – více než dvojnásobek průměru v zemích OECD, který je 115,2. U cévních mozkových příhod je tato četnost 106,4 na 100 000 obyvatel, průměr v zemích OECD činí 69,1.

(klu)

O časopisech a lidech

Vážený čtenáři, občas slychávám, že to lidé dneska nemají na světě lehké. Možná nemají, ale časopisy také ne. Ty to někdy mají ještě těžší. Sice se nezodpovídají bohu, ale jejich životy řídí vydavatel. A protože vydavatelství je byznys jako každý jiný, musí přinášet peníze. To je neúprosný zákon trhu. Když to tak není, ekonomická situace časopisy donutí zesthlit nebo odejít, některé změně periodicity...

Zdravotnictví a medicína je od tohoto čísla měsíčníkem. A tomu jsme také pochopitelně přizpůsobili obsah. Lékařské listy již nebudete dostávat jako samostatný sešit, ale jejich obsah, tedy odborné články z nejrůznějších oborů medicíny, novinky v léčbě, diagnostice a farmacii a nové vědecké poznatky, najdete uvnitř časopisu. Nadále budeme přinášet i zpravodajství z kongresů a ostatních odborných lékařských a sesterských akcí. Časopis jsme dále obohatili o novou sekci věnovanou ošetrovatelství. Vyprávění měsíčníku Sestra jako samostatného titulu bylo ukončeno v červnu. Ke všem těmto opatřením jsme byli nuceni přistoupit především z ekonomických důvodů.

V souvislosti se změnou periodicity Vás chceme upozornit, že Vaše předplatné časopisu Zdravotnictví a medicína bude samozřejmě prodlouženo o odpovídající počet vydání. To znamená, že Vám bude doručeno tolik vydání, kolik jste si předplatili. Máte-li zájem si ověřit, do kterého vydání máte předplaceno, informujte se na naší bezplatné telefonní lince 800 248 248.

Sestry a ostatní nelékařští zdravotníci, ale ani lékaři o možnost publikování svých článků v rámci celoživotního vzdělávání nepřijdou. Články k publikaci pošlete na adresu: miksova@mf.cz. V rámci tematických sešitů je otiskneme v ošetrovatelské sekci časopisu Zdravotnictví a medicína. Komunikovat lze i nadále na facebookových stránkách Zdravotnictví a medicíny a Sestry. Pokračovat bude rovněž soutěž Sestra roku se slavnostním vyhlášením výsledků na jaře příštího roku. Věříme, že novou podobou měsíčníku Zdravotnictví a medicína přijmete s pochopením.

Markéta Mikšová, šéfredaktorka,
miksova@mf.cz



Krátce z domova

• Vláda zrušila poplatky za návštěvu lékaře a za recept v lékárnách

Vláda České republiky 2. 7. 2014 schválila novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb.), která ruší regulační poplatky ve zdravotnictví s výjimkou gokorunového poplatku za využití lékařské a zubní pohotovosti. „Pacienti nebudou muset platit 30 korun za návštěvu lékaře a poplatky v lékárně od ledna příštího roku. Vláda a sociální demokracie tímto plní slib a odstraňuje bariéry v přístupu k lékařské péči. Výpadku v příjmech se nemusí obávat ani lékaři a lékární, zrušené poplatky jim budou kompenzovány tak, aby nebyli poškozeni,“ sdělil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Návrh na zrušení regulačních poplatků vychází z programového prohlášení vlády. Výpadek příjmů bude poskytovatelům zdravotní péče kompenzován díky již prosazenému zvýšení plateb za státní pojištění, které do systému veřejného zdravotního pojištění přinese přibližně 4,2 miliardy korun ročně, a také úhradovou vyhláškou.

• Papírové recepty zůstanou zachovány

Vláda ČR schválila novelu zákona o léčivech (zákon č. 378/2007 Sb.), která umožní lékařům i nadále předepisovat léčivé přípravky na recepty jak v listinné, tak i elektronické podobě. Podle platné legislativy mělo být totiž od 1. ledna 2015 možné léčivé přípravky předepisovat pouze na elektronické recepty, a novela tak v podstatě umožní zachování stávajícího stavu. „Projekt povinného elektronického receptu by byl pro lékaře zbytečnou administrativní zátěží, v současné době máme dat o léčbě i bez těchto hlášení dostatek. Elektronický recept tak zůstane povinný jen pro předepisování léčebného konopí a jiných návykových látek,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

• VZP získala 39 535 nových pojištěnců

Nejúspěšnější od roku 2010 byla letos snaha Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) o udržení stávajících a získání nových klientů. Jak naši redakci informoval mluvčí pojišťovny Oldřich Tichý, v přeregistračním termínu do 30. 6. 2014 k ní od jiných zdravotních pojišťoven přišlo 39 535 klientů. Oproti lo-

sku jde o více než dvojnásobek (loňani 16 042). Výrazně úspěšnější byla VZP nejen v akvizici, ale i v takzvané retenci, tedy udržení stávajících pojištěnců – oproti loňsku se jich odhlásilo o 42 tisíc méně (70 426). Celkově skončil přeregistrační termín pro VZP poklesem počtu klientů o 30 891 (rozdíl mezi nově přichozícími a odcházícími). Loňský výsledný úbytek pojištěnců byl více než trojnásobný (96 762 klientů). K 1. 1. 2015 by měla mít VZP zaregistrovaných 5 946 184 klientů. Za konečný cíl si VZP pro příští rok vytýčila dosažení pozitivního salda.

• Rozhodčí soud dal zapravdu VZP ve sporu s PTC

Rozhodčí soud při Hospodářské komoře a Agrární komoře ČR ve sporu mezi Proton Therapy Center Czech (PTC) a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) dal zapravdu argumentům VZP. Jak uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý, rozhodci konstatovali, že nemají pravomoc k rozhodování ve věci, protože smlouva o smlouvě budoucí, jejíž plnění se PTC dožadovalo, je absolutně neplatná. A to stejně tak jako rozhodčí doložka ve smlouvě obsažená.

Zástupci PTC se domáhali plnění smlouvy o smlouvě budoucí, která VZP ukládala povinnost posílat tomuto zdravotnickému zařízení po dobu 15 let 1650 klientů ročně a platit za ně ročně jednu miliardu korun. „Rozhodčí soud má za to, že smlouva o smlouvě budoucí a rovněž tak dohoda o sjednání rozhodčí doložky, která je její součástí, nebyly ze strany žalovatele platně uzavřeny a stranu žalovatele tak nezavazují a jsou absolutně neplatné,“ konstatoval rozhodčí soud v rozhodnutí, které má více než čtyřicet stran.

Pro VZP a její klienty se tímto rozhodnutím nic nemění. Nadále platí již dříve deklarované ujištění ze strany pojišťovny, že protonovou terapii uhradí každému svému klientovi, kterému ji jako nezbytnou doporučí jedno ze třinácti českých a moravských komplexních onkologických center. Podle PTC soud fakticky přenesl odpovědnost na stát. „Spor tímto rozhodnutím nekončí a situace ohledně úhrad protonové léčby nádorových onemocnění šetrnou a bezpečnou metodou zůstává komplikovaná a léčba pro většinu pacientů nedostupná,“ uvedla marketingová ředitelka PTC Iva Taťounová.

(klu)

VFN v Praze získala certifikát kvality SAK

Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) v Praze se řadí mezi další vybrané poskytovatele zdravotních služeb, kteří prošli přísným sítím prověření kvality, a na základě týdenního hloubkového externího auditu obdržela akreditaci od Spojené akreditační komise, o. p. s. (SAK).

„Jedná se o potvrzení dlouhodobého procesu, který byl započat již v roce 2007, kdy se naše nemocnice začala kontinuálně zabývat zaváděním, udržováním a zlepšováním kvality poskytované péče. Akreditace je platná na dobu tří let, to znamená, že budeme pokračovat v intenzivní práci tak, abychom nadále poskytovali kvalitní a bezpečnou práci pro pacienty té-

to prestižní nemocnice. Tento výsledek je oceněním všech zaměstnanců VFN, kteří se na tomto úspěchu podíleli,“ uvedla k získané akreditaci ředitelka VFN v Praze Dana Jurásková. Ředitelka poté redakci ZaM vysvětlila, že nejobtížnější bylo sjednocení postupů všech pracovišť a také uzpůsobení transportu pacientů a materiálu mezi historic-

kými budovami jednotlivých klinik. „Areál nemocnice je největší v ČR a patříme k největším nemocnicím i v rámci Evropy. Přesto jsme dokázali akreditačním požadavkům dostat,“ dodala.

Vyšší úhrady za akreditaci

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD), který při této

příležitosti s Danou Juráskovou jednal o plánech dalšího rozvoje nemocnice, uvedl, že hodlá do úhradové vyhlášky na příští rok promítnout finanční zvýhodnění formou vyšších úhrad akreditovaným zdravotnickým zařízením. „Pokud se nemocnice k tomuto procesu hlásí, znamená to, že cítí závazek a chce pro pacienty nejlepší péči,“ uvedl ministr.

Při komunikaci nad dohadovací strategií nemocnice si ministr Němeček s ředitelkou Juráskovou ujasnili představu o fungování VFN v budoucích 10 až 15 letech. Šlo zejména o vymezení postavení nemocnice v regionu a v oblasti superspecializované péče v rámci ČR. Vymezení se týká také péče v centrech. Jak ředitelka uvedla, onkologické centrum VFN chce být vedle brněnského Masarykova onkologického ústavu lídrem pro ČR.

(klu)

V turnovské nemocnici díky fúzi a snížení nákladů porostou mzdy

Za prvních pět měsíců tohoto roku bylo hospodaření Panochovy nemocnice Turnov v mírném zisku. Podle generálního ředitele Krajské nemocnice Liberec (KNL) Ludka Nečesaného na tom má podíl růst úhrad od zdravotních pojišťoven i snížení nákladů o několik milionů korun.

Kvůli přestavbám v onkologickém pavilonu Krajské nemocnice Liberec, pod kterou nyní turnovská nemocnice spadá, je nyní její kapacita využívána i pro liberecké pacienty.

Zisk na platy

Podle analýz má turnovská nemocnice za prvních pět měsíců tohoto roku zisk 3,3 milionu korun. „Pokud Panochova nemocnice tento trend udrží, dá se předpokládat,

že do konce letošního roku vytvoří každý měsíc zisk ve výši jednoho milionu korun. Tyto prostředky by mohly být použity na růst mezd zaměstnanců turnovské nemocnice,“ uvedl ředitel Nečesaný. Ještě

v lednu přitom nemocnice hospodařila ve ztrátě. Úhrady od zdravotních pojišťoven se za udanou dobu zvýšily o cca 9 milionů korun, nemocnici se také podařilo snížit provozní náklady o zhruba 3 miliony.

Spolupráce mezi nemocnicemi

Od poloviny června kooperují turnovská a liberecká nemocnice při péči o pacienty. Kvůli instalaci nového lineárního urychlovače Liberecká nemocnice přestěhovala část své onkologie do chirurgického pavilonu, což omezilo jeho chod. Pacienty z chirurgie proto přebírá

turnovská nemocnice a nedochází tak k omezování péče. „Lékaři na jednotlivých odděleních se tímto krokem snaží zabránit prodloužení čekacích dob na plánované operace,“ uvedla mluvčí Barbora Silná. Čekací doby se u pacientů s nádorovými onemocněními v Liberci pohybují okolo 3 týdnů. U pacienta s nenádorovým onemocněním až 4 měsíce, zatímco v turnovské nemocnici je lékaři mohou operovat už za 2 až 3 týdny. Turnovská nemocnice převezme i část pacientů z urologie. Jak uvedl primář urologie Jan Mečl, tento stav potrvá od září minimálně do konce tohoto roku. (iso)

Krátce z regionů:

• ÚOHS: Krajská zdravotní chyběla při výběru distributora léků

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) uložil akciové společnosti Krajská zdravotní (KZ) pokutu ve výši půl milionu korun. Chyběla při zadávání veřejné zakázky na výběr distributora léků. Rozhodnutí zatím není pravomocné a zadavatel může proti němu podat rozklad. Krajská zdravotní vyhlásila veřejnou zakázku, jejímž předmětem bylo uzavření rámcové smlouvy se 3 vybranými uchazeči, kteří měli v průběhu 4 let zásobovat nemocnice Krajské zdravotní léky a zdravotnickým materiálem. Podle antimonopolního úřadu měla Krajská zdravotní přemrštěně požadavky na rozsah podkladů k zakázce, požadovala například uvedení marží u jednotlivých léčiv v nabídce, což dle úřadu nebylo oprávněné. KZ navíc porušila zásady zákazu diskriminace, když požadovala doložení seznamu významných zakázek, jejichž souhrnná hodnota

musela být minimálně 6 miliard korun bez DPH. „Úřad má za to, že zadavatelem nastavené technické kvalifikační předpoklady byly překážkou hospodářské soutěže, jelikož byly nastaveny nepřiměřeně ve vztahu k velikosti, složitosti a technické náročnosti zakázky,“ uvedl ÚOHS v tiskové zprávě.

• Pardubická krajská nemocnice získá 120 milionů z evropských fondů

Projekt modernizace a obnovy přístrojového vybavení nemocnice bude financovat Regionální operační program Severovýchod. Mezi žadatele bude rozděleno více než 632 milionů korun. Pardubická krajská nemocnice je součástí nově vznikající společnosti Nemocnice Pardubického kraje, a. s., a z dotačního programu získá největší objem peněz. Dotace na nové přístrojové a technické vybavení byly schváleny i u dalších nemocnic kraje, ve Svitavské nemoc-

nici (22,3 mil. Kč), v Orlickoústecké nemocnici (52 mil. Kč) a v Litomyšlské nemocnici (22,5 mil. Kč). Předpokládá se, že více než 20 milionů korun půjde také na přístrojové a lůžkové vybavení do Chrudimské nemocnice. „Všechny uváděné hodnoty investic jsou zatím orientační, konečná cena se bude odvíjet od výsledků veřejných soutěží. Nové vybavení přijde do nemocnic v letošním a příštím roce,“ uvedl ve svém vyjádření náměstek hejtmana Pardubického kraje Roman Línek.

• Kauza korupce bývalého šefa hradecké záchranky bude uzavřena

Případ údajné korupce bývalého ředitele Zdravotnické záchranné služby Královéhradeckého kraje Ladislava Žabky má odvolací hradecký krajský soud v plánu rozhodnout v polovině srpna. Soud jednání odročil, aby mohl vyslechnout další svědky. Ladislav Žabka byl již letos v únoru okresním soudem potrestán za přijetí úplatku a sjednání výhody při veřejné zakázce. Soud mu vyměřil

trest ročního vězení podmíněně odloženým na dva roky a pokutu 50 tisíc korun. Bývalý ředitel Žabka vinu odmítl a proti rozsudku se odvolal. Měl se dopustit trestného jednání při soutěži na nákup sanitky a zdravotnického materiálu. Podle obžaloby nechal před šesti lety vyhlásit výběrové řízení pouze formálně. Odměnou mu měl být zájezd do Dubaje.

• Boj o hustopečskou nemocnici pokračuje

Jihomoravský kraj chce dát vypracovat nezávislou právní analýzu podmínek veřejné soutěže na provozovatele Městské nemocnice Hustopeče. Podmínky zadané městem totiž považuje za diskriminační. Město Hustopeče, zřizovatel nemocnice, ale výtky odmítá a na zadání nehodlá nic měnit. Město hledá nového provozovatele nemocnice kvůli dlouhodobým finančním problémům v hospodaření. Záměrem hejtmana je udržet nemocnici veřejnou a nenabízet ji soukromému sektoru. Město podle zástupců kraje vyhlásilo takové pod-

mínky veřejné soutěže, které z ní kraj automaticky vyřazují. Hustopeče se brání tím, že pro nemocnici hledají finančně silného a zkušeného provozovatele. Loni skončila nemocnice se sedmimilionovou ztrátou, která zatěžovala rozpočet města.

• Karlovarská krajská nemocnice zaplatí pokutu 100 tisíc

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) udělil Karlovarské krajské nemocnici (KKN) pokutu 100 tisíc korun. Zvolila totiž ve výběrovém řízení firmu, která nespĺňovala podmínky zadané soutěží. ÚOHS to uvedl ve své sbírce rozhodnutí. Jednalo se o nákup MR skeneru 1,5T. V soutěži nakonec zvítězila firma Philips, která skener dodala za 28 milionů korun. Nespĺňovala ovšem podmínku zadavatele, který požadoval osmiletý pozáruční servis. Firma tudíž měla být podle názoru antimonopolního úřadu vyřazena ze soutěže. KKN se údajně dopustila stejné chyby opakovaně.

(iso, ČTK)

Odvaha překonat syndrom IZIP

Elektronizace zdravotnictví není cestou budoucnosti. Měla by to být cesta současnosti. Chybí ovšem vůle a kuráž.

Současná politická reprezentace se bojí elektronizace zdravotnictví jako čert kříže a uvedení českého zdravotnictví do bran 21. století hodlá zjevně přenechat svým nástupcům. Nejde ani tak o to, že ministr Němeček nechce, aby povinnost elektronické preskripce platila už od začátku příštího roku. To je vzhledem k nepřipravenosti potřebné infrastruktury v zásadě rozumné. Snaha dohnat vše, co se neudělalo za poslední dva roky, během zbývajících čtvrtroky by stěžejí vedla ke kloudnému výsledku. Jenže v žádném případě nejde o překážky, které by byly nepřekonatelné.

Kdyby chtěl Svatopluk Němeček jen získat trochu času navíc, nechá sněmovnu přepsat v zákoně klauzuli o nabytí účinnosti, místo 2015 se tam napíše 2016 a bude

hotovo. Jenže ministr Němeček sepsal novelu zákona, která paragraf s povinnou elektronickou preskripcí ruší a nahrazuje ho paragrafem, jenž zachovává současný stav a s povinnou elektronickou preskripcí zjevně do budoucna prostě nepočítá. Alespoň že se mu nepodařilo protlačit novelu narychlo jen jedním čtením a debata bude pokračovat v parlamentním výboru. Je jí skutečně zapotřebí.

Ukázka politické slabosti

Výhody fungujícího systému elektronické preskripce není třeba široce rozebírat. Jsou zjevně od zamezení duplicitám přes snížení rizika nežádoucích interakcí po



Martin Čaban

omezení možností falšování receptů. Z čeho tedy plyne Němečkova nechuť? Pravděpodobně především ze strachu. Cokoli zavánějícího elektronizaci zdravotnictví automaticky budí podezření. Mohli bychom to na-

zvat syndromem IZIP. Ten nepochybně má své oprávnění a lze jej chápat dejme tomu u širší veřejnosti. Jestliže mu ale podléhá ministr zdravotnictví, pak ukazuje, že se myšlením zasekl v opozičních lavicích. Úkolem ministra je sebrat odvahu a naplňováním vlastních vizí podobné syndromy překonávat. Jestliže se ze strachu, aby to nedopadlo jako IZIP, rozhodne raději nedělat nic, je to ukázka politické slabosti.

Ještě silněji než ministr Němeček prezentoval tento přístup v parlamentní debatě poslanec hnutí ANO Igor Nykl. „Beru velmi závažně, když řeknu elektronizace. Bohužel v českém zdravotnictví to nemusí být tak optimální, jak by se mohlo zdát. Ale samozřejmě elektronizace je cesta budoucnosti,“ řekl s odkazem právě na IZIP.

Šli jsme do toho s nejlepšími úmysly

Proč se ministři a vládní poslanci bojí, že se budou opakovat scénáře podobné IZIP? Tak málo věří sobě, svým kolegům, lidem, které současný kabinet posadil na stovky míst od ředitelů ministerských odborů přes správní rady zdravotních pojišťoven až po čelo SÚKL? Ministr Němeček si v parlamentní diskusi půjčil slavný výrok Vik-



Foto: Anna Veklová/Elis

tora Černomyrdina: „Šli jsme do toho s těmi nejlepšími úmysly, ale dopadlo to jako vždycky.“ Půvab těch slov je nesporný, ale použije-li je ministr zdravotnictví na obhajobu vlastní neochoty pustit se do politického projektu, jako by se přirovnával k rozložené (post)sovětské administrativě konce osmdesátých a většiny částí devadesátých let.

Citovaný poslanec Nykl se mýlí. Elektronizace není cesta budoucnosti, jen by k tomu bylo zapotřebí vlády ochotné sebrat odvahu a překonat syndrom IZIP.

Prevence s OZP – bezpečná cesta ke zdraví

Samozřejmý přístup k prevenci je základním stavebním kamenem zdraví každého člověka a zdravotní pojišťovna by mu k tomu měla umět vytvořit vhodné podmínky. My v oborové zdravotní pojišťovně to umíme, protože to děláme už téměř 15 let a jsme v tom vážně nejlepší.

V čem je smysl zdravotní pojišťovny? Podle nás by měla správná zdravotní pojišťovna především umět podporovat preventivní aktivity svých klientů. V OZP se touto myšlenkou dlouhodobě řídíme a vidíme díky tomu i skutečný přínos našeho počínání. Vždyť řadu preventivních programů zaměřených na screening civilizačních chorob provádíme již od začátku tohoto století. Díky tomu můžeme spolehlivě říci, že víme, co je pro naše klienty nejlepší. To není reklamní slogan. To je fakt a my to můžeme dokázat.

Nejširší nabídka prevence v ČR

Dlouhodobě nabízíme našim nejmenším, ale i nejstarším klientům desítku nadstandardních preventivních programů zaměřených na civilizační nemoci, a to se zájemci specialistů po celé republice. Prakticky každý klient bez rozdílu věku a pohlaví, který má zájem prověřit, či dokonce zlepšit svoje zdraví, může tyto služby díky nám využít. Týká se to jak srdečních chorob, tak

OZP

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠTOVEN
A STAVEBNICTVÍ

celé řady nádorových onemocnění, atopických ekzémů, astmatu, nemocí pohybového či zažívacího aparátu.

Letitá zkušenost nás poučila, že u mnoha vyšetřených klientů OZP jsme díky systematické prevenci zachytili potenciálně nebezpečné onemocnění a klientům jsme také okamžitě zajistili následně lékařské řešení. A co je potěšitelné – například každý druhý kuřák z našeho programu STOP KOUŘENÍ se ze své nemoci závislosti na tabáku úspěšně vyléčil.

Vysoká kvalita – zdarma

Síť lékařů, se kterými spolupracujeme na preventivních programech, vybíráme pečlivě s ohledem na vysoké požadavky na kvalitu těchto programů. Tato kvalita se projevuje jak v nadstan-

dárním přístrojovém vybavení (podporujeme např. screening rakoviny kůže prostřednictvím digitálního dermatoskopu), tak i ve výstupech (např. lékařských zprávách), které mohou naši klienti obdržet.

Všechny screeningové programy na civilizační nemoci jsou našim klientům poskytovány zcela zdarma. Klienti absolvují vyšetření a my toto vyšetření následně lékařům uhradíme. Částky za jednotlivce se pohybují okolo 1000 Kč, v ojedinělých případech dosahují dokonce až 6000 Kč.

Komfortní servis jako samozřejmost

Víme, že i nejlepší vůle a odhodlání být zodpovědný ke svému zdraví může zkrachovat na takových detailech, jako je obsazená telefonní linka či plná čekárna doktorky, ke které se chcete objednat. Proto klientům nabízíme nejen spolehlivé kontakty na všechny smluvní doktory, které najdou na našich internetových stránkách, ale také jednu linku Asistenční služby OZP, která může starosti s objednávkami vyřešit za vás. Stačí zavolat či napsat a my se vám ozveme s termínem, kdy se máte dostavit na zvolené vyšetření. Pro nás je to samozřejmost, pro vás je to nedocenitelný komfort, který od nás máte zdarma jako bonus.

Profesionalitu a účelnost našich služeb nám nepřímo potvrdili také sami klienti, kteří v průběhu prvního pololetí roku 2014 využili náš nový a na českém trhu zcela přelomový elektronický kreditní systém VITAKONTO. Klienti snadno, rychle a bezpečně zaslali své žádosti prostřednictvím aplikace VITAKARTA ONLINE a čerpali příspěvky v řádech až několika tisíc korun na více než 20 atraktivních programů. Pro nás je to signál, že jdeme správnou cestou a že máme ve svých aktivitách i nadále pokračovat. ■

Priority resortu zdravotnictví – včera bylo pozdě

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček spolu se svými náměstký představil hlavní priority tohoto resortu pro nadcházející období. Pro Zdravotnictví a medicínu je okomentoval přední český ekonom a publicista a člen Národní ekonomické rady vlády (NERV) Miroslav Zámečník.

1. Ekonomická stabilizace českého zdravotnictví a zvýšení efektivity a transparentnosti celého systému.

„Od 1. července vstoupil v účinnost zákon, kterým se navýší platby za státní pojištěnce, což za pololetí přinese 2,1 miliardy. Pod novým vedením funguje mnohem efektivněji Státní ústav pro kontrolu léčiv, který dokázal ušetřit miliardu korun. Efektivní nakupování drahé lékařské techniky pak zajistí přístrojová komise, ministerstvo prosadilo také zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče a do budoucna chceme tuto záležitost řešit zákonem,“ říká ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. **Miroslav Zámečník:** Zjevně nejvýznamnější změnou je snaha kompenzovat politicky motivované rušení většiny regulačních poplatků navýšením platby za státní pojištěnce. Přestože regulační účinek poplatků je spornou záležitostí, o které je možné vést dlouhou debatu, je zjevné, že české zdravotnictví přichází o jeden z běžných nástrojů, jímž lze ovlivnit chování pacientů, a že dojde k jistému zatížení zdravotního systému „frivolní poptávkou“, tedy nadužíváním péče, kterou platba za státní pojištěnce nijak ovlivnit nedokáže. Zveřejňování smluv zdravotních pojišťoven s poskytovateli péče je legitimní a mělo by v principu zabránit excesům, pokud jde o nápadné odchylky od běžné komerční praxe.

Efektivní nakupování drahé lékařské techniky prostřednictvím již dříve známé, ale posléze zrušené „přístrojové komise“ není plnohodnotnou náhradou exaktního hodnocení medicínsko-ekonomických přínosů známých pod označením HTA. Vracíme se k negociačním typu orientálního bazaru jako v minulosti, bylo by alespoň vhodné doslovné zápisu jednání „přístrojové komise“ zveřejňovat včetně zdůvodnění

a konečného rozhodnutí (a jeho zdůvodnění – to bývá zajímavé).

2. V oblasti prevence nejzávažnějších onemocnění bude zásadní strategie Zdraví 2020, která zahrne nejruznější preventivní programy a akční plány.

„Budeme zvyšovat zdravotní gramotnost obyvatel, musíme se snažit vytvářet podmínky pro zdravý styl života tak, aby primární prevence hrála takovou roli, jakou hrát má. Na řešení této strategie se bude podílet několik týmů, celkem více než sto lidí nejen ze zdravotnického prostředí,“ uvádí náměstek ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta.

M. Z.: Je zcela zjevné, že v této oblasti má český zdravotnický systém opravdu vážné mezery, a konstatují to i šetření mezinárodních studií na toto téma, ale z textu opravdu nelze usoudit, nakolik se podaří skloubit „osvětou“ s ekonomickou motivací jak poskytovatelů péče, tak samotných cílových skupin, a především samotnou zdravotní a daňovou politikou českého státu. Jde skutečně o komplexní multidisciplinární problematiku, která doposud ve své podstatě zcela unikala soustředěné koordinované pozornosti, natož pak akci. Jestli něco česká politika neumí, je to propojení několika resortů s jejich prioritami, často konfliktními, nad jednotným cílem – například nad snížením abúzu alkoholu a tabákových výrobků nebo nad problematikou obezity.

3. Reforma systému postgraduálního vzdělávání lékařů.

Náměstek ministra pro zdravotní péči Josef Vymazal k chystané reformě uvádí: „Chceme především zjednodušit a zpříjemnit akreditační systém, což znamená, že mladí lékaři se opět budou moci vzdělávat ve většině oborů



Česko mělo na začátku 90. let minulého století superiorní datovou informační základnu, ale absolutně žádným způsobem nedokázalo tato data využít pro kvalitní řízení zdravotního systému a jeho ekonomizaci. | Ilustrační foto: Shutterstock

na svých mateřských pracovištích i v menších městech a nebudou muset jezdit za vzděláním do velkých univerzitních nemocnic, což celý systém naprosto zbytečně zatěžuje. Budeme také lépe definovat počet základních oborů a kmenů a vymezíme jasné kompetence lékaře po absolvování základního kmene, což byla dříve obdoba první atestace.“

M. Z.: Fascinující je na této oblasti pouze to, že český zdravotnický systém si snad uvědomuje problém se svou svízelnou profesní demografií v četných oborech, a zároveň byl schopen vytvořit neuvěřitelně složitý systém, jakým zajistit nabídku pracovní síly. Včera bylo pozdě.

4. Nezbytné bude také vytvoření stabilního a spravedlivého úhradového mechanismu a jeho materiálního řízení.

„V posledních letech nebyl správným způsobem kultivován ani seznam výkonů, kterým je hrazena ambulantní péče, ani nebyl

ci? V jakémkoli jiném oboru by byla absence veřejné a věrohodné metriky považována za skandál a byla by předmětem velké veřejné diskuse včetně parlamentních vyšetřovacích komisí etc.

5. Vhodným nástrojem pro realizaci strategických priorit ve zdravotnictví je také optimální využití evropských fondů.

„To nabízí možnost realizovat programy, které jsou z běžných zdravotnických rozpočtů obtížně financovatelné, ačkoli představují významný potenciál ke zvýšení socioekonomické úrovně obyvatel ČR. Konkrétně lze uvažovat o podpoře např. v oblasti návazné péče, superspecializované péče, péče o duševní zdraví, při podpoře preventivních programů nebo ve vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků,“ píše se v materiálu ministerstva zdravotnictví.

M. Z.: Problém s evropskými fondy obecně spočívá v tom, že za několik let „vyschnou“ a že české zdravotnictví se ve skutečnosti nepřipravuje na dobu, kdy k tomu dojde, a nenachází mechanismus jak zajistit udržitelnost programů a akcí financovaných z „evropských peněz“ den poté. Toto je jeden z obecně největších problémů financování programů z externích zdrojů (a všude byl) – jak zajistit jejich pokračování z národních či lokálních rozpočtů a vyhnout se šoku v podobě náhlého krácení, které zcela znehodnotí předchozí časť velkorýse investice.

6. Další z priorit resortu zdravotnictví je vybudování moderní národní zdravotní informační agentury (tzv. nový ÚZIS).

Žádný moderní zdravotnický systém nelze řídit a rozvíjet bez reprezentativních, objektivních a kvalitních dat. „V první fázi musíme kultivovat samotný sběr dat, musíme přejít na elektronický moderní sběr a snížit zátěž zdravotnických zařízení. V další fázi musíme dobře analyzovat data, která již máme. Máme jich dostatek, ale nejsou správně propojována. A v neposlední řadě musí nový ÚZIS otevřít nová témata, musíme vygenerovat dostatečně kvalitní data, abychom přispěli k hodnocení kvality péče,“ říká ředitel ÚZIS Ladislav Dušek.

M. Z.: Česko mělo na začátku 90. let minulého století díky na svou dobu velmi modernímu systému superiorní datovou informační

základnu, ale absolutně žádným způsobem nedokázalo tato data využít pro kvalitní řízení zdravotnického systému a jeho ekonomizaci. Datový sklad informací zdravotních pojišťoven a ÚZIS není dodnes využit ani na té úrovni, na jaké byl založen, a bohužel jsme nebyli schopni jej kultivovat do podoby, která by přispěla k lepšímu hodnocení ekonomické efektivity a kvality poskytované péče. Data byla a jsou. Využít je jiná opera.

7. V oblasti kvality a bezpečnosti zdravotní péče je hlavním úkolem zajištění větší bezpečnosti pro pacienta při poskytování zdravotní péče.

„Ministerstvo proto připravuje zavedení povinného interního systému hodnocení kvality i pro ambulantní poskytovatele a on-line dotazníky pro sledování spokojenosti pacientů v ambulantní péči na národní úrovni. Zvláštní pozornost bude věnována zavedení indikátorů v primární péči s cílem hodnotit zejména efektivitu péče o chronicky a dlouhodobě nemocné pacienty,“ uvádí ministerstvo.

M. Z.: Ano, chvályhodný, byť opožděný záměr, a nyní zbývá vytvořit pro něj v úhradových mechanismech podmínky pro diferenciace odměny podle kvality. Prozatím platí například nálezy Nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ), které zpochybňují úhrady administrativních nákladů pro praktické lékaře vyplňující on-line data v případě chronicky nemocných pojištěnců. Podle NKÚ to mají pojišťovny platit ze svého administrativního rozpočtu, nikoli základního fondu zdravotní péče, což je samozřejmě téměř dokonalá „zarážka“ pro jakékoli inovace. Jeden by si zoufal, že pravá ruka neví, co dělá levá.

8. V souladu s vládní koalicí smlouvou bude ještě v letošním roce představena koncepce rozvoje nemocniční péče a navržen zákon o veřejných neziskových nemocnicích.

„Cílem je vytvořit páteřní síť nemocnic, v nichž bude zachován jednotný systém odměňování zaměstnanců s tarifními i nadtarifními složkami. V současné době jsou zpracovány základní teze, z nichž by bylo možné při přípravě zákona vycházet, a současně ministerstvo zajišťuje dostupná data, na základě kterých bude možné provést vyhodnocení dopadů takové právní úpravy a porovnat ji se současným stavem,“ stojí v materiálech ministerstva zdravotnictví.

M. Z.: Tohle nelze interpretovat jinak než jako snahu o zopakování minulých snahy o vytvoření pevné, nepodkročitelné sítě s pevnými, nepodkročitelnými tabulkovými škálami pro poskytovatele a jejich zaměstnance. Jak to koresponduje s potřebou permanentní změny dané velmi rychlým vývojem medicíny?

9. Jedním ze základních předpokladů pro udržení systému veřejného zdravotnictví je efektivní řízení přímo řízených organizací.

Bývalý náměstek ministra zdravotnictví pro ekonomiku a přímo řízené organizace Petr Salák doplňuje: „Naším cílem je uskutečnit společné nákupy pro některé vybrané komodity a dosáhnout tak snížení cen, což také zprůhlední finanční vztahy v této oblasti. Proběhne také přehodnocení outsourcingových služeb v jednotlivých nemocnicích a porovnání cen, za které tyto služby nemocnice nakupují. S tím úzce souvisí také vyšší



ilustrační foto: Shutterstock

odpovědnost ředitelů za hospodaření přímo řízených organizací.“

M. Z.: Úřad, který permanentně prokazuje zcela mimořádnou neschopnost efektivně řídit i svoji dedikovanou síť podřízených organizací, analyzovat jejich náklady a efektivnost způsobů obstarávání i těch nejtriviálnějších služeb a zároveň si osobuje právo stanovit úhrady v celém sektoru, úroveň technologické vybavenosti, standardů péče? Fascinující je ta vůle k moci a neschopnost ji racionálně vykonávat, srovnatelná snad s Osmanskou říší někdy v 18. století.

10. Ministerstvo pracuje na koncepci dlouhodobé paliativní a zdravotně-sociální péče.

„V souvislosti se stárnutím populace, vysokým podílem této služby na celkové zdravotní péči a slabé kontinuitě na ostatní akutní a postakutní složky je nezbytné upřesnění definice následně a dlouhodobé péče formou legislativní změny. Stanovena budou nová kritéria pro přijetí a setrvání pacienta na lůžku, chystá

se i změna úhradových mechanismů odpovídající funkčnímu stavu pacientů. Spolupráce na odstranění bariér ve zdravotně-sociální péči je nezbytné provést ve spolupráci s ministerstvem práce a sociálních věcí,“ píše ministerstvo.

M. Z.: Tohle je jeden z nejstarších problémů českého zdravotního a sociálního systému v posledním čtvrtstoletí. Odstraněním hospitalizačních poplatků se ve skutečnosti problém rozhraní mezi sociální a zdravotní péčí pouze vyhrocuje a bez angažování klienta jej samozřejmě nebude možné řešit a oba systémy racionálně, bezbariérově a ku prospěchu klienta i efektivnosti ani nastavit.

11. Soubor představených stěžejních priorit uzavírá podpora zdravotní turistiky a zdravotnického exportu formou účasti či podpory mezinárodních akcí.

„Podpora bude směřována do dvou základních oblastí, a to exportu českých zdravotnických výrobků a služeb a do presenta-

ce české zdravotní infrastruktury pro podporu léčby cizinců v ČR (české nemocnice, lázně, rehabilitace a další).“

M. Z.: Jistě, některé segmenty zdravotní péče lze exportovat a v případě interní racionalizace by to šlo nekonečně lépe. V řadě oborů, v nichž Česko dosahuje mezinárodně nadstandardní úroveň, by v případě soustředěné snahy bylo možné české zdravotnictví proměnit ve významné exportní odvětví s vysokou přídavnou hodnotou. Ovšem motivační schémata by musela vypadat zcela jinak, jazyková vybavenost by musela vypadat jinak, flexibilita řízení by musela vypadat jinak. Pokud vnímáte jako komparativní výhodu Česka existenci kvalitní a ještě pořádek relativně levné pracovní síly v kombinaci se solidní technologií, pak jako komparativní nevýhodu zdravotnického exportu ve významném měřítku musíte také vnímat, jak to tady řídíme. Jinak bychom těch zdravotních služeb vyváželi mnohokrát víc. (red)

KOMERČNÍ PREZENTACE

VZP pomohla otevřít první specializovanou ambulanci adiktologie pro děti a dorost

Tento měsíc byla v pražském Apolináři otevřena první specializovaná ambulance pro děti a dorost, které jsou ohroženy alkoholem nebo drogami.

Na absenci tohoto typu péče upozorňovaly studie zpracované v letech 2012–2013. Za péči o tyto dětské pacienty jen VZP vydá ročně přes 15,5 milionu korun. Náklady spojené s léčbou závislosti dětských pacientů každoročně rostou. Přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFV v Praze profesor Michal Miovský, který se o provoz ambulance stará, odhaduje, že je-

nom v Praze a ve Středočeském kraji se celkový počet případů pohybuje kolem 4–5 tisíc za rok.

Alkohol na 1. místě

VZP je jedinou zdravotní pojišťovnou, která se na projektu podílí. Spolupráce je dohodnuta na 12 měsíců, za tu dobu je pojišťovna připravena uhradit služby ambulance do výše 3 milionů korun.

Oproti roku 2012 vzrostly náklady VZP spojené s léčbou závislosti dětských pacientů o 2,5 %. Počet dětí, které kvůli problémům s alkoholem či drogami skončily v péči lékařů, se stabilně pohybuje kolem 1500 ročně. VZP si od uvedeného projektu slibuje postupné snižování počtu těchto případů a tím i pokles výdajů na jejich léčbu. Nejvíce dětských

a mladistvých klientů VZP mělo po oba dva roky problémy s alkoholem, na druhém místě byly kanabinoidy (marihuana, hašiš) a na třetím pak stimulancia (především pervitin). Většina nákladů (cca 85 %) je za hospitalizaci či pobyt v psychiatrické nemocnici. Necelých 10 % pak připadá na náklady zdravotnické záchrané služby.

Základní provoz adiktologické ambulance se bude skládat ze vstupní diagnostiky. Bude-li pacient přijat do ambulantní péče, bude mu navržen podrobný individuální léčebný plán a další péče bude řízena prostřednictvím

case-managementu. Samotná léčebná a rehabilitační péče reprezentuje všechny základní ambulantní výkony, které může v současných podmínkách adiktologie nabídnout.

Pilotní projekt VFV v Praze bude za 12 měsíců podrobně vyhodnocen. Na základě výsledků se otevře diskuse o adekvátnosti vzniku podobných zařízení, například ve všech krajských městech.

Barometr 2014: Stále je co zlepšovat

Výsledky speciálního výzkumu s názvem Barometr českého zdravotnictví 2014, jehož realizátorem je organizace HealthCare Institute (HCI) a agentura Ipsos, potvrzují nejen poměrně dobrou kvalitu zdravotní péče v České republice, ale také přetrvávající rezervy a prostor pro zlepšení.

Již 6. ročníku specializovaného výzkumu Barometr českého zdravotnictví se zúčastnilo celkem 72 ředitelů nemocnic (46 % dotázaných) a 3 ředitelů zdravotních pojišťoven (70 % dotázaných). Otázky směřovaly stejně jako v předchozích 5 letech ke vnímání stávající situace v následujících oblastech: kvalita a dostupnost zdravotní péče, lidské zdroje, finance, hodnocení nemocnic a celkové koncepce zdravotnického systému u nás.

Kvalitu upevní efektivita

Přestože většina ředitelů českých nemocnic (93 %) a všichni ředitelé zdravotních pojišťoven považují český zdravotnický systém v celoevropském srovnání za kvalitní, téměř dvě třetiny ředitelů nemocnic (65 %) a všichni ředitelé pojišťoven připouští, že systém má velkou vnitřní rezervu. Ředitelé se domnívají, že bychom se v budoucích letech měli zaměřit nejen na zvyšování efektivit v nemocniční péči, ale zejména v ambulantní. Podle prezidenta České lékařské komory (ČLK) Milana Kubka je tento náhled ředi-

telů nemocnic na ambulantní péči „lidsky pochopitelný“.

„Je až komické, o kolik více ředitelů vidí zásadní rezervy v poskytování ambulantní péče, která se jich netýká, než v poskytované jejich nemocniční péči. Ostatně do stejného soudku patří názory ředitelů pojišťoven, že tyto platí za zdravotní péči v dostatečně výši,“ poznamenal Milan Kubek v komentáři k výsledkům průzkumu.

Přesto 4 z 5 ředitelů nemocnic (80 %) připouští, že v jimi řízených nemocnicích existují určité možnosti jak zlepšit kvalitu zdravotní péče. Většina ředitelů (58 %) se také domnívá, že v jejich nemocnici lze zlepšit úroveň dostupnosti péče. Na rozdíl od předchozích ročníků průzkumu je však patrný i určitý optimismus, neboť klesá podíl ředitelů, kteří se obávají zhoršení situace právě v oblasti kvality a dostupnosti péče. „Důvěra v kvalitu zdravotního systému v České republice je evidentní a můžeme říci, že i dlouhodobá. Pozitivním zjištěním je, že jak ředitelé nemocnic, tak představitelé

zdravotních pojišťoven preferují zavedení hlubších tržních principů do zdravotního systému. To přináší mimo jiné větší možnosti participace pacientů, možnost připojištění, rozlišení standardní versus nadstandardní péče, a tím i větší možnost konkurence zdravotních pojišťoven,“ dodává k výzkumu executive director Ipsos Healthcare Michal Kudernatsch.

(Ne)dostatečné úhrady

I letos panoval již tradiční názorový rozpor mezi řediteli nemocnic a zdravotních pojišťoven v otázce financování. Ten byl nejviditelnější především v oblasti dostatečnosti úhrad. Oproti předchozím ročníkům je zde ovšem patrný určitý pozitivní posun. Snížil se totiž podíl ředitelů nemocnic, kteří vnímají úhrady od zdravotních pojišťoven jako nedostatečné. Zatímco loni je takto vidělo 90 % ředitelů nemocnic, letos to bylo už jen 74 % z nich, a 21 % šéfu nemocnic se dokonce shoduje s jasným přesvědčením ředitelů zdravotních pojišťoven, že úhrady jsou dostatečné.

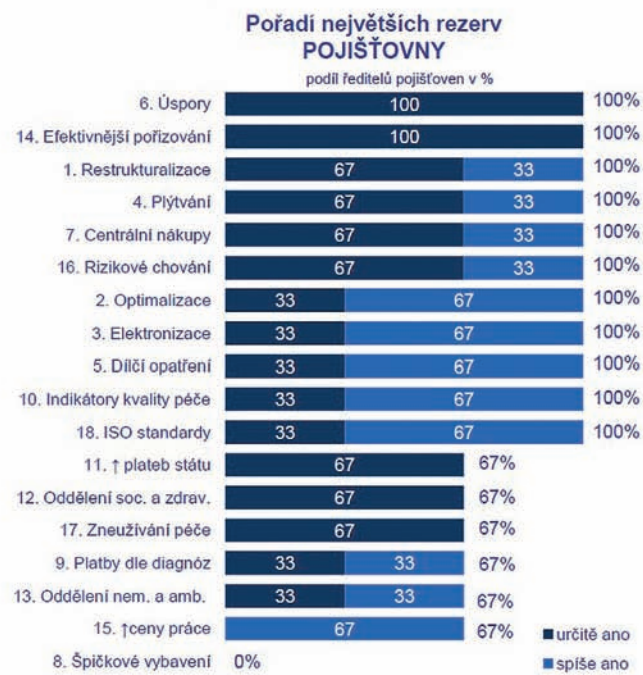
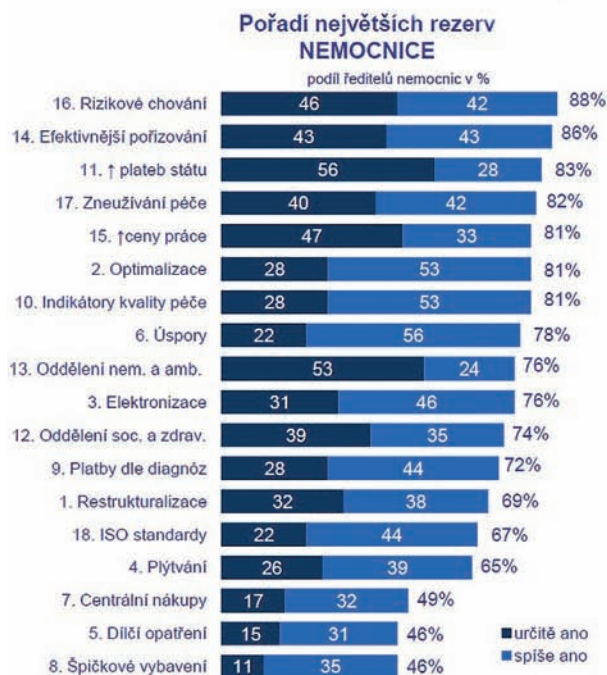
Ředitelé nemocnic jsou také výrazně optimističtější v otázce budoucího vývoje úhrad za nemocniční péči. Letos všichni ředitelé pojišťoven a polovina ředitelů nemocnic očekávají nárůst úhrad, zatímco loni toto neočekával nikdo z představitelů nemocnic. V loňském roce se také téměř polovina (46 %) ředitelů nemocnic obávala prodloužení splatnosti plateb zdravotních pojišťoven, letos trpí těmito obavami jen 13 % respondentů. Ostatní se domnívají, že se doba splatnosti spíše nezmění. „Ekonomická krize se odrazila v pesimistických očekáváních, která se nenaplnila, jak ukazují malé výkyvy ve zpětném hodnocení efektivit, ekonomiky, dostupnosti služeb a jejich kvality. Zatímco v loňském roce si nikdo nedělal naděje na navýšení úhrad za nemocniční péči, letos v to věří polovina respondentů. Tato očekávání budou jistě naplněna, protože se na zdravotním pojištění vybere více a stát navýšil platbu za své pojištěnce,“ věří poradce ministra zdravotnictví a předseda sdružení Občan Pavel Vepřek.

Nedůvěra v pozitivní listy

Realizátoři výzkumu letos nově zařadili i otázku týkající se tzv. pozitivních listů zdravotních pojišťoven. Zatímco ředitelé pojišťoven svému „vynálezu“ plně věří a považují ho za smysluplný prostředek k dosažení úspor prostředků veřejného zdravotního pojištění, ředitelé nemocnic tento názor sdílí pouze v 56 %. Dvoutřetinová většina (66 %) ředitelů nemocnic si navíc nemyslí, že by pozitivní listy měly v konečném důsledku pozitivní vliv na celkovou kvalitu a cenu zdravotní péče. Podle prezidenta České lékařské komory (ČLnK) Lubomíra Chudoby má zavedení pozitivních listů zdravotních pojišťoven podíl i na častých výpadcích léčiv kvůli reexportu a nárůstu spoluúčasti pacientů. „Pozitivní listy ZP jsou neuvěřitelně svérázným způsobem ‚rozvoje‘ transparentních pravidel nastavení cen a úhrad léků. Jejich důsledkem (nikoli jediným) jsou nejen časté výpadky léčiv díky reexportu, ale také podstatný nárůst spoluúčasti pacientů. Její příčinou je přetrvávající neschopnost pojišťoven zajistit dostupnost léků z pozitivního listu pro všechny své pojištěnce a originální tuzemský systém započítatelných a nezapočítatelných doplatků na léky. Vrcholem je pak názor ÚOHS, že zdravotní pojišťovny přes absenci zákonných pravidel prý svými pozitivními listy neovlivňují hospodářskou soutěž,“ podpořil ve svém komentáři skepti ředitelů nemocnic Lubomír Chudoba.

Chybí prostředky na investice

Dlouhodobé finanční problémy nemocnic se ve výsledcích výzkumu odrazily i v otázce plánovaných dlouhodobých investic. Odpovědi ředitelů nemocnic spíše poukazují na velké obavy v této oblasti. Více než třetina z nich (36 %) nečeká pro letošek výraznou změnu jejich výše ve srovnání s obdobím předchozích let, a nemalá část (35 %) ředitelů čeká dokonce jejich snížení. Pozitivní změnu vzhledem k výši investic očekává pro letošek pouze 17 % ředitelů nemocnic, pro příští rok pak přibližně každý čtvrtý (26%). Pravdou je, že nemocnice mají v současné době problémy už i s placením svých vlastních



Ipsos Healthcare

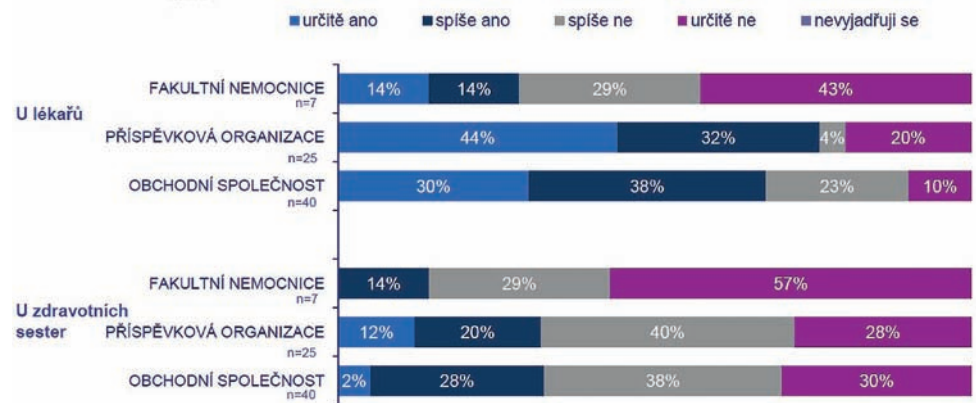
Otázka: Ve kterých z následujících oblastí pocítujete největší rezervy, respektive, kde byste případně usiloval/a o zlepšení nebo změny v rámci zdravotnického systému na obecné úrovni?

závazků vůči dodavatelům a na investice tak mnoho prostředků nezbývá. Otázku investic komentoval i jeden ze zástupců dodavatelů, generální ředitel Montážních závodů Liberec, a. s., Martin Hájek. „Realita, se kterou se setkáváme například my, je taková, že 80 % pohledávek je ze strany zdravotnických zařízení hrazeno po splatnosti. Pohledávky po splatnosti v roce 2013 nám byly uhrazeny v průměru 208 dní po datu splatnosti. Máme však i pohledávky přes 400 dní po splatnosti. Situace v úhradách se zhoršuje permanentně prakticky od roku 2012. Domnívám se, že je to systémový a strukturální problém a že se zkrátka ředitelé nemocnic mohou stavět na hlavu, ale peníze na úhrady nemají,“ vyjadřuje své pochopení situace ředitelů nemocnic Martin Hájek a dodává: „Co se týká přípravy technologických modernizací a investic, stále méně akcí je připravováno a zahajováno. Tyto věci souvisí právě dlouhodobě s podporou kvality celé poskytované zdravotnické péče

a podporou práce lékařů a sester. Pokud v systému nebudou zbývat peníze na investice, nemůžeme počítat ani s růstem kvality.“

Obavy z nedostatku personálu

Zatímco ve výsledcích loňského Barometru byl patrný optimismus v personální oblasti, letošní názor ředitelů nemocnic do určité míry negativně ovlivnil konec platnosti výjimky pro přesčasovou práci, která dle 40 % respondentů z řad ředitelů nemocnic zvýšila personální náklady. Je proto možné pozorovat navýšení obav ředitelů jak v otázce fluktuace, tak v otázce nedostatku odborných pracovníků – zejména lékařů a sester. Zatímco loni pocítovala obavy z fluktuace lékařů necelá čtvrtina respondentů (24 %), letos je to už 38 %. Ještě výraznější nárůst obav z fluktuace byl zaznamenán u sester. Tyto obavy nyní pocítuje 22 % ředitelů nemocnic, přičemž loni to bylo pouhých 7 %. Stejný pesimistický trend byl patrný i ve vnímání nedostatku zdravotnického



Otázka: Pocítujete nedostatek určitého typu personálu ve vaší nemocnici?

personálu. Nedostatek lékařů loni pocítovalo 44 % ředitelů nemocnic, letos to však bylo už 66 %. Téměř třetina (31 %) nemocnic trpí nedostatkem sester, loni to přitom bylo jen 10 %.

Podle prezidenta ČLK Milana Kubka není tento výsledek nijak překvapující a v současné době prý zatím neexistuje řešení jak vyhovět požadavkům evropské směrnice omezující množ-

ství přesčasových hodin – politici podle Milana Kubka promarnili příliš mnoho času. „Lékařská komora i Lékařský odborový klub na problém nedostatku lékařů marně upozorňují mnoho let. Posledním pokusem jak situaci řešit byla akce ‚Děkujeme, odcházíme‘, jejímž výsledkem byl podpis memoranda, ve kterém se Česká republika zavázala postupně zvyšovat platy lékařů za základní

pracovní dobu. Své závazky však na rozdíl od nás vláda nesplnila. Pokud se nechceme smířit s poklesem úrovně české medicíny, budeme muset do zdravotnictví více investovat. V první řadě je třeba zvýšit mzdy lékařů za základní pracovní dobu. Současný stav, kdy polovinu příjmu lékaře v nemocnici tvoří peníze za přesčasovou práci, je neudržitelný,“ uzavírá Milan Kubek. (fkc)

Inzerce M141000329



Odborná konference Efektivní nemocnice 2014

se bude konat ve dnech 25. – 26. 11. 2014
v Clarion Congress Hotelu v Praze – Vysočanech.

HLASUJTE NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

ZEBŘÍČKY ČESKÝCH NEMOCNIC

Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

- sledování spokojenosti a bezpečnosti hospitalizovaných pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti ambulantních pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti zaměstnanců

Moderuje p. Daniel Takáč, moderátor České televize

Detaily naleznete na www.hc-institute.org

hlavní partneři			sponzor hlavní ceny		finanční partner	marketingoví partneři		hlavní mediální partner	podporujeme
			<p>Vládní nemocnice obdrží od společnosti LINET novinku z portfolia svých výrobků – nemocniční lůžko Eleganza 2 a aktivní matraci Precioso.</p>		<p>partner Nejsumávejší nemocnice</p> <p>SHARING EXPERTISE</p>			<p>sponzor projektu</p> <p>Pracujeme pro zdravější svět</p>	
hlavní odborný partner	odborní partneři		spolupracujeme		partneři	realizační partneři	mediální partneři	organizátor	
hlavní realizační partner									

ZAJÍMAVÉ PRACOVIŠTĚ

Plasmaferetické centrum s nejvyšší možnou úrovní kvality

Dárcovské centrum Chodov (DCCH) firmy Europlasma, s. r. o., je jedním z hlavních dodavatelů plasmy jako suroviny pro výrobu léků. Moderní plasmaferetické odběrové pracoviště působí na pražském Chodově již pět let, a to velmi úspěšně.

Rozhodujícím kritériem výběru dárců je v DCCH bezpečnost plasmy z hlediska možného přenosu infekčních nemocí na příjemce krevních derivátů. Používané standardizované postupy jsou obdobné jako u ostatních transfuzních stanic, kdy se u potenciálního dárce zjišťují fyzikální hodnoty, odebírá se anamnéza a je provedeno vyšetření vzorku krve. Na rozdíl od většiny transfuzních zařízení je tu při první návštěvě z bezpeč-

nostních důvodů odebrán pouze krevní vzorek, nedojde tedy ještě k darování plasmy.

Vzorek DCCH odesílá do centrálních laboratoří firmy Baxter, kde je podroben vyšetření i nad rámec těch, která jsou pro plasmu předepsána v ČR. Nejedná se jen o u nás povinná vyšetření na hepatitidy, syfilis a HIV. Jedním z důležitých testů nad rámec české legislativy je testování PCR. Antigen daného viru je tak u každého vzorku možno

detekovat dříve, než jsou vytvořeny protilátky. Rozdíl je oproti vyšetřování později vytvářených protilátek zásadní. Přímé detekování nukleových částí virů umožňuje uspišit diagnostiku o týdny až měsíce.

Spolupráce s IKEM

Zpráva o výsledku sérologických testů se do týdne vrátí do DCCH a teprve poté, u potvrzeného bezinfekčního dárce, zde přistupují k dárcovskému odběru. Z 80 ti-

sic odběrů, které tu ročně provedou, bývá průměrně 15-18 pozitivně konfirmovaných nálezů. Ty jsou nahlášeny hygienické službě a předány ke kurativě. Nejčastěji jde o případy hepatitid, které DCCH předává specializované hepatologické poradně Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Díky dobré spolupráci a zpětné vazbě z IKEM mohou lékaři DCCH sledovat vývoj jednotlivých případů. Kromě vstupní kontroly a následných sé-

rologických a PCR vyšetření každého nového odběru plasmy je dalším bezpečnostním prvkem její následná minimálně půlroční karanténa. V průběhu 6 měsíců je provedeno další negativní vyšetření dárce a teprve potom může být plasma propuštěna k výrobě léků.

Stejně jako každé transfuzní zařízení u nás prochází DCCH každé 2 roky auditem SÚKL a povinně ho také audituje zpracovatel odebírané plasmy. Nad rámec povinných auditů DCCH požádalo a úspěšně prošlo i nejnáročnějším možným auditem prováděným organizací PPTA sdružující nejdůležitější světové subjekty dodávající a zpracovávající plasmu. DCCH získalo jako první transfuzní zařízení v republice certifikát nejvyšší kvality (IQPP) platný do roku 2015, poté PPTA požádá o následný audit. (D)

Nejbezpečnější je dárce pravidelný

K činnosti centra jsme položili několik otázek lékařskému řediteli Dárcovského centra Chodov **MUDr. Pavlu Valouškovi, MBA**, a generálnímu řediteli **Mgr. Petru Suchanovi, MBA**.

Nemocniční transfuzní centra si dlouhodobě stěžují na nedostatek dárců. Nezhoršují „komerční“ plasmaferetická odběrová centra jejich situaci? Nedostatek dárců pro nemocniční transfuzní zařízení trvá desítky let. Bývá sezonní, vyskytuje se regionálně a jenom u některých krevních skupin. Býval menší v minulém politickém režimu, kdy dárcovství krve patřilo například ke hlavním programovým bodům různých socialistických soutěží. Skutečností je, že naše plasmaferetická centra tady začala pracovat před 7 lety a od té doby můžete sledovat ve statistikách ÚZIS, jak s jejich nástupem dochází i k nárůstu dárců plné krve.

Jaká je v tom ale souvislost s odběrem plasmy pro komerční účely?

Ten nárůst souvisí s velkou propagací darování plasmy zaměřenou na laickou veřejnost, kterou provádíme a díky níž působíme motivačně na všechny potenciální dárce, tedy i plné krve. Propagace darování plné krve se u nás nikdy nedělala soustavně a profesionálně. Červený kříž vždy kritizoval komerční plasmaferetická centra, ale kromě historicky zavedeného systému oceňování dárců Janského plaketami žádnou novou, trvalou a konzistent-

ní kampaň na podporu dárcovství ani transfuzní stanice nezorganizovaly. Přišla komerční centra a ta se nebála investovat velké finanční objemy do marketingu, spustila vlnu propagace dárcovství – a uspěla. Do podvědomí lidí se dostala spousta informací a desetitisíce lidí si vyzkoušely, že nápič žily pro odběr není nic hrozného. Doufáme, že se z nich brzy stanou i dárce plné krve.

Může být bezpečný dárce motivovaný přímou finanční částkou?

Přímá finanční motivace není v žádné evropské legislativě akceptována. Možné je darování krve či jejích složek a lze poskytovat náhrady nákladů souvisejících přímo s odběrem. Česká legislativa ukládá horní limit náhrad pro dárce krve ve výši 5% minimální mzdy. Pouze trombocytární koncentráty a další speciální odběry mohou být placené. Podle platných evropských a národních kritérií jsou všichni naši dárce dobrovolní a bezplatní. Faktem je, že pro darování plasmy je nejbezpečnější ten dárce, který chodí pravidelně, opakovaně. Je pod trvalou kontrolou, a my tak můžeme sledovat i poměrně malé změny zdravotního stavu či jen laboratorních hodnot. Dárce plné krve jde na odběry krve třikrát,

maximálně pětkrát za rok, náš přijde třeba každých čtrnáct dní. To znamená cestu sem, tady je hodinu, pak zase absolvuje cestu domů, musí se zotavit a kvalitně stravovat. To vše bez jakýchkoli náhrad? Takových altruistů se najde několik, ale bez nějaké kompenzace by byl schopen trvale a opakovaně darovat málokdo. Nárok ze zákona na dobu nezbytnou k zotavení naši dárce, většinou studenti, nevyužívají. Každý dárce má stejná práva, ať je dárce krve nebo plasmy.

V jakém smyslu chápat onu „komerčnost“?

Plasmaferetická centra nikdy neodebírala plasmu pro účely transfuzí. Vždy šlo o odběr pro komerční výrobu léčiv. Plasmu zcela legálně dodávají zahraničním zpracovatelským firmám nejen naše centra, ale i velké nemocnice, včetně městských a soukromých. Profesní třetí plochy nastaly jen kolem toho, zda odběr plasmy pro farmaceutický průmysl má zůstat jen v ranke klasických nemocničních „transfuzek“, nebo zda se do toho smějí pustit i privátní specializovaná centra. Ovšem i nemocniční plasmaferetické úseky mohou být (a bývaly) součástí soukromého vlastnictví. A vstup zahraničních subjektů? Ten přinesl nejen

kapitál, ale hlavně dlouholeté zkušenosti z tohoto odvětví.

Krevní deriváty se vyrábí a prodají v zahraničí. Může nastat nedostatek léčiv pro naše pacienty?

Především – u nás plasmu žádná farmaceutická společnost nepracovává. Do zahraničí se prodává všechna plasma odebraná pro farmaceutické průmyslové zpracování, z DCCH, všech ostatních center i z nemocnic. Výrobci léčiv dostávají dostatečné množství plasmy pro zásobování nejen českého zdravotnictví. Nemocnicím v ČR tak nedostatek léčiv vyrobených z plasmy rozhodně nehrozí. Jak tvrdí sami zástupci nemocničních transfuzních stanic, pro saturaci ČR krevními deriváty by stačila pouze produkce jejich „nemocniční“ plasmy. Snad je ale dobré podívat se i mimo Českou kotlinu, zvenku totiž vypadá úplně jinak. Pro celosvětovou potřebu plasmy na výrobu krevních derivátů dodávají nemocniční zařízení přibližně třetinu. Z celkové roční potřeby téměř 30 milionů litrů plasmy ji dvě třetiny dodají komerční plasmaferetická centra. Ani Evropa jako celek není soběstačná, plasma se dováží z USA. Česká republika má zdravou populaci obyvatel schopnou kvalitní plasmu



Foto: Leoš Chodura

dodávat. To není samozřejmost ani v rámci Evropy, v řadě zemí je vyšší výskyt infekčních chorob. Mínění o nás, specializovaných centrech, se ale snad už posunulo k lepšímu. Tím, že pracujeme kvalitně na „150 %“, dodržíme všechny standardy a nabížíme nadstavbu běžných přístupů, jsme snad už přesvědčili, že plasmacentra ničemu a nikomu neškodí a že jsou rovnocenným partnerem všech jiných transfuzních zařízení v České republice. DCCH sídlí v moderním a atraktivním prostředí, má krásnou recepci a plasmaferetický sál, v tom jsme na tom možná lépe než většina transfuzních oddělení v nemocnicích. Kvalitu a úspěch však zajistí pouze zkušený personál a jeho přístup k dárcům. Tím, že se specializujeme pouze na určitou část odborných činností, můžeme se na rozdíl od „běžných transfuzek“ více zaměřit na spokojenost dárce, na efektivní systém řízení centra, fungování celé logistiky a v neposlední řadě i na kvalitní marketing. (D)

Vznikla Evropská iniciativa transparentní spolupráce lékařů a firem

Interakce lékařů a farmaceutických společností je přirozenou součástí systému zdravotnictví. Již několik let se ale zvyšuje tlak veřejnosti, médií i politiků na zprůhlednění činnosti výrobců léků. Otevřenost společného úsilí o kvalitu i další výzkum nyní podpoří Kodex Disclosure.

Zatímco souhrn činností výrobců, jako je testování, kontrola a výroba léků, je v národních legislativách zakotven, pro standardy marketingového chování jasné stanovy chybí a tzv. dobré mravy jsou ve vztahu farmafirma – lékař jen obtížně definovatelným slovním obratem. Proto členské společnosti Asociace inovativních farmaceutických firem (AIFP) již v roce 1993 přijaly Etický kodex a podřídily se jeho omezením. Farmafirma se v něm zavazují k dodržování postupů, které vymezují například chování produktových manažerů a obchodních zástupců, úhrady za kongresové vzdělávání lékařů nebo vztahy firmy a lékaře ve výzkumné a konzultační činnosti.

Sluneční svit

Dalším posunem byl vznik internetového portálu www.lekarskekongresy.cz, který AIFP spustila v roce 2011. Kromě termínu a místa konání kongresu nebo názvu pořádající společnosti zde lze najít také jméno firmy, jež může lékař tuto akci sponzorovat. „Být maximálně otevřený znamená přínos nejen pro kolegy, ale i pro pacienty. Každý pacient by měl vědět, s kým jeho lékař spolupra-

cuje a jaké léky mu předepisuje. Stejně tak by mělo být zřejmé, který lékař působí v poradních orgánech té které farmaceutické firmy,“ uvedl při spouštění nového webu přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. Štěpán Svačina.

Celosvětově běžnou a lékaři uznávanou praxí je také ozřejmění spolupráce zdravotnického odborníka s farmaceutickou společností formou tzv. disclaimeru, kdy lékař na začátku své přednášky jasně a zřetelně uvede, se kterou firmou na výzkumu či hodnocení pracoval.

Logickým pokračováním předchozích zprůhledňujících aktivit je také například zákon „*sunshine act*“, který od loňského léta (1. 8. 2013) platí ve Spojených státech amerických. Norma zde farmaceutické společnosti zavazuje ke zveřejňování všech plateb, které za kooperaci zdravotníkům poskytuje.

Holandská vlašťovka a nový kodex

První evropskou vlašťovkou v uveřejňování plateb za spolupráci s farmaceutickými výrobci je Nizozemsko, které s implementací kodexu o finančních

vztazích mezi firmou a zdravotníkem nebo zdravotnickým zařízením začalo v roce 2012 a od roku 2013 spustilo veřejně dostupnou databázi veškerých finančních toků mezi těmito stranami. V témž roce přijala Evropská federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA) Kodex Disclosure. „Její současná aktivita zveřejňování toků finančních prostředků by měla po celé Evropě ještě více objasnit vztahy mezi zdravotnickými odborníky, zařízeními a farmaceutickými společnostmi a podporovat důvěru odborné i laické veřejnosti ve spolupráci zdravotníků a farmaprávního,“ sdělil naší redakci výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček a dodal: „Kodex Disclosure je závazný pro všechny členy EFPIA a od 1. 1. 2014 byl transponován do všech zemí Evropské unie, tedy i do České republiky. U nás jej pod názvem Transparentní spolupráce závazně přijaly zejména všechny členské společnosti AIFP, ale i další členové evropské EFPIA.“

Jak to bude u nás?

AIFP nyní připravuje portál (www.transparentnispoluprace.cz), kde budou zveřejněna da-



Foto: AIFP

ta o podstatě a rozsahu spolupráce mezi zdravotníky a firmami a o výši souvisejících plateb. Na webu bude zveřejněna vždy celková roční částka za veškeré platby a jiná plnění za spolupráci. Informace budou uveřejňovány včetně jména plátce, tedy konkrétní farmaceutické společnosti. Vždy se ale budou zveřejňovat pouze platby, které souvisejí s léky na předpis. V závislosti na konkrétní formě spolupráce pak budou platby na webu vyčísleny individuálně, nebo souhrnně. Individuální zveřejnění bude zahrnovat dary, granty, příspěvky na náklady akcí, jako jsou registrační poplatky, smlouvy o sponzorování, doprava do místa akce a ubytování. V souhrnném opatření budou uveřejněny platby za neklinické studie, klinická hodnocení a neintervennční studie.

Netýká se OTC a běžných obchodů

Výjimky, kdy ke zveřejnění smlouvy dle Kodexu Disclosure nedojde, budou tvořit finanční toky spojené s volně prodejnými léky. Ale také plnění a platby, které nejsou jako kategorie uvedeny v Etickém kodexu AIFP, například edukační a vzdělávací materiály. Na webu o transparentní spolupráci se také nedočteme o tocích prostředků, jež jsou součástí běžných prodejů léků mezi členskými společnostmi a lékařem nebo zdravotnickým zařízením jako například slevy nebo rabaty.

Zveřejňování od roku 2016

Prvním vykazovacím obdobím bude rok 2015, přičemž první publikace informací proběhne 30. 6. 2016. Informace budou do systému dodávány jednou ročně a zúčtovací období představuje jeden kalendářní rok. Na webových stránkách data zůstanou k nahlédnutí 3 roky od prvního zveřejnění. Portál bude spravovat AIFP a bude rozdělen na dvě části – veřejně dostupnou a interní. Ve veřejně dostupné části bude vyhlášení možné na základě jména lékaře nebo názvu zdravotnického zařízení, IČO nebo unikátního čísla ČLK, resp. ČLnK. Hledajícímu se zobrazí vždy pouze jeden zdravotnický odborník či zařízení a uvedená položka bude součtem celkové roční sumy, kterou farmaceutická společnost odborníkovi zaplatila. Data na webových stránkách nebude možné pozměňovat, protože web bude zabezpečen ochrannými prvky.

Interní kontrola pro lékaře

Za správné nahrávání dat na transparentní portál bude zodpovídat farmaceutická společnost, nikoli lékař. Jak ale upozornil výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček, lékař bude mít vždy možnost data před zveřejněním ověřit. „V případě, že nahaná data budou neúplná, farmaceutická společnost bude mít možnost je opravit a opětovně nahrát na informační portál ještě před finálním zveřejněním.“

(red)

Definice pojmů v kodexu AIFP

Definice pojmů používaných v kodexu AIFP upravujícím zveřejňování plateb a jiných plnění farmaceutických společností zdravotnickým odborníkům a zdravotnickým zařízením:

• Příjemce

Jakýkoli zdravotnický odborník, případně zdravotnické zařízení s hlavní praxí, pracovištěm či sídlem v České republice.

• Platby nebo jiná plnění v souvislosti s výzkumem a vývojem

Platby nebo jiná plnění zdravotnickým odborníkům nebo zdravotnickým zařízením v souvislosti s plánováním či prováděním (i) neklinických studií (dle definice uvedené v Zásadách správné laboratorní praxe OECD); (ii) klinických hodnocení (dle definice uvedené ve směrnici 2001/20/ES); nebo (iii)

neintervennčních studií, které jsou svým charakterem prospektivní a které zahrnují sběr údajů o pacientech ze strany jednotlivých zdravotnických odborníků nebo skupin zdravotnických odborníků či v jejich zastoupení konkrétně pro danou studii.

• Platby nebo jiná plnění

Přímé a nepřímé platby nebo jiná plnění, ať již ve formě finanční částky, v naturálních nebo jinak, provedené pro propagační či jiné účely v souvislosti s vývojem a prodejem výhradně humánních generických či originálních léčivých přípravků vy-

dávaných pouze na lékařský předpis. Přímé platby nebo jiná plnění jsou takové platby nebo jiná plnění, které provede členská společnost ve prospěch příjemce. Nepřímé platby nebo jiná plnění jsou takové platby nebo jiná plnění, které jsou poskytnuty v zastoupení členské společnosti příjemce, kdy je identita této členské společnosti známa nebo jí může příjemce identifikovat.

Definice a pojmy nedefinované v tomto kodexu budou mít stejný význam, jako je jim přiřazený Etickým kodexem AIFP.

(Zdroj: www.transparentnispoluprace.cz)

ZE ZAHRANIČÍ

Svět ztratil
6 odborníků na HIV/AIDS

Nejméně 6 pasažérů tragicky sestřeleného letadla společnosti Malaysia Airlines patřilo k odborníkům na problematiku HIV/AIDS mířícím na mezinárodní konferenci v Melbourne. V troskách letadla, jež se zřítilo na Ukrajině, zahynul i bývalý prezident International AIDS Society (IAS) prof. Joep Lange.

Původní zprávy hovořily až o stovce obětí patřících k delegátům konference, tyto odhady se naštěstí nepotvrdily. V letadle dle IAS z řad odborníků na HIV/AIDS nakonec cestovali Pim de Kuijzer, Lucie van Mensová, Maria Adriana de Schutterová, Joep Lange se svou partnerkou a výzkumníci Jacqueline van Tongerenovou a tiskový mluvčí Světové zdravotnické organizace (WHO) Glenn Thomas. „Velikost naší ztráty je těžko pochopitelná a vysvětlitelná,“ říká prezidentka IAS Françoise Barreová-Sinoussi. „Truchlíme společně s tisíci lidmi po celém světě, kteří ztratili v této nesmyslné tragédii své rodiny i přátele.“

Velikán výzkumu

Delegáti konference se shodují, že z profesního hlediska představuje největší ztrátu smrt profesora Amsterdamské univerzity Joepa Langeho, který se výzkumu HIV věnoval od jeho objevu v 80. letech minulého století. Podílel se mimo jiné na klinických testech antiretrovirové terapie, hledání mechanismu prevence přenosu viru na dítě v těle HIV-pozitivní matky či při porodu. Mezi lety 2002 a 2004 zastával funkci prezidenta IAS. „Joep byl mým kolegou a přítelem. Všichni tady v Melbourne jsme úplně v šoku z toho, co se stalo,“ uvádí prof. Peter Riess z Amsterdamské univerzity, jenž s prof. Langem spolupracoval na výzkumu

mu HIV/AIDS. „Na počátku 80. let, kdy se tahle tehdy neznámá nemoc dostala i do Amsterdamu, jsme byli s Joepem v začátcích našeho profesního života. Problematika HIV/AIDS formovala naše vědecké směřování,“ vzpomíná prof. Riess. „Joep byl jedním z velikánů výzkumu HIV/AIDS a také stál za zpřístupněním potřebné léčby pacientům z chudých zemí po celém světě,“ dodává výkonný ředitel programu Harvard School of Public Health AIDS Initiative Richard Marlink. „Pracoval v Thajsku na vakcínách, v Africe pak rozšiřoval nutnou terapii a také vzdělával zdravotnický personál. K tomu všemu byl navíc skvělou osobností.“

(Zdroje: BBC, Vox)

(kha)

Kdo byl Joep Lange

Joseph Marie Albert Joep Lange se narodil 25. září 1954 v nizozemském Nieuwenhagenu. Mezi lety 1971 a 1972 si vyzkoušel studium na americké střední škole Robinson High School na Floridě. Později se rozhodl pro studium medicíny. Byl přijat na Amsterdamskou univerzitu, lékařský titul získal v roce 1981, titul Ph. D. pak o 6 let později. Profesorem medicíny na své domovské Amsterdamské univerzitě se stal roku 2006.



V roce 2001 založil neziskovou organizaci PharmAccess Foundation, jejímž cílem bylo pomoci zpřístupnit potřebnou léčbu nemocným s HIV/AIDS v rozvojových zemích. V čele nadace prof. Lange stál až do své smrti. Kromě toho se stal vědeckým ředitelem projektu HIV(e)Education – vzdělávacího on-line systému určeného pro lékaře, sestry a další pracovníky, kteří se starají o HIV-pozitivní. Byl rovněž jedním ze zakládajících redaktorů časopisu Antiviral Therapy.

Boty pro pět dcer

V polovině 90. let byl jedním z prvních vědců, kteří prosazovali v léčbě HIV/AIDS kombinovanou terapii. „Bylo by iluzí domnívat se, že monoterapie může mít na tuto nemoc jakýkoli zásadní a hlavně dlouhodobý efekt,“ byl přesvědčen Joep Lange.

Velmi odhodlaně se zapojil do snah o co největší přístupnost léčby pacientům, především v afrických zemích. „Pokud můžeme dostat Coca-Colu nebo pivo v každé odlehle části Afriky, nemělo by být nemožné dosáhnout něčeho podobného i v případě léků,“ tvrdil. Pracoval na celé řadě studií zaměřených na léčbu, prevenci i profylaxi HIV/AIDS.

Životní partnerkou Joepa Langeho se stala kolegyně-výzkumnice Jacqueline van Tongerenová, jež byla rovněž mezi oběťmi tragédie letu MH17. Společně vychovávali 5 dcer. Jedna ze zpráv na Twitteru, kterou po smrti Joepa Langeho uveřejňovali jeho kolegové, zněla: „Zeptal jsem se ho, proč tolik pracuje. Odpověděl mi: ‚Viš, kolik se utratí za boty pro pět holek?‘“

(Zdroje: Wikipedia, Telegraph)

(kha)

Červencové zprávy ze světa

• **Vedení Rady Evropy (RE)** schválilo text mezinárodní úmluvy proti nelegálnímu obchodu s lidskými orgány, která bude otevřena k ratifikaci nejen 47 členským státům této celoevropské organizace, ale všem zemím světa. „Nedostatek orgánů, ekonomická rozdílnost umocněná krizí, rozdílnost zdravotních systémů a chtivost překupníků vedly v posledních letech k rozvoji, transplantační turistiky a obchodování s lidskými orgány,“ uvedla RE. Úmluva vybízí vlády, aby k této praxi přistupovaly jako ke zločinu. Odebrání orgánů by podle textu mělo být nelegální, pokud se uskuteční bez souhlasu dárce nebo pokud z toho bude mít dárce či někdo jiný zisk. Ponechává ale na jednotlivých státech, zda budou dárce orgánů považovat za oběti, nebo komplice, či dokonce za podněcovatele nelegálního obchodu s lidskými orgány.

• **Američtí zaměstnavatelé** mohou z náboženských důvodů odmítnout svým zaměstnancům hradit hormonální antikoncepci. Rozhodl o tom Nejvyšší soud Spojených států amerických, podle jehož verdiktu mají ve sporných případech zaměstnavatelé právo na výjimku ze zákona prosazeného Barackem Obamou. Bílý dům prohlásil, že verdikt povede

k ohrožení zdraví řady žen užívajících antikoncepci. Ta je zahrnuta do části zdravotní prevence, jež musí být podle zákona o zdravotní péči z roku 2010 zaměstnankyním hrazena bez jakýchkoli doplatků. Právo na výjimku se podle soudu týká firem kontrolovaných člověkem či malou skupinou lidí s pevným náboženským přesvědčením, jejichž ideje jsou s firmou neodmyslitelně spjaty.

• S překvapivým prohlášením vystoupil bývalý arcibiskup z Canterbury George Carey, když pro britský deník *Daily Mail* uvedl, že dle jeho přesvědčení není v rozporu s křesťanskými zásadami, pokud by bylo u vážně nemocných a trpících pacientů ve **Velké Británii** povoleno dobrovolné ukončení života s pomocí lékařů. „Čelíme dnes paradoxu. Striktním respektováním posvátnosti života hrozí církvi, že bude schvalovat agonii a bolest, což je přímý opak křesťanské výzvy k naději,“ řekl George Carey k diskusi o případné novele zákona, jenž v zemi asistovanou sebevraždu zakazuje.

• V nepoužívané skladové místnosti **amerického** Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) v Marylandu objevili pracovníci uzavřené lahvičky obsahující virus pravých neštovic. Za

jediné z vzorky původce nemoci, která byla již označena za vymřelou, byly přitom považovány pečlivě strážené exempláře v Rusku a v USA. Nalezené nádobky byly dobře uzavřeny a virus po mnoha desetiletích skladování nepřežil.

• U **americké** dívky, považované za prvního novorozence vyléčeného z vrozené infekce HIV prostřednictvím antiretrovirové terapie podávané bezprostředně po porodu, byl opět zjištěn tento virus v krvi. „Samozřejmě je to rozčarování jak pro malou pacientku, tak i pro zdravotníky a celé vědecké společenství,“ uvedl ředitel Národního institutu pro alergii a infekční nemoci (NIAID) Anthony Fauci. Lékaři dříve obnovili protívirovou léčbu.

• **Program OSN pro boj proti HIV a AIDS** (UNAIDS) vydal zprávu, podle níž v loňském roce podlehl AIDS o 11,8 % lidí méně než v roce předchozím. Jak uvedl výkonný ředitel UNAIDS Michel Sibidé, jedná se o největší pokles od roku 2005 a jasný důkaz, že HIV/AIDS je možné zastavit. Zatímco počet úmrtí souvisejících s AIDS pravidelně klesal od roku 2005 o 100 tisíc ročně, v roce 2013 to bylo dokonce o 200 tisíc. Od roku 2005 se tak počet mrtvých snížil o 35 %. Klesá rovněž množství lidí, kteří se nakazí virem HIV. Z 2,2 milionu nově naka-

žených v roce 2012 klesl jejich počet o rok později na 2,1 milionu. Méně pacientů je i mezi dětmi – počet infikovaných se u nich snížil z 270 na 240 tisíc. Počet nově nakažených ve světě klesl od roku 2005 až o 27,6 %.

• Generální tajemník **OSN** Pan Ki-mun slíbil pomoci **Haiti** v boji s cholerou – pro zamezení šíření nemoci chce získat 2,2 miliardy dolarů. Plán rozsáhlé pomoci pro Haiti s cílem eliminovat choleru do 10 let Pan Ki-mun představil již v roce 2012. Dárci se však zdráhají poskytnout potřebné finance. OSN tak nebyla schopna vybrat 400 milionů dolarů nezbytných pro fungování programu v prvních 2 letech. Generální tajemník OSN a haitský premiér Laurent Lamothe nyní zahájili nový projekt, zaměřený na zlepšení hygieny v zemi, kde žije v nedostačujících hygienických podmínkách každý druhý obyvatel. Od roku 2010 se cholerou na Haiti nakazilo více než 700 tisíc osob, podle několika výzkumů ji do země zavlekly právě mírové jednotky OSN.

• **Řecké** úřady zatkl chirurga, který od pacienta po infarktu požadoval úplatek za operační zákrok. Nemocný 67letý muž úplatnému lékaři nakonec 500 eur zaplatil, den po opožděné operaci však zemřel. Úplátkářství v řeckém zdravotnic-

tví patřilo k velkým neduhům země již dávno před současnou hospodářskou krizí. Podle organizace Transparency International patří Řecko obecně k nejvíce zkorumpovaným evropským zemím.

• **Filipínské** ministerstvo zdravotnictví vyzvalo občany, aby kvůli nebezpečně se šířícímu koronaviru MERS odložili účast na letošní říjnové pouti do Mekky. Saúdská Arábie počet poutníků omezuje vydáváním kvót podle počtu muslimů v dané zemi. V případě Filipín bude mít právo na účast asi 6500 věřících. Filipínský úřad pro záležitosti muslimů oznámil, že ti, kteří budou na cestě do Mekky trvat, si budou muset opatřit potvrzení o svém zdravotním stavu a dokázat, že jsou v pořádku.

• Navzdory rozsáhlým snahám místních i mezinárodních organizací se stále nedaří zastavit šíření viru Ebola v **západoafrických zemích** Sierra Leone, Libérie a Guinea. Onemocnění si v regionu od února letošního roku vyžádalo na 700 lidských životů.

• **Epidemie horečky dengue** v **Malajsi** je údajně nejhorší v dějinách této země. Letos jí onemocnělo již skoro 470 tisíc lidí, což je 2,5krát více než za srovnatelné období loni. Nemoci letos podlehl okolo 90 lidí.

(Zdroje: ČTK, BBC)

(kha)



PORADNA Všeobecné
zdravotní pojišťovny ČR

V oblasti indikace léčebně rehabilitační péče došlo ke změnám v důsledku přijetí vyhlášky MZ ČR č. 267/2012 Sb., o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost, která vstoupila v platnost v říjnu 2012.

Návrh na lázně – jak ho vystavit a neudělat chybu

Lázeňská léčebně rehabilitační péče je péčí lůžkovou, a to bez ohledu na to, zda se jedná o péči komplexní, nebo příspěvkovou. Musí být vždy doporučena ošetřujícím lékařem na základě Indikačního seznamu a realizována na základě návrhu potvrzeného revizním lékařem pojišťovny. Z veřejného zdravotního pojištění je u příspěvkové péče hrazeno pouze vyšetření a léčení, nikoli i hotelové služby, tedy ubytování a strava.

Častými důvody, pro které nemůže být udělen souhlas revizního lékaře s úhradou lázeňské péče z veřejného zdravotního pojištění, jsou:

- indikace péče po lhůtě stanovené pro nástup léčebného pobytu nebo těsně před jejím koncem, kdy nástup již není možné ve lhůtě realizovat (například nástup po operacích mají zpravidla stanovenou lhůtu 3–6 měsíců)
- není dodržen interval pro opakované poskytnutí lázeňské péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (interval je počítán až od ukončení předchozího pobytu)
- návrh je vystaven na typ péče v rozporu s Indikačním seznamem (návrh na komplexní péči,



MUDr. Světlana Bajerová

přičemž vyhláška umožňuje pouze péči příspěvkovou, například nemoci močového ústrojí)

- klient nebyl soustavně léčen v rámci ambulantní péče (zejména ve skupině nemocí pohybového ústrojí), není doložena neefektivita, nemožnost či nevhodnost absolvovat ambulantní rehabilitaci
- stav neodpovídá indikaci podle vyhlášky (například se nejedná o doléčení po komplikované operaci; potíže jsou degenerativního, nikoli funkčního původu)

V některých případech je pro posouzení revizního lékaře

nezbytné doplnění údajů od ošetřujícího lékaře. Jedná se zejména o případy, kdy

- návrh neobsahuje povinné údaje (například váha, výška, závislost na návykových látkách a nikotinu, stanovené výsledky vyšetření v předepsané časové lhůtě, není specifikováno ukončení komplexní protinádorové léčby)
- chybí doporučení lékařem předepsané odbornosti
- návrh vykazuje formální nedostatky (například chybí razítko praktického lékaře, není stanoveno správné lázeňské místo, návrh není doručen na pobočku místně příslušnou navrhujícímu lékaři)

V současné době VZP eviduje nárůst počtu vystavených a schválených návrhů na lázeňskou péči, a to i díky tomu, že jsou ošetřující lékaři již dostatečně seznámeni s novým Indikačním seznamem. Dále je to dáno tím, že (zřejmě v souvislosti se zrušením regulačních poplatků ve výši 100 Kč na den) klienti projevují o tento typ péče větší zájem. U některých indikací je také dána možnost úhrady jednou za 2 roky.

Začátkem tohoto roku byla Ministerstvem zdravotnictví ČR připravena dlouho očekávaná novela Indikačního seznamu.



MUDr. Emília Bartišková

Základní změnou měla být úprava délky trvání léčby u vybraných indikací nebo kritéria pro poskytnutí hrazené lázeňské péče, například interval pro nástup opakovaného léčebného pobytu. Vzhledem k rozhodnutí Ústavního soudu o zrušení vyhlášky o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost k datu 31. 12. 2014 však nebyla změna formou novely vyhlášky realizována.

MUDR. SVĚTLANA BAJEROVÁ,
Odbor úhrad zdravotní péče
MUDR. EMÍLIA BARTIŠKOVÁ,
Odbor kontroly a revizí zdravotní péče

VZP nabízí poprvé v historii ambulantním specialistům smlouvu na dobu neurčitou. S námi máte jistotu!

 **VZP**
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz



S parazity se kamarádím a mám je rád

Text: Andrea Skálová
Foto: Leoš Chodura

Je vedoucím špičkového vědeckého pracoviště Biologického centra AV ČR, světově uznávaným odborníkem v oboru parazitologie a provází jej pověst nekonformního vědce, který přichází na konference v kratasech, infikuje se parazity a v e-mailové komunikaci se podepisuje nazdáááárek Júla. Řeč je o **prof. RNDr. Juliu Lukešovi, CSC.**, řediteli Parazitologického ústavu AV ČR v Českých Budějovicích.

Po zadání vašeho jména do vyhledavače Google na člověka vyskočí množství článků, které mají v titulku informaci, že pojídáte tasemnice. Nevadí vám, že se téma vaší práce tak bulvárně zjednodušuje?

Nevadí. Chápu to tak, že poskytnout občanům informace o vědě, byť zjednodušenou a zábavnou formou, je vesměs pozitivní. Popularizace vědy v naší zemi pokulhává, řekl bych, že je zde možná tak tučet vědců, kterým se to daří. Každá popularizace s sebou pochopitelně nese zjednodušení, protože dané informace musejí být srozumitelné veřejnosti. Na rozdíl od řady svých kolegů si však myslím, že popularizovat by měli nejen laici, ale i vědci nebo nejlépe ve spolupráci. Pokud tomu tak není, výsledné sdělení vyzní často směšně.

Je stěžejním bodem vaší vědecké práce prospěšnost parazitů lidskému organismu, jak se o tom zmiňují uvedené populární články?

Vůbec ne. Dané téma představuje tak jedno dvě procenta mého pracovního vytížení. Středem mé výzkumné práce je molekulární biologie parazitických prvoků. Především jde o studium trypanozom a leishmanií se zaměřením na jejich evoluci a mitochondriální funkce. Co se týče tématu, jež zaujalo veřejnost, tedy využívání parazitů k léčebným účelům, to souvisí s nedávným otevřením Laboratoře parazitární terapie na našem ústavu. Tuto laboratoř vede kolegyně Kateřina Pomajbíková, která se problematikou dlouhodobě zabývá.

Přicházíte vlastně s revoluční myšlenkou spočívající v tom, že někteří parazité mohou našemu tělu prospívat. Na druhé straně, v rovině alternativní medicíny a léčitelství sílí „antiparazitární hnutí“ s cílem identifikovat škodlivé parazity v těle a hlavně se pořádně odčervit.

Narážíte na trend, který se nedávno v České republice objevil, a tím je detekce parazitů v lidském těle pomocí různých přístrojů. Ano, setkáváme se s případy, kdy se na nás obrací lidé, u nichž bylo takto objeveno i deset různých parazitů. Přitom tyto parazité, pokud by je dotyční skutečně měli, by své hostitele téměř na místě zabili. Ti lidé zaplatí u léčitele tisícovku za diagnostiku – nejčastěji pomocí pří-

stroje ruské výroby – a odcházejí vybaveni veterinárními přípravky na odčervení, které mohou výrazně poškodit jejich zdraví. My parazitologové se pochopitelně snažíme na tyto věci poukazovat a vyvracet různá falešná tvrzení. Bohužel se nemůžeme zabývat podáváním trestních oznámení, ačkoli řada z těchto aktivit je již za hranicí zákona. Tímto narůstajícím problémem by se měly seriózně zabývat Česká lékařská komora a ministerstvo zdravotnictví.

Jak jsme na tom tedy reálně s osídlením parazity v těle? Máme jich skutečně tolik a je třeba se jich zbavovat?

Veřejné zdravotnictví a hygienická služba udělaly v evropské populaci své a většinu parazitů se podařilo eliminovat. Parazité jsou totiž mnohem zranitelnější než víry a bakterie, navíc většinou potřebují mezihostitele a jejich přenos na člověka se tak dá snadněji přerušit. Česká populace má paradoxně spíše deficit parazitů. Musíte si totiž uvědomit, že ne všichni parazité jsou patogenní. Někteří z nich jsou komenzálové, vyvíjeli se s námi od věků. Mnozí jsou součástí ekosystému našeho střeva. Víme, že tenké střevo je taková velká zoologická zahrada, v níž někteří střevní parazité, stejně jako střevní bakterie, mohou lidskému tělu prospívat. Objevují se o tom různé zmínky v literatuře, ale tyto práce nejsou tolik citované, téma je stále kontroverzní a navíc výzkum prospěšnosti parazitů se odůvodňuje hůř než výzkum jejich patogenity.

A čím nám parazité-komenzálové mohou prospívat? Mohli by mít podobnou funkci jako střevní mikroflóra, která je dnes v popředí lékařského zájmu?

Ano, korelace mezi střevním osídlením a některými chorobami je dnes nepochybnitelná. Stále se ukazují nové souvislosti a vazby na různá chronická onemocnění. V prestižním časopise *Cell* byla například nedávno publikována práce prokazující vztah mezi metabolity střevní mikroflóry a autismem. V případě parazitů, respektive eukaryotních komenzálů, se předpokládá, že stimulují imunitní systém střeva a působí protektivně vůči některým onemocněním. Například u pacientů s Crohnovou chorobou se ukázalo, že se tato nemoc nevyskytuje u lidí, kteří mají střevo osídleno určitými prvky. Také srovnáním zdravotního stavu populace rozvinutého a třetího světa

se přišlo na to, že v rozvinutých státech trpí lidé chorobami, které jsou v chudých zemích vzácné nebo zcela chybí. V zemích třetího světa přitom jsou obvyklé promořeni parazity, zatímco u nás byli tyto parazité prakticky eliminováni.

Předpokládáte tedy, že deficit střevních parazitů může mít obdobný negativní efekt jako deficit prospěšných střevních bakterií? Měla by se „hygienická hypotéza“ rozšířit na parazitické komenzály?

Ano. Jsem naprostým zastáncem expozice malých dětí antigenům z přírodního prostředí ve smyslu ochrany proti rozvoji některých onemocnění. Tak jak se to uvádí u farmářských dětí, které trpí méně často alergiemi než děti, jež vyrůstají ve „sterilním“ prostředí. Troufám si říct, že v budoucnu nám reklama nebude ukazovat explodující zelené mikrobiy v záchodové míse. Paušální eliminace mikroorganismů a parazitů je spíše škodlivá činnost. Přehnaná hygiena v období, kdy se vytváří imunitní systém, je kontraproduktivní stejně jako časté podávání antibiotik, zejména u dětí během 1. a 2. roku života, způsobující významné (a dle některých studií i trvalé) změny struktury střevní mikroflóry. Vezměte si jen fakt, že našich vlastních buněk v lidském těle je jen 10 procent. Na každou lidskou buňku připadá 9 cizích!

Chystáte se provádět studii na zdravých dobrovolnících, kterým budou nasazeni parazité. Co si od této studie slibujete?

Chceme porovnat, zda se zdravotní stav jedince bez komenzála bude lišit od zdravotního stavu jedince s přítomností parazita v těle. Jinými slovy potvrdit, zda vybraný parazit nezpůsobuje patologický efekt. V dalším kroku bychom chtěli zjistit, zda přítomnost parazita v těle může mít i pozitivní efekt, a překvalifikovali bychom ho tím na komenzála. A také nás zajímá, zda jeho přítomnost způsobí změnu mikrobiální flóry. Pokud uspějeme, chtěli bychom pokračovat s testy u pacientů s Crohnovou chorobou.

Je tedy možné, že budeme v budoucnu léčit pomocí parazitů?

Už se to vlastně děje. V Německu jedna firma nabízí vajíčka parazitů v kapslích. Jedná se o prasečí parazity *Trichuris suis*. Tento parazit je specifický v tom, že přebývá v lidském střevě jen nějaký čas a poté je vyloučen. Mezitím tam

PŘEDSTAVUJEME

ovšem odvede prospěšnou práci. Mám již zprávy i od pacientů z České republiky trpících idiopatickými střevními záněty, kteří si pochvalují pozitivní efekt této bohužel zatím velmi drahé terapie. Dalším vhodným kandidátem pro podobnou léčbu se zdá být *Blastocystis hominis*.

Mohli by parazité ve střevě působit preventivně i proti vzniku kolorektálního karcinomu? Možné to je, ale zde už se dostáváme do roviny čisté spekulace. Pravdou je, že přispívají ke zlepšení motility střeva, takže určitý mechanický protektivní efekt by zde být mohl.

Hovořili jsme zatím o kmenzálích. Ale co patogenní parazité? Co o nich už víme? Proč nám škodí?

Uvedu to na příkladu *Trypanosomy brucei*, jejímž výzkumem se zabývám. Jde o typicky patogenního parazita, přenášeného mouchou tse-tse a způsobujícího spavou nemoc. Trypanozoma žije a množí se v lidské krvi, přičemž mění svůj povrchový antigen, takže uniká imunitnímu systému.

Během jednoho měsíce tak může mít nakažený člověk v krvi stejné množství trypanozom jako červených krvinek. Neléčená nákaza tímto parazitem je prakticky vždy smrtelná.

Jak jsme daleko ve vývoji nových léčiv, eventuálně vakcín proti spavé nemoci a dalším parazitárním chorobám?

Situace není dobrá. V případě trypanozomy vakcína vůbec nepřichází v úvahu, kvůli již zmíněnému měnícímu se povrchu parazita. Ve vývoji jsou léky, které by měly selektivně inhibovat určité pochody v mitochondrii trypanozomy. Klinické studie jsou ale extrémně nákladné, v řádech stovek milionů dolarů, takže se vývoj nových léčiv firmám prostě nevyplatí. Pozornost se tak věnuje alespoň preventivním opatřením, jako je vychytávání přenašečů.

Nemohu se nezeptat, jak probíhá vaše osobní studie s nasazenou tasemnicí. Jak už je velká, jaké poznatky vám přinesla a co s ní plánujete do budoucna?

Tento druh tasemnice dorůstá kolem 7 a více metrů, takže v současnosti by měla být asi 3-4metrová. Za ten rok, co ji mám, jsem na sobě nepozoroval žádné zdravotní zhoršení. Naopak jsem zjistil, že není pravda, co se uvádí o vlivu tasemnice na hladinu vitamínu B12. U mě k žádnému nedostatku tohoto vitamínu nedošlo. Co s ní bude dál, neřeším. Vlastně kdyby mi ji novináři pořád nepřipomínali, už bych na ni i dávno zapomněl. Pro doplnění, nejsem první, kdo něco takového provedl. Ve světě se infikovalo touto tasemnicí již několik parazitologů, dokonce i jeden lékař, který na tomto ústavu pracoval v 80. letech. Ten později publikoval, že s tasemnicí neubýval, ale přibýval na váze. Stojí také za zmínku, že se tento druh tasemnice v poslední době začíná šířit v Itálii a ve Švýcarsku. Jejím zdrojem je totiž sladkovodní sušší, které začalo být v tamních zemích oblíbené.

Řekla bych, že se většina lidí parazitů spíše štítí nebo z nich má fobii. Proto je trochu podivné si představit, že si někdo nasadí tasemnici dobrovolně.

Ano, mezi lidmi skutečně panuje určitá parazitofobie. To se pak odráží i ve zmíněných anti-parazitárních aktivitách. O parazitech kolují různé mýty a nepravdy a parazité se ukazují jen v negativním světle. Ale já se s parazity kamarádím a mám je rád.

Zajímali vás už od mládí, nebo to přišlo až s jejich studiem?

Od mládí mne zajímala příroda, takže jsem si zvolil jako vysokou školu Přírodovědeckou fakultu UK v Praze. Na ní jsem pak pátral po kvalitních učitelích a bylo mi sděleno, že jsou právě na katedře parazitologie. Tento obor navíc v hloupé socialistické éře dával naději na cestování – minimálně do spřátelených zemí, jako byly Kuba, Angola či Vietnam. A postupně se parazité stali mým koníčkem.

Jak se s tímto koníčkem vyrovnávají vaši nejbližší?

Syn studuje na lékařské fakultě a byl trochu zneklidněn, když se dozvěděl, že jsem pojedl boubele tasemnice. Vycházel přitom z údajů uváděných v lékař-

ských učebnicích. Manželka také vystudovala přírodní vědy a má pro takové experimenty pochopení. Sama se proslavila jednou příhodou z expedice v Keni. Našla tehdy na sobě střechky, což je parazitický hmyz, který způsobuje bolestivé vředy na kůži. Když se jich chtěla zbavit, kolegyně parazitologové ji začali přemlouvat, aby si je nechala co nejdéle, než larvy dospějí, a oni je mohli zkoumat. Vydřela to tehdy několik dní, ale nakonec ty vředy vymáčkla. Někteří z kolegů jí to do dneška vyčítají.

Abychom neopomenuli vaši roli vedoucího Parazitologického ústavu AV ČR. Prozradíte nám, jaké máte plány do budoucna?

Usiluji o to, aby se náš ústav stal nejlepší parazitologickou institucí v zemi a držel se na špici světového výzkumu. Mým přáním je, aby zde pracovalo co nejvíce vědců z celého světa, a chci je podporovat v jejich vědeckém rozvoji. Těší mě, když vidím, že řada našich absolventů má ve světě úspěch. Co se mne týče, chtěl bych dělat co nejlepší, zábavnou a zajímavou vědu.

Inzerce M141001146

Pozvánka
na konferenci

Zdravotnictví 2015

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

27. 11. 2014 Diplommat Hotel Prague

MÍSTO KONÁNÍ

Diplommat Hotel Prague
Evropská 15, Praha 6

REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ

07.30-10.00 hodin

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, zdravotníků pojišťoven, zákonodárců, zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců, akademiků a dalších odborníků - pod záštitou předsedy vlády ČR.

Cíle konference je:

- Představit odborné veřejnosti podmínky a rámce poskytování zdravotní péče v r. 2015
- Představit aktuální problémy v jednotlivých oblastech
- Vytvořit komunikační platformu mezi MZ ČR, poskytovateli a zdravotními pojišťovnami
- Diskutovat o odborných tématech v samostatných sekcích

Mediální partneři:



Partnerem akce je Unie
zaměstnavatelských svazů ČR:



INFORMACE POŘADATELE

Informace
a přihlášky
on-line na
internetových
stránkách:

www.uzs-konference.cz

www.kongres-medical.cz

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

telefon:
+420 225 276 443

Registrační poplatek:
1 190 Kč



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

PRÁVNÍ PORADNA

Zdravotní dokumentace zemřelých pacientů

Kde se ukládá zdravotní dokumentace zemřelých pacientů? Za jakých podmínek do ní mohou nahlédnout rodinní příslušníci?

Zdravotnickou dokumentaci vede a uchovává ten, kdo zdravotní službu poskytl. Dohledat se tedy dá v příslušném zdravotnickém zařízení. Doby povinného uchování této dokumentace, zásady pro její uchování či postup při jejím vyřazování a zni-

čení po uplynutí dané doby jsou stanoveny samostatnou vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Doba uchování zdravotnické dokumentace zemřelého pacienta je v naprosté většině stanovena na 10 let od úmrtí. Pokud však například lůžkové zdravotnické zařízení, které pacienta dříve ošetřilo, nemá o jeho úmrtí informaci, musí zdravotnickou dokumentaci uchovávat 40 let od poslední hospitalizace. Krat-

ší doba je obecně stanovena pro výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření, které se uchovávají jen 5 let od provedení vyšetření pacienta. Výjimkou je dokumentace u praktického lékaře, gynekologa a stomatologa, která se musí uchovávat 10 let od případné přeregistrace pacienta jinam nebo opět 10 let od úmrtí.

Požíování výpisů a kopií

Pro nahlížení do dokumentace zemřelého pacienta je pak směrodatný odst. 4 v § 33 zákona o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.). Podle něj mají osoby blízké zemřelému pacientovi, popřípadě další osoby určené pacientem,

právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, a na informace o výsledku pitvy, byla-li provedena, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o jeho osobě nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu a pořizovat z nich výpisy nebo jejich kopie.

Do zdravotnické dokumentace je možno nahlížet a pořizovat si její výpisy nebo kopie vždy pouze v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem a tak, aby nebyl narušen chod pracoviště a poskytování zdravotních služeb. Tato podmínka je obecně platná a týká se i samotného pacienta.

Pokud si oprávněná osoba nepořídí výpis nebo kopii vlastními prostředky na místě, pořídí pro ni kopii zdravotnické dokumenta-

ce za úhradu poskytovatel. Ceník musí být umístěn na místě veřejně přístupném a cena nesmí přesáhnout skutečné náklady. Jestliže poskytovatel není schopen zajistit nahlížení do zdravotnické dokumentace, musí sám pořídit kopii zdravotnické dokumentace, a v tom případě za ni nemůže požadovat úhradu.

Rodinní příslušníci ale nemají na informace nárok automaticky. Zemřelý pacient totiž mohl za svého života vyslovit zákaz sdělovat informace o svém zdravotním stavu i osobám blízkým. Pak jim lze informaci podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu.

Mgr. Oldřich Tichý, vedoucí tiskového oddělení a tiskový mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny



Ilustrační foto: Jifi Kotáček

Daně a pojištění z autorských honorářů

Jsem lékař, hodně publikuji. U autorských honorářů údajně došlo ke změnám ohledně daní i placení pojištění. V čem změny spočívají?

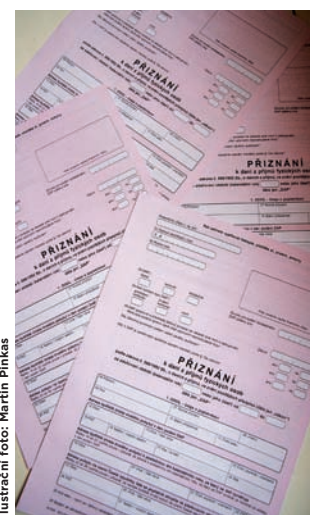
Autorské honoráře podléhají dani z příjmů ze závislé činnosti a také odvodům zdravotního i sociálního pojištění. Výjimkou jsou příjmy nepřesahující stanovený měsíční limit, které zdaní konečnou srážkovou daní rovnou plátce, např. redakce, nakladatelství apod. Autor pak nemá povinnost je zahrnovat do daňového přiznání a neplatí z nich pojištění. A právě výše tohoto limitu se od začátku roku 2014 změnila.

Autorské honoráře plynoucí z tuzemských zdrojů jsou nyní podle zákona o daních z příjmů samostatným základem daně pro zdanění zvláštní sazbou daně za předpokladu, že úhrn těchto příjmů od téhož plátce nepřesáhne v kalendářním měsíci 10 000 korun. Do konce roku 2013 byl limit 7 000 korun. Podstatné je, že jde o příjmy vyplacené jedním plátcem (tedy jedním nakladatelstvím, redakcí apod.) stejnému autorovi v úhrnu za kalendářní měsíc. Honorářů do 10 000 korun měsíčně od různých plátců může

mít autor více a všechny budou zdaněny konečnou srážkovou daní, a pak nepodléhají odvodu pojistného.

Pokud je měsíční honorář od jednoho plátce vyšší než 10 000 korun (tedy 10 001 a více), stává se tento příjem samostatnou výdělečnou činností se všemi odvodovými povinnostmi. Autor sice nepotřebuje živnostenské oprávnění, jelikož jde o činnost podle autorského zákona, ale musí se zaregistrovat k dani z příjmů ze závislé činnosti na živnostenském úřadu a jako osoba samostatně výdělečně činná u své zdravotní pojišťovny i u správy sociálního zabezpečení.

Honorář přesahující 10 000 Kč za měsíc vyplatí jeho plátce autorovi v plné výši, bez srážky daně. Autor pak musí po skončení zdaňovacího období podat daňové přiznání, ve kterém tyto příjmy z autorské činnosti uvede. Rovněž musí podat přehled o příjmech a výdajích své zdravotní pojišťovny (a správě sociálního zabezpečení) a platit pojištění za stejných podmínek jako jiné OSVČ. U zdravotního pojištění je třeba si dát pozor na případnou povinnost platby záloh a jejich výši či dodržení minimálního vyměřovacího základu atd. Od začátku roku 2014 se také



Ilustrační foto: Martin Pinkas

rozšířil okruh autorských honorářů, které mohou být zdaněny srážkovou daní při výplatě a u nichž pak autor nemá ve vztahu ke zdravotnímu pojištění povinnosti. Za tyto autorské honoráře byly dosud považovány jen příspěvky médiím, tj. do novin, časopisů, televize, rozhlasu, na internetové servery atd. Od roku 2014 se může jednat i o další honoráře za užití autorských děl, např. honoráře za knihy a další neperiodické publikace.

Mgr. Oldřich Tichý, vedoucí tiskového oddělení a tiskový mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny

Zproštění lékaře odpovědnosti

Může být lékař zproštěn odpovědností za výsledek zákroku, s nímž pacient souhlasil (podpisem informovaného souhlasu), a může pacient písemně zprostit lékaře této odpovědnosti? Je možné toto



odpovídá
Mgr. Ivan David

omezení náhrady škody (např. formou určitého písemného prohlášení), tuto zákon vylučuje zcela. K takovému omezení může být přihlíženo pouze jako k určitému druhu varování, a to ještě pouze tehdy, je-li učiněno prokazatelně

zproštění ošetřit např. smlouvou mezi lékařem a pacientem?

Předně je třeba uvést, že informovaný souhlas pacienta je základním předpokladem pro poskytování v zásadě jakékoli zdravotní péče; jeho poskytnutí ze strany pacienta tedy v tomto smyslu nelze chápat jako jakýsi „nadstandard“, který by zajistil méně přísné posuzování samotné, se souhlasem poskytnuté zdravotní péče. Otázka možného omezení náhrady škody je od 1. 1. 2014 výslovně řešena zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem. Pokud jde o možnost jednostranného

před vznikem odpovídající újmy. I možnost dvoustranného (smluvního) omezení náhrady škody je zákonem silně omezena (být nikoli zcela vyloučena). Úplně zakázána je v případech náhrady škody na přirozených právech člověka, náhrady škody způsobené úmyslně nebo z hrubé nedbalosti a náhrady škody vzniklé slabší straně příslušného právního vztahu. Vzhledem k tomu, že mezi „přirozená práva člověka“ zákon počítá i právo každého jedince na duševní a tělesnou integritu, nelze právo na náhradu škody vzniklé na lidském zdraví omezit ani smluvní cestou.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – září 2014

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

6. kongres úrazové chirurgie a soudního lékařství

Polytrauma a komplikace v chirurgické péči

4.-5. 9. 2014/Mikulov

Místo konání: Hotel Galant

Pořadatelé: Klinika úrazové chirurgie LF MU a Trauma-centrum FN Brno, Ústav soudního lékařství LF MU a FN u sv. Anny Brno, Aesculap Akademie

Kontakt:

www.kongres-mikulov.cz

35th World Congress of the ISH

4.-7. 9. 2014/Peking, Čína

Pořadatelé: International Society of Hematology (ISH), Chinese Society of Hematology

Kontakt: www.ish2014.org

36th ESPEN Congress

6.-9. 9. 2014/Ženeva, Švýcarsko

Pořadatel: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

Kontakt: www.espen.org

ERS International Congress

6.-10. 9. 2014/Mnichov, Německo

Pořadatel: European Respiratory Society (ERS)

Kontakt: www.erscongress.org

14th Annual Conference of the ESC

10.-13. 9. 2014/Praha

Místo konání: Právnická fakulta UK Praha

Pořadatel: European Society of Criminology (ESC)

Kontakt:

www.eurocrim2014.com

42. český a slovenský cerebrovaskulární kongres

11.-12. 9. 2014/Mikulov

Místo konání: Hotel Galant

Pořadatelé: Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP, cerebrovaskulární sekcia Slovenskej neurologickej spoločnosti SLS, Česká neurochirurgická společnost ČLS JEP

Kontakt: www.czech-neuro.cz

Prague Hepatology Meeting

Cirhóza, cholestáza, transplantace jater, fibrogenéze, dědič-

ná onemocnění, poškození alkoholem, hepatitida typu B a C

11.-13. 9. 2014/Praha

Místo konání: Karolinum

Pořadatel: Česká hepatologická společnost ČLS JEP

Kontakt: www.ces-hep.cz

36. české a slovenské endoskopické dny

ESGE Live Demonstration 2014

12.-13. 9. 2014/Praha

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatelé: Endoskopická sekce České gastroenterologické společnosti ČLS JEP, Slovenská gastroenterologická spoločnosť SLS, European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), ČAS, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates

Kontakt:

cz.esgelive-prague2014.com

24th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology

14.-17. 9. 2014/Barcelona, Španělsko

Pořadatel: International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG)

Kontakt: www.isuog.org/

[/WorldCongress/2014](http://WorldCongress/2014)

16th World Congress of Psychiatry

14.-18. 9. 2014/Madrid, Španělsko

Pořadatel: World Psychiatric Association

Kontakt:

www.wpamadrid2014.com

26. Pečenkovy epidemiologické dny

Nákazy preventabilní očkováním, závažná a vysoce nakažlivá infekční onemocnění (TBC, HIV/AIDS...), nozokomiální infekce, ATB rezistence

16.-18. 9. 2014/Luhačovice
Pořadatel: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí Zlín

Kontakt: www.pecenkovydney.cz

Prague International Symposium on Children's Fractures

17.-19. 9. 2014/Praha

Místo konání: Hotel Four Seasons

Kontakt: www.piscf2014.com

10th International Congress of the EUGMS

17.-19. 9. 2014/Rotterdam, Nizozemsko

Pořadatel: European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)

Kontakt: www.eugms2014.org

58. výroční sjezd českých a slovenských revmatologů

Gastrointestinální problematika revmatických chorob, sklerodermie, reaktivní artritidy, metabolické arthropatie, osteoporóza, imunopatologické podklady revmatických onemocnění...

17.-20. 9. 2014/Hradec Králové

Místo konání: Centrum ALDIS

Pořadatelé: Česká revmatologická společnost ČLS JEP, Slovenská reumatologická společnost SLS

Kontakt:

www.revmatologicka-spolecnost.cz

13th European Congress of Paediatric and Adolescent Gynaecology

17.-20. 9. 2014/Londýn, Velká Británie

Pořadatel: Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG)

Kontakt: www.rcog.org.uk

11. český pediatrický kongres

Alergologie a imunologie, pneumologie, kardiologie, intenzivní medicína, hematologie, intenzivní medicína, lékařská genetika, nefrologie, neonatologie, neurologie, léčková politika, očkování...

18.-20. 9. 2014/Zlín

Místo konání: Akademické centrum UTB Zlín

Pořadatel: Česká pediatrická společnost ČLS JEP

Kontakt: pediatrie2014.bpp.cz/cs/

ESPA 2014

18.-20. 9. 2014/Praha

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatel: European Society for Paediatric Anaesthesiology (ESPA)

Kontakt: www.euroespa.org

2. kongres České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP 23. moravskoslezské dny pneumologie 12. Tománkův den bronchologie

CHOPN, pneumoonkologie, respirační infekce, sarkoidóza, TBC, bronchologie, cystická fibróza, nemoci pleury, funkční diagnostika, spánkové poruchy, respirační fyzioterapie...

18.-20. 9. 2014/Olomouc

Místo konání: Regionální centrum Olomouc

Kontakt:

www.kongres-pneumologie.cz

16. česko-slovenské dialogy o bolesti

Orofaciální bolest: opioidní a neopioidní terapie, neuro-modulace, rehabilitace, bolest v ambulantní praxi, komplikované kazuistiky

18.-20. 9. 2014/Harrachov

Místo konání:

Orea Vital Hotel Sklář

Pořadatel: Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP

Kontakt: dialogy2014.cz

Prague European Days of Internal Medicine

Kardiologie, gastroenterologie, endokrinologie, diabetologie, revmatologie, onkologie, metabolická onemocnění, infekční choroby, intenzivní medicína...

18.-20. 9. 2014/Praha

Místo konání: Hotel Diplomat

Pořadatel: Česká internistická společnost ČLS JEP, ve spolupráci s mezinárodními internistickými společnostmi

Kontakt: www.pedim2014.org

3. česko-slovenský ortodontický kongres 15. kongres České ortodontické společnosti

Mezioborová spolupráce, ortognátní chirurgie

18.-20. 9. 2014/Olomouc

Místo konání: NH Olomouc Congress Hotel

Pořadatelé: Česká ortodontická společnost, Slovenská ortodontická společnost

Kontakt: www.kongrescos.cz

Valašsko-lašské neurologické sympozium

19.-20. 9. 2014/Karolinka

Místo konání: Horský hotel Soláň

Pořadatel: Neurologická klinika LF OU a FN Ostrava, ve spolupráci se zdravotnickým zařízením Neurologie a léčení bolesti, s. r. o., Valašské Meziříčí

Kontakt: www.solen.cz

Sympozium klinické biochemie FONS 2014

21.-23. 9. 2014/Pardubice

Pořadatel: STAPRO, s. r. o., ve spolupráci s Českou společností klinické biochemie ČLS JEP

Kontakt: www.fonsinfo.cz

12. spondylochirurgický kongres

Úrazy páteře a míchy, subakutní a následná péče o spinální traumata, nádory a záněty páteře

21.-23. 9. 2014/Praha

Místo konání: Dorint - Hotel Don Giovanni

Pořadatelé: Česká spondylochirurgická společnost ČLS JEP, spondylochirurgické oddělení FN Motol Praha, Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK

a FN Královské Vinohrady v Praze

Kontakt: www.bos-congress.cz/spch2014

28th Annual Meeting of ESVS

23.-25. 9. 2014/Stockholm, Švédsko

Pořadatel: European Society for Vascular Surgery (ESVS)

Kontakt: www.esvs.org

12th Congress of the EACMFS

23.-26. 9. 2014/Praha

Místo konání: Kongresové centrum Praha

Pořadatel: European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery (EACMFS)

Kontakt: www.eacmfs2014.com

9. harrachovské ortopedické sympozium

25.-26. 9. 2014/Lázně Bělohrad

Místo konání: Hotel Tree of Life

Pořadatel: Ortopedické oddělení Panochovy nemocnice v Turnově, s odbornou garancí 1. ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol v Praze

Kontakt: www.ortopedicke-centrum.cz (sta)

ZE SPOLEČNOSTI

Ocenění a gratulace profesorovi Schreiberovi

Zakladatel české endokrinologie prof. MUDr. Vratislav Schreiber, DrSc., byl u příležitosti významného životního jubilea oceněn historickou pamětní medailí Univerzity Karlovy. Pozdravit ho a pográtulovat mu přišly do Karolina přední osobnosti naší vědy.



Foto: archiv Univerzity Karlovy

daři 1. LF UK. Zavzpomínal i na jejich první setkání v roce 1980, kdy nyní děkan pracoval na klinice jako sanitář. Ke gratulantům se připojil rovněž předseda ČLS JEP prof. Jaroslav Blažoš, který oceněnému předal Zlatou pamětní medailí ČLS J. E. Purkyně.

Nekompromisní i lidské postoje

Profesorka Helena Illnerová shrnula důvody, proč nelze jinak než si oslavence vážit. „Je to především jeho přínos pro vědu, nekompromisní a lidské životní postoje, věrnost českým zemím, fakt, že své vědomosti předával dál v publikacích, besedách a v rozhlasovém pořadu Meteor, za pomoc lidem a za smysl pro humor,“ vypočítala prof. Illnerová.

„Člověk zůstává mlád, dokud je schopen se učit, osvojovat si no-

vé poznatky a tolerovat odlišné názory. A to profesor Schreiber splňuje, proto mu tu devadesát-leté klidně můžeme připomínat,“ uvedl mimo jiné ve své gratulaci významný klinický endokrinolog profesor Josef Marek a vzpomněl dávných slov profesora Charváta, že „Vrátí Schreiber je na klinice vždycky plno“.

„Dožít se vysokého věku je bizarnost, ne zásluha,“ pravil profesor Schreiber. Zavzpomínal, jak byl v roce 1968 zvolen prorektorem UK s tím, že bude rektoru Charvátovi „nosit tašku a vyřizovat lejs-tra“, a jak byli oba za pár dní donuceni k abdikaci, či na besedy se studenty v roce 1989. Univerzité popřál zdar a sílu a vyslovil přesvědčení, že rektor Zima ji dovede udržet „pevnou skálou v kalných vodách českého školství“, při síle a ku prospěchu nás všech.

(eta)

Historickou pamětní medailí profesor Schreiber převzal 30. června ve Vlasteneckém sále Karolina z rukou rektora UK prof. Tomáše Zimy. Profesor Zima připomněl oslavencův přínos pro českou medicínu v evropském kontextu a zdůraznil jeho sepětí s UK, kde prof. Schreiber působil od roku 1945. Zmínil i jeho zásluhy o popularizaci vědy. „Univerzita Karlova i 1. LF UK mohou být na pana profesora pyšní,“ řekl děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo a udělil mu Me-

Pozvánka na „Medica Maraton 2014“

V letošním roce se opět vrací do cyklistického závodního kalendáře Mistrovství České republiky lékařů a farmaceutů „Medica Maraton“ v silniční cyklistice.

Závod proběhne v sobotu 16. 8. v Opočně pod Orlickými horami, a to v rámci hobby maratonu „Grand Prix Královéhradeckého kraje 2014“. Délka závodu, který zavede cyklisty do Chrá-

něné krajinné oblasti Orlické hory, měří 108 km a tituly mistrů ČR se budou rozdělovat hned v několika věkových kategoriích mezi muži i ženami. Po hobby maratonu bude možné navíc

sledovat průjezdy a cíl závodu světového poháru kategorie Elite, který zakončí celodenní program v Opočně. Přihlášky a další informace: www.grandprixkhk.cz

(red)

Zemřel profesor Evžen Čech

12. července 2014 zemřel náhle ve věku 82 let emeritní přednosta I. gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN, člen vědecké rady 1. LF UK a průkopník ultrazukové diagnostiky u nás **prof. MUDr. Evžen Čech, DrSc., FCMA**.

Evžen Čech se narodil 17. dubna 1932 v Dolních Počernicích. Studia medicíny absolvoval v roce 1957 na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Po promoci strávil tři roky v Českém Krumlově, v roce 1960 byl přijat na I. gynekologicko-porodnickou kliniku FVL UK v Praze. Kandidátskou dizertační práci obhájil v roce 1980, doktorskou v roce 1992. V roce 1985 byl habilitován a v roce 1992 jmenován profesorem pro obor gynekologie a porodnictví. Od roku 1980 strávil deset let na II.



gynekologicko-porodnické kliniky FVL UK, v roce 1990 se vrátil na I. kliniku jako její přednosta. Tuto funkci vykonával do roku 1998, kdy odešel do důchodu a působil jako emeritní profesor a konzultant kliniky. Byl členem výboru České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP a 30 let předsedou její sekce ultrazukové diagnostiky. Stal se členem Vědecké rady 1. LF UK v Praze a České lékařské akademie. Jako autor, spoluautor či editor publikoval 7 monografií a 4 učebnice.

gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP a 30 let předsedou její sekce ultrazukové diagnostiky. Stal se členem Vědecké rady 1. LF UK v Praze a České lékařské akademie. Jako autor, spoluautor či editor publikoval 7 monografií a 4 učebnice.

Za svou publikační činnost obdržel cenu ČLS J. E. Purkyně, České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, dvakrát cenu Českého literárního fondu. Za celoživotní práci v oblasti ultrazvuku mu byla udělena Pamětní medaile J. E. Purkyně České biologické společnosti AV ČR. Do poslední chvíle pracoval ve své ambulanci a věnoval se i své největší zálibě, již byla kynologie. Profilový rozhovor s prof. Čechem, který vyšel v našem časopise, si můžete přečíst na adrese: <http://zdravi.e15.cz/rozhovory/predstavujeme/445796>

(kha)

Dobrych duší není nikdy dost

Vyhlášení vítězů již druhého ročníku projektu „Dobrá duše“ se uskutečnilo 3. 7. v minoritském klášteře s kostelem sv. Jakuba Většího v Praze.

Přihlášky s jedinečnými příběhy

Pro klienty zařízení sociální péče jsou dobrými dušemi dobrovolníci, kteří k nim pravidelně docházejí a věnují se společně různým aktivitám. Takových lidí není nikdy příliš a ani dost, proto vznikl projekt „Dobrá duše“, který dobrovolníky za jejich obětavou činnost oceňuje. Do projektu se letos přihlásilo bezmála 30 institucí a téměř 50 dobrovolníků z celé České republiky. Každá přihláška obsahovala jedinečný a obdivuhodný příběh člověka, který se dlouhodobě a nezištně věnuje péči o seniory v domově sociálních služeb.

Prvním oceněným v individuální kategorii byl letos čtyřiaosmdesátiletý dobrovolník Petr Brandeiský, který se angažuje v rámci Židovské obce v Praze a který pomáhá vést dobrovolnickou kavárnu Miriam a spolupřádá výlety pro seniory v rámci Klubu zdraví.

Druhým oceněným putovalo do Vysokého Mýta, kde v Domově pokojného stáří Naděje jako dobrovolníci působí manželé Eva a František Vajrauchovi, kteří se s klienty domova věnují nejrůznějším ručním pracím, tkají s nimi na tkalcovském stavu a vyrábějí předměty ze dřeva.

Jako dobrovolníci jsou činní už takřka 20 let.

Pomáhat i na poslední cestě

Třetím a posledním individuálním oceněním pak zaměřilo do Frýdku - Místku za dobrovolnicí Annou Vyvalovou. Ta se zapojuje do činnosti místní charity a dobrovolnictví se věnuje již úctyhodných 10 let. Práce se seniory se pro ni stala takovým životním naplněním, že v roce 2008 dokonce absolvovala hospicový kurz, který jí umožnil provázet těžce nemocné na jejich poslední cestě.

Ve druhé vyhlášené kategorii „Dobré duše“, v kategorii institucí, pak volba odborné poroty padla na Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradu.

Slavnostního vyhlášení se zúčastnili všichni partneři projektu – Mgr. Jana Hanzlíková, která zastupovala ministerstvo práce a sociálních věcí, dále doc. MUDr. Iva Holmerová za Gerontologické centrum, Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR zastupoval Ing. Jiří Horecký a přišla také Andrea Pisingerová za společnost Hartmann-Rico, která projekt sponzoruje. Moderování slavnostního ceremoniálu se ujali Vladimír Hron a Aleš Cibulka.

(ii)



Jednou z oceněných byla Anna Vyvalová. | Foto: MediaTrust Communications

Společně o hemofilii

Po celé prázdniny a pak až do konce roku představuje jedenáct příběhů dětí s hemofilií fotografická výstava „Společně o hemofilii“.

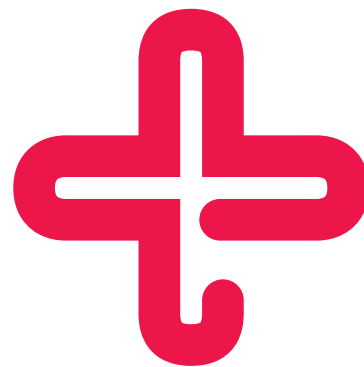
Dne 22. 6. jsme si opět připomněli Národní den hemofilie, který byl poprvé vyhlášen v roce 2011. Jeho smyslem je rozšiřovat povědomí o onemocnění, které je pro mnoho lidí stále velkou neznámou. Široká veřejnost se o hemofilii dozví také prostřednictvím putovní fotografické výstavy o životě dětských hemofiliků. Výstava v letošním roce navštíví města po celé ČR

a otevře tak dveře do světa příběhů života spjatého s hemofií. Po Praze je výstava od 7. 7. až do 31. 8. instalována v Hradci Králové, v prostorách OC ATRIUM Hradec Králové. Od 1. 9. do 31. 10. ji můžete navštívit v OC LETMO Brno. Poslední letošní zastávkou budou České Budějovice, kde bude fotografická výstava od 1. 11. do 31. 12. instalována v IGY Centru.

(red)

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



20 / Téma

Agresivita vůči zdravotnickému personálu



22 / Pediatrie

Výživa kojenců v kontextu jejich optimálního růstu a vývoje



32 / Hygiena

Hygiena práce a prevence svrabu

Agresivita vůči zdravotnickému personálu

Na agresivitu nahlížíme jako na něco negativního, nepatřičného. V minulosti však tato vlastnost hrála velmi důležitou roli. Umožnila lidskému rodu přežít, bojovat, utíkat a hájit si svá práva. Určitou roli hraje agresivita i dnes. Vede nás k touze soupeřit, prosadit se, chránit se, určuje hierarchii a pomáhá formovat vzájemné vztahy.

Agresi definujeme jako destruktivní chování, které směřuje k fyzickému, slovnímu nebo symbolickému útoku vůči jinému jedinci či předmětu. Cílem agrese je druhého zastrašit, zmocnit se objektu nebo ho odstranit, jinému zmařit a sobě zajistit společenské výhody.

S agresivitou se setkáváme téměř denně, třeba při sledování televize, hraní akčních počítačových her, u dětských interakcí a her, v dopravě, při partnerských neshodách, rodinných konfrontacích a mnohdy i v zaměstnání. Napadání jsou policisté, řidiči veřejné dopravy, revizoři, prodáváci, barmani i zdravotničtí pracovníci. Agresivní útoky mohou vycházet od klientů a pacientů, někdy však také přímo od kolegů a nadřízených. Právě agresivita od nadřízených je do jisté míry vysvětlitelná – většina z nich tíhne k cholerickému temperamentu. A právě cholericí mají horší schopnost ovládat se a snaže „vychnou“, vykazují vyšší míru agresivního chování bez ohledu například na výši intelektu.

Agresivita je fenomén, o kterém se hovoří a píše již celá staletí. Jedno z významných děl o agresivitě mezi lidmi napsal filozof 17. století Thomas Hobbes. Roku 1651 ve svém díle *Leviathan* představil myšlenku, že přirozený vztah člověka k jeho bližnímu je jako vztah vlka k vlkům ve volné přírodě („člověk je člověku vlkem“). Od přírody panuje boj všech proti všem. A aby měli šanci na život i ti slabší, musí na lidi dohlížet instituce, která je bude chránit. Agresivitou se zabýval i známý vídeňský psychiatr Sigmund Freud, rakouský zoolog Konrad Lorenz či německo-americký sociolog Erich Fromm. Do dnešní doby bylo provedeno bezpočet experimentů na zvířatech a lidech s cílem definovat hlavní příčiny agresivního chování, určit potenciálně agresivní jedince a naučit se eliminovat

spouštěče agresivního chování. Ač jsme vyzbrojeni řadou teoretických studií, v praxi dosud agresorům plně čelit neumíme.

Není agrese jako agrese

Agresivnímu chování zřejmě nelze plně zabránit. Pokud však budeme o agresivitě dostatečně informováni, můžeme jí v některých případech účinně předjet. Agresivitu dělíme na několik typů. Základním rozdělením agresivity je oddělení agresivity normální a patologické. Agresivita **normální** je přiměřenou odpovědí na nebezpečí (například při napadení). **Patologická** agresivita vyplývá z psychické choroby či poruchy. Charakterizuje ji chorobná tendence ke zlosti a útočným projevům, které nemají adekvátní obsah a podnět. Takový jedinec je potom nebezpečný pro sebe i pro své okolí. Mnohdy se jedná o klienty vězeňské služby.

Agresivitu můžeme dále rozdělit na pět typů podle způsobu provedení. Prvním typem je agrese **otevřená**, která je namířena proti člověku, jenž v agresorovi nepříjemné pocity vyvolal. Když se pacient rozzlobí na sestru, uhoří ji, zakřičí na ni nebo na ni plivne. Tento typ agresivity je častý u dětí a u osob s mentálním postižením. Častěji se vyskytuje u mužů. Druhým typem je agrese **nepřímá**, která je namířena proti významným hodnotám druhé osoby. Je typická pro situace, kdy nemáme odvahu postavit se tváří v tvář tomu, kdo nás rozzlobil. Když má sestra vztah k pacienta, odkopne mu např. přezůvky pod postel nebo mu razantněji zavře šuplík u nočního stolku. Taková agrese je typická spíše pro ženy. Třetím typem je agrese **přesunutá**, kdy si agresor vybíjí vztek na náhradním objektu. Je vcelku častá. Když je zdravotník rozhněván agresí pacienta, přijde domů a vybije si vztek na partnerovi, manželovi nebo dětech.

Čtvrtým typem je **imitativní** agrese, kdy agresor napodobuje chování jiného, dříve agresivně jednajícího člověka (časté u tělesně trestaných či šikanovaných osob). Je to typické pro davové chování (např. chování fanoušků sportovních utkání). Tento typ agrese je umocňován sledováním televize a hraním agresivních počítačových her. Abychom snížili riziko imitativní agrese ve zdravotnictví, je vhodné agresivního pacienta od ostatních pokud možno separovat.

Posledním typem je **autoagrese**, což je agrese zaměřená vůči sobě. Jejím projevem je sebepoškozování nebo sebevražda. Setkáme se s ní nejčastěji u depresivních nebo mentálně postižených osob. Před několika lety byla poměrně populární i u dospívající mládeže (životní a kulturní styl emo).

Podle způsobu provedení potom agresivitu dělíme na mentální, verbální, neverbální, grafickou a útočnou. **Mentální** agresivita se odehrává pouze v našich myšlenkách, např. když někomu přejeme něco zlého nebo ho v duchu proklínáme. **Verbální** agresivita je vlastně slovním napadáním, zahrnuje rozličné nadávky, urážky, pokřikování, hanlivé vtipy, sarkasmy apod. **Neverbální** agresivita se projevuje v našich gestech, v mimice, v našem tělesném postoji. Lze ji vyčíst ze zaťatých pěstí, napnutých svalů, zúžených zornic, zkrížených paží, semknutých rtů nebo předsunuté brady. **Grafická** agresivita se projevuje rozličnými čmáranicemi v knihách, sešitech, na psacích stolech, nočních stolcích, zdech, fasádách a automobilech. **Útočná** agrese je potom přímým fyzickým napadením druhého člověka. Podle výzkumů nejvíce tíhneme k verbálním projevům agrese. Češi vykazují o něco vyšší míru agresivity než je v Evropě průměrem.



Ilustrační foto: Shutterstock

Agresivita ve zdravotnictví

Agresivita ve zdravotnických zařízeních má svá specifika. Zdravotníci jednají tváří v tvář lidem, kteří čelí těžké životní zkoušce v podobě nemoci, hospitalizace, bolesti a nejistoty. Zdravotničtí pracovníci jsou konfrontováni s mnohdy negativními emocemi pacientů a jejich příbuznými, přičemž musejí bezchybně plnit běžné pracovní úkoly, spolupracovat v týmovém duchu se svými kolegy a efektivně komunikovat s lékaři, nadřízenými a jinými odborníky.

Toto všechno může být zdrojem napětí, stresu, vyčerpání a může vést až k syndromu vyhoření. Jak tomu předjet? Jednoznačně prevencí. Při práci s agresivními pacienty se nejvíce osvědčila dvě základní preventivní opatření, a to dostatečná informovanost a proškolení zdravotnického personálu a jasné metodické postupy daného pracoviště pro zvládnání agresivního pacienta.

Nezbytná je rovněž péče zaměstnavatele o tělesné a duševní zdraví zaměstnanců – vždyť práce zdravotníků je značně psychicky a na mnohých odděleních i fyzicky náročná. Zdravotníci by měli mít možnost sdílet své zkušenosti v supervizních skupinách, které se velmi osvědčily nejen v zahraničí, ale i na mnohých českých pracovištích. Supervize nemusí být finančně náročná – supervizorem může být nejen placený odborník, ale i dostatečně vzdělaný pracovník (např. psycholog) ze spřátelené instituce. Supervize pak může fungovat formou vzájemné spolupráce. Zdravotničtí pracovníci by také mohli čerpat bonusy na tělesnou a duševní regeneraci, třeba formou poukázek do fitness center, solných jeskyní nebo na masáže. Pracovník, který bude v dobré tělesné i duševní kondici, mnohem lépe a klidněji zvládne agresivní výpady problémového pacienta. Naopak unavený, vystresovaný a podrážděný zdravotník

agresivní jednání pacienta spíše podnítí.

Příčiny agrese vůči zdravotníkovi

Za nejčastější příčinu agresivního chování pacienta je považován stav intoxikace po požití alkoholu nebo drogy, pocit křivdy nebo nespravedlnosti, zklamání, frustrace, pocit ohrožení, afekt, zvyk, strach, pocit bezmoci, provokace nebo konfrontace, ponížení, bolest, obtěžování (např. opakujícími se otázkami) a pocit sounáležitosti s agresivně laděným davem. K agresivitě pacientů také přispívají dlouhé čekací doby, předbírání, chybějící, protichůdné či chybně podané informace a také image zdravotnického personálu.

Agresori mají tendenci vybíjet si svůj vztek na osobách, u nichž mají pocit, že si to mohou dovolit. Nejčastěji jsou napadeny ženy, které se chovají submisivně, jsou introvertní, mají nízké sebevědomí, mluví tiše, nevýrazně, klopií zrak, dívají se do země, chodí tiše, působí plaše, mají nevýraznou mimiku, úsporné pohyby, nosí vlasy v culíku, jsou příliš hubené nebo tlusté, vykazují nějaký handicap.

V rámci prevence by se sestry měly naučit (ostatní zdravotnický personál samozřejmě také), jak mají před pacientem vypadat, aby nepůsobily příliš provokativně nebo zranitelně. Také by měly umět jednat s pacientem, který se chová agresivně, a měly by si nacvičit jak jednat pokud možno na konkrétních pracovištích (kde jsou umístěna bezpečnostní tlačítka, kde se mohou zamknout, kam mohou utéct, na koho se obrátit). Součástí kurzu by měly být nejen teoretické poznatky, ale i proškolení v psychologických a fyzických způsobech zvládnání agresivních pacientů.

Efektivně proti agresivitě

Agresivní útok pacienta zpravidla nevznikne okamžitě. Většinou se jedná o delší proces. Pokud do něj poučený zdravotník vhodně zasáhne, může se ataku zcela vyvarovat. Zdravotník, který si všimá neverbálních projevů pacienta, může snadno rozpoznat stoupající

Výživa kojenců v kontextu jejich optimálního růstu a vývoje

Zdravá výživa zabezpečuje fyziologickou činnost organismu v dospělosti a v dětském věku je nevyhnutelným předpokladem zdravého tělesného a duševního vývoje. Kojenecké období je nejsenzitivnější, kvalita a množství stravy ovlivňuje růst a vývoj dítěte a má úzký vztah k vývinu případných budoucích onemocnění, jako jsou metabolický syndrom a kardiovaskulární choroby.

V průběhu prvního roku života dítěte dochází k dozrání GIT, ledvin, CNS a imunitního systému, jakož i mechanismů látkové přeměny organismu. V tomto období dítě nejintenzivněji roste, vyvíjí se po stránce psychické, pohybové i sociální a také si vytváří základní stravovací návyky, které ho potom provázejí celým životem. Proto je nutné klást důraz na správnou výživu, ze které dítě čerpá nejen energii, ale i stavební látky potřebné pro růst a vývoj. Z hlediska výživy můžeme první rok života rozdělit do tří základních časových úseků, které na sebe volně navazují:

- 1. období výlučné mléčné výživy** (od narození do 4. měsíce) – dítě je kojené nebo živěné umělými mléčnými přípravky,
- 2. období nemléčných příkrmů** (5.–7. měsíc) – v tomto tzv. přechodném období dostává dítě zásadně lžičkou k mléčným dávkám kašovitě příkrmy upravené pro toto věk,
- 3. období plné kojenécké výživy** (8.–12. měsíc) – poslední období výživy kojence je charakterizované kompletní kojenou výživou a zpomalením tempa tělesného vývoje. Strava v tomto období se již přibližuje složení stravy dospělých. Jednotlivá období nejsou určována pouze funkční schopností zaživacího traktu dítěte, ale také jeho psychomotorickým vývojem a funkční schopností ledvin. Vždy je nutné přihlídnout k individuálnímu vývoji dítěte.

Kojení

Kojení je forma sociální interakce matky a dítěte. Vzniká a formuje se na bázi sociálního učení, akceptování vzorů a užívaných forem chování.

K hlavním zásadám správné techniky kojení patří hygiena prsu před kojením, zvolení vhodné vzájemné polohy matky a dítěte a správné přiložení a přísátí dítěte.

Mateřské mléko je svým složením a vlastnostmi jedinečné pro výživu novorozenců a kojenců do ukončeného 6. měsíce života, potom s ostatní stravou až do 1.–2. roku života. Mateřské mléko je zdrojem energie, výživových látek a vody, které jsou pro novorozence a kojence potřebné. Během prvních dní se mění jeho složení, stejně jako v průběhu dne a také jednoho kojení. V posledních dnech gravidity a v prvních dnech po porodu se začíná tvořit kolostrum. Následně se tvoří mléko přechodné a potom zralé mateřské mléko.

Lidské mateřské mléko obsahuje nejméně bílkovin ze všech živočišných druhů a toto množství je pro dítě optimální. Kvalitativně dojde po natrávení mléka žaludeční kyselinou k tvorbě hrudek a vloček kaseinu a od mléka se oddělí nažloutlá tekutina – syrovátka, která se velmi dobře vstře-



ilustraci foto: Shutterstock

bává, urychluje vyprazdňování žaludku, a tak podporuje trávení. Mateřské mléko obsahuje 70 % syrovátky a 30 % kaseinu, zatímco kravské mléko pouze 18 % syrovátky a až 82 % kaseinu. Relativně nízký obsah bílkovin v mateřském mléce je postačující pro optimální růst kojeneckých dětí a zároveň představuje příznivě nízkou zátěž pro nezralé ledviny. Nejvariabilnější složkou mateřského mléka je tuk. Jeho množství se mění v průběhu jednoho kojení. Zadní mléko obsahuje 4–5krát více tuku než mléko přední, které je uvolňované na začátku kojení. Mateřské mléko obsahuje velké množství cholesterolu. Význam této skutečnosti není dosud dostatečně objasněn.

Tab. 1 Protiinfekční faktory v mateřském mléce

Faktor	Účinek
Imunoglobuliny s IgA	inhibice adheze a množení bakterií, zabránění fixace a penetrace toxinů a antigenů
Laktoferin, transferin	inhibice množení bakterií
Lyzozom	bakteriolýza
Komplement (C3, C4)	opsonizace
Interferon	protivirový účinek
Laktoperoxidáza	baktericidní účinek (streptokoky, enterokoky)
B lymfocyty	syntéza imunoglobulinů
T lymfocyty	tvorba a uvolňování lymfokinů a interferonu
Mononukleární fagocyty	syntéza lyzozomu, laktoferin

(Zdroj: Jakušová, Dostál, 2003)

Cukry mají pro výživu kojenců velmi významnou úlohu z hlediska nutriční a imunity dítěte. V mateřském mléce je největším podílem obsažena laktóza, tzv. mléčný cukr, v menším galaktóza a oligosacharidy. Z laktózy dítě čerpá až 40 % energie její přeměnou na glukózu, kterou umí využít každá buňka. Galaktóza zlepšuje vstřebávání vápníku a železa, ale především podporuje růst střevní bakterie *Lactobacillus bifidus* v tlustém střevě, čímž zabraňuje růstu a rozmnožování koliformních a hnilobných bakterií, které mohou být příčinou průjmů. Vitaminy v mateřském mléce jsou většinou obsaženy v dostatečném množství, avšak i to může kolísat podle výživy matky. Protože obsah tuků je nejvariabilnější složkou mateřského mléka, kolísá i obsah vitaminů rozpustných v tucích – A, D, E, K. Vitamin A je v kolostru obsažen v natolik velkém množství, že si dítě od prvních chvil života vytvoří dostatečnou zásobu. Nízká je však koncentrace vitamínu D, proto je potřebné podávat jej ve formě kapek. Minerální látky a stopové prvky jsou v mateřském mléce obsaženy v dostatečném množství, pokud ovšem sama žena netrpí jejich nedostatkem. Mateřské mléko obsahuje ochranné látky, které mají přímý a nepřímý antimikrobiální účinek, ale také stimulují vývoj imunitního systému, mají

protizánětlivý účinek a ovlivňují imunologické funkce organismu (viz tab. 1).

Význam kojení

Kojení má význam z hlediska:

- **Výživového** – mateřské mléko představuje optimální poměr jednotlivých živin, vitaminů a minerálních látek, kterými pokrývá všechny měnící se nutriční potřeby kojence.
- **Fyziologického** – díky svému složení se mateřské mléko výborně vstřebává, tráví a minimálně zatěžuje trávicí a vylučovací systém dítěte.
- **Imunologického** – mateřské mléko zabezpečuje postnatální adaptaci na vnější prostředí, chrání dítě před infekcí a podílí se na vývoji imunitního systému.
- **Psychologického** – kojení významně přispívá k tvorbě pozitivního psychosociálního prostředí, k navázání a udržování citového vztahu.

Umělá výživa

Pokud matka nemůže své dítě kojit, je možné podávat jako náhradu za mateřské mléko přiměřené mléčné formule. Složení současných přípravků vychází z doporučení WHO, EHS a ESPGHAN. Jejich výživová hodnota je téměř na úrovni porovnatelné s mateřským mlékem, nikdy však nenahradí biologickou komplexnost výživy kojením.

A. Základními mléčnými formulami jsou mléka počáteční, pokračovací umělá a juni-or mléka.

• **Počáteční mléka** – jsou určena pro novorozence a kojence do 6 měsíců. Jako zdroj bílkoviny v počátečním mléku se nejčastěji používá kravské mléko nebo sója.

Bílkovina kravského mléka může být:

- neadaptovaná – poměr bílkovin syrovátky ke kaseinu činí 20 : 80,
- adaptovaná – poměr bílkovin syrovátky ke kaseinu je vyšší anebo se rovná 1.

Většina počátečních umělých mlék na našem trhu obsahuje adaptovanou bílkovinu.

Podle druhu cukrů rozdělujeme počáteční mléka na:

- adaptovaná – obsahují výhradně mléčný cukr laktózu. Kojenci by měli hlavně v prvních 4 měsících života dostávat přednostně mléka, která obsahují výhradně laktózu. Mateřské mléko obsahuje pouze laktózu a v menším množství oligosacharidy, které mají funkci prebiotik.

- částečně adaptovaná – kromě laktózy obsahují i další cukry (glukóza, maltodextriny, fruktóza, frukto-oligosacharidy).

Tuky – v počátečních mlékách kryjí asi polovinu energetické potřeby dítěte. Obsah tuků má být s větším množstvím kyseliny linolové než kyseliny linolenové.

• **Pokračovací umělá mléka** – jsou určena dětem od ukončeního 6. měsíce do 3 let věku dítěte. Nejsou vhodná jako jediná výživa a mají se podávat dětem až od okamžiku, kdy dostávají alespoň jeden přírůstek. Pokračovací mléka mají obsah bílkovin jako neadaptovaná mléka, poměr syrovátky a kaseinu 20 : 80, tedy nepřizpůsobený mateřskému mléku. Obsahují několik druhů sacharidů a nesmí obsahovat lepek. Jsou obohacena o železo, jód a zinek. Kojenci, kteří jsou živěni příkrmy s vysokým obsahem bílkovin a pijí neupravené mléko, mají ve věku 6–12 měsíců dva- až třikrát více bílkovin, než je doporučená dávka. Právě proto mají všechna pokračovací mléka snížený obsah bílkovin v porovnání s neupraveným kravským mlékem.

• **Junior mléka** – jsou určena pro starší kojence a batolata, obsahují dostatečné množství potřebných doplňkových živiných látek (železo, jód, vitamín D) spolu s probiotiky, která zvyšují jejich výživovou hodnotu, a jsou doporučována k zařazení do jídelníčku dítěte po ukončení 1. roku živo-

ta. Bohužel u nás je u těchto dětí stále rozšířené podávání pasterizovaného odtučněného mléka, které však není vhodné, protože obsahuje více bílkovin a postrádá obsah esenciálních mastných kyselin a vitamínů rozpustných v tucích.

B. Terapeutické mléčné formule – jsou svým složením určeny pro děti se specifickými zdravotními problémy.

• **Hypoantigenní přípravky preventivní a léčebné** – úloha hydrolyzovaných mlék spočívá ve snížení alergicity všech složek mléčné bílkoviny. Formule s nižším stupněm hydrolyzy (HA mléka) jsou určeny pro prevenci alergie na bílkovinu kravského mléka a formule s vysokým stupněm hydrolyzy jsou využívány pro léčbu alergie na bílkovinu kravského mléka.

• **Antirefluxní mléka (AR formule)** – jsou mléka zahuštěná přidáním bramborového škrobu nebo vlákniny ze svatojánské chleba. Tato mléka mohou zmírnit časté zvracení nekojených dětí.

• **Mléka pro nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností** – svým vyšším obsahem bílkovin a díky dalším specifickým vlastnostem vyhovují potřebám této skupiny novorozenců a kojenců. Mají větší množství energie, minerálů a obsahují specificky upravené tuky a cukry tak, aby byla dobře stravitelná.

• **Přípravky se sníženým obsahem laktózy** – jsou určeny pro děti, které netolerují laktózu. Mohou být použity přechodně u velmi vzácného primárního (vrozeného) nebo sekundárního (získaného) deficitu laktázy v důsledku prodělané závažné enteritidy. Intolerance laktózy je způsobena chyběním enzymu laktázy. Projevuje se neprospliváním, meteorismem, průjmami.

C. Ostatní mléka – surové kravské mléko přímo od krávy není vhodné pro děti z důvodu vysokého rizika vzniku alergie a dalších hygienických rizik. Pro děti do 2 let života nejsou vhodná ani pasterizovaná mléka s redukováným množstvím tuku. V rámci výživy kojenců by nemělo být používáno ani kozí mléko, a to pro svůj vysoký obsah bílkovin, tuků a minerálů (viz tab. 2).

Zařazování příkrmů

Klíčovým momentem ve výživě kojenců je i zavádění tzv. komplementární výživy vhodného složení a ve vhodné době. Komplementární výživa (KV) je defi-

Tab. 2 Přípravky náhradní mléčné výživy

Základní mléčné formule	Terapeutické mléčné formule
Počáteční mléka	Hypoantigenní mléka – preventivní a léčebná
Pokračovací mléka	Antirefluxní mléka
Junior mléka	Přípravky se sníženým obsahem laktózy
	Mléka pro nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností
	Formule na bázi sóji

(Zdroj: Šašinka a kol., 2007)

nována jako nemléčná výživa složená z jídla nebo tekutin, které se podávají k mateřskému mléku či mléčným formulím. Předpokladem zařazení KV je psychomotorická a fyziologická zralost kojenců, které je dosaženo nejdříve na konci 4. měsíce života. Optimální zařazení KV u zdravého kojence je mezi 17. a 26. týdnem. Jako první nemléčný přírůstek se do výživy kojenců zařazuje zelenina, aby si dítě nezvykalo na sladkou chuť, protože později by mohlo nesladké příkrmy odmítat. Začíná se jedním druhem zeleniny (např. vařená mrkev, brambory) a potom vždy s odstupem 2–4 dní se přidává další jeden druh (cuketa, baklažán, fenykl, pastinák, petržel, kedlubna, květák, špenát, pórek a jiné). První přírůstek podáváme ve formě hladké kaše, není rozhodující, zda před kojením nebo po kojení. Podáváme ho malou lžičkou v dávce 1–2 lžičky příkrmu 1–2krát denně, postupně množství zvyšujeme. V tomto období je mateřské mléko stále ještě hlavním zdrojem tekutin, živin a energie. Cílem prvních 2 týdnů je, aby se dítě naučilo jíst kašovitou stravu ze lžičky. Maso je pro dítě v tomto věku největším zdrojem železa, přírůstek připravíme ve formě polévky, později můžeme přidat rýži. Přírůstek obohatíme dvěma kávovými lžičkami rostlinného oleje, čímž zabezpečíme přiměřenou dávku polynenasycených mastných kyselin. Přírůstek zásadně nesolíme po celý první rok života dítěte. Masovozeleninovým příkrmem postupně nahradíme jednu mléčnou porci mateřského nebo umělého mléka. Jako druhý přírůstek podáváme ovoce ve formě hladké kaše. Začínáme banánem anebo jablkem, později podáváme každý nový druh ovoce s odstupem 3–4 dní. V 6–8 měsících podáváme pyré z více druhů ovoce anebo zeleniny. Ovocnozeleninový přírůstek nepřislazujeme, aby si dítě zvyklo na chuť ovoce a zeleniny. Citrusové plody a kiwi se v prvním roce života nedoporučují. Maso do příkrmu zařazujeme postupně 6krát týdně a zvy-

šujeme jeho množství. Jednou týdně podáváme namásto masa vařený vaječný žloutek. Do ovocného pyré můžeme v 7–8 měsících věku dítěte přidat neslazený bílý jogurt. Tvaroh se v prvním roce života nedoporučuje, protože má vysoký obsah bílkovin. S rozvojem pohybových funkcí ruky a prořezáváním zubů začínají být kojenci schopni uchopovat do ruky potraviny, dát si je do úst a žvýkat je. Je potřebné, aby jim tyto potraviny byly nabízeny, např. kousek rohlíku anebo chleba. Jídlo nesolíme, nekoreníme, nepřislazujeme. Slaná jídla kladou velké nároky na ledviny kojenců, jejichž funkce ještě dožívá. Ani ovocné příkrmy není vhodné přislazovat. Ovoce obsahuje ovocný cukr a přidáním řepného cukru, který používáme v kuchyni, je nadbytečným zdrojem energie, jež organismus dítěte zatěžuje. Zvyšuje se tím také kazivost zubů. V rámci prevence zubního kazu je důležité i vyloučení sladkých nápojů a džusů, které nemají být součástí kojenecké stravy. Jako sladidlo není vhodný ani med. Podle doporučení ESPGHAN by med neměl být podáván dětem do 12. měsíce života pro riziko botulismu. Vyhýbat bychom se měli i umělým konzervačním prostředkům, umělým sladidlům, kečupu a hořčici. Okolo 9. měsíce věku dítěte, v závislosti na vývoji mléčného chrupu a schopnosti dítěte kousat, zařazujeme do jídelníčku syrovou zeleninu a větší kusy masa pro podporu žvýkání. Množství vypitého mléka by nemělo být menší než 500 ml za den.

Lepek a doplňky mléčné výživy

• **Zařazování lepku** – lepek je možné do stravy zavádět postupně v malých množstvích již od 4. měsíce života. Náhle zařazení ve větším množství může zvýšit riziko rozvoje celiakie. Podle doporučení ESPGHAN má být lepek do stravy dětí zaváděn v malých množstvích v období mezi 4.–6. měsícem, nejlépe pokud je dítě kojené.

• **Doplňky mléčné výživy** – děti kojené i krmené umělou výživou mají dostávat přídavky vitamínu D a K. Podávání vitamínu D je nutné v rámci prevence rachitidy. Od 14. dne života dítěte se doporučuje jeho podávání všem dětem v dávce 400–800 IU. Na Slovensku podáváme vitamin D3 – Vigantol olej 1krát 2 kapky. Vitamin D je rozpustný v tuku, proto dáme na lžičku mateřské nebo umělé mléko, do kterého přidáme 2 kapky vitamínu D a takto ho podáme dítěti. Vitamin K podáváme jako preventivní časné a pozdní formy krvácivé choroby novorozenců a kojenců, a to v dávkování 1 kapka týdně v prvních 6 týdnech života (Kanařit). Poté podáváme pouze jednou měsíčně po dobu vylučného kojení. Pokud dítě dokrmujeme umělým mlékem, podávání vitamínu K není potřebné. Podáváme jej stejným způsobem jako vitamin D.

Doporučení pro výživu kojenců

Na základě dosavadních poznatků a studií o správné výživě kojenců byla vydána následující doporučení:

- Výlučné kojení do 6. měsíce života.
- Optimální období pro zahájení komplementární výživy u zdravého kojence je mezi 17. a 26. týdnem.
- Vynechání nebo pozdější zařazování potenciálně alergenních potravin, jako jsou ryby nebo vajíčka, vede k eliminaci alergií u kojenců.
- Neupravené kravské mléko není vhodné podávat jako hlavní nápoj do 12. měsíce života. Je akceptované podávání malého množství mléka, které je součástí komplementární výživy.
- Lepek má být do stravy dítěte zařazen v malých množstvích v období mezi 4. a 6. měsícem, nejlépe pokud je dítě kojené. Zahájení expozice lepku u dětí mladších než 4 měsíce a starších než 7 měsíců zvyšuje riziko vývoje celiakie, DM 1. typu a alergie na pšenici.
- Vegetariánská a veganská strava se jako komplementární výživa pro kojence nedoporučuje z důvodu nízkého obsahu železa a esenciálních mastných kyselin.

Literatura u autorek

PhDr. Iveta Ondříková, Ph.D.,
Katedra ošetrovatelstva PU v Prešove,
ondrioi@unipo.sk
MUDr. Anna Sinaiová, Ph.D.,
Perinatologické centrum FNŠP Prešov
PhDr. Slávka Mrosková, Ph.D.,
Katedra ošetrovatelstva PU v Prešove

Hypoglykemie – limitace dobré kompenzace diabetu

Hypoglykemie je stav patologicky snížené glykemie, provázený klinickými, humorálními a biochemickými projevy.

Numericky vyjadřují hodnotu hypoglykemie různé společnosti odlišně. Hladinu krevního cukru pod 3,9 mmol/l kdykoli během dne udává Americký Diabetes Association (ADA), pod 3,0 mmol/l nalačno European Medicines Agency (EMA) a pod 4,0 mmol/l v klinické praxi u pacientů léčených inzulínem nebo SU Canadian Diabetes Association (CDA) (Diabetes Care 2005;28:1245-9; 3. Yale et al. Canadian J Diabetes 26:22-35). Klinicky se hypoglykemie projevuje širokou škálou objektivních a subjektivních vegetativních a neuroglykopenických příznaků, které korelují s věkem, pohlavím, délkou trvání diabetu mellitu (DM). Symptomy hypoglykemií jsou ovlivněny přítomností pozdních komplikací, frekvencí opakujících se hypoglykemií, užíváním terapií, dietními návyky a nepravděpodobnou fyzickou aktivitou.

Faktory ovlivňující hladinu krevního cukru

- **Faktory snižující glykémii:**
 - inzulin,

- GLP-1 (*glucagon-like peptid*),
- GIP (*glukózo-dependentní inzulinotropní peptid*),
- somatostatin (hormon, který se tvoří v D buňkách slinivky břišní),
- podvýživa,
- jaterní insuficience – nedostatečnost (↓ glykogen, ↓ glukoneogeneze),
- renální insuficience (↓ glukoneogeneze, ↓ eliminace inzulinu a perorálních antidiabetik – PAD), farmaka (PAD, inzulin...),
- energetický výdej, pohybová a aktivita.

- **Faktory zvyšující glykémii:**

- glukagon (polypeptický hormon produkovaný A buňkami pankreatu, který působí proti účinku inzulinu),
- kortison (hormon tvořený kůrou nadledvin),
- adrenalin (hormon tvořený dřeví nadledvin – hormon stresové reakce),
- STH (somatotropin, růstový hormon),
- obezita,

- farmaka (kortikosteroidy, interferony...),
- energetický příjem.

U nemocných na inzulínové léčbě bývá příčinou vzniku hypoglykemie nerovnováha mezi aplikovaným inzulínem a stravou s přizpůsobením fyzické aktivity. Také onemocnění jater a renální nedostatečnost zvyšují riziko hypoglykemie, popř. užití alkoholu nebo jiných návykových látek. Alkohol působí cestou ovlivnění jaterní produkce glukózy. Na vzniku poklesu krevního cukru se podílejí i ostatní vlivy, jako např. pobyt v extrémně teplém prostředí. Příznaky hypoglykemie souvisejí s nedostatečným zásobením mozkových buněk glukózou.

Reakce organismu na pokles koncentrace spočívá v aktivaci sympatického nervstva, jež vede k typickým příznakům a umožňuje nemocnému na hypoglykémii adekvátně reagovat (adrenalin, noradrenalin, glukagon). U nemocných s dlouhodobým trváním diabetu mohou v rámci autonomní neuropatie tyto pří-

znaky chybět, a tak narůstá nebezpečí nepoznaných a závažných hypoglykemií.

K příznakům vegetativní hypoglykemie patří palpitate, pocení, úzkost, hlad, třes. Projevit se může i jako bledost, tachykardie a rozšíření pulsového tlaku.

Mezi příznaky neuroglykopenické hypoglykemie se řadí slabost, únava, bolesti hlavy, zmatenost, změny chování a nálady, nesoustředěnost. Projevuje se hypotermií, poruchami řeči, křečemi, případně kómatem.

Hypoglykemie jako psychologická bariéra

Hypoglykemie je nejen nepříjemným doprovodným projevem léčby diabetu, u pacientů navíc vyvolává i obavy ze ztráty vědomí, poškození mozku, u mnohých i strach z možnosti náhlé smrti. Pro nemocné s DM je „hypoglykemický zážitek“ natolik nepříjemný, že raději udržují nižší hodnoty svých glykemií vyšší (10-12 mmol/l), aby se tomuto stavu vyhnuli. Snižují dávku inzulinu (popř. PAD) a noční spánek je pro ně stresem. Strach z hypoglykemie se přenáší i na rodinné příslušníky.

Ze studií vyplývá, že více než 60% nemocných a také nad 70% lékařů by nastavilo intenzivnější léčbu diabetu nebýt hrozby hypoglykemie.

Hypoglykemie se ukazuje být velkou překážkou v dosažení uspokojivé kompenzace diabetu.

Spolupráce a edukace nemocného je velice náročná. Problematická situace nastává také u nemocných s vegetativní neuropatií se syndromem nerozpoznané hypoglykemie z důvodu opakujících se hypoglykemií.

Edukace je zaměřena cíleně na příčiny, projevy a správnou reakci na vzniklou situaci.

Selfmonitoring glykemií je nezbytný, ale efektivní pouze tehdy, je-li nemocný na výkyvy krevního cukru schopen samostatně reagovat jak při běžném každodenním režimu, tak i při zvláštních situacích, jako je nemoc, cestování, větší fyzická aktivita, náhlé změny během pracovních aktivit apod.

Pro možnost optimalizace hypoglykemie lze využít moderní metody 24hodinové kontinuální monitorace glykemií (*continual blood glucose monitoring*, CBGM), která napomáhá objektivizaci a vyhledávání hypoglykemií.

Budoucnost léčby diabetu 2. typu se opírá o použití léků na bázi inkretinových působků s šetrnějším efektem a nižším rizikem hypoglykemií. U diabetu 1. typu je trendem použití inzulínových analogů v intenzifikovaných režimech a kombinaci s častým *selfmonitoringem*. Léčba inzulínovou pumpou nese též výhody v šetrnějším dávkování inzulinu a tím snížení rizik hypoglykemií.

Milada Koukalová,

Diabetologické centrum při 2. IK, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, milada.koukalova@fnusa.cz

Lidská důstojnost u terminálně nemocných

Lidská důstojnost a její respektování ovlivňuje kvalitu našeho života ve zdraví i v nemoci. Je to hodnota lidského bytí, kterou neztrácíme s věkem a nikdo nám ji nemůže vzít. Náleží nám až do smrti.

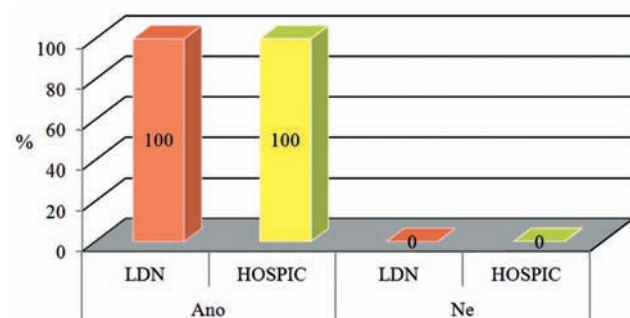
Existují však lidé, kteří si neuvědomují její křehkost a především skutečnost, jak snadno dochází k jejímu narušení. Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu, nevýjímaje terminálně nemocné.

Péče v posledních dnech

Terminální fáze nemoci je konečné období života trvající poslední týdny, dny až hodiny. Postupně dochází k ireverzibilnímu zhoršování celkového zdravotního stavu v důsledku selhávání základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh). Nejčastější obtíže, které narušují tělesný komfort pacienta v posled-

ních chvílích života, jsou bolest, dušnost a chrčivé dýchání, nevolnost až zvracení, suché sliznice, neklid a zmatenost. Veškerá péče je zaměřena na zmírnění utrpení a zajištění důstojné a klidné smrti. **Otevřená a upřímná komunikace** je nedílnou součástí kvalitní péče. V situacích, kdy je stanovena smrtelná diagnóza, je nutné otevřeně hovořit o možnostech léčby, rychlosti progresu, následcích a omezeních, která jsou s danou nemocí spojená. Významnou roli zde zastává především lékař, ostatní zdravotníci, ale i rodina, která zajišťuje psychickou podporu nemocnému. Období mezi ukončením aktivní terapie a smrtí pacienta je zcela individuální. **Poskytovaná paliativní péče** umožňuje zmír-

nění tělesných příznaků, utrpení, připravuje tak pacienta a jeho rodinu na přicházející smrt. Nastává zde čas pro tišení úzkosti, sdílení strachu a smutku pacienta. Při přechodu nemoci do terminálního stadia je nezbytné zajistit pacientovi adekvátní, komplexní a citlivou péči. Jejím cílem není smrt oddálit ani zastavit, ale plnohodnotně prožít poslední chvíle života. Péče umírajícímu zajišťuje klidnou a důstojnou smrt, zaměřuje se na zmírnění tělesných i psychologických obtíží, psychologickou a spirituální podporu pacienta a psychologickou podporu rodiny a blízkých. Respektováním přání pacienta i příbuzných docílíme zlidštění péče o terminálně nemocné. Podsta-



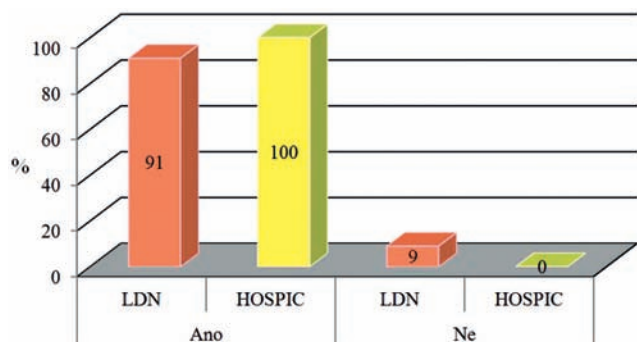
Důležitost respektování důstojnosti u terminálně nemocných

toho péče je především zabezpečení toho, aby pacient neumíral osamocen, bez svých blízkých, a pokud je nemá nebo o něho nestojí, abychom při něm zůstali my, zdravotníci.

Lidská důstojnost a její respektování

Důstojnost člověka neboli základní hodnota lidského bytí je považo-

vána za jednu z nejvyšších hodnot kvality života podmíněnou zdravotním stavem a poskytováním zdravotní a sociální péče. Z etického a mravního aspektu je ochrana lidské důstojnosti nepostradatelná i u pacientů v těžkém zdravotním stavu, terminálním stadiu onemocnění, bezvědomí a další. Respektování těchto bezmocných a zranitelných pacientů je důležité



Poskytování paliativní péče v LDN a hospici

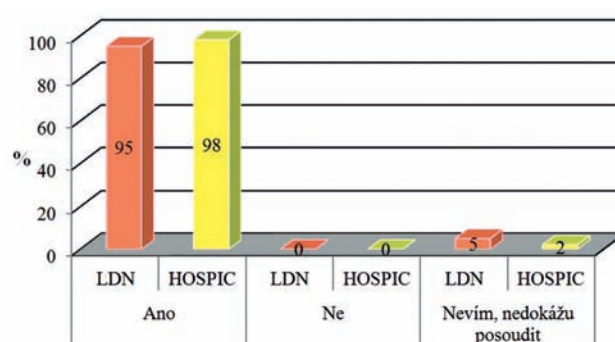
i pro jejich rodiny, spolupacienti a v neposlední řadě pro ošetřující zdravotnický personál, u kterého ovlivňuje úroveň poskytované péče a vlastní sebehodnocení.

Důstojná péče by měla být projevem naší lásky k bližnímu. Pečovat, starat se o někoho, znamená odkrýt své nitro, věnovat svůj čas, náklonnost, zájem a podporu s cílem zlepšit snesitelnost dané situace.

Lidská důstojnost by měla být respektována v následujících oblastech: úcta, komunikace, sociální integrace, autonomie, soukromí, hygiena a osobní úprava, stravování, stíznosti, zneužívání, *whistleblowing* (vyjadřuje udávání či donášení v pozitivním slova smyslu).

Průzkumné šetření a jeho výsledky

V průzkumu jsme se zaměřili na problematiku respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných z pohledu všeobecných sester v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Hlavním cílem bylo zhodnotit přístup všeobecných sester k respektování lidské důstojnosti u terminálně nemocných při poskytování paliativní péče. Dílčí cíle se zaměřovaly na uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb, zhodnocení dodržování zásad důstojné komunikace, zjištění možných rozdílů v poskytování důstojné péče o terminálně nemocné v hos-



Dodržování zásad důstojné komunikace

picích a v LDN. K získání potřebných dat byla použita metoda dotazníkového šetření u 110 všeobecných sester.

98% dotazovaných tvořily ženy. Mezi kladné výsledky dotazníkového šetření jistě patří fakt, že se sestry snaží respektovat lidskou důstojnost a poskytovat paliativní péči. Bohužel však pouze 77% ví, co je to paliativní péče. 100% respondentů zajišťuje biologické a psychické potřeby, sociální pouze 95% a duchovní 88%. Zásady důstojné komunikace dodržují sestry v LDN v 95%, v hospici v 98%. Nejčastěji své klienty sestry oslovovaly pouze příjmením nebo příjmením s případnými tituly, nejméně využívají možnost oslovení

podle přání. Souvisejícím problémem je také podávání informací nemocným, u nichž ve většině případů převládá informování pomocí informovaného souhlasu nebo ústní podání informací. Respektování lidské důstojnosti je důležité pro 100% respondentů a představuje pro ně slušnost, úctu, empatii, holismus, naslouchání, komunikaci, dále také respektování soukromí, práv, přání, názorů, postojů, individuálních potřeb a pohled na člověka jako lidskou bytost. Priority v péči o terminálně nemocné byly v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných shodně ve 43%. Výskyt porušování lidské důstojnosti činí 29%.

Nutná změna celého systému

Z výsledků průzkumu je zřejmé, že rozdíly v péči o terminálně nemocné existují, nejsou však markantní. Je nutné podotknout, že léčebny dlouhodobě nemocných mají jisté rezervy v poskytování důstojné péče, k jejímu zásadnímu zlepšení by však byla nutná radikální změna v celém systému zdravotní péče. Ve srovnání s hospicem nemá LDN takové možnosti a není výhradně přizpůsobena pro péči o terminálně nemocné. Zásadní změny by se jistě týkaly počtu i typu personálu, jejich vzdělání a kvalifikace v oblasti paliativní péče. Nelze také opomenout podmínky, které by umožňovaly větší zaměření na psychické, sociální a duchovní potřeby spolu s větší spoluprací rodiny. Bylo by však dobré, kdyby se v LDN alespoň pokusili o zlepšení nastalé situace. Je nesmírně důležité, abychom si my, zdravotníci, tento problém uvědomovali a šli příkladem, neboť „dobrý příklad není jednou z možností, jak ovlivnit jiné lidi. Je to možnost jediná.“ (Albert Schweitzer)

Literatura u autorek

Bc. Petra Domanská, Mgr. Markéta Sedláková,
Fakulta humanitních studií,
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně,
Petra.Domanska@gmail.com, sedlakova@fhs.utb.cz

Příběh sestry v Saúdské Arábii, díl 7/12 – Jak trávím volný čas

Džidda (angl. Jeddah), město ve kterém se nachází moje nemocnice, je pro hlavní město Rijádu druhé největší město v zemi.

Název se vysvětluje dvěma způsoby. Podle jednoho slovo znamená prostě „pobřeží“. Běžnější je druhý výklad podle arabského *jaddah* – babička. Podle legendy se ve městě nachází hrob Evy, „babičky lidstva“. Tím, že Džidda leží na pobřeží Rudého moře, nabízí možnost trávit volný čas vodními sporty, potápěním, šnorchlováním nebo jen opalováním na pláži v rezortech podobných těm, které známe například z dovolených v Egyptě. Oblíbenější jsou i výlety lodí anebo procházky po nábřeží s výhledem na fontánu, která je uvedena v Guinnessově knize rekordů jako nejvyšší na světě. Může stříkat až do výšky 312 metrů a je vidět z velké dálky. Fontánu městu věnoval král Fahd bin Abdul Aziz, po němž se jmenuje. Byla jsem se podívat i ve zdejší nově postaveném akváriu Fakieh, kde mě obzvlášť nadchla delfíni show.

Letní bruslení

V Džiddě se všude nachází velké množství moderních plastik a uměleckých děl, obvykle na kruhových objezdech. Sochy jsou dílem různých umělců. Často zobrazují prvky

tradiční saúdské kultury, avšak sochy lidí zde nenaleznete, poněvadž islámská tradice nedovoluje zobrazování živých tvorů a zejména lidí. Za návštěvu určitě stojí historické centrum zvané Balad, s typickou architekturou, kde se nachází i tzv. *souq* (v překladu tržiště) plné zajímavých věcí. Vládne tam příjemná orientální atmosféra, line se vůně kadidla a trhovci lákají do svých krámků a smlouvají o cenách. Je tam spousta kavárniček, kde se dá zajít na čaj či kávu a zakouřit si šišu – vodní dýmku.

Téměř na každém rohu jsou roztroušena obrovská centra zábavy s různými atrakcemi. Nedávno jsme si do jednoho zašli zahrát bowling a dokonce si zabruslili na ledě. Přišlo mi vtipné, že jsem na bruslích stála skoro po 20 letech, a to až v Saúdské Arábii, kde se v létě může teplota vyšplhat až k 50 °C. Navíc jsme my holky bruslily v dlouhých abajách, místních tradičních šatech. V místním muzeu jsem byla dokonce třikrát. Je obrovské a ve 4 patrech se nachází skoro 300 místností plných tradiční arabské kultury.

Žádná nuda

Nakupování, nebo jak mi říkáme *shopping*, je místním sportem číslo jedna. V rozelehlych, nablýskaných nákupních centrech tráví celé rodiny asi nejvíce volného času. Když jsme s kamarádkami unavené z práce, je vždy příjemné zajít si do našeho oblíbeného kosmetického salonu. Co mi tady chybí, jsou koncerty mých oblíbených kapel, ale zavděk dávám kamarádům, což jsou také cizinci, kteří zde postupně založili kapely a pořádají jednou za čas vystoupení v některém z mnoha mezinárodních městeček (angl. *compound*), poněvadž shromažďování na veřejných místech za účelem našeho způsobu zábavy zde není povoleno. Obecně se zde na veřejnosti nemohou místní muži a ženy shromažďovat, pokud nejsou příbuzensky spjatí. Například v restauracích jsou místa rozdělena zvlášť pro ženy, muže a rodiny. Veřejně tady nefungují kina, kluby, bary apod. Všechna nám blízká zábava probíhá vždy v některém z mezinárodních městeček, kde se jako cizinci především o víkendech se-



tkáváme. Různé párty pořádají také konzuláty a ambasády. Pokud se nikde nic neděje, ani tak není nakonec nuda. Máme tady k dispozici fitness, bazén, či tenisové kurty anebo si můžeme napláňovat nějaký výlet mimo Džiddu, třeba na velbloudí farmu nebo do pouště, zajezdit si tam na motokárách, či do Taifu, což je městečko v horách, kde jsou mimo jiné k vidění volně žijící opice. Asi před 3 lety jsme s kamarády kempovali v blízkosti kráteru Al Wahbah, což je útvar, který vznikl vulkanickou činností a na dně je pokryt bílými krystaly. Zajímavé jsou také výlety do Rijádu nebo jiných měst

Jsem poctěna, že zde mám spoustu skvělých přátel z celého světa. A přestože Saúdská Arábie má kvůli svým tradicím pověst konzervativní země, sama za sebe můžu říct, že jsem se tady nikdy nenudila. Takto tu tedy trávím volný čas a přistě budu psát o tom, jak ve volném čase cestuji nejen po dalších zemích Orientu.

Mgr. Lucie Karalová



Nefarmakologické možnosti léčby bolesti u dětí

Bolest (*dolor*) je Mezinárodní organizací pro studium bolesti definována jako nepříjemný smyslový a citový zážitek, který je spojen se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována v pojmech takového poškození.

Její původní význam je tedy ochranný, informuje lidský organismus o aktuálním nebo hrozícím poškození. Intenzita bolesti je vnímána subjektivně. Podle délky trvání dělíme bolest na akutní a chronickou. **Akutní** trvá pouze omezenou dobu, a přestože její intenzita může být vyšší, je obecně lépe snášena, neboť obvykle rychle odezní i bez farmakologické podpory. Často funguje jako varovný signál. **Chronická** bolest trvá déle (3-6 měsíců i více). Je buď trvalá, nebo se opakuje a většinou vyžaduje léčbu. Chronizující bolest je přítomná dlouhodobě nebo opakovaně i navzdory odstranění organické příčiny. Jako důsledek psychické poruchy nebo emočního vypětí se objevuje psychogenní bolest.

Z hlediska místa vzniku bolestivých vjemů bolest dělíme na somatickou, viscerální a centrální. **Somatická** bolest vycházející z kůže je označována jako povrchová; vychází-li z pohybového ústrojí, svalů, kloubů nebo vaziva, jedná se o bolest hlubokou. **Viscerální** neboli útrobní bolest vychází z hladké svaloviny stěn orgánů břišní a hrudní dutiny buď při jejich spasmech způsobených nedostatečným prokrvením, nebo je vyvolána působením chemických látek uvolňovaných při zánětu nebo rozpadu tkání. Bývá hůře lokalizovatelná, někdy se jako tzv. přenesená bolest může promítat i do vzdálenějších částí těla. **Centrální** (neurogenní) bolest bývá způsobena drážděním poškozených nebo přerušovaných nervových drah.

Prožívání a projevy bolesti u dětí

Novorozenci včetně nedonošených dětí mají plně vyvinuté struktury pro vnímání bolesti a na bolest reagují, práh vnímání bolesti se však zvyšuje s věkem. Při vnímání bolesti kromě stupně vývoje nervové soustavy hraje významnou roli také aktuální psychický stav. Přítomnost bolesti se projevuje změnami fyziologických funkcí a změnami chování

dítěte (tzv. behaviorální odpověď na bolest). Jedná-li se o bolesti dlouhodobé a intenzivní, mohou ovlivnit charakter reakcí na bolest nejen v pozdějších fázích dětství, ale i v celém dalším životě.

K fyziologickým projevům pak patří vzestup dechové frekvence, snížení potřeby saturace krve kyslíkem, zvýšení krevního tlaku a krevní srážlivosti, tachykardie, zvýšená potivost, snížení vylučování moči a trávicích procesů, katabolismus a imunosuprese. Protože sílí spolu s bolestí. Dalšími nespecifickými ukazateli přítomnosti bolesti u dětí jsou behaviorální projevy. Jsou individuální a s věkem a vývojem dítěte se mění. V bolestivé situaci se dítě projevuje například omezením pohybu nebo naopak hyperaktivitou, určitým fyzickým postojem, grimasami, vzdycháním, pláčem, kvílením, chráněním si částí těla, zvracením nebo vyhledáváním přítomnosti další osoby.

I ty nejmenší děti si na bolest pamatují. Hovoří se o tzv. paměti pro bolest, která se může projevat např. jako úzkost při vstupu do ordinace lékaře nebo při pohledu na konkrétní zdravotnický přístroj. Při opakovaném vystavení situaci se pak zvyšuje rychlost obranných mechanismů a tendence k úniku a mohou přecházet až k agresi v podobě kousání, škrábání apod., nebo naopak vedou ke svalové ztuhlosti, poňukávání a sténání. Starší děti se projevují i verbálně.

Je však potřeba vzít v úvahu také děti, které se s bolestí snaží vyrovnat, záměrně své projevy tlumí a budí zdání, že je nic nebolí. Zejména u dětí v batolecím věku nebo starších má „bolestivé chování“ velmi nízkou vypovídací hodnotu a rozpoznat, že dítě trpí bolestí, je často úlohou rodičů. Na nich je tedy role prostředníka mezi dítětem a zdravotníky, a proto je nutná dobrá informovanost rodičů a komunikace s nimi.

Hodnocení bolesti

Přes soustavné snahy a výzkum v oblasti hodnocení bolesti u dětí

neexistuje dodnes jednotný, všeobecně přijímaný nástroj. V praxi jsou aplikovány dva přístupy: nepřímý, který zahrnuje měření fyziologických a laboratorních parametrů a sledování behaviorálních změn, a přímý přístup spočívající ve vlastním hodnocení bolesti dítětem (*self-reporting*). Správné a přesné hodnocení bolesti u dětí musí zohledňovat řadu faktorů, jako je věk, pohlaví, mentální úroveň, temperament dítěte, typ prožívané bolesti nebo předchozí zkušenosti s bolestí. Zvláště obtížné je hodnocení kvantity a kvality bolesti u dětí, které nejsou schopny verbální komunikace, tedy u novorozenců, kojců a mladších batolat, případně u dětí s těžším mentálním nebo fyzickým postižením nebo s poruchami vědomí. Přímá výpověď spočívá v popisu charakteru, intenzity a trvání bolesti dítětem. Je omezená věkem dítěte, úrovní kognitivního vývoje, případně předchozími zkušenostmi. Z hlediska výpovědní hodnoty je nejdůležitější schopnost pacienta svou bolest subjektivně ohodnotit. Od 18 měsíců věku už děti dokážou bolest vyjádřit slovně, od 3 let dokážou přibližně popsat její intenzitu.

Pro vyjádření intenzity bolesti existuje řada pomůcek využívajících slova, číslice, obrázky, barevné škály nebo mechanické pomůcky. Nejjednodušší pomůckou je vizuální analogová škála (VAS), která umožňuje vyznačit intenzitu bolesti na úsečce, jejíž oba konce odpovídají opačným extrémům – od bezbolestného stavu po nesnesitelnou bolest. U dětí tří- nebo čtyřletých je možné obdobně použít škálu jednoduchých obrázků obličejů vyjadřujících různou intenzitu bolesti. Školní děti mohou bolest označovat (1-5) nebo intenzitu označit na tzv. „bolítočce“, pomůcce, která vypadá jako teploměr s posuvným jezdcem a obsahuje škálu, na níž nula vyjadřuje stav bez bolesti a nejvyšší číslo maximální bolest.

Pro lokalizaci bolesti lze získat relativně přesné informace z tzv. mapy bolesti – dítěti je nabídnou

ta schematická kresba těla chlapce nebo dívky zepředu a zezadu, do které má zakreslit místa bolesti. Pokud je dítě navíc předem poučeno o pravidlech použití různých barev pastelek, lze se dozvědět informace o intenzitě i kvalitě bolesti (pálivá, tupá, svíravá apod.). Opakováním v čase a uchováváním kreseb je možné sledovat vývoj bolesti a účinnost použité analgetické léčby. U starších dětí trpících chronickou nebo opakovanou bolestí jsou ke sledování používány deníky bolesti. Lze využít také strukturované dotazníky.

Příprava na bolestivý zážitek

Obecně lze říci, že bolest u dětí a psychologická příprava na ni jsou často podceňovány, se zdůvodněním, že „starší dítě bolest vydrží a mladší bude křičet tak jako tak“. Tyto postoje ale později mohou vést u dětských pacientů od strachu z lékařů nebo lékařských výkonů přes snahu se jim vyhýbat nebo bránit jejich provedení až k zatajování zdravotnických obtíží. Podcenění takové přípravy může v krajních případech vést až k rozvoji depresivních syndromů v dospělosti. Prevence má smysl nejen u dětí nemocných, jelikož i ty zdravé projdou v prvních letech života řadou vyšetření a bolestivých intervencí, např. očkováním, odběry krve nebo ošetřením zubů.

U bolestivých situací by měla být samozřejmostí profesionalita zdravotnického personálu, vlivnost, optimismus a nenásilné jednání. Pokud se jedná o plánované bolestivé zákroky, odlehčení situace napomáhá příjemný design čekárny i ordinace (vhodné barvy, výzdoba, hračky). Zásadně by měly být použity pouze takové bolestivé diagnostické nebo terapeutické metody, které jsou opravdu nutné. Zdravotník by se měl snažit od rodičů získat informace o předchozích prodělaných bolestivých procedurách, o tom, jak je dítě snášelo, a podle toho zvolit vhodnou nefarmakologickou metodu mírnění bolesti.



Ilustrace: foto: Shutterstock

Přítomnost blízké osoby u vyšetření také snižuje stres a je velmi vítaná, zejména u mladších dětí. Pokud však rodič situaci sám psychicky špatně zvládá, je spíše nevhodná.

Je-li malému pacientovi podáno vysvětlení plánovaného bolestivého zákroku (s ohledem na věk a mentální schopnosti), následnou bolest zvládá daleko lépe, což platí již u batolat. Není správné dítěti tvrdit, že plánovaný zákrok nebude bolet. Dítě má být připraveno na to, že se bolest může objevit, ale zároveň má být ujištěno, že zdravotníci ani rodiče nedovolí, aby jí dítě trpělo, a dokážou mu pomoci. Nemělo by mít dojem, že bolest je trestem. U závažných bolestivých onemocnění se do přípravy a terapie zapojuje herní terapeut – psycholog nebo sestra vyškolení k tomu, aby dokázali potřebné informace dětem podat ve správnou dobu, správně zvolenou formou a s ohledem na jejich individuální potřeby.

Nefarmakologické metody

Vedle prevence a přípravy dítěte na bolestivý zážitek se velmi často uplatňují také nefarmakologické metody zvládání bolesti, které jsou použitelné jak v průběhu bolestivého zákroku, tak i u bolesti z jiných příčin. Většina bolesti v dětském věku je akutní, krátkodobá a mírná, u mnoha z nich postačí právě použití nefarmakologických metod. V léčbě silnějších nebo chronických bolestí bývají nefarmakologické metody také s úspěchem používány, díky některým je možné snížit dávky analgetik až na třetinu. Některé z metod vyžadují provedení odborníkem (např. hypnóza), u jiných postačí odborná instruktáž, řadu metod zvládnou provádět rodiče a existují i takové, díky kterým si děti alespoň částečně dokážou od bolesti ulevit samy. Mohou být také poučeny o různých metodách

úlevy od bolesti a samy si vybrat takovou, která jim vyhovuje. Nejčastěji jsou používány různé metody rozptylování dítěte a odvádění jeho pozornosti od bolestivých vjemů, a to s ohledem na jeho věk a mentální úroveň. U plánovaných zákroků bývá výsledkem zkrácení doby nezbytné pro bolestivý výkon a také snížení počtu zdravotníků potřebných u zákroku. Techniky pasivního rozptylování mají za cíl dítě udržet v klidu, takže sestra nebo rodič mu čte, vypráví nebo zpívá, dítě poslouchá. Aktivní techniky naopak podporují dítě v tom, aby vyvíjelo vlastní aktivitu, např. samo provádělo dechová cvičení, zpívalo nebo hrálo na hudební nástroj aj.

Kognitivní metody

Kognitivní metody jsou užívány spíše u starších dětí. Může se jednat o sledování televize, videohry, odvádění pozornosti formou počítání, poslechu hudby nebo povídání si o tématu nesouvisejícím s bolestí. U nejmenších dětí jsou používány vizuální pomůcky – různé obrázky, zrcátka, kukátka, pestrobarevné, světélkující nebo pohyblivé hračky. Audiální metody zahrnují hudbu, ukolébavky, intrauterinní zvuky. Výzkumy potvrdily, že poslech hudby nebo zpěvu má u dětí s bolestí významný vliv na behavio-

rální reakce, přičemž fyziologické hodnoty zůstávají typické pro bolest. U větších dětí lze využít i techniku řízené imaginace a dítě může být požádáno, aby si představilo sebe na svém oblíbeném místě, např. v zoo, se všemi doprovodnými vůněmi a zvuky. Po „návratu do reality“ je bolest obvykle snesitelnější. Využívá se i metody sugesce, např. dítě vyzveme, aby si představilo, jak bolest vypíná vypínačem jako světlo, postupně tlumí tlačítkem jako zvuk u televize nebo ji ze sebe svléká jako část oblečení. Můžeme také dítě nabádat, aby si opakovalo nějakou pozitivní myšlenku, např. „už to brzo bude za mnou“ nebo „to zvládnou“.

Behaviorální metody

Dítě se soustředí na různá chovávací cvičení, např. hluboké dýchání nebo naopak mělké, rychlé dýchání. Při rytmickém dýchání může dělat např. dva nádechy následované dvěma výdechy s doprovodným citoslovcem „hů“. U menších dětí se jako pomůcka používá bublifuk nebo napodobení sfoukávání svíček na narozeninovém dortu. K uvolnění svalů a křečí vyvolaných bolestí nebo úzkostí slouží např. jóga či progresivní svalová relaxace. Pravidelnou pohybovou aktivitou se stimuluje uvolňování serotoninu a endorfinů, které mají také

vliv na zmírnění bolesti. V léčbě bolestí hlavy a migrén u dětí se uplatňuje metoda tzv. termálního biofeedbacku.

Někdy pomáhá umožnit dítěti vyzkoušet si modelovou situaci – v roli pacienta je hračka a dítě samotné v roli zdravotníka. Při skutečném zákroku pak dítě situaci obvykle snáší lépe. V praxi se osvědčilo také odměňování dětských pacientů v situacích zvládnutých jak dobře, tak i hůře. Dítě má vědět, že je v pořádku, když v bolestivé situaci pláče nebo křičí.

Fyzikální metody

K celkovému zklidnění dítěte napomáhají masáže, hlazení nebo tření. Akupresura, cílený tlak na určité body, vyvolává zmírnění bolesti ve vzdálenějších částech těla. Po návratu jsou si starší děti schopné některé hmaty provádět samy. Doteky a hlazení po tváři a hlavičce jsou efektivní zejména u malých dětí. Tepelné metody – hydroterapie nebo použití elektrických polštářků – uvolňují bolesti svalů a křeče, např. při menstruačních bolestech. Příkladem ledových obkladů a ochlazení vodou jsou u dětí používány daleko méně než u dospělých. Při bolestech zad, kosterního svalstva a kloubů se používají různé fyzioterapeutické metody, u bolesti kloubů je to např. tejpová-

ní (lepením speciálních pásek na kůži jsou pasivně podporovány klouby a vazy). Magnetoterapie je metoda neúčinná, u třetíny pacientů však funguje dobře jako placebo. V léčbě novorozenců panuje zvýšená obava z vedlejších účinků analgetik, a proto se hledaly náhradní metody tlumení bolesti. U donošených i nedonošených novorozenců byl při jednoduchých bolestivých výkonech, např. odběru krve z paaty, podáván roztok glukózy nebo sacharózy asi 2 minuty před zákrokem. Výsledkem byla méně nápadná fyziologická odpověď, zkrácení doby pláče a snížení jeho intenzity. Příznivý účinek patrně spočívá v působení uvolněných endogenních opioidů i v neopioidním, bolest potlačujícím systému, pravděpodobně má vliv i kontakt s rodičem a samotné sání. Sání mateřského mléka má u předčasně narozených dětí na intenzitu prožívané bolesti také pozitivní vliv, i když menší než glukóza. Pro zkrácení doby pláče a zpomalení pulsu se podobně osvědčil i podaný dudlík.

V průběhu nebo po ukončení bolestivé procedury je možné praktikovat tzv. klokanování (*kangaroo mother care, skin-to-skin*), kdy dítě leží na matčině nahém hrudníku, případně je přivinuto k hrudníku matky širokým pruhem

látky. Dalšími možnostmi jsou např. houpání, chování, polohování do klubíčka nebo zabalení do zavinovačky s končetinami v trupu tak, aby se dítě nemohlo příliš pohybovat.

Důležitost odhalení příčiny

Téma léčby bolesti u dětí je velmi široké. Důvodem je jednak právě zmíněná rozmanitost příčin bolesti, s nimi spojená různá intenzita a nutnost zohlednění specifik jejího vnímání u jednotlivých věkových skupin dětských pacientů. V neposlední řadě je obsáhlou tématu dána relativně širokými možnostmi farmakologické léčby bolesti, ale také výběrem nefarmakologických prostředků a metod. V případě bolesti je důležité nejen její zvládnutí coby nepřijemného tělesného projevu, ale především odhalení její skutečné příčiny. Ke zvládnutí a tlumení bolesti jsou voleny rozličné metody a jejich kombinace a výběr se uskutečňuje s ohledem na povahu bolesti.

Literatura u autorek

PhDr. Martina Mukšnábová,
odborná učitelka, VOŠZ Mills Čelákovice,
VOŠZ SRMR Praha,
m.muksnabova@worldonline.cz
Vladimíra Sochová,
studentka VOŠZ Mills Čelákovice,
vladka.sochova@gmail.com

Nozokomiální nákazy jako determinant ošetrovatelské péče

Nozokomiální nákaza je každá infekce exogenního nebo endogenního původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pobytem osob v ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém zařízení z diagnostických, terapeutických nebo epidemiologických příčin. Mezi nozokomiální nákazy patří i ty, jež se manifestují po propuštění do domácí péče.

Nemocniční prostředí patří z hlediska přenosu infekce mezi riziková. Rizikovou můžeme snížit dodržováním hygienicko-epidemiologického režimu a bariérovou ošetrovatelskou péčí.

Podle převažující klinické manifestace rozlišujeme:

- infekce močového systému,
- infekce v místě chirurgického výkonu,
- infekce krevního oběhu (seps),
- infekce dýchacích cest,
- jiné.

Močové infekce, infekce v místě chirurgického výkonu, infek-

ce dýchacích cest a infekce krevního oběhu tvoří dohromady až 90 % všech nemocničních infekcí. K hlavním determinantům vzniku nozokomiálních nákaz patří:

- pramen nákazy,
- etiologické agens,
- prostředí,
- mechanismy a faktory přenosu nákazy,
- vnímavý jedinec.

Mezi původce řadíme všechny druhy mikroorganismů – bakterie, viry, prvoky a houby. Nejčastější jsou bakteriální nozokomiální nákazy vyvolané grampozitivními koky, jako je *Staphylococcus aureus* nebo kmeny rezistentními na me-

thicilin a koaguláza-negativní stafylokoky (*S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis* a další), streptokoky, enterokoky.

Kmen methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus* (MRSA) a methicilin rezistentní koaguláza-negativní stafylokoky (MRCNS) se stávají významným limitujícím faktorem v léčbě bakteriálních infekcí. Nedostatky v hygienicko-epidemiologickém režimu podporují šíření rezistentních kmenů. Pacienti se stafylokokovou infekcí by měli být izolováni od ostatních pacientů. Ochrana personálu a pacientů musí být zajištěna striktním po-

užíváním jednorázových pomůcek a dodržováním bariérové ošetrovatelské péče. Při důsledném dodržování preventivních opatření lze snížit riziko přenosu nozokomiálních nákaz.

Bariérová ošetrovatelská péče

Mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem vzniká velmi úzký a oboustranný kontakt. Zdravotník může být pro pacienta zdrojem nozokomiální nákazy a pacient může být pro zdravotníka zdrojem nákazy profesionální. Bariérová ošetrovatelská péče má zásady, které mají zabránit pře-



Ilustrační foto: Shutterstock

nosu infekce. V prevenci vzniku a šíření infekce by měli zdravotničtí pracovníci důsledně dodržovat tyto zásady:

- respektovat bariérovou ošetrovatelskou péči,
- používat roušku, rukavice, ochranný oděv, papírové kapesníky,
- umývat a dezinfikovat ruce před zdravotnickými výkony a po nich, po manipulaci

- s prádlem a biologickým materiálem,
- stravovat se v oddělených denních místnostech,
- léčit svá onemocnění,
- dodržovat zásady hygienicko-epidemiologického režimu, které jsou vedeny v provozním řádu oddělení,
- podrobit se mikrobiologickému vyšetření v rámci diagnostických a preventivních postupů.
- u pacientů na začátku hospitalizace nikdy neznáme stav jejich infekčnosti, proto jsme povinni použít všechny dostupné prostředky bariérové ošetřovatelské péče.

Důležité je dodržovat hygienické a protiepidemické zásady v péči o pacienty na běžném oddělení, v péči o akutní, ale i neakutní pacienty a tím předcházet vzniku šíření nozokomiálních nákaz. Nevědomostí nebo vědomým nedodržováním preventivních opatření může dojít k závažnému poškození zdraví nebo ohrožení života pacientů, zvýšené nemocnosti zdravotníků.

Mezi základní preventivní opatření řadíme:

- používání bariérové ošetřovatelské péče,
- dezinfekci rukou,
- dezinfekci nástrojů, pomůcek a ploch,

- odpovídající úklid,
- sterilizaci,
- manipulaci s biologickým materiálem,
- likvidaci odpadu,
- manipulaci s prádlem,
- manipulaci se stravou,
- kvalitu vody a ovzduší,
- očkování,
- dezinfekci, deratizaci.

Každé opatření má svůj význam, mezi nejdůležitější patří bariérová ošetřovatelská péče a dezinfekce rukou.

Hygienicko-epidemiologická opatření v Nemocnici Zvolen

Na oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny (OAIM) a naší chirurgické jednotce intenzivní péče se uplatňují účelné zásady ATB politiky a cílený výběr vhodné a účinné dezinfekce podle mikrobiálního osídlení hospitalizovaného pacienta. Každé oddělení má vypracovaný dezinfekční program, který musí dodržovat. Před zavedením těchto opatření bylo nemocniční prostředí kolonizované multirezistentními kmeny *Acinetobacter spp.* a *Pseudomonas aeruginosa*. Náklady na léčbu byly vysoké, nedodržoval se důsledně hygienicko-epidemiologický režim (používání dezinfekčních pro-

středků s prošlou expirací, nedodržování koncentrace ředění a v neposlední řadě nedůsledné dodržování zásad bariérové ošetřovatelské péče).

Vedení nemocnice si dalo za cíl ve spolupráci s klinickým mikrobiologem a nozokomiální komisí na našich odděleních eliminovat multirezistentní kmeny, snížit spotřebu širokospektrých ATB a zkrátit dobu hospitalizace. K tomuto účelu byly vyčleněny finanční prostředky na nákup nové dezinfekce (na bázi aktivního chloru), jednorázového materiálu a částečnou přestavbu OAIM. Přestavbou bylo oddělení rozděleno na samostatné zóny, kdy každá zóna představuje okolí jednoho pacienta a jeho přístrojové vybavení. Personál provádí důkladnou dezinfekci rukou při vstupu do zóny pacienta, po kontaktu s ním a po opuštění zóny. Při přijetí pacienta sestrou je proveden vstupní mikrobiologický screening, a to stěrů z nosu, krku, vlasaté části hlavy, axily, perinea, stěrů z ran, dekubitů, katétrů (jsou-li zavedeny) a odběr moči. V případě, že výsledky mikrobiologického screeningu informují o kolonizaci přijímaného pacienta poly- až multirezistentními kmeny, je nezbytné zavedení speciálního hygienického režimu. Nejlepší ochranou před

vznikem a šířením infekce v nemocničním prostředí je edukace v otázce potřeby správného mytí a dezinfekce rukou. Proto byly v naší nemocnici opakovaně uskutečňovány vzdělávací akce na téma správného způsobu umývání rukou. Zdravotničtí pracovníci – sestry – provádějí hygienu rukou vždy:

- před kontaktem s pacientem,
- před aseptickými výkony,
- po manipulaci s rizikovými tělními tekutinami,
- po kontaktu s pacientem,
- po kontaktu s prostředím pacienta.

Personál vykonává důkladnou dezinfekci rukou při vstupu do zóny pacienta, po kontaktu s ním a po opuštění zóny. Na mytí rukou používáme tekuté mýdlo s obsahem chlorhexidinu, a to na mechanické mytí rukou personálu a na denní dekontaminaci těla pacienta. Na dezinfekci rukou používáme dezinfekční alkoholový přípravek (ethanol, izopropanol), který je k dispozici na stolku u každého pacienta.

Umyj si ruce, zachrániš život

Mikrobiologický screening v Nemocnici Zvolen tvoří nezbytnou součást ošetřovatelské péče při příjmu každého pacienta na jed-

notku intenzivní péče. Sestra realizuje stery z nosu, krku, axily, perinea, odběr moči, z vlasaté části hlavy, stery z ran, dekubitů, katétrů (jsou-li zavedeny), tracheostomií... Sestra tak chrání nejen pacienta, ale i sebe a svou nemocnici, kdy mnohdy při překladech pacientů z jiných zdravotnických zařízení vstupní screening odhalí kolonizaci pacienta. V případě, že výsledky mikrobiologického screeningu informují o kolonizaci organismu přijímaného pacienta poly- až multirezistentními kmeny, je nezbytné zavedení speciálního hygienického režimu. Zvýšení bezpečnosti pacientů vyžaduje aktivní přístup všech zaměstnanců k řešení problematiky nemocničních nákaz. Světová zdravotnická organizace (WHO) každoročně vyhlašuje kampaň *Save Lives: Clean Your Hands* – Umyj si ruce: zachrániš život. Od roku 2009 je do projektu zapojena i Slovenská republika. Cílem kampaně je poukázat na to, že hygiena rukou a správná technika jejich mytí patří mezi nejdůležitější způsoby prevence nozokomiálních nákaz.

Literatura u autorky

PhDr. Daniela Beňadiková, JIS,
Chirurgické oddělení, Nemocnice Zvolen,
dankkka@azet.sk

Kalendář akcí nelékařských zdravotnických pracovníků – září 2014 – 1. část

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

CK Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací.

1.-3. září 2014

Téma: Zátěžové situace v životě jedince, komunikace a poruchy komunikace, psychohygiena a její místo v profesi pracovníka ve zdravotnictví, etické otázky náročných životních situací, vzájemná spolupráce rezortní a mezirezortní v oblasti péče o lidské zdroje, péče o sekundární oběti, organizace psychosociální pomoci ve zdravotnictví, krizové řízení a krizová připravenost ve zdravotnictví, nácvik technik na bázi řízeného rozhovoru, role peerů a odborníků na duševní zdraví, procvičování jednotlivých

fází ovládacího procesu, zvládnání mimořádných událostí, provázení a vedení, zásady práce se skupinou.

Pořadatel: NCO NZO Brno
Místo konání: NCO NZO Brno
Kontakt: Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, obstova@nconzo.cz, www.nconzo.cz
Pozn.: CK pokračuje modulem 2 v termínu 29. září - 1. října, modulem 3 v termínu 3.-6. listopadu a závěrečným dnem 28. listopadu 2014

CK Specifická ošetřovatelská péče o nemocné se syndromem diabetické nohy

1.-5. září 2014

Téma: Nové možnosti prevence, terapie, diagnostiky a ošetřovatelské péče o pacienty se syndromem diabetické nohy.



Pořadatel: NCO NZO Brno
Místo konání: Brno
Kontakt: Ludmila Skoumalová, tel.: 543 559 583, skoumalova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

47. výroční konference Cytogenetické sekce

4.-5. září 2014

Pořadatel: Společnost lékařské genetiky ČLS JEP

Místo konání: ČVUT Praha

Kontakt: RNDr. Jiří Horáček, tel.: 222 313 000, jiri.horacek@gennet.cz, www.slg.cz

VA Týmová spolupráce, budování a vedení úspěšného týmu

4.-5. září 2014

Téma: Tým a skupina, tvorba efektivního týmu, podmínky efektivní týmové spolupráce, motivace lidí v týmu, role v týmu a jejich význam, efektivní vedení týmu, role vedoucího týmu.

Pořadatel: NCO NZO Brno
Místo konání: Brno
Kontakt: Květa Oplatková, tel.: 543 559 357, oplatkova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

43. konference EDTNA/ ERGA

6.-9. září 2014

Místo konání: Riga, Litva

Kontakt: www.edtnaerca.org, www.cinna.cz

SV Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech – základní modul

8.-12. září 2014

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Ludmila Skoumalová, tel.: 543 559 583, skoumalova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

XX. královéhradecké ošetrovatelské dny

11.-12. září 2014

Pořadatel: ČAS ve spolupráci s FN Hradec Králové, oddělením ošetrovatelství LF UK Hradec Králové, Nadací pro rozvoj v oblasti výživy, metabolismu a gerontologie a Ústavem sociální péče UHK

Místo konání: Univerzita Hradec Králové

Kontakt: www.hanzo.cz/
/xx-kralovehradecke-
-osetrovatelske-dny

IK Biografie klienta – prohlubující kurz

11.-13. září 2014

Téma: Práce s biografií klienta versus terapie. Tréninky a aktivity seniorů. Práce s vlastní přinesenou biografií klienta a dokumentační systém. Implementace biografie do praxe formou projektu.

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, obstova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

VA Rehabilitační ošetřování

12.-14. září 2014

Téma: Základní rehabilitační úkony v práci sestry. Polohování, aktivní a pasivní cvičení, nácvik vertikalizace, používání kompenzačních pomůcek. Nácvik soběstačnosti a samostatnosti.

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Květa Oplatková, tel.: 543 559 357, oplatkova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

CK Interní auditor ve zdravotnickém zařízení

12.-14. září 2014

Téma: Základní charakteristika systémů managementu kvality ve zdravotnictví. Charakteristika a cíle interního auditu, základní pojmy a požadavky založené na normě ČSN EN ISO

19 011. Role zainteresovaných osob v procesu interního auditu. Fáze interního auditu. Tvorba kontrolního listu, plánu interního auditu, protokolu o neshodě/zjištění a zprávy o interním auditu – praktické návčiny. Využití poznatků v praxi.

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, obstova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

CK Práce sestry v domácí péči

13. září 2014

Téma: Koncepce a politika domácí péče v ČR. Poskytování bezpečné ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Dokumentace vedená v ADP.

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Ludmila Skoumalová, tel.: 543 559 583, skoumalova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

Pozn.: závěrečný den 29. listopadu 2014

VA Hygienické požadavky v zubních ordinacích a laboratořích

15. září 2014

Téma: Současné hygienické požadavky pro zubní ordinace a zubní laboratoře. Prevence vzniku nozokomiálních nákaz. Hygiena rukou, příprava nástrojů a pomůcek, sterilizace. Dezinfekce otisků.

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Alena Muthsamová, tel.: 543 559 586, muthsamova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

VA Manažerské dovednosti pro umění vést a motivovat

15.-17. září 2014

Téma: Klíčové kompetence, analýza osobního profilu, role a osobnost moderního manažera, kariérová dráha, osobní portfolio. Komunikace, nástroj vlivu manažera. Přístupy k vedení lidí, styly vedení.

Pořadatel: NCO NZO Brno

Místo konání: Brno

Kontakt: Květa Oplatková, tel.: 543 559 357, oplatkova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

Vysvětlivky zkratk:

AKK – akreditovaný kurz

CK – certifikovaný kurz

IK – inovační kurz

OK – odborný kurz

OS – odborná stáž

SK – specializační kurz

SOS – specializační odborná stáž

VA – vzdělávací akce

SPAK – specializační předatestační kurz

Landeskliniken-Holding 

IHRE GESUNDHEIT. UNSER ZIEL.



ODBORNÁ LÉKAŘKA, příp. ODBORNÝ LÉKAŘ SE SPECIALIZACÍ V OBORU VNITŘNÍHO LÉKAŘSTVÍ

Klinika Landesklinikum Wiener Neustadt poskytuje se svými 886 lůžky péči pro obyvatele jižní části Dolního Rakouska, specializovanou péči pak zčásti i pro pacienty z dalších regionů. Na klinice jsou zastoupena tato oddělení: I. interna. II. interna, III. interna, anesteziologie, urgentní a obecná intenzivní medicína, oční lékařství a optometrie/pracoviště se specializací na zrakové vady, chirurgie, dermatologie, gynekologie a porodnictví, dětské lékařství vč. neonatologie, neurochirurgie, neurologie, ortopedie a ortopedická chirurgie, úrazová chirurgie, urologie, dále ústavy lékařsko-chemické laboratorní diagnostiky, radioonkologie a radioterapie, patologie, fyzikální lékařství a rehabilitace, ústav zobrazovací diagnostiky vč. intervenční radiologie a nukleární medicíny.

Zřizovatelem Zemské kliniky Wiener Neustadt vč. jejich 26 pobočných pracovišť je spolková země Dolní Rakousko. Vedení provozu klinik zajišťuje Dolnorakouský holding zemských klinik (NÖ Landeskliniken-Holding). Jsme moderním a dynamickým zdravotnickým zařízením, v jehož popředí stojí péče o pacienta. Kromě toho nabízíme inovativní pracovní prostředí, vyznačujeme se dobrou podnikovou atmosférou a otevíráme zaměstnancům rozsáhlé možnosti rozvoje.

Zemská klinika Wiener Neustadt obsadí s okamžitou platností toto pracovní místo:

**Odborná lékařka, příp. odborný lékař
se specializací v oboru vnitřního lékařství**

Co Vám nabízíme:

- profesní výzvy
- inovativní, rozmanitá a náročná práce v týmu
- možnosti formování a rozvoje osobnosti
- možnost vzdělání v dalším oboru, tj. gastroenterologii a hepatologii
- možnost nepřetržitého dalšího odborného a osobního rozvoje (vzdělání a další vzdělání)
- pracovní poměr založený pracovní smlouvou, a to podle ustanovení zákona Dolního Rakouska o lékařích v nemocnicích 1992
- hrubá roční mzda od € 70 949,80, v závislosti na individuálně započítatelných dobách zaměstnání, profesní kvalifikaci a zkušenostech

Samozřejmostí je pro nás uplatňování ustanovení zákona Dolního Rakouska o právu na rovné zacházení (www.noel.gv.at/gleichbehandlung). V této souvislosti bychom chtěli upozornit na cíle programu zaměřeného na rovné postavení a podporu žen spolkové země Dolní Rakousko a na pravidelně vycházející hodnotící zprávy. V odvětvích s podílem žen nižším než 45 % je na místě jejich podpora.

Těšíme se na Vaši žádost o zaměstnání:

<http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html>

(www.noel.gv.at → Menü Jobs).

Bližší informace o pracovním místě a žádosti o zaměstnání:

<http://www.noel.gv.at/Politik-Verwaltung/Jobs.html>

(www.noel.gv.at → Menü Jobs).

Odborné informace Vám poskytne vedení I. interního oddělení, pan primář Dr. Gerhard Weidinger, tel. č.: +43 (0)2622/9004-2585.



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

Teorie a praxe hygieny rukou

Mnoho zdravotníků nemá zdravou pokožku rukou a řada z nich bere tuto skutečnost jako něco, co k jejich povolání prostě patří. Relativní počet osob s poškozenou pokožkou je u zdravotnických pracovníků asi 6krát vyšší než u těch, kteří pracují v kancelářích.

Důslednou a trvalou péči o ruce a volbou správných postupů pro jejich hygienu je možné docílit měkké, pružné a hebké pokožky a zároveň čistých rukou bez patogenů, tedy bezpečných pro pacienta.

Péče o ruce

Je třeba se vyhýbat činnostem, které pokožku nadměrně stresují, a pravidelně používat přípravky určené k péči o ni. Mezi nejvýznamnější nepřátele zdravé pokožky patří časté mytí rukou vodou a mýdlem, práce v uzavřených rukavicích a přímý kontakt s detergenty a dezinfekčními přípravky na plochy nebo nástroje. Proto je nutné se těmto situacím vyhnout a dodržovat obecně platné zásady: nemýt si ruce vodou a mýdlem, když je to zbytečné, mít nasazené rukavice jen v situacích, které to vyžadují, a při manipulaci s nebezpečnými chemikáliemi používat ochranné rukavice vyrobené z adekvátního materiálu (je uveden v bezpečnostním listu přípravku). Pravidelné používání pečujících emulzí, krémů a balzámů zmírňuje vysušení a hrubost pokožky. Aby mastné ruce nezdržovaly v práci, je výhodné používat v průběhu směny méně mastné přípravky, a to v malém množství, ale často - mnohokrát za den. Teprve po skončení práce je vhodné nanést na ruce regenerační krém, který obsahuje velké množství výživných substancí. K dobrému stavu pokožky může pomoci používání ochranného krému, jenž se aplikuje před začátkem práce. Dodržování těchto postupů povede k vytvoření základního předpokladu pro úspěšnou hygienu rukou: zdravé pokožky. Pouze zdravá pokožka umožňuje úspěšnou dezinfekci rukou alkoholovými přípravky.

Dezinfekce rukou

Cílem hygienické dezinfekce rukou (HDR) je odstranění mikroorganismů přechodné kožní flóry, tzn. těch, které se na pokožku dostávají kontaktem s kontaminovanými plochami, předměty nebo kůží pacienta. Světová zdravotnická organizace (WHO) jednoznačně doporučuje použí-



Ilustrační foto: Shutterstock

vat k provádění HDR alkoholové dezinfekční přípravky. Jsou účinné na široké spektrum mikroorganismů, rychlé ve svém účinku a pokožka je velmi dobře snáší. Na našem trhu je těchto přípravků velké množství. Hlavními kritérii výběru by měly být účinnost a přijatelnost. Minimální požadavky na spektrum účinnosti dezinfekčních přípravků na ruce nejsou stanoveny žádným předpisem ani nařízením. Nicméně je lze odvodit z etiologie nozokomiálních infekcí i z údajů o kožní flóře rukou zdravotníků a roli rukou při přenosu nozokomiálních patogenů. Dezinfekce rukou po jejich kontaminaci by měla být prováděna přípravkem s účinností baktericidní, fungicidní na kvasinky a virucidní na obalené viry, neboť přibližně 95 % nozokomiálních infekcí je vyvoláno bakteriemi (asi 80 %), kvasinkami (asi 10 %) a obalenými viry (asi 5 %). Velmi důležitá je také expoziční doba, za kterou dezinfekční přípravek dosáhne požadované účinnosti. Optimální dobou pro HDR je 30 sekund, za tuto dobu by tedy měl být dezinfekční přípravek účinný na uvedené mikroorganismy. V případě potřeby (např. pacient s TBC či virovým onemocněním vyvolaným neobaleným virem) je nutné zvolit

dezinfekční přípravek s odpovídající účinností a dodržovat předepsanou dobu expozice. Nezbytným předpokladem pro správné používání přípravku je jeho přijatelnost z dermatologického hlediska. To může být problémem na lůžkových odděleních, kde se požadavky jednotlivých lékařů a sester mohou lišit. Nezbyvá než hledat takový, který bude vyhovovat všem. Pokud se jej nepodaří najít, hrozí riziko, že ti zdravotníci, jimž bude dezinfekční přípravek působit například kožní potíže, jej nebudou používat.

Kdy je doporučeno provedení HDR

WHO ve svém materiálu uvádí tyto momenty: před kontaktem a po kontaktu s pacientem, před manipulací s invazivní pomůckou určenou k péči o pacienta, ať již v rukavicích, nebo bez nich, po kontaktu s tělními tekutinami nebo výměšky, sliznicemi, non-inktantní kůží nebo obvazy ran, při přechodu z kontaminované části těla na čistou část při péči o jednoho pacienta, po kontaktu s povrchy a předměty, které jsou v bezprostředním okolí pacienta, a po sundání sterilních nebo nesterilních rukavic. Další podmínkou úspěšné HDR je její správné provedení. Účinná

látka může působit jenom tam, kam se dostane. Při vtírání přípravku se musí dbát na to, aby se jím pokryla všechna místa na ruce. Mnoho let se doporučuje technika vtírání metodou šesti kroků podle EN 1500. Bohužel studie uskutečněná v roce 2008 ukázala, že tento způsob provádění HDR je neúspěšný. Příčinu tohoto neúspěchu lze hledat v tom, že zatímco v EN 1500 je předepsáno provést cyklus 6 kroků dvakrát po sobě, v doporučeních se uvádí provést jej pouze jednou. Použití metody 6 kroků dvakrát po sobě totiž trvá asi 1,5 minuty, což je příliš dlouho, a proto se v praxi celý cyklus provádí jen jednou. Tím se zkrátí doba provádění na přijatelných 30 sekund, ale zároveň se sníží úspěšnost: 2 ze 3 rukou nejsou správně vydezinfikovány. Jako úspěšnější se ukázala metoda „vlastní odpovědnosti“, v níž nejsou striktně doporučeny pohyby pro vtírání. Je ponecháno na odpovědnosti každého, aby rozetřel přípravek na všechna místa na ruce. Důraz je kladen na to, aby k tomu použil dostatečné množství přípravku tak, aby ruce byly vlhké 30 sekund (studie ukázala, že když se zkrátí čas vtírání na 15 sekund, je úspěšnost HDR až 100%). Zvláštní pozornost se má věnovat konečkům

prstů a palců, protože právě tyto části ruky přicházejí do kontaktu s pacientem nebo pomůckami nejčastěji. Na konečkách prstů bývá nejvyšší koncentrace mikroorganismů. Při nácvi-ku vtírání přípravku je důležité zajistit zpětnou vazbu, aby si každý mohl ověřit, zda je jeho postup úspěšný, nebo zda některá místa vynechává. K tomu se výborně hodí ultrafialová lampa a fluoreskující emulze. Dalšími nezbytnými podmínkami úspěšné HDR jsou neporušená pokožka rukou, přírodní, nelakované a krátké nehty (délka konečků nehtů by neměla být delší než 0,5 cm) a ruce bez prstenů a šperků.

Mytí rukou

Mytí rukou vodou a mýdlem by se mělo omezit na situace, kdy je indikováno: při viditelně znečištěných rukách, při příchodu na směnu, před jídlem a po použití toalety. Bohužel v praxi si zdravotníci myjí ruce často zbytečně, jenom proto, že jsou zvyklí či že mají lepší pocit. Důsledkem je poškození pokožky. Nanesení alkoholové přípravku na poškozenou pokožku se projeví bolestivým pálením, což může zdravotníka od dalšího používání alkoholové dezinfekce odradit, a hygienu rukou provádí pouze mytím vodou a mýdlem. Tím se ovšem dostává do bludného kruhu - pokožka je stále poškozenější. Jediným východiskem je přísně omezit mytí vodou a používat alkoholové přípravky (přestože to bude zpočátku bolet). Samozřejmě nezbytné je časté používání pečujících přípravků.

Rukavice

Používání rukavic nenahrazuje HDR. Vyšetřovací rukavice mohou zabránit znečištění rukou a tím předejít nutnosti mytí ruce vodou a mýdlem. Na druhou stranu ruce uzavřené v rukavicích se přehřívají, více se potí a dochází k maceraci pokožky. Proto by se rukavice měly nasadit na ruce těsně předtím, než jsou potřeba, a svléknout hned poté, co již nejsou nutné. Rukavicemi se přenášejí mikroby úplně stejně jako rukama bez rukavic, proto je nutné použít vždy nový pár pro nového pacienta nebo i pro stejného pacienta, pokud se postupuje od kontaminované části těla

k čistě. Druhé a další použití stejných rukavic na jedno použití není možné. Pouze v případě, že výrobce rukavic deklaruje, že jsou použitelné opakovaně, je možné je podle jeho návodu ošetřit (umýt, dekontaminovat) a znovu použít. Výhodnější je používat nepudrované rukavice, protože po jejich sundání není – na rozdíl od pudrovaných – potřeba ruce mýt vodou a mýdlem. Navíc použitý pudr může být, podobně jako bílkovinná rezidua v latexových rukavicích, příčinou alergických reakcí.

Compliance hygieny rukou

Termínem *compliance* hygieny rukou se rozumí uvědomělé dodržování pravidel a doporučení pro hygienu rukou. Znamená

to provádět hygienu rukou ve správných situacích, správným postupem a adekvátní metodou. Míra *compliance* ukazuje, kolikrát se hygiena rukou provedla v poměru k tomu, kolikrát se provést měla, a vyjadřuje se v procentech. Různé studie uvádějí míru *compliance* od 5 do 89 %, s průměrem 39 %. To znamená, že by se hygiena rukou měla provádět 1,7 až 15,2krát za hodinu.

Ve třech středně velkých nemocnicích v ČR jsme spočítali četnost provádění HDR z udané spotřeby dezinfekčních přípravků na ruce. Výsledky byly ve všech nemocnicích podobné: 2 až 3 provedené HDR za směnu. Pravděpodobně se tedy v těchto nemocnicích (a zřejmě nejen tam) používá jako hlavní způsob

provádění hygieny rukou mytí vodou a mýdlem. A to přes všechny jeho nevýhody, kterými jsou menší účinnost, riziko kontaminace okolí, větší časová náročnost a poškozování pokožky. Tento výsledek je alarmující a z hlediska hygieny rukou nás řadí mezi rozvojové země. Změnit tento stav znamená změnit mnoho věcí a překonat řadu překážek. Těmi nejtěžšími jsou podle mne změnit myšlení a návyky zdravotníků. Návodem jak zvýšit *compliance* hygieny rukou mohou být materiály WHO, v nichž se odborníci shodli, že neúčinnější metodou je multimodální přístup k této problematice: 1. systémová změna – alkoholový dezinfekční přípravek vždy v dosahu; 2. nácvik a vzdělávání; 3. vyhod-

nocení a zpětná vazba; 4. plakáty, které budou připomínat hygienu rukou, umístěné na pracovišti; 5. klima „bezpečné nemocnice“.

Již se objevují první nemocnice, které tento přístup k hygieně rukou aplikují. Konkrétně se jedná o implementaci projektu *Compliance Kit* v nemocnici v Havlíčkově Brodě a na několika klinikách FN Olomouc. V několika dalších nemocnicích se k tomu chystají. Uvedené nemocnice by mohly být motivací pro ostatní zdravotnická zařízení k tomu, aby problém nízké *compliance* hygieny rukou řešila. Vždyť nejméně 20 studií provedených v nemocnicích v letech 1977–2008 jasně prokázalo, že zlepšení hygieny rukou snižuje míru nozokomiálních infekcí. Toto snížení pro

pacienty představuje větší bezpečnost a šanci, že nebudou trpět zbytečnou infekcí nebo se nestanou její obětí. Pro zdravotnické zařízení to znamená výraznou úsporu nákladů na řešení nozokomiálních infekcí. Tato úspora je natolik významná, že méně než 1 % z ní pokryje náklady na kampaň na propagaci hygieny rukou. Prevence je vždy levnější než řešení následků, v tomto případě stokrát levnější. Doufejme, že se podaří tyto teoretické poznatky co nejdříve přenést do každodenní praxe. Vždyť je to v zájmu všech – zdravotnických zařízení, zdravotníků i pacientů.

Literatura u autora

Petr Havlíček

MRSA v domově pro seniory

Methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus* (MRSA) je jakousi mutací zlatého stafylokoka (*Staphylococcus aureus*), který se běžně vyskytuje v nosní sliznici a na pokožce každého zdravého jedince, aniž by působil nějaké zdravotní potíže. Agresivní a odolná forma tohoto stafylokoka získaná při pobytu v nemocnicích je však původcem nozokomiálních nákaz.

Je-li člověk, u kterého byl MRSA zjištěn, zdravý a silný, nezpůsobuje u něj žádné potíže. To však neplatí u dítěte, starého, nemocného či jinak oslabeného člověka. Tyto rezistentní stafylokokové bakterie způsobují kožní infekce projevující se různými boláky a uhry na kůži, hnisavými abscesy, ale bohužel také závažnými infekcemi chirurgických či chronických ran, záněty měkkých tkání, kostí či plic. Dříve se dařilo infekce stafylokoky léčit antibiotiky penicilinové řady. Na rezistentní kmeny je však penicilin (PNC) neúčinný podobně jako široká škála dalších antibiotik. V tomto případě představuje MRSA vážné ohrožení života pacienta, zvyšuje se morbidita a mortalita. Nákaza rezistentním mikroobem může zásadně zkomplikovat a prodloužit léčbu antibiotiky, což je spojeno i s vyššími náklady na zdravotní péči. V některých případech může vést až k selhání terapie a nakonec ke smrti. Prokázat infekci MRSA lze výtěry z dutiny nosní, stěr z rány nebo z kůže.

Režim při indikaci MRSA

Primárním faktorem majícím vliv na zvládnutí šíření rezistentních kmenů je izolace kolonizo-

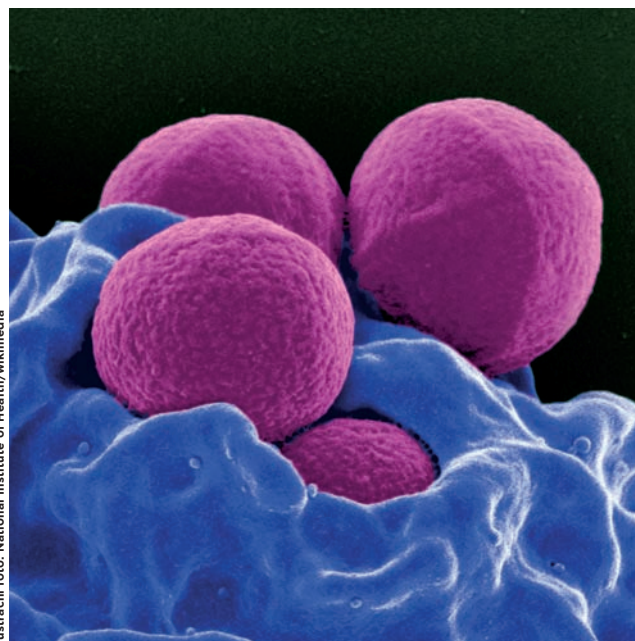
vaných (přenašečů) i nemocných pacientů a dodržování bariérového ošetřování. Nemocný pozitivní na MRSA by neměl být překládán na jiné oddělení, dokud nedojde ke zvládnutí infekce či dekolonizace. Již v tomto prvním bodě však dochází k zásadním selháním.

Důležité zásady: Je nutno označit veškerou dokumentaci a poučit pacienta i personál. Vše, s čím přijde pacient do styku, je nutné považovat za kontaminované. To se týká lůžkovin i veškerého osobního prádla, které musí být ukládáno do zvláštních pytlů a dekontaminováno a práno podle příslušných antiseptických postupů. Totéž platí o použitých nádobí či osobních věcech klienta, které nejprve musejí projít dekontaminací a teprve pak běžným mytím. Hygiena pacienta vyžaduje v případě MRSA velmi zodpovědný přístup. Provádějí se antiseptické koupele ve speciálních emulzích nejméně 2krát denně, výplachy dutiny ústní, vytírání sliznic antiseptickými přípravky s prokázanou účinností na MRSA a je třeba provádět kontrolu účinnosti dekolonizace pomocí stěrů. Personál musí kromě dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče klást důraz

na mytí rukou. Důležitý je také úklid. Plochy a povrchy se otírají 3krát denně navlhko přípravky k tomu určenými. Dekontaminace musí být provedena důkladně a hlavně odborně. Ta totiž sehrává nejdůležitější roli.

Kazuistika

V srpnu roku 2011 se klient vyššího věku vrátil po delší hospitalizaci (fraktura krčku femuru) k nám do domova v Neratovicích s chronickou fistulí v ráně se sekrecí. V propouštěcí zprávě z nemocnice nebyl žádný záznam o provedení stěru z operační rány. Dne 1. 9. 2011 jsme provedli první stěr z rány pro stále hojně vytékající sekreci. Dne 7. 9. 2011 nám laboratoř nahlásila, že je vzorek pozitivní na MRSA. Klient byl plně ležící, obézní, trpěl také ICHS, DM 2. typu, hypertenzí, dyslipidemií, revmatoidní artritidou léčenou kortikoidy, polyneuropatií, inkontinencí a úzkostnými stavy. Kvůli izolaci a imobilitě klienta docházelo k postupnému zhoršování především jeho psychického stavu. Převazy defektu pravé dolní končetiny jsme zpočátku prováděli jednou denně s aplikací peroxidu vodíku a přípravku Betadine. Okolí rány jsme očišťovali dezinfek-



Ilustrační foto: National Institute of Health/Wikimedia

fekcí. K podpoře hojení bylo nutné dodržovat přesné antiseptické zásady, polohování klienta a plnou psychickou podporu. Na pravidelných lékařských kontrolách byl MRSA ze stěrů nadále prokázován. Fistule v ráně se střídavě uzavírala, plnila sekrecí a otvírala, až se v operační ráně vytvořily fistule tři. Bylo nutné ránu převazovat dvakrát denně, někdy i vícekrát – podle sekrece. Průběh hojení komplikoval celkový zdravotní stav klienta, postupně docházelo ke kardiálnímu selhávání, klient byl apatický, unavený, objevily se otoky dolních končetin či tvářů a nechutenství. V lednu 2013 jsme byli nuceni klienta

hospitalizovat na infekčním oddělení Nemocnice Mělník, kde bohužel zemřel.

Jak nás tato skutečnost ovlivnila?

- Ekonomická nákladnost: empiry, ústenky, další ochranné pomůcky, dezinfekce.
 - Omezený chod provozu: vycelený personál k infekčnímu pacientovi.
 - Vysoké náklady na převazovací materiál.
- Je však zároveň pravda, že jsme se touto zkušeností hodně naučili i po profesní stránce.

Blanka Pokorná, ondra.vojta@seznam.cz

Hygiena práce a prevence svrabu

Svrab patří k nejčastěji hlášeným nemocem z povolání podle diagnóz a zaujímá pravidelně 3.–4. pozici. Pravděpodobnost kontaktu s touto nákazou je vysoká. V roce 2013 bylo v České republice hlášeno podle databáze Epidat celkem 3960 případů, trend v posledních 5 letech stoupá.

Zaměstnanci vykonávající ošetrovatelskou péči v zařízeních sociálních služeb jsou při své práci vystaveni řadě i negativních faktorů pracovního prostředí. Základními právními předpisy upravujícími hodnocení pracovních podmínek je zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších právních předpisů, a vyhláška č. 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky zařazování prací do kategorií..., ve znění vyhlášky č. 107/2013 Sb. (tzv. kategorizační vyhláška), nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů. Souhrnným hodnocením pracovní zátěže ve smyslu těchto právních předpisů je kategorizace prací.

Kategorizace prací

Smyslem kategorizace prací je určit rizikové faktory na pracovišti, zhodnotit jejich úroveň podle kategorizační vyhlášky a zařadit práce do jedné ze 4 kategorií podle míry expozice faktorům pracovních podmínek uvedených v příloze této vyhlášky. Zaměstnavatel předkládá kategorizaci prací příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví, tj. pracovišti krajské hygienické stanice. Práce kategorie první není povinnost předkládat. Práce kategorie první a druhé jsou ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb. práce nerizikové, práce kategorie třetí a čtvrté jsou práce rizikové. Orgán ochrany veřejného zdraví je oprávněn podle zákona č. 258/2000 Sb. zařadit v případech odůvodněných ochranou zdraví do rizika i práce kategorie druhé.

Práce při ošetrování klientů v bytových zařízeních jsou podle registru kategorizace prací nejčastěji spojeny s expozicí biologickým činitelům způsobujícím virové záněty jater typu A, B, C, střevní onemocnění virová a bakteriální (salmonelózy, bacilární úplavice), respirační virová a bakteriální onemocnění, tuberkulózu, záněty spojivek,

kožní onemocnění (*impetigo*), parazitární onemocnění (svrab, zavšivení). Cesta přenosu je kontaktem s tělními tekutinami a výměškami, pokožkou, vzduchem, kontaminovanými předměty.

Při používání čisticích a dezinfekčních přípravků dochází k expozici chemickým látkám, které mohou vyvolat senzibilizaci při vdechování a při styku s kůží (např. Incidur SP, chloramin T, Chiroseptol, Sekusept Extra N, Incidin Rapid) nebo jsou toxické pro reprodukci – mohou poškodit plod v těle matky a reprodukční schopnost (Chirosan), další přípravky (např. Desam Effekt, Dissclean Extra, chlornan sodný) jsou klasifikovány jako žiraviny a při práci s nimi může dojít k naleptání pokožky, očí, nadýchání par, případně k požití.

V kategorii psychická zátěž jsou zaměstnanci zařazeni pro práci na směny, v noci, s neklidnými osobami, s těžce nemocnými a umírajícími osobami. Celková fyzická zátěž souvisí s nutností pomoci klientům při osobní hygieně, pohybu, při přenášení břemen, nevyhovující pracovní polohy souvisejí nejčastěji s prací v předklonu.

Práce v ošetrovatelské péči jsou převážně (z 80 %) zařazeny do kategorie druhé – tedy práce nerizikové. V odůvodněných případech (např. pouze práce v noci, nadlimitní celková fyzická zátěž ověřená měřeními, kombinace několika faktorů u psychické zátěže) jsou práce zařazeny jako rizikové.

Nemoci z povolání

V souvislosti s expozicí faktorům pracovního prostředí může dojít k poškození zdraví zaměstnanců a může být přiznána nemoc z povolání podle nařízení vlády č. 290/1995 Sb., ve znění nařízení vlády č. 114/2011 Sb., kterým se upravuje původní seznam nemocí z povolání. V ošetrovatelské péči, stejně jako ve zdravotní péči jsou v České republice nejčastěji hlášeny nemoci přenosné a parazitární – položka č. V; následovány

kožními nemocemi – položka č. IV seznamu nemocí z povolání. Za období let 2002 až 2012 se pohybují počty případů hlášených nemocí z povolání ve zdravotnictví a ošetrovatelství od 215 případů v roce 2002 s postupným poklesem na 112 případů v roce 2012. Zdravotní péče zaujímá třetí a sociální služby šestou pozici podle počtu hlášených nemocí z povolání. V ošetrovatelské péči za roky 2008 až 2012 bylo hlášeno celkem 175 nemocí z povolání, z toho 163 případů u žen, 12 u mužů. Zcela převažují přenosná onemocnění, jichž bylo hlášeno celkem 168 (rozmezí 22–42 v uvedených letech), kožní profesionální onemocnění byla hlášena celkem 7krát (rozmezí 0–2 v uvedených letech). Z přiznaných přenosných nemocí je nejčastější svrab se 145 případy, následují salmonelóza (6x), konjunktivitida a keratokonjunktivitida (6x), plané neštovice (5x), virové záněty jater (5x), ojedinele tuberkulóza, střevní infekce, *erysipel*, *erysipeloid*, virové střevní infekce a virové respirační infekce s komplikacemi.

Jako příčina kožních onemocnění z povolání jsou nejčastěji uváděny dezinfekční prostředky.

Svrab – nejčastější nemoc z povolání

Původcem onemocnění je rotoč zákožka svrabová (*Sarcoptes scabiei*), žijící v kůži, kde si razí chodbičky a klade vajíčka. Výskyt chodbiček je zejména v místech s jemnou kůží. Příznakem je úporné svědění a zmíněný výskyt chodbiček. Šíří se hlavně v uzavřených kolektivech, kde jsou osoby v těsném kontaktu, zdrojem je infikovaný člověk, cesta přenosu je kontaktem, méně často prádlem. Při příznacích je nutno vyhledat kožního lékaře, který stanoví diagnózu a léčbu, při podezření na profesionální etiologii je poškozený odeslán na příslušné pracoviště. Pro příklad uvádíme typickou kazuistiku: Krajská hygienická stanice byla v roce 2013 požádána hlásícím střediskem nemocí z povolání o vyhotovení posudků

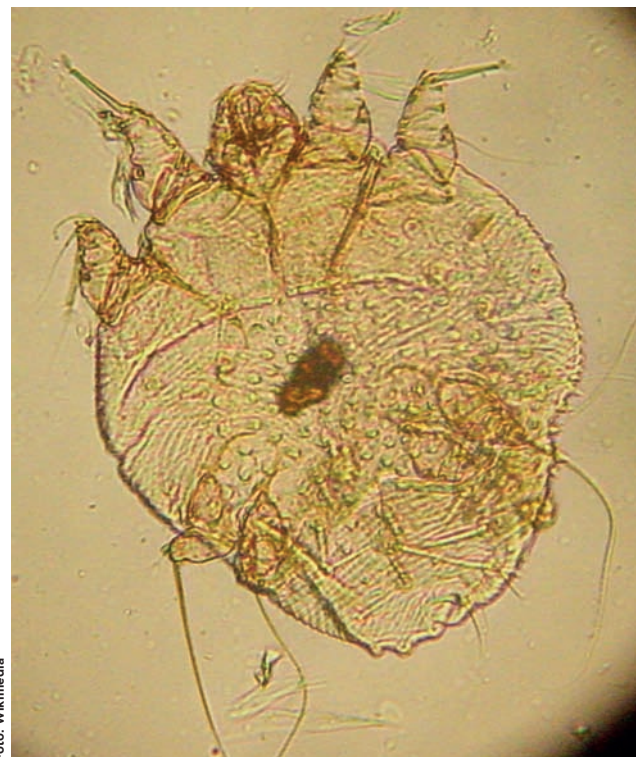


Foto: Wikimedia

Zákožka svrabová

práce u 7 pracovníků v ústavu sociální péče pro podezření na nemoc z povolání svrab. Bylo zjištěno, že všechny pracovníce byly při poskytování péče v kontaktu se stejným klientem. Klient byl v předchorobí hospitalizován v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Od návratu do původního zařízení a do stanovení diagnózy svrab uplynuly téměř 2 měsíce, kdy byl klient léčen pro ekzematoidní onemocnění s alergizující složkou. Tím byly zastřeny typické projevy svrabu.

I přes zavedené bariérové ošetrovací postupy (podle vyhlášky č. 306/2012 Sb.) došlo v tomto případě ke vzniku profesionálních onemocnění.

Prevence nemocí z povolání

Prevence šíření svrabu spočívá v řádné léčbě antiskabietickými preparáty, izolaci nemocného a v aktivním vyhledávání dalších nemocných mezi klienty, ale i ošetřujícími personálem. Infikované prádlo se musí dávat samostatně do pytlů, k dezinfekci použít akaricidní přípravky, prádlo prát izolovaně, vystavit vysoké teplotě, provést důkladný úklid, matrace vystavit slunci nebo vymrazit. Pro zabránění šíření nákazy v další populaci je důležité podat informace blízkým osobám.

Pro nakládání s chemickými přípravky musí být zpracována a projednána s orgánem ochrany veřejného zdraví písemná pravidla o bezpečnosti, ochraně zdraví a ochraně životního prostředí. Pravidla musí být na pracovištích volně dostupná.

K prevenci poškození pohybového aparátu je nutné pracoviště vybavit manipulačními prostředky a pomůckami, používat správné pracovní postupy při ošetrování klientů. Ke snížení psychické zátěže vede správná organizace práce, proškolení v prevenci syndromu vyhoření a nabídka odborné pomoci.

K prevenci přenosných onemocnění a expozici nebezpečným chemickým přípravkům je pro personál nezbytné používat vhodný ochranný oděv, rukavice a ochranu dýchacích cest.

U přenosných onemocnění s možností prevence vakcinací přijímat pouze řádné proočkované zaměstnance.

Školení bezpečnosti práce musí být vždy cílené a se znalostí rizik konkrétního pracoviště.

Literatura u autorů

MUDr. Jarmila Minksová, RNDr. Hana Strážová,
MUDr. Vladimíra Chalupová, CSc.
KHS Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě,
vladimira.chalupova@khs.ova.cz

Nácvik soběstačnosti plegického pacienta

Spolupráce sestry a ergoterapeuta při nácviku soběstačnosti pacienta s poruchou hybnosti je velmi důležitá. Je zapotřebí si uvědomit, že včasná rehabilitace, následné prohlubování získaných poznatků a správná motivace pacienta tvoří tzv. odrazový můstek potřebný k začlenění se do běžného života.

Plegie jako následek úrazu páteře a míchy je změna zdravotního stavu, která s sebou přináší mnoho změn, a to nejen fyzických, ale také psychických a sociálních. Na našem pracovišti se snažíme vypořádat se s těmito změnami, najít vhodné prostředky a pomůcky, které dopomohou člověku po úrazu k snazšímu návratu do společnosti. V průběhu hospitalizace se objevují různé obtíže a úskalí spojené se změnou zdravotního stavu a samotným nácvikem. Ve spolupráci s psychologem hledáme způsob jak se s touto situací vyrovnat. Součástí ošetrovatelského procesu jsou také intervence sociální pracovnice. Velký důraz je kladen na následnou rehabilitaci, se kterou začínáme co nejdříve, ať už pasivní formou či aktivním zapojením pacienta do procesu.

Při přijetí pacienta na oddělení zjišťujeme podrobnou anamnézu, hodnotíme riziko vzniku de-

kubitů, riziko pádu, zvyklosti pacienta. Fyzioterapeut se zaměří na vyšetření podle ASIA (American Spinal Injury Association). Jedná se o standardní metodu posuzující neurologický stav osoby, která prodělala poranění míchy. Hodnocení stupnice provádí odborný zdravotnický pracovník. Snížení stupnice ASIA značí funkční poškození v důsledku poranění míchy. Ergoterapeut zjišťuje zbytkové funkce pomocí SCIM (Spinal Cord Independence Measure). Toto vyšetření hodnotí schopnosti pacienta při každodenních činnostech, v koordinaci, stravování, funkční mobilitě, inkontinenci. Na základě těchto vyšetření lze stanovit ošetrovatelské diagnózy.

Trénink jednotlivých prvků sebeobsluhy

Postupně trénujeme jednotlivé prvky: nácvik ADL (Activities of Daily Living – běžné denní činnosti) a soběstačnost v rámci lůžka. První spolupráce ošet-

řovatelského personálu s ergoterapeutem začíná u nácviku mobility na lůžku. Fyzioterapeut vysvětluje techniku otáčení, zajišťuje potřebné pomůcky a následně provádí instruktáž personálu a rodiny jak správně s nemocným manipulovat. Dalším krokem je nácvik vertikalizace. Začínáme sedem na polohovací posteli, následuje sed s dolními končetinami přes okraj lůžka (jako prevence ortostatické hypotenze) a procvičování stability sedu. Poté nemocného učíme přesunům z postele na vozík. V některých případech lze využít speciální zvedák, který je určen pro přesun plegických pacientů. Při nácviku ADL je potřebná dostatečná svalová síla horních končetin. Ergoterapeut se zabývá tréninkem zbylých funkcí končetiny. V případě deficitu hybnosti prstů se pacient učí používat náhradní mechanismy nebo využívá kompenzační pomůcky. Při těžkých poruchách funkce horních končetin je dů-



Foto: archiv autorů

Pacientka ležící ve správné pozici na polohovacím lůžku s pomocí polohovacích polštářů

ležité správné vedení a podložení končetiny. Do nácviku oblékání či přesunů pacienta je zainteresována i rodina pacienta. Společně se učí techniku oblékání, manipulaci s kompenzačními pomůckami. Při procvičování sebevycvičení je důležitá správná poloha pacienta, přiměřená výška jídelního stolu, vhodné ergoterapeutické pomůcky.

Úrazy páteře s sebou nepřinášejí „jen“ poruchu hybnosti končetin, ale i jiné změny v organismu, např. respirační, gastrointestinální, urologické poruchy, dekubity či poruchy termoregulace. Mezi časté porážkové problémy patří také porucha mikce neboli vyprazdňování močového měchýře. Komplikace z důvodu poškození funkce močového měchýře patří k nejzávažnějším a svými důsledky narušují kvalitu života nebo ohrožují život nemocného. Péče o močový měchýř začíná bezprostředně po vzniku míšního léze a urologický program je trvalou součástí života pacienta. V první fázi zavádíme permanentní močový katétr, zpravidla na několik dní. Následně přecházíme na tzv. ČIK (čistá intermitentní katetrizace močového měchýře). Podle schopností pacienta procvičujeme autokatetrizaci pod vedením sestry. Při kvadruplegii, kdy je míšního léze v oblasti krční páteře a jsou porušeny funkce všech končetin, trupu, orgánů břicha a pánve, využíváme ergohand, speciální pomůcku pro katetrizaci, a učíme pacienta správnému zacházení ve spolupráci s ergoterapeutem. Během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a následně rehabilitace v rehabilitačních zařízeních je pacient připravován na začlenění se do společnosti, ať už v oblasti kulturní, sportovní, pracovní, ale také v oblasti partnerského života.

Rehabilitace šitá na míru

Spolupráce sestry a ergoterapeuta v péči o plegického pacienta je pro průběh hospitalizace nesmírně důležitá. Průměrná doba hospitalizace na našem oddělení bývá zpravidla tříměsíční a následně pacienta překládáme do rehabilitačních center či zařízení. Těsně po úrazu je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde dochází k obnově systémových funkcí. Již zde začínáme s pasivní rehabilitací. Avšak ne s každým pacientem je možno spolupracovat hned po úrazu, a to například z důvodu nutnosti umělé plicní ventilace nebo v případě posttraumatického šoku. Po stabilizaci zdravotního stavu je pacient překládán na standardní oddělení, kde pokračuje v procvičování již naučených metod. Dechovou rehabilitaci provádíme nejen v době přítomnosti fyzioterapeutů a v době cvičení, ale také v průběhu dne či noci. Sestry na našem pracovišti jsou proškoleny v technice bazální stimulace, kterou využíváme během rehabilitace.

Pro pacienty mají nesmírnou cenu jejich osobní věci, jako je oblečení, hudební nosiče či fotografie. Pomáhají jim lépe se vyrovnat s jejich zdravotním stavem a s pobytom v nemocnici. Práce fyzioterapeutů a ergoterapeutů na našem oddělení je na vysoce kvalitní úrovni a jejich spolupráce si ceníme. Individuální plánování rehabilitace během dne je přizpůsobeno chodu oddělení, vyšetřením či zákrokům, a díky tomu lze poskytnout pacientovi maximální péči, kterou potřebuje.

Bc. Svatava Carbolová,
Neurochirurgická klinika,
Společná jednotka FN Ostrava,
sestrickasvatka@seznam.cz



Ergohand – pomůcka pro autocévkování určená pro pacienta s parézou

Poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Měla jsem na jaře nehodu na mokré vozovce, najela jsem do krajnice a do stromu. Ke střetnutí s jiným vozem naštěstí nedošlo, ale i tak jsem musela být transportována vrtulníkem do nemocnice. Operace trvala přes 3 hodiny, delší dobu jsem strávila na oddělení ARO, teď už rodina spolu s lékaři řeší rehabilitaci. Žiji sama se dvěma dětmi. Vzhledem k tomu, že jsem většinu času podnikala sama na sebe a platila malé zálohy, mám teď velmi nízkou nemocenskou. Lékařka mě již předběžně informovala o variantě invalidního důchodu. Měla bych v tomto případě nárok i na nějaké sociální dávky a výhody?

Kateřina P.

Legislativa myslí i na takové situace, které upravuje je zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Zde je vymezen:

- příspěvek na mobilitu,
- příspěvek na zvláštní pomůcku,
- průkaz osoby se zdravotním postižením a některé výhody, které z něj vyplývají.

Případný nárok na příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a na průkaz osoby se zdravotním postižením má při splnění podmínek osoba, která je na území ČR hlášena k trvalému pobytu. K rozhodování o příslušné dávce je kompetentní Úřad práce České republiky (ÚP), respektive krajské pobočky/pobočka pro hlavní město Prahu, a dále ministerstvo práce a sociálních věcí, jež je odvolacím orgánem.

Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší jednoho roku, jež se opakovaně za úhradu v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a která je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P. Zákon dále upravuje i situace, kdy je klient v rezidenční službě (sociální či zdravotní). Výše příspěvku je 400 Kč/měsíc a vyplácí se zpětně.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má:

- těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo
- těžké sluchové postižení anebo
- těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (pro účely tohoto zákona se považuje za nepříznivý zdravotní stav takový, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok) a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Okruh jednotlivých zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Jednou z podmínek pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je mimo jiné i věk. V případě motorového vozidla a úpravy bytu musí být osoba starší 3 let, v případě pořízení vozidla psí starší 15 let, u všech ostatních pomůcek starší 1 roku věku. Další podmínkou je, že osoba může zvláštní pomůcku využívat a že zvláštní pomůcka

umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím.

Zákon dále řeší případnou kolizi např. se systémem zdravotního pojištění, odkud by mohla být pomůcka rovněž hrazena, apod. Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce. Příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že ji krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, které ve vyhlášce uvedeny jsou.

Při stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku zákon rozlišuje, zda jde o pomůcku v ceně do, nebo přes 24 000 Kč, a speciální úpravu má pro motorové vozidlo. Rozhodný je tedy příjem (včetně společně posuzovaných osob). U motorového vozidla se přihlíží k jeho využití a důvodům dopravy. Existují i maximální limity u tohoto příspěvku. Zákon rovněž upravuje povinnost vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část, a to pokud pomůcka není používána.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Průkaz osoby se zdravotním postižením nahrazuje dřívější průkaz mimořádných výhod. Ačkoli byl institut „mimořádných výhod“ v minulosti zrušen, výhody, které osobám se zdravotním postižením vyplývaly z držení průkazů TP, ZTP a ZTP/P, zůstávají v platnosti. Nárok na průkaz má osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Vyhláška pak stanovuje, které zdravotní stavy lze považovat za podstatně omezení schopnosti pohyblivosti a orientace. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje některé nároky držitelů tohoto průkazu. Dále pak osobě, která je držitelem průkazu ZTP nebo průkazu ZTP/P, a průvodci držitele průkazu ZTP/P může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty či jiné kulturní a sportovní akce. Tyto výhody jsou však nenárokové. Držitel průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P má i další nároky, které upravují jiné právní předpisy. Jde obvykle o různé nižší sazby či úlevy za poplatky.

Příspěvek na péči

Další sociální dávkou je příspěvek na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládnání základních životních potřeb. Z poskytnutého příspěvku na péči pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může podle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče nebo registrovaný poskytovatel



Ilustrace foto: Shutterstock

sociálních služeb. Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Stupeň závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat.

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouhvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Bližší vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanovuje vyhláška.

Výše příspěvku na péči pro osoby nad 18 let věku za kalendářní měsíc činí 800 až 12 000 Kč, podle stupně závislosti. Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu na místně příslušné pobočce ÚP. Příspěvek na péči může být zvýšen o částku 2 000 Kč měsíčně, a to v případě splnění zákonných podmínek (rozhodný je příjem). V tomto případě je hypotetická možnost z důvodu nízkého příjmu oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných. Jedná se o situaci rodiče, kterému náleží příspěvek na péči a který pečuje o nezaopáčené dítě do 18 let věku. Pro více informací se obraťte na místně příslušný úřad práce či některou z neziskových organizací.

Bc. Jana Bednářová,
sociální pracovníce

Legislativní rámec:

- zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Odkazy na organizace:

- Národní rada osob se zdravotním postižením – www.nrzp.cz
- Svaz tělesně postižených v ČR – www.svaztp.cz

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

těžko dnes budeme hledat v medicíně obor, kde by se v terapii či diagnostice nevyužívalo laserového paprsku. Terapie světlem byla známa již starým civilizacím, ne nadarmo byly božské bytosti často souběžně bohy slunce a bohy zdraví (Baal...). Gênio Albert Einstein již v roce 1917 předpověděl existenci stimulované energie záření, na zkonstruování funkčního zdroje laseru jsme si ovšem museli počkat až do poloviny 50. let minulého století. Velmi záhy si však bystré mozky povšimly možnosti, které nám tato energie nabízí. V chirurgických oborech umožňuje operativu s mimořádnou šetrností a cílenou přesností. Laserovým paprskem lze odpařit z motýlího křídla šupiny, které mu dávají barvu, a to bez poškození vlastní struktury křídla. Přístroje k laserové operativě nalezneme i na oftalmologických a dermatologických pracovištích. Díky unikátním vlastnostem laserové techniky si bez této již prakticky nemohou svůj obor představit chirurgové plastičtí.

V mém oboru, rehabilitační medicíně, využívají k léčbě především fyzikální energie (chlad, teplo, elektroléčba...), se pak objev neinvazivní laserové

terapie stal opravdovou revolucí. V jedné době ošetření využíváme vynikajícího efektu analgetického, souběžně s účinkem antiflogistickým a masivní podporou stimulace regeneračních pochodů v narušené tkáni. Za více než 20 let klinických zkušeností s laserovou terapií jsem stále znovu a znovu překvapován, jakých efektů lze dosáhnout v terapii pacientů s diagnózami, které pro nás dříve byly „křížem“, jako jsou bolesti revmatologických pacientů, úponové bolesti – entezopatie nebo u diagnózy tinnitu, v populaci čím dále četnější a své pacienty tvrdě tangující z hlediska kvality jejich života. Podařilo se mi oslovit zkušené a moudré kolegy, kteří se spolu se mnou pokusí vám něco z našeho nadšení – a spokojenosti našich pacientů – předat.

Přeji vám krásné a poučné počtení, přeji vám krásný den.

MUDr. Miroslav Procházka,
vedoucí lékař Ambulantního soukromého
rehabilitačního oddělení Jarov,
Člen výboru Společnosti estetické
a laserové medicíny ČLS JEP

Historie laseroterapie a některé nové poznatky

Od první aplikace laseru v medicíně již uplynulo více než 40 let. Laser zaujal pevné postavení jak v chirurgických oborech, tak v neinvazivních indikacích. Uplynulých 40 let jsme svědky stále nových a nových technických novinek (to, co se zdálo dříve utopií, je dnes realitou) i hledání dalších a dalších možností jejich využití v terapeutickém procesu. To, co se nemění, jsou fyzikální charakteristiky paprsku laseru. Jsou stejné, jak již byly popsány v roce 1917 Albertem Einsteinem.

Zatímco cíl použití invazivního laseru je zcela zřejmý – odpařit tkáň, mechanismus působení terapeutického laseru je podstatně složitější. Na konci minulého a začátku tohoto tisíciletí byly místo experimentálních a preklinických

studií hledány možnosti jeho klinického využití. V prvních letech převládaly v literatuře nesourodné studie zdůrazňující vztah frekvence a dané indikace, závislost vlnové délky na průnik laseru tkání, nejružnější kontraindikace a hlavně v řadě z nich převládala

subjektivní pohled. Je smutné, že některá tehdejší tvrzení jsou nekriticky citována i v současných publikacích, i když experimentální studie z posledních let jasně ukázaly, že realita je zcela jiná. Právě přetrvávání některých těchto skutečností v povědomí lé-

kařské a zdravotnické veřejnosti je úsměvné a zároveň tuto formu fyzikální terapie znevažuje v očích odborné nelékařské veřejnosti, například fyziků.

Mechanismus účinku na organismus

Stále ne zcela jasným je mechanismus transformace světelné energie v organismu do jiných forem tak, aby bylo dosaženo žádoucího biologického efektu, zejména analgetického, protizánětlivého, stimulačního a vazodilatačního. Řadu let přetrvávala a dosud přetrvává představa, že laser proniká do tkáně v závislosti na své vlnové délce. S rostoucí délkou paprsku má být tento průnik hlubší, někteří autoři hovoří dokonce o hloubce až 8 centimetrů. Vytvořila se teorie „laserového okna“, charakterizující interval vlnových délek, ve kte-

rém je průnik laseru minimálně omezen. Přitom je zcela jasné, že paprsek laseru kontaktem s jakoukoli překážkou ztrácí svou fyzikální charakteristiku (monochromaticnost, koherence, polarita), protože se láme, odráží, je absorbován, transformován. Znamená to, že laser nemůže působit na cílovou tkáň přímo, ale že jeho účinek je transformován v jinou formu energie.

Na základě současných poznatků hrají klíčovou roli v tomto mechanismu mitochondrie fibroblastů. Mitochondrie je důležitá organela živočišných buněk a je iniciátorem spouštění signálních kaskád. V důsledku aktivace signálních kaskád (například mitogen aktivující proteinkinázou) se spouští procesy apoptózy, reorganizace cytoskeletu, regulace transkripce a syntézy cytokinů. Funkce mitochondrií se dá ▶



MEDICÍNA

do jisté míry přirovnat k buněčné elektrárně, jelikož v nich díky procesům buněčného dýchání vzniká energeticky bohatý adenozin trifosfát. Mitochondrie je uzavřena dvěma membránami. Vnější membrána je značně pórovitá a skutečnou bariéru pro malé molekuly představuje spíše membrána vnitřní. Na vnitřní membráně a uvnitř ní se také odehrávají ty nejdůležitější metabolické pochody. Mezi ně patří Krebsův cyklus a dýchací řetězec.

Světlo laseru způsobuje změny v optických vlastnostech mitochondrií. Zvyšuje potenciál mitochondriální membrány a protonový gradient. Modifikuje některé dehydrogenázové reakce nikotinamidadenin dinukleotidu. Ovlivňuje aktivitu izocitrátdehydrogenázu a α -ketoglutarátdehydrogenázu (2-oxoglutarátdehydrogenázu). Aktivita isocitrátdehydrogenázy klesá se zvyšujícím se poměrem ATP/ADP. Vysoká koncentrace ATP způsobí inhibici tohoto enzymu, následně se začne zvyšovat koncentrace citrátu. Energie laseru naopak zvyšuje aktivitu enzymu a důsledkem je nárůst koncentrace ATP. Enzym α -ketoglutarátdehydrogenáza je inhibován zvyšující se koncentrací sukcinyl-CoA a NADH. Aplikace laseru má opačný efekt.

Izocitrátdehydrogenáza buňka využívá především pro napojení na dýchací řetězec, tedy pro pochody směřující k získání energie. Přeměna ADP na ATP v mitochondriích probíhá jako součást oxidativní fosforylace v rámci dýchacího řetězce. Lokalizace řetězce je na vnitřní membráně mitochondrií, aby tak byl zajištěn přísun redukováných koenzymů z citrátového cyklu a β -oxidace. Laser ovlivňuje mitochondriální respirační řetězec zvýšením aktivity enzymů cytochromoxidázy a adenozin trifosfatázy a zvyšuje syntézu DNA.

Buněčná signalizace je souhrn všech prostředků, jež používají buňky ke vzájemné komunikaci. V typickém případě je jednou buňkou vylučována signální molekula, druhá buňka přijímá signál, a to zpravidla skrze receptor. Z receptorů vedou signalizační kaskády dovnitř buňky, kde ovlivňují různé buněčné procesy včetně změn v expresi genů. Signálními molekulami mohou být jak různé bílkoviny, tak i například cytokiny, hormony a neurotransmitery.

Klíčovou úlohu při nitrobuněčné komunikaci mezi receptory a efektoru hrají G-proteiny. Je-

jich úkolem je zprostředkovat a přenášet signál z různých signálních molekul na příslušný efektor v nitru buňky. G-proteiny jsou uloženy na vnitřní straně buněčné membrány a po své aktivaci se začínou pohybovat k dalšímu efektoru – bílkovině, která po své aktivaci začne vyrábět druhého posla, cyklický adenozin monofosfát (cAMP), který díky své zvláštní chemické struktuře vyvolá řadu chemických reakcí. Přenos informací mezi jednotlivými buňkami při aplikaci fototerapie se děje konexonem, GAP spojením, *bystander* efektem a chromatofototropní aktivitou lidské krve.

Konexony

Spojení je zprostředkováno pomocí membránových kanálků, konexonů. Základem tohoto spojení jsou proteinové komplexy nazývané konexony. V membráně je šest konexinů tvořících konexon, které se vzájemně napojují na stejný útvar šesti konexinů v druhé membráně. Mezi konexiny je prázdný prostor, jímž mohou přecházet molekuly o velikosti menší než 1 500 daltonů (méně než 1,2 nanometru). Do konexonu jedné buňky přesně zapadá konexon buňky sousední, čímž je vytvořen hydrofilní kanál o průměru 1,5 nm.

Gap spojení

Gap junctions čili nexus, mezery spoj nebo také komunikační spoj. Jde o typ spojení dvou sousedních buněk v místě, kde dochází k významnému přiblížení jejich membrán. Pomocí *gap junctions* jsou buňky metabolicky i elektricky propojeny. V případě poškození jedné buňky dojde k rychlému uzavření kanálu. Tím se poškozená buňka odpojí od sousedních a zabrání tak dalšímu možnému poškození. *Gap junctions* nehrají úlohu v adhezi buněk, slouží k předávání informací mezi sousedními buňkami (například elektrického signálu, chemických posílů).

Bystander efekt

Bystander efekt je jev, při kterém neozářené buňky vykazují stejné účinky jako ozářené v důsledku signálů přijatých z okolí ozářených buněk. Buňky, jež nejsou přímo zasaženy, ale jsou v blízkosti těch, které zasaženy byly, tak přispívají k odpovědi buněčné populace. U ionizujícího záření se předpokládá úloha hydroxylových radikálů v molekulách vody. Některé studie předpokládají obdobný mechanismus i při aplikaci neionizujícího záře-

ní, jiné vidí v uvedeném mechanismu klíčovou úlohu interleukinů. Tyto práce však mají stále dílčí charakter.

Chromatofototropní aktivita lidské krve

Klinicky potvrzený přínos extrakorporálního ozařování krve laserem, hlavně pro analgetický efekt, svědčí o aktivní úloze porfyrinů, které se podílí i na metabolismu hemu. Hem je syntetizován z 85% v kostní dřeni, zbytek převážně v játrech, ale jeho tvorby jsou schopny téměř všechny buňky těla. Porfyriny jsou barevné sloučeniny, za což vděčí obsahu velkého množství delokalizovaných dvojných vazeb. Elektrony obklopující atomy nebo přítomné ve vazbách jsou schopné absorpce elektromagnetických vln s následným pohlcením jejich energie a přechodem na vyšší orbital. Lze tedy předpokládat, že mohou absorbovat i záření laseru.

Překonané Arndt-Schulzovo pravidlo

Další z fyzikálních veličin, jejíž význam byl zásadním způsobem v posledních letech přehodnocen, je frekvence. Někteří z čtenářů si pamatují období, kdy publikace porovnávaly přínos jednotlivých frekvencí s přesností na jednotky a s komentářem, že odlišná frekvence výsledkem léčby znehodnotí. Objevily se požadavky na konstruktéry, aby bylo možné aplikovat paprsek s frekvencí až 10 000 Hz. V souladu se současnými poznatky, verifikovanými objektivními klinickými studiemi včetně histologického vyšetření, je účelné aplikovat laser buď v kontinuálním režimu, nebo při frekvenci nepřesahující 50 Hz (některé prameny připouští 100 Hz). Vyšší hodnoty jsou již biologicky neúčinné, protože organismus není schopen požadovaným způsobem odpovídat. S nástupem vysokovýkonného terapeutického laseru (Hight Laser Intensity Therapy, HILT) došlo k výrazné modifikaci názorů na vhodnou hustotu aplikované energie. S ohledem na výkon diod u nízkovýkonných laserů, který zpravidla nepřesahuje 400 mW, nepřesahuje doporučená hustota energie u většiny indikací hodnotu 8 až 10 J/cm². Při použití vysokovýkonného zdroje laseru se tato hodnota zvyšuje deseti- až padesátinásobně. Je nesporné zejména, že stejní autoři, kteří při použití nízkovýkonného laseru pozorovali při hustotě energie vyšší než 10 J/cm² snížený terapeutický efekt, a odvolávali se

na Arndt-Schulzovo pravidlo, popisují pozitivně přínos vysokovýkonné neinvazivní laseroterapie, což ne zcela odpovídá logice.

Podle našeho názoru je HILT přínosem, překonané je naopak Arndt-Schulzovo pravidlo. Pokud pátráme blíže po podstatě tohoto pravidla, s překvapením zjistíme, že bylo pro potřeby laseroterapie zneužito. V literatuře se totiž objevuje již v roce 1888 jako jedno z pravidel pro homeopatii a říká, že malé dávky homeopatiky stimulují, mírné dávky brání a velké mohou zabít. Jeho autoři (německý psychiatr dr. Rudolf Arndt, 1835–1900, a německý farmakolog prof. dr. Hugo Paul Friedrich Schulz, 1853–1932) zřejmě prokazatelně dříve, než v roce 1960 T. H. Maiman předvedl první funkční laser. Kdo tak učinil a zneužil uvedeného pravidla pro laseroterapii poprvé, se nám nepodařilo zjistit. Je rovněž nesmyslem, který se mezi některými uživateli laseru tradoje, že je možné laser předávkovat. To zcela odporuje poznatkům o působení světelné energie na organismus.

Jak jsme již uvedli, aplikovaná energie záření je přímo úměrně závislá na výkonu laserového zdroje, délce aplikace a frekvenci paprsku laseru. U moderních laserů je možné výkon laseru upravit, některé přístroje si jej dokážou nastavit i samy, pokud zvolíme požadovanou hustotu energie. Nikde v literatuře není objektivně popsána závislost mezi délkou aplikace laseru a klinickým efektem. Záleží proto jen na uživateli, jakou taktiku léčby zvolí. Snad je potřeba zdůraznit, že pokud je laser aplikován krátce, může mít nemocný pocit, že byl odbyt, a terapie nemusí být tak účinná z psychologického hlediska.

MLS laserová terapie

MLS (Multiwave Locked System) terapie je novým fenoménem v léčbě vysokovýkonným laserem. Je založena na současné aplikaci paprsků o vlnové délce 808 nm v kontinuálním a 905 nm v pulzním režimu. Přesná synergie vln zvyšuje efekt léčby. V literatuře je uváděn výkon aplikací diod až do hodnoty 25 W, frekvence pulzního paprsku v intervalu mezi 1 a 2 000 Hz, což se nám zdá zbytečně vysoké.

Většinou autorů je zdůrazňován vynikající analgetický efekt této formy léčby. Pozitivně je hodnocen stimulační efekt, proto jsou MLS pulzy indikovány při léčbě měkkých tkání při popáleninách, proleženinách, u berco-

vých vředů i u otevřených ran nejružnější etiologie. MLS terapii rovněž indikujeme v případech, kdy potřebujeme dosáhnout protizánětlivého nebo protiedematózního účinku v nepřliš hluboko uložených strukturách. Výhodou MLS je časné hojení, rychlé obnovení strukturální integrity poškozené oblasti a okamžitě zlepšení místního krevního oběhu.

Ne všechny možnosti využity

Závěrem malý dodatek. V odborné literatuře či na konferencích nebo seminářích se objevují nepřesné pojmy, které zbytečně matou veřejnost. Někdy se jedná o bezmyšlenkovitý překlad (pojmy měkký a tvrdý laser), někdy o neznalost odborné terminologie (dávka záření místo hustota záření – dávka záření je vyhrazena ionizujícímu záření a má fyzikální rozměr J/kg, zatímco hustota záření má fyzikální rozměr J/m², resp. J/cm²), někdy o bezmyšlenkové opakování (proč biostimulace, stačí stimulace – copak lze stimulovat něco, co není živé?).

Medicína dosud nedokázala využít všech terapeutických možností laseru a stále „pokulhává“ s využitím všech technických možností, které jsou nám nabízeny. Bylo by však chybne jim zcela podlehnout, jinak se nevyvarujeme chyb, kdy jsme považovali fyzikální parametry za klíčové a biologická odpověď organismu byla podružná. Stále chybí dostatečné množství přesvědčivých experimentálních studií, převažují klinická pozorování, u kterých však nelze vyloučit podíl subjektivního hodnocení. Objevují se i další otázky, dané například možnou interakcí ionizujícího a neionizujícího záření. I to je důvod, proč jsou autoři sdělení přesvědčeni, že při současném poznání nelze stanovit pro aplikaci terapeutického laseru jednoznačná léčebná schémata pro dané indikace, jak se o to snaží nejen někteří výrobci, ale i někteří jeho uživatelé. Doporučujeme všem uživatelům laseru vycházet zejména z vlastních zkušeností a poznatků.

Literatura u autorů

prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSC.,

leos.navratil@fbmi.cvut.cz

prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.,

ivan.dylevsky@fbmi.cvut.cz

České vysoké učení technické v Praze,
Fakulta biomedicínského inženýrství,
katedra zdravotnických oborů a ochrany
obyvatelstva, NZZ THERAP-TILIA, Praha

Neinvazivní lasery v medicíně

Aplikaci fyzikálních metod v medicíně se u nás věnuje obor fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace. Jedná se jistě o jednu z nejstarších technik užívaných terapeutů.

Aplikace chladu a tepla, vystavení postižené části těla slunečním paprskům, masážní techniky, to vše zde jistě bylo již dávno před tím, než se k terapii začalo užívat i medicína v podobě léčivých bylin.

Pohled do historie

Devatenácté a zejména pak dvacáté století s sebou přineslo opo-
jení technikou, a tak se na trhu objevila celá paleta přístrojů využívajících k terapii elektrické energie. Léčivé proudy se modulovaly do různých frekvencí, v často sofistikovaných složitých režimech. Zdálo by se, že v našem oboru již nikdo nepřijde s ničím novým. Byl to však geniis Alberta Einsteina, který v roce 1917 teoreticky předpověděl existenci stimulované energie záření. Na praktické využití jsme pak čekali několik desítek let, teprve v polovině 50. let byly totiž zkonstruovány první přístroje emitující skutečný laserový paprsek, jemuž jméno laser dal od prvních písmen názvu *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation* Gordon Gould v roce 1959. Od počátku 60. let začíná využití laseru v medicíně, a to v chirurgických oborech, kde se pro cílenou a přesnou aplikaci i na velmi malých strukturách stal laser pro lékaře vítanou alternativou skalpelu. Fenomén stimulace při aplikaci laserem o velmi nízkém výkonu (řádově do 1 W) jako první popsal maďarský profesor Endre Mester na hojení ran u myši v roce 1967. Tento rok te-



Foto: Shutterstock

dy můžeme považovat za zrod neinvazivní laserové medicíny jako takové. Neinvazivní laserová technika nám v jedné době ošetření nabízí výrazný efekt analgetický, souběžně s tímto pak též efekt antiflogistický a účinek stimulační, urychlující regenerační pochody v postižených tkáních. Pro pacienta i ošetřujícího personál je velkým kladem i bezkontaktnost této techniky a absence nepříjemných pocitů při její aplikaci.

Možné kontraindikace

I terapie pomocí neinvazivní laserové techniky má samozřejmě své kontraindikace. Patří k nim ozáření oka, aplikace u pacien-

tů se záchvatovou anamnézou, přímá aplikace na žlázy s vnitřní sekrecí (především žláza štítná). Dále je to pak aplikace na tumory, potenciační tumory a prekancerózy. Kontraindikováni jsou pacienti lokálně léčení potenciálně fotosenzibilizujícími léky (především lokální formy NSA) či užíující tyto léky perorálně (warfarin). Ač nebyl prokázán terato- či mutagenní účinek neinvazivního laseru na plod, považujeme za kontraindikaci i graviditu. U nových generací výkonných neinvazivních laserů je nám pak kontraindikací i tmavý fototyp a tetováž.

Kontraindikací neinvazivní laserové terapie však nejsou kovy v těle a kardiostimulátor. To je dalším obrovským benefitem této terapie, neboť ji můžeme nabídnout i pacientům, u nichž je klasická fyzikální terapie kontraindikována.

Role vlnové délky paprsku

Velmi důležitými faktory z hlediska úspěšnosti neinvazivní laserové terapie je vlnová délka paprsku a jeho výkon. Platí, že – stejně jako v terapii invazivními lasery – i zde neexistuje nějaký univerzální přístroj. Chceme-li pokrýt celou paletu diagnóz léčených neinvazivním laserovým přístrojem, nevystačíme proto nikdy s jediným zdrojem laserového paprsku. Historií je dnes již

zdroj v podobě He-Ne laseru, kde se ke generování paprsku užívalo trubice plněné těmito vzácnými plyny. Přístroje byly neohrabané, jejich výkon nevalný, dokázaly navíc generovat pouze paprsek o vlnové délce 632,8 nm, tedy v červené barvě. Nevynikaly ani spolehlivostí, a tak byly zákonitě vytlačeny zdroji polovodičovými, kde je paprsek získáván polovodičovou diodou různého složení. Výhodou je miniaturizace zdroje, jeho velká spolehlivost a odolnost vůči inzultům. Díky možnosti konstrukce diod o různém složení pak tyto přístroje generují nejen paprsek červený, ale i v infračervené vlnové délce a ve vlnové délce světla zeleného a modrého.

Hloubka průniku do tkáně

Vlnová délka je pro kliniku klíčová z jednoho důvodu: rozhoduje o hloubce průniku paprsku do tkáně. Nejhlubší pronikají paprsky červené, proto jich užíváme výlučně k terapii dermatologických diagnóz. Ve vlnových délkách infračerveného paprsku se pohybujeme v „optickém okně“, které těmto paprskům dovoluje proniknout až do hloubi 5–7 cm. Důležitá je však také sama struktura tkáně – nejhorším možným světlovodem je kost, což nám značně ztěžuje práci s laserem například u ramenního kloubu a nutí nás volit skutečně výkonné přístroje napří-

klad v terapii tinnitu. Zelený paprsek má minimální hloubku průniku, proto také tyto zdroje na medicínském nebi sice rychle zazářily, ale následně stejně rychle vymizely. Novinkou je paprsek modrý, užívaný s více než uspokojivým efektem v terapii akneformní dermatitidy. Efekt je dán ovlivněním patogenních mikroorganismů participujících na etiologii tohoto onemocnění. Všechny tyto zdroje lze dnes již pomocí speciální aplikační hlavičky, tzv. scanneru, aplikovat i na větší plochy. Případně lze do jedné aplikační hlavičky vestavět více zdrojů o různých vlnových délkách – výsledkem je „laserová sprcha“, ideální opět pro ozařování větších ploch a navíc díky přítomnosti různých vlnových délek užitých sond splňující i sen o „univerzálním laseru“.

Co lze očekávat v budoucnu?

Velmi zajímavé jsou recentní práce zejména ruských autorů o celkovém stimulačním účinku laseru, který je ve vysokých výkonech aplikován na oblast průtoku velkých cév (*inguina*, loket). Laser se dle těchto autorit osvědčil v terapii různých imunologických patologií, především pak chronických zánětů. Diskutuje se i o otázce stimulace centrálního nervového systému. Další novinkou, již i používanou na našich pracovištích, je aplikace laseru o vysokém výkonu modulovaném do mikropulsů. Klinická účinnost vysoce převyšuje dosavadní generaci laserů, tzv. laserů hygienické třídy 3B. Tyto lasery jsou řazeny do třídy 4. Nejenže se zlepšila již tak dobrá efektivita terapie, ale tyto lasery nám umožňují terapii realizovat v kratším čase a s menším počtem procedur, což je výhodné pro terapeuta i pro pacienta. Dochází zde k efektu i energie fotomechanické vlny, analogie to další moderní techniky ve fyzikální medicíně, rázové vlny. Jistou nevýhodou jsou náročnější hygienické podmínky pro provoz těchto laserů, kde již i lasery třídy 3B byly zařazeny do kategorie rizikových pracovišť s potřebou patřičného schválení a dohledu hygienických složek. Z historie vyplývá, že fyzikální medicína je oborem prastarým. S laserovou technikou toto prastaré umění více než důstojně vkráčelo do 21. století.

MUDr. Miroslav Procházka

Nejosvědčenější diagnózy a syndromy

- **Dermatologie:** alopecie, nehojící se a problematické jizvy a rány včetně jizev keloidních, herpetické eflorescence, akneformní dermatitida... Nehojící se defekty (dekubity, trofické vředy).
- **Chirurgie:** nehojící se rány.
- **Stomatologie:** bolesti temporomandibulárního skloubení, analgezie při výkonech, defekty pod náhradami...
- **Rehabilitační medicína:** veškeré algické stavy kloubní a osového skeletu. Revmatické bolesti. Úponové bolesti – entezopatie.
- **ORL:** *tinnitus* – v terapii této pro pacienty tak úporné nemoci, s vysokou mírou výskytu v populaci, se neinvazivní laser stal opravdovým průlomem ve stávajících terapeutických aktivitách. Škoda jen, že prognosticky nepříznivé jsou tinnity po akutním, kterých prudce přibývá zejména v mladé populaci.
- **Urologie:** plastická indurace penisu – zde je laser v kombinaci s ultrazvukem opět převratem v možnostech léčby.

Lasery v gastroenterologii

Laserová technika v gastroenterologii může být využívána jak k přímým léčebným zákrokům, tak jako součást diagnostických a terapeutických systémů. V článku jsou stručně rozebrány teoretické základy využití laseru v gastroenterologii, historie využití laserových technologií v oboru a jednotlivé terapeutické a diagnostické indikace.

Historie

Historie použití laserové technologie v gastroenterologii je úzce spjata s technologickým vývojem laserů, konkrétně AR laseru, pevnolátkových a diodových laserů. Argonové lasery byly poprvé použity koncem 70. let při endoskopické léčbě krvácení z horních etáží gastrointestinálního traktu. Následoval nástup pevnolátkových laserů pracujících v blízké infračervené oblasti spektra, především Nd YAG laseru. Kromě endoskopické zástavy krvácení bylo možno Nd YAG laser nasadit v paliativní léčbě nádorů trávicího traktu. Ve druhé polovině 80. let byly Bownem publikovány pionýrské práce zaměřené na kontaktní laserovou intersticiální hypertermii v léčbě jaterních metastáz a paliativní léčbě nádorů pankreatu. V současné době v této části klinické praxe převažují diodové lasery a některé typy pevnolátkových laserů.

V 80. letech se rozvíjí fotodynamická terapie a autofluorescenční diagnostika. Na přelomu 80. a 90. let se objevují první práce zabývající se využitím laserové konfokální mikroskopie v gastroenterologii. Počátkem 80. let se také objevují první práce věnované laserové litotrypsii v léčbě cholelithiasy.

V naší republice prováděl první zákroky na horní etáži GIT argonovým laserem. Dítě v polovině 80. let. O něco později vznikla pracovní skupina na III. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol. Ta spolupracovala s kolektivem prof. Hamala z Fakulty jaderné a fyzikálně inženýrské (FJFI ČVUT) na vývoji Nd YAG laseru pro chirurgii a endoskopii. Fanta vyvinul originální techniku vagotomie, Horák se zabýval především paliací kolorektálního karcinomu. V Ostravě se o něco později Černoch intenzivně zabýval využitím Nd YAG laseru v celé šíři gastroenterologie.

Teoretické základy

Slovo laser pochází z angličtiny. Je složené z počátečních písmen anglického názvu *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*. Tento výraz je možné otrocky přeložit jako zesilovač světla (tj. elektromagnetických vln v optické části spektra) pomocí vynu-

cené (stimulované) emise optického záření (v češtině je adekvátním pojmenováním výraz kvantový generátor světla). Z názvu vyplývá, že laser vytváří optické záření. To je však - na rozdíl od nám všem známého viditelného světla - monochromatické (jednobarevné). Například nelaserové červené světlo má parametry vlnové délky od 600 nm do 750 nm. Laserové záření má mnohem užší spektrum, to jest vyšší monochromaticnost (jednobarevnost), vlnová délka červeného laserového světla je $632,67 \pm 0,02$ nm. Takové záření je fázově koherentní (uspořádané), světelné vlny nejsou vůči sobě ani posunuté, jsou ve fázi a mají malou divergenci (rozbíhavost). Záření je polarizované. Pro praxi je důležitá jak malá divergence, tak monochromaticnost záření. Lasery mohou pracovat jak v kontinuálním, tak v pulsním režimu. Pro některé aplikace je výhodný režim, při kterém jsou generovány ultrakrátké pulsy o vysokém výkonu. Pro gastroenterologii je důležitý způsob přenosu záření laseru. V klinické praxi jsou použitelné přístroje, u nichž je možná transmise záření světlovodným vláknem, které snadno zavádíme pracovním kanálem endoskopu.

Terapeutické využití laserů

Při interakci záření laseru s tkání se tkáň chová jako složitý optický systém, takže dochází k rozptylu a zpětnému odrazu části záření. Vlastní efekt na tkáň je dán především absorpcí dané vlnové délky ve vodě a hemoglobinu. V závislosti na energii předané tkáni dochází k fotobiologickému, fotochemickému, termickému či ablativnímu efektu. Bez ohledu na mechanismus vyžadují účinky laseru vždy hustoty energie v oblasti od 1 do 1000 J/cm^2 . Záleží na hustotě výkonu, který mechanismus převládá. Terapeutické zákroky v gastroenterologii jsou převážně založené na tepelných účincích, tedy na denaturaci proteinů (40–60 °C) nebo koagulaci tkání (60–100 °C), karbonizaci (100–300 °C) a vaporizaci (> 300 °C) a také na ablativních a opto-mechanických účincích. Tepelné účinky vyžadují minimálně okolo



Foto: Shutterstock

1 W/cm^2 . Výše zmíněná absorpce dané vlnové délky ve vodě a hemoglobinu určuje, jak hluboko záření pronikne do tkáně. U Nd YAG laseru jde o milimetry, u CO_2 laseru o mikrometry.

Fotobiologický a fotostimulační efekt

Není v současnosti v gastroenterologii prakticky využíván. Historicky se jím zabývala řada prací, které byly zaměřeny především na léčbu vředové choroby. Výsledky byly poměrně zajímavé, pro nemocného však tento postup znamenal značný dyskomfort spojený s opakovaným zaváděním endoskopu a relativně dlouhodobou aplikací. S nástupem H_2 blokátorů a blokátorů protonové pumpy byl postup opuštěn.

Termické metody

Pro naprostou většinu léčebných endoskopických výkonů na trávicím traktu je optimální použití vlnových délek, které patří do oblasti blízké infračervené části spektra. Výhodou je zde přenos světelného záření světlovodným vláknem a nekontaktní postup. Využívány byly pevnolátkové Nd YAG lasery pracující na vlnové délce 1064 nm, popř. 1320 nm. V současnosti tuto techniku vytlačily diodové lasery, pracující na vlnové délce 980 nm a 1410 nm. Využíván je jak efekt termické ablace, tak koagulační a vaporizační efekt těchto vlnových délek. V závislosti na použitém výkonu dochází ke koagulaci tkáně nebo k jejímu odpaření. Za zónou vaporizace je vždy zóna koagulované tkáně o hloubce několika milimetrů. Hemostáza bývá excelentní.

Jednotlivé indikace

• Maligní stenózy jícnu

Principem metodiky je nekontaktní odpaření nádorových hmot obturujících lumen orgánu. Při výkonu je používána standardní flexibilní endoskopická technika (gastroskop). Obvykle jsou využívány diodové lasery s výkonem 50 W nebo Nd YAG laser s výkonem kolem 70 W v kontinuálním režimu. Světlovedné vlákno je zaváděno pracovním kanálem. Výhodné je použití operačního gastroskopu se dvěma pracovními kanály, který nám usnadní odsávání dýmu, jenž vzniká při vaporizaci tkání. Je vhodné se vyvarovat přímého kontaktu s nádorovou tkání. V případě nejasných anatomických poměrů je vhodné zavést nejprve nádorovou stenózu vodící drát a poté odpařovat nádorové tkáně kolem, popř. zavádět dvoukanálový gastroskop po tomto vodícím drátu. Hemostáza při vlastním výkonu bývá excelentní, riziko perforace nepřekračuje 4%. Nevýhodou této techniky je nutnost opakovat sezení obvykle po 2 až 3 měsících v závislosti na růstu nádoru. Kompetitivní technikou je ovšem zavedení stentu, takže v současné době se laserová rekanalizace nádorových stenóz jícnu používá na některých pracovištích jako první krok tam, kde nelze primárně zavést stent.

• Barrettův jícen

Nekontaktní koagulace laserem pracujícím v blízké infračervené oblasti je jednou z alternativních metod léčby onemocnění. Nevý-

hodou je ovšem nemožnost získat materiál pro biopsii.

Technické vybavení je stejné jako při léčbě maligních stenóz jícnu. Oproti ošetření maligních stenóz jícnu není cílem vaporizace nádorových hmot, ale pouze koagulace atopické sliznice menším výkonem.

• Paliativní léčba kolorektálního karcinomu

Základem paliace je odpaření nádorových hmot, které obturují střevo. Vzhledem k anatomickým poměrům je tato metodika vhodná především v oblasti rekta, případně rektosigmoideálního přechodu. Ve vyšších etážích střeva riziko perforace převažuje nad benefitem pro pacienta, v těchto případech je vhodnější zavedení stentu. Výhodou zákroku laserem je naopak možnost úspěšného zmenšení nádorových hmot v situacích, kde zavedení stentu není efektivní.

• Zástava krvácení z trávicího traktu

Fotokoagulace laserem, pracujícím v blízké infračervené oblasti spektra, úspěšně uzavře cévy o průměru do 3 mm. Dobré výsledky přináší metoda v zástavě krvácení jako komplikace vředové choroby, postup není vhodný k ošetření krvácení z jícnových varixů.

• Laserová intersticiální hypertermie

Technologie je starší než v současnosti častěji užívaná radiofrekvenční ablace jaterních metastáz. Pracuje se opět s vlnovými délkami z blízké infračervené oblasti, pod sonografickou nebo CT kontrolou a relativně malými výkony. Úspěšně lze ošetřit ložisko o velikosti do 3 cm v průměru.

• Léčba cholelithiasy

Ablací efekt laseru je využíván k dezintegraci konkrémentů. Technologicky je využíván pevnolátkový Holmium-Ag laser, pracující v infračervené oblasti spektra s vlnovou délkou 2100 nm. Světlovedné vlákno je zaváděno při ERCP transpapilárně ke konkrémentu. K vlastní dezintegraci konkrémentu slouží ultrakrátké pulsy o vysokém výkonu. Sofistikované přístroje jsou doplněny o expertní systém pracující v modu svůj, cízí. Podstatou je laser pracující s malým výkonem ve viditelné oblasti spektra a analyza fluorescence, která je odlišná u tkáně žlučového a u konkrémentu. Celý postup je používán v léčbě cholelithiasy tam, kde nelze použít nebo selhaly ostatní

postupy (extrakce konkrementu, litotrypsy).

• Fotodynamická terapie

Laser je ideálním zdrojem monochromatického světla pro fotodynamickou terapii (PDT) v gastroenterologii. PDT je založena na principu selektivní akumulace fotosenzibilizující látky v nádoru a následném ozáření tumoru světelnou energií vhodné vlnové délky. Vlivem absorpce světla dochází ve fotosenzitizátoru ke vzniku excitovaných stavů, které v zásadě podléhají dvěma typům deaktivních reakcí. Buď excitovaná forma fotosenzitizátoru reaguje přímo se substrátem za vzniku volných radikálů substrátu, nebo dochází k transferu energie z fotosenzitizátoru na kyslík

a ke vzniku vysoce reaktivní volné atomární (singletové) formy kyslíku. Reakce volných radikálů a atomárního kyslíku s lipidy buněčných membrán jsou příčinou destrukce nádoru. Výsledným terapeutickým efektem je nekróza s apoptózou nádorových buněk. PDT se terapeuticky uplatňuje především v léčbě nepokročilých malignit jícnu a Barrettova jícnu. Většina komerčně dostupných fotosenzibilizátorů jsou preparáty na bázi porfyrinu nebo jeho prekurzorů. Teoreticky jde o ideální metodu založenou na selektivní léčbě s minimálním rizikem pro pacienta. Největší nevýhodou PDT je, že u těchto preparátů přechází do excitovaného stavu po ozáření vlnovou délkou 640 nm (červené světlo). Bohužel svět-

lo o této vlnové délce má malou penetraci do tkání, řádově jde jen o několik milimetrů. V současnosti je PDT intenzivně využívána především v urologii a chirurgii hlavy a krku. V gastroenterologii je předmětem značného počtu klinických studií. Výzkum je zaměřen především na hledání ideálního fotosenzibilizátoru.

Diagnostické postupy

Laser je ideálním zdrojem monochromatického světla pro autofluorescenční diagnostiku. Autofluorescence je schopnost tkání vyzařovat viditelné nebo neviditelné elektromagnetické záření po excitaci (vybuzení) vhodným světelným zdrojem. Při kvalitativní analýze využíváme rozdílu v emitovaném spektru mezi ná-

drovou a normální tkání, při kvantitativní analýze je využívána změna intenzity fluorescence mezi nádorovou a normální tkání. Dalším perspektivním využitím laserových technologií v diagnostice je laserová konfokální mikroskopie. Fakticky jde o metodu optické biopsie, která nám umožňuje zobrazení jedné vrstvy buněk během diagnostické endoskopie.

Současnost a perspektivy

Nevýhodou laserových technologií, která v době jejich nástupu do klinické praxe v 80. letech bránila jejich rozšíření do široké praxe, byla finanční náročnost a určité technické problémy pro provozovatele. Klasický Nd YAG laser potřeboval vodní

chlazení, šlo prakticky o stacionární přístroj. Až diodový laser je snadno přenosný. Lasery jsou převážně vyráběny technologickými firmami s poměrně malým kapitálem, které logicky nemohly výrazně uspět na trhu se zdravotnickou technikou. Lasery v gastroenterologii sice stály u zrodu některých vpravdě pionýrských postupů, posléze však byly často v jednotlivých indikacích nahrazeny jinými metodami. Budoucnost bude zřejmě patřit fotodynamické terapii a diagnostickým metodám, především konfokální mikroskopii.

Literatura u autora

doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.,
VŠ Zdravotnická, o. p. s., Praha

Lidé s psychickým onemocněním jsou v ČR výrazně stigmatizováni

Lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni po celém světě, míra stigmatizace se však v jednotlivých zemích liší.

Odborníci PhDr. Petr Winkler, PhDr. Ladislav Csémy, Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková z Národního ústavu duševního zdraví a prof. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D., ze 3. LF UK přišli s unikátní studií, která porovnává, jak jsou pacienti s duševním onemocněním vnímáni svým okolím v Česku a jak v Anglii. Rozdíl mezi českými a anglickými respondenty a míra stigmatizujícího jednání v ČR jsou alarmující.

Dopad na celou společnost

V oblasti duševního zdraví a nemoci se stigma chápe jako problém ignorace nebo neznalosti, které vedou k předsudkům a diskriminaci. „Často se říká, že stigma představuje pro duševně nemocného tu nejhorší část nemoci. Stigmatizovaný trpí sociálním vyloučováním se všemi důsledky, které to přináší, jako je např. nezaměstnanost a s tím související chudoba, horší péče u lékaře a v nemocnici nebo nerovné jednání na úřadech a posudkových komisích. Stigmatizovaní ale také často trpí tím, co se nazývá *self-stigma* neboli český sebe-stigmatizace. Ta se projevuje např. sníženým hodnocením sebe sama, což vede ke zhoršování duševního i sociálního fungo-

vání, ale také neochotou vyhledat odbornou pomoc a stáhnutím se ze společenského života,“ vysvětluje Petr Winkler. Důsledky stigmatizace se dotýkají celé společnosti. Odborníci jsou přesvědčeni, že stigma je zapříčiněno nízkou mírou poznatků o duševním onemocnění v řadách veřejnosti – podobné studie proto mají jako jeden z cílů pomoci zefektivnit osvětu ve veřejnosti.

Terénní šetření

Pro samotný výzkum bylo použito dotazníku RIBS (Reported and Intended Behaviour Scale). Terénní šetření v Česku bylo uskutečněno 311 vyškolenými tazateli mezi 18. listopadem a 6. prosincem roku 2013. Průzkum proběhl v náhodně vybraných volebních okrscích ČR a bylo osloveno celkem 2089 respondentů, kteří splňovali kritéria podle zadaných kvót. 14 % z nich se odmítlo výzkumu zúčastnit, a to především kvůli nedostatku času, pochybnostem o smyslu výzkumu nebo kvůli tomu, že výzkum připadal respondentům příliš dlouhý. Dotazník vyplnilo 1797 respondentů, jež lze považovat za reprezentativní pro českou populaci starší 15 let, co se pohlaví, věku a regionu týče. Z šetření, které proběhlo v Anglii, jsou dostupná data za 1720 re-

spondentů reprezentativních pro obyvatele Anglie starší 16 let, a sice z hlediska pohlaví, věku a zaměstnané pozice.

Psychická choroba a konec přátelství

Dotazník mj. zjišťoval, zda respondenti v Česku i Anglii v současnosti či někdy dříve žili, pracovali nebo měli za souseda někoho s psychickým onemocněním, případně zda byla takto nemocná osoba s respondentem v úzkém přátelském vztahu. Statisticky velmi významné rozdíly se objevily u otázky, zda by respondenti do budoucna nevdali žít společně s někým, kdo má psychické onemocnění. Zatímco v Anglii by tato skutečnost rozhodně nevdala 31,5 % dotázaných a spíše nevdala 24,4 %, v Česku byla tato čísla citelně nižší – soužití by rozhodně nevdalo jen 3,3 % a spíše nevdalo pouze 11,3 % dotázaných. Podobné rozdíly nastávaly i v případě dalších otázek: pracovat s někým s psychickým onemocněním by rozhodně nevdalo 39,4 % a spíše nevdalo 28,9 % anglických respondentů, v ČR by tato skutečnost rozhodně nevdala pouze 4,4 % a spíše nevdala pouze 15,2 %. Sousedství s někým s psychickým onemocněním by rozhodně nevdalo 41,4 % a spíše nevdalo 30,3 %

anglických respondentů; v Česku by tato skutečnost rozhodně nevdala 6,6 % a spíše nevdala 18, 2 % dotázaných.

Obdobným výsledkem dopadla také otázka, zda by se respondent nadále přátelil s někým, u něhož propuklo psychické onemocnění. V přátelství by rozhodně pokračovalo 56,3 % anglických respondentů, 25,6 % z nich odpovědělo, že by přátelství spíše pokračovalo, pro 1,8 % by byla tato skutečnost rozhodně důvodem v přátelství nepokračovat. Naopak v Česku by v přátelství rozhodně pokračovalo jen 7,9 % respondentů, spíše by pokračovalo 19,4 % a pro 12,3 % by byla tato skutečnost rozhodně důvodem pro ukončení přátelství. V Česku také násobně více respondentů volilo odpověď: nevím – k této odpovědi se nejčastěji uchýlovali respondenti ve věkové skupině 55+ a skupiny s nižší úrovní vzdělání, což může naznačovat, že lidé v Česku nejsou schopni o problematice duševního zdraví vůbec přemýšlet.

Alarmující situace

Výzkum přinesl důkazy o markantních a statisticky signifikantních rozdílech v jednání vůči duševně nemocným v Česku a v Anglii. Míra diskriminace se v ČR zdá být alarmující. „Umíte

si představit, že byste se podobně přestali kamarádit s někým, u koho se objevila rakovina? Odmítali pracovat s někým, kdo v dětství prodělal neštovice, bydlet v blízkosti lidí na vozíčku? Asi těžko, ale to jsou přesně jevy, které se vyskytují v souvislosti s duševním onemocněním,“ komentuje výsledky PhDr. Winkler.

Jaké jsou však příčiny tohoto jevu? V Anglii, kde od poloviny minulého století probíhala deinstitucionalizace s důrazem na přesun péče do komunity, bylo stigma vnímáno jako společenský problém daleko dříve než v ČR. V Česku byli donedávna duševně nemocní odsouvaní na okraj společnosti, do velkých psychiatrických léčeben. „Ostatně ani dnes tomu není jinak, kosmetická úprava – přejmenování léčeben na nemocnice – problém neřeší,“ doplňuje prof. Bankovská Motlová.

Výzkum ukázal, že v ČR je třeba s problémem stigmatizace začít okamžitě, systematicky a dlouhodobě pracovat, a to v rovině praktické i výzkumné. Výzkumná analýza musí předcházet vývoji nebo adaptaci intervencí, programů a kampaní na snížení stigma. Intervence, programy a kampaně pak musí být nejenom realizovány, ale také zpětně vyhodnocovány tak, aby nedocházelo k plýtvání financí na něco, co je neefektivní, nebo dokonce kontra-efektivní.

Mgr. Jan Červenka, Národní ústav duševního zdraví

Jak dál s pacienty s renální insuficiencí?

Koncem června proběhl v Kongresovém centru Praha 35. kongres České nefrologické společnosti. Hlavními tématy akce byly dialyzační léčba, dále transplantace ledvin, vztah kardiovaskulárních onemocnění k renální insuficienci, klinická nefrologie, dědičná onemocnění ledvin a diabetická nefropatie.

Dialýza, či transplantace?

Problematika léčby pacientů s chronickým selháním ledvin stojí stále v popředí zájmu klinických a transplantačních nefrologů a lékařů dialyzačních středisek. Prioritním zájmem u těchto pacientů je včasné provedení transplantace, eventuálně pak volba některé dialyzační metody. Jaký je optimální postup?

„V roce 1990 jsme byli konfrontováni se situací, že jsme léčili na dialýze výrazně méně pacientů, než byl evropský průměr. V této době až 5/6 pacientů umíralo proto, že pro ně nebyly dialyzační kapacity. Prvořadým úkolem tedy bylo výrazně tyto kapacity navýšit. V průběhu 90. let se nám to rychle začalo dařit, takže dnes jsme již v této oblasti nad evropským průměrem,“ říká prof. MUDr. Vladimír Tesař, DrSc., MBA, z Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFV v Praze. Odborníky však nyní trápí jiná věc, a tou je výběr optimální léčebné metody pro pacienta s chronickým selháním ledvin.

„K dispozici je hemodialýza, peritoneální dialýza či transplantace ledvin. Přání pacienta zde přitom hraje důležitou roli, protože kde není motivace, není compliance. Snažíme se proto na začátku pacienta informovat o možných modalitách a volit optimální řešení. Zásadní otázkou je, zda je možné provést transplantaci, a pokud ano, pak ji provést co nejdříve. U mladých lidí je ideální transplantace od žijícího dárce.

Zde bych chtěl uvést, že se nám podařilo díky některým projektům a zejména zásluhou kolegy profesora Ondřeje Viklického zvýšit podíl živých dárců ze 4 na 18 procent, což považují za velký úspěch, i když zatím nedosahujeme podílu živých dárců jako v některých jiných zemích, kde je to až 40 procent,“ pokračuje Vladimír Tesař. „Ukazuje se také, že před transplantací by pacient neměl být několik let na dialýze, neboť přežití je pak horší. Pokud však pacient není transplantovatelný či není k dispozici ledvina, hledáme optimální přemostovací metodu. Zde zatím vychází nejlépe peritoneální dialýza, která pacientovi umožňuje velkou nezávislost včetně pokračování v běžných pracovních aktivitách,“ vysvětluje prof. Tesař. Na druhé straně tato metoda není pro všechny. Pro starší pacienty, kteří mají různé komorbidity, jsou úzkostní, mají problémy s chůzí, zrakem, případně nemají nikoho, kdo by jim pomohl, je vhodnější hemodialýza. V současnosti se vypracovává také postup pro domácí hemodialýzu, která by měla být českým pacientům brzy k dispozici. Je to však metoda vhodná jen pro úzkou skupinu lidí. Kromě motivace totiž vyžaduje i určitou technickou zdatnost a dodržování přesných pravidel. Léčba náhradou funkce ledvin by měla být pečlivě zvažována u pacientů se zcela infaustní prognózou, například u pacientů ve velmi špatném stavu, s demencí, generalizovaným ma-

ligním onemocněním s limitovanou dobou dožití a obecně nízkou kvalitou života. V těchto případech diskutují odborníci s pacientem nebo jeho rodinou o možnosti dialýzy vůbec nezahajovat.

Kardiovaskulární choroby a chronické selhání ledvin

Dlouhodobou výzvou pro nefrology jsou pacienti s pokročilou renální insuficiencí a s kardiovaskulárním onemocněním. Kardiovaskulární choroby jsou hlavní příčinou mortality pacientů na dialýze. Riziko mortality je u těchto nemocných několikrát vyšší než u pacientů s normální renální funkcí. Týká se to zejména úmrtí na chronické srdeční selhání.

Velké randomizované studie hledaly možnosti léčebného ovlivnění nepříznivé prognózy těchto pacientů prostřednictvím léčby rizikových faktorů, jako je dyslipidemie či anemie, jednoznačně pozitivní výsledky však nepřinesly. Důvodem je zřejmě to, že chronické kardiovaskulární onemocnění probíhá u pacientů s ledvinovým selháním jinak než u jedinců s normální renální funkcí. Zatímco u pacientů se zachovalou renální funkcí dominuje ischemická choroba srdeční a dolních končetin na podkladě aterosklerózy, u pacientů na dialýze jsou to například cévní kalcifikace, zvýšená tuhost tepen, hypertrofie levé komory srdeční či srdeční selhání, a tyto změny způsobují, že léčebné intervence

zde fungují jinak. Například statiny působí dobře na komponentu ischemických změn, ale ne na chronické srdeční selhání.

„Uvedené skutečnosti jsou nám známy již delší dobu, relativní novinkou je ovšem posun v léčebném ovlivnění rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Jsou zde různé paradoxy, jako například že riziko kardiovaskulární příhody je u dialyzovaných pacientů vyšší u pacientů s nízkým cholesterolem a nízkým krevním tlakem, z čehož plynou určité rozpaky při hledání optimální výše těchto faktorů u pacientů na dialýze. Pokoušíme se proto vedle tradičních rizikových faktorů ovlivnit i různé faktory netradiční. Největší pozornost je v současnosti věnována dvěma oblastem: vztahu minerálového a kostního metabolismu k cévním kalcifikacím a vlivu uremických toxinů na kardiovaskulární komplikace. V poslední době se daří lépe definovat, které uremické toxiny jsou potenciálně nebezpečné, objevujeme také možnosti jejich cíleného ovlivnění. Tyto méně tradiční faktory kardiovaskulární morbidit a mortality by mohly být v budoucnu cílem léčebných intervencí,“ vysvětluje profesor Tesař.

Czech Renal Week

Problematice uremických toxinů byla věnována pozornost i v průběhu samostatného sympozia EUTOX, které ve stejných prostorách navázalo na kongres České nefrologické společnosti. Účastníkům kongresu byl v rámci Čes-



Prof. Ondřej Viklický

| Foto: archiv pořadatelů

kého renálního týdne (Czech Renal Week) umožněn na tuto akci vstup zdarma. Sympozium se zaměřilo na tři základní okruhy: epidemiologii onemocnění ledvin a výskyt uremických toxinů, uremické toxiny jako biomarkery a prediktory a intervence proti toxinům a randomizované kontrolované studie. „EUTOX, který má charakter doškolovacího kurzu, je pro nás důležitý i společensky, neboť se jej účastnili významní představitelé evropské nefrologie jako Andrzej Wiecek, Ray Vanholder, Jurgen Floege či Ziad Massy. Avšak také letošní český kongres považují za velice úspěšný. Potěšily nás nejen plné přednáškové sály, ale i vysoká účast na snídaňových sympozii, která byla zařazena poprvé. Zásluhu na tom všem má především prezident kongresu a předseda České nefrologické společnosti profesor Ondřej Viklický, který připravil zajímavý program. K vysoké účasti pak jistě přispělo i konání akce v Kongresovém centru Praha,“ uzavírá Vladimír Tesař.

MUDr. Andrea Skálavá

KOMERČNÍ PREZENTACE

Zájem o privátní značku Dr. Max ve střední Evropě roste

Po pěti letech existence pokořila jen v ČR značka Dr. Max hranici dvou set položek. Svědčí to o její emancipaci na českém lékárenském trhu, ale dobře se zabydluje i na Slovensku a v Polsku. Ve všech třech zemích prodej meziročně roste o stovky procent.

O sortimentu se rozhoduje v samotných lékárnách sítě Dr. Max těchto zemí, dále v centrále privátní značky v Praze a také v dceřiné Dr. Max Pharma v Londýně. Vede ji Ivan Berkeš, který programu vdechl nový život. „Mou ambicí bylo vytvořit obdobu *privat label*, jak ji znám od britské sítě Boots, kde privátka tvoří dvě třetiny obrátu. Britové privátní značky nepovažují za laciný ekvi-

valent, ale za plnohodnotnou alternativu,“ uvádí Ivan Berkeš. V Británii jsou privátní značky často tahoun inovací. I značka Dr. Max se permanentně vyvíjí a výčet produktů není nikdy uzavřený. Na jednotlivých středoevropských trzích také není sortiment úplně stejný. První výrobky z „maxi“ kosmetické řady Equilibria si zatím mohou koupit jen slovenští zákazníci,

i když se vyrábí v Česku. „Start vlastní kosmetiky je nejlepším důkazem našeho rozvoje,“ hodnotí Ivan Berkeš. „Equilibria zásadně pracuje s původními recepturami. To je rysem privátní produkce Dr. Max. Privátní značka Dr. Max začínala s klasickými doplňky stravy přes tzv. *medical devices* a dentální péči. Vlastní ibuprofen a paracetamol svědčí o přesahu i do kategorie léčiv. Vý-

robky vznikají ve spolupráci s renomovanými farmaceutickými firmami v Česku a na Slovensku. Mapa Dr. Max zahrnuje i vzdálenější destinace, jako jsou Švýcarsko, Francie, ale i Kanada, USA, Egypt, Indie nebo Čína. Třeba stále žádanější probiotika vyrábí absolutní světová špička – kanadská firma Rossel-Lallemand, která má vlastní vývoj i klinické studie. mp



Produkty Dr. Max lze koupit ve všech pobočkách stejnojmenné sítě. V ČR jich je přes 320.

Špičky z oboru personalizované medicíny se setkaly v Praze

Koncem června proběhl v pražském hotelu Hilton Prague Old Town 3. mezinárodní kongres personalizované medicíny (Up Close and Personalized, UPCP 2014).

Kongres se zaměřil na nové poznatky v oblasti metabolických chorob (diabetu a obezity), nádorových a kardiovaskulárních onemocnění a oblast informatiky a zpracování dat. Zúčastnily se ho významné osobnosti z oblasti medicíny, přírodních věd a dalších oborů. Mezi přednášejícími byli například Jehuda G. Assaraf a Illana Cozes, Vivian Barak z Izraele či Geoffrey S. Ginsburg a Eliot L. Siegel ze Spojených států amerických.

Jak vyjádřil prezident kongresu prof. Eddy Karnieli z Izraele, „v centru našeho zájmu jsou nástroje bio-informatiky, algoritmy, techniky umělé inteligence, systémy pro podporu rozhodování a další nové platformy pro diagnostiku onemocnění, predikci a lepší modelování pro léčbu pacienta“. Diskutovalo se také o etických, sociálně-politických a ekonomických aspektech a samozřejmě také o překážkách spojených s uváděním personalizované medicíny do života společnosti, zaváděním principů personalizované medicíny do praxe a zajišťováním kvality zdraví občanů.

Nový způsob myšlení

Personalizovaná medicína představuje nový směr v medicíně založený na individuálním přístupu k pacientovi. K tomuto dramatickému posunu v léčbě v posledním desetiletí přispěla řada objevů a informací z biomedicínského výzkumu, zejména v oblasti genetiky, biomarkerů, informatických a komunikačních technologií. „Je však třeba upozornit, že pojem personalizovaná medicína je často špatně chápán. Nejde ji zúžit na osobní přístup lékaře k pacientovi – jde o nový způsob myšlení, přístupu k nemocnému, diagnostice, ale především o novou filozofii léčby. Místo hledání pouze příznaků a charakterizování onemocnění klinickým stavem nemocného, z něhož vyplývá léčba, se personalizovaná medicína snaží pochopit podstatu onemocnění na základě genetického profilu nemocného, čímž se posunujeme do oblasti aktivně prováděné prevence vzniku onemocnění. U probíhajícího onemocnění je

pak nejdůležitější odhad průběhu choroby, prognóza onemocnění a predikce efektu léčby, eventuálně monitorace léčby. V ideálním případě by manifestní onemocnění vůbec nemuselo vzniknout, neboť by se zabránilo jeho rozvoji v samotném počátku,“ vysvětluje vedoucí laboratoře imunochemické diagnostiky při oddělení nukleární medicíny Kliniky zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň a předseda organizačního výboru kongresu prof. MUDr. Ondřej Topolčan, CSc.

Cílená léčba

Personalizovaná medicína hledá genetické podklady chorob a rizikové faktory jejich vzniku. Její součástí je identifikovat biomarkery provázející existenci vybraných onemocnění a predikovat tak jejich průběh a prognózu. Díky znalosti individuálního genetického a laboratorního profilu pacienta může lékař již dnes u některých závažných chorob volit optimální léčebný přístup. Zjednodušeně řečeno, původní jedna diagnóza se rozdělí do více podskupin na základě genetických znaků a biomarkerů, což umožňuje cílenou léčbu různých pacientů různými léky. „Vzniká zde sice určitý problém spojený s tím, že bude nutné mít k dispozici více léků, na druhé straně se ušetří tím, že se zabrání rozvoji nebo progresi onemocnění a léky se budou indikovat cíleně, ne naslepo,“ doplňuje prof. Topolčan.

V USA se personalizovaná léčba zatím využívá asi u 15% nemoc-



Doc. Judita Kinkorová

| Foto: Michaela Blišťáková

ných, do roku 2020 by podle odhadů však měla být dostupná až pro polovinu pacientů. Jedná se zejména o pacienty trpící kardiovaskulárními chorobami, onkologickým onemocněním, diabetem či některým ze vzácných onemocnění. Právě vzácná onemocnění a výzkum jejich genetického podkladu úzce souvisí se vznikem a rozvojem personalizované medicíny.

Význam biomarkerů

Pozornost v oblasti personalizované medicíny se upíná především k výzkumu biomarkerů, jejichž znalost umožňuje časnou diagnostiku některých onemocnění. „Kritická situace je například u karcinomu vaječníků, kde je nádorové onemocnění v 1. a 2. stadiu odhaleno pouze u necelé třetiny žen. Identifikace biomarkerů nám umožňuje vyvinout cílené léky pro dané onemocnění, přičemž přítomnost či nepřítomnost konkrétního biomarkery dokáže predikovat efekt léčby. Přitom takovým biomarkerem může být i vitamin D,“ konstatuje prof. Topolčan. Na kongresu se probíraly například otázky týkající se role nových biomarkerů u karcinomu prsu či možnosti prevence diabetu mellitu 1. typu u dětí.

Využití zobrazovacích metod

Výzkum v oblasti personalizované medicíny se neobejde bez zobrazovacích metod. „Ty však navzdory neustálému zdokonalování mají stále své limity. Jednak nedokážou identifikovat útvar menší než 5 milimetrů, jednak jsou zatíženy přibližně deseti procenty falešně pozitivních výsledků. V amerických *guidelines* je proto obsažen požadavek, aby diagnóza, například onkologických onemocnění, byla potvrzena minimálně dvěma různými zobrazovacími technikami – vyšetření pomocí CT tak musí ověřit ještě magnetická rezonance či ultrasonografie,“ vysvětluje prof. Topolčan. V diagnostice se kromě toho stále více vyšetřují biomarkery, které umožňují vytipovat rizikové pacienty, u nichž se násled-

ně provede zobrazovací vyšetření. Výhodou takové předselektce pomocí biomarkerů je větší diagnostická spolehlivost i menší radiční zátěž pacientů a personálu.

Data a interpretace

Významnou roli v personalizované medicíně má informatika. „Máme již k dispozici obrovská množství dat z oblasti genetiky, genomiky a farmakogenomiky, která je nutné zpracovat. Některé z recentních prací byly prezentovány právě na letošním kongresu. Nejsme však zatím ve fázi, kdy bychom dokázali spolehlivě tyto výsledky interpretovat,“ upozorňuje prof. Topolčan a dodává: „Ani testování vlastního genomu za účelem prevence rizikových onemocnění nemá zatím podle odborníků význam. Provádět genetické vyšetření nebo vyšetřovat genom či jeho část má smysl pouze tam, kde tyto výsledky umíme interpretovat a využít pro diagnózu, volbu léčby a podobně. Například u diagnózy Downova syndromu, některých vzácných onemocnění a vybraných familiárně se vyskytujících zhoubných nádorů.“ S personalizovaným přístupem se pojí ještě další problém, a tím je ochrana osobních dat. „Dlouhodobě řešíme otázku jak tyto výsledky uchovávat, kdo a za jakých okolností s nimi může nakládat. Uvědomme si, že jde o rozsáhlé soubory dat z celého světa, procházející napříč mnoha obory,“ doplňuje členka organizačního a vědeckého výboru kongresu doc. RNDr. Judita Kinkorová, CSc., z Technologického centra AV ČR.

Budoucí úspory i lepší péče

Implementace personalizované medicíny do praxe je logicky spojena s počátečními vyššími náklady na zdravotní péči, v dlouhodobém horizontu by však tento trend měl vést k výrazným úsporám a především zlepšení péče o pacienty a lepší kvalitě jejich života. „Evropská společnost pro preventivní, prediktivní a personalizovanou medicínu, již jsme členy, si toto uvědomuje a snaží se na svých sjezdech získávat



Prof. Ondřej Topolčan

| Foto: Michaela Blišťáková

zástupce z ministerstev zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a regulačních orgánů pro další spolupráci,“ říká Ondřej Topolčan. Personalizovaný přístup se podle něj významnou měrou uplatňuje v Německu, Francii, Itálii, severovýchodních zemích či v Izraeli. Jedná se zejména o státy, které již v minulosti kladly velký důraz na systém prevence.

Šance pro české vědce

Kongres navázal na úspěšná předchozí setkání ve Florencii (2012) a Paříži (2013), organizovaná výzkumnými skupinami z Izraele a Spojených států amerických. „Jsme rádi, že se nám podařilo obstát v konkurenci dalších zájemců a prosadit konání tohoto třetího ročníku v Praze. Naším cílem je prohloubit mezinárodní spolupráci a zapojit se více do mezinárodních projektů. Problematika personalizované medicíny je velice náročná a nákladná, proto je zapotřebí sdílet poznatky i technické vybavení v jednotlivých vědních oborech napříč světovými institucemi. To, že jsou zde zastoupeni koordinátoři velkých evropských a světových projektů, představuje pro české partnery obrovskou šanci jak se v oblasti výzkumu udržet na špičce,“ zdůrazňuje docentka Kinkorová. Letošní kongres se stal také impulsem k chystanému založení nové odborné společnosti ČLS JEP. Vznik společnosti pro personalizovanou medicínu přivítal a podpořil předseda České lékařské společnosti JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.

MUDr. Andrea Skálová

Malá bilance IV.

Blázelec byl svým způsobem svérázný svět sám pro sebe. Styk s poštou, tedy její kompletní dodávku i odnášení včetně finančních zásilek a doporučených psaní, obstarával jeden pacient, který byl veden jako chronický schizofrenik. Byl zřejmě spolehlivější než stádo úřednic.

„Trojka“ bylo oddělení se 109 až 115 chronickými pacientkami, z větší části gerontopsychiatrickými, zčásti se sociálními případy a zčásti s „vyhaslými“ schizofreničkami, na kterém sloužilo jedenáct sestry, dvě staniční a holka Veselková, která umdlela před branami vyššího vzdělání a již druhým rokem slibovala, že si tu maturitu udělá a stane se řádnou sestrou. A bych parafrázoval „Broučky“, všechny sestry měly velice hezký vztah k pacientkám, ale holka Veselková byla tak naivně bezprostřední, že jsem měl dojem, že pacientky pojednává spíš jako své – docela milé – příbuzné. Obě staniční byly zcela oddané své práci (také v léčebně bydlely) a nezřídká zaskakovaly za chybějící kolegyně. Práce tam byla zajímavá, od problematiky psychiatrické přes interní až po sociální. Ta poslední spočívala v tom, že jsme ženy, jejichž hlavním problémem byl nízký intelekt a jejich rodina o ně neměla zájem, zkoušeli na letní sezónu zaměstnat jako pomocné síly v různých horských chatách a hotelech. Správce léčebny, který se tam narodil a pokračoval v řemesle svého otce, s těžko potlačovanou slzou dojetí sentimentálně vzpomínal, jak maminka měla k ruce čtyři až pět „hodných bláznů“ co věrné služebníky. Jako dítě chodil se dvěma z nich nakupovat, jeden ho hlídal a druhý vybíral zboží. Vyslovené po nich tesknil.

Paša, Evička a slečna učitelka

Měli jsme jednu laboratoř pro elementární biochemická vyšetření, dobré vztahy s interním oddělením umístěným v pavilonu za plotem léčebny, po čase začal emeritní primář docházet jednou týdně na konzilia, ale do té doby jsme všechno od průjmů po cukrovku řešili sami. V posledním roce mého pobytu začalo vznikat v areálu léčebny diagnostické jádro, které už mělo určitou úroveň.

Bylo nesmírně zajímavé probírat se chorobopisy žen, které trávily na tomto patře již celá desetiletí bez šance, že odtud vyvážnou. Na jeden jsem měl záľusk, ale zcizil ho někdo přede mnou. Týkal se Paši, kterou si jako manželku přivezl do Jičína ruský legionář. Nějaký čas tu žila spokojeně a pak u ní propukla

psychóza. Kaligraficky napsané parere lícilo podrobně demolici tří ulic, kde v raptu rozbila většinu oken, část dveří a poškodila několik plotů. Končilo slovy: „a na rohu těchto dvou ulic ji konečně strážníci dostihli, přemohli a dopravili do léčebny“.

Byla zde nepřetržitě od roku 1931. Sedávala klidně, tváříc se spokojeně, v terapeutické místnosti, kde háčkovala. Navázat s ní kontakt bylo nemožné, přestože jsem se snažil kvůli ní mluvit i rusky. Evička, dle tehdejší diagnózy „imbecilka“, každé ráno vyšla s koštětem před budovu a za každého počasí celý den usilovně zametala. Když trpěla premenstruální tenzí, vyšla také ven, odhodila však koště, vrátila se na oddělení a prohlásila: „Pračovat nebudu a žrát taky nebudu!“ Po několika dnech se zklidnila, začala zase zametat a k tomu každému oznamovala: „Pračovat už budu, ale žrát ještě nebudu.“ Několikadenní půst ale na jejím BMI nebyl patrný. Slečna učitelka P. – trvala na tomto oslovení – mi předala kaligrafickým písmem napsaný dopis pro neexistujícího ředitele Müllera. Stálo v něm: „Vážený pane řediteli Müllere, rače nařídíte svému poskokovi Honzákovi, aby mi zase začal sypat do jídla menopsin a katepsin, protože bez něj mám strašně průtrže mozku. S účtou slečna učitelka P.“ To už se řešit dalo; za celý týden dostala od pana ředitele (pardon, ředitele) Müllera ujištění o dalším přísunu požadovaných ingrediencí. Za průtržemi mozku se skrývaly průjmy, které jsme také zvládli.

Načasovaná smrt

Pro studii ASPRUM srovnávací účinky různých neuroleptik jsme neměli dost pacientek s akutní schizofrenií, a tak jsme vybrali i některé chronické. Čtyřicetiletá žena, o které půjde řeč, jejíž dominantní symptomatologií byly negativistické postoje k většině požadavků a mutismus, byla v souladu s požadavky studie přeložena z chronického na přijímací oddělení. Během startovní placebové periody se začala chovat zcela normálně, začala komunikovat



MUDr. Radkin Honzák

a po několika týdnech (a předchozích čtyřech letech) mohla být propuštěna. Tam jsem poprvé zjistil, jak těžké pacienty psychiatrie může vyrobit. Stačila trocha kontaktů, zájmu, péče a z chroničky byl rázem člověk do nepohody.

Také mi bylo dopřáno poznat emoce údivu a pocit bezmoci. Asi v deset hodin dopoledne jsem přijal pacientku odeslanou jejím praktickým (tehdy obvodním) lékařem, na které bylo nápadné jediné to, že prohlašovala, že ve tři hodiny umře. Dalšího jsem na ní nenašel nic, nebyla úzkostná, ani depresivní, ani šleňá. Nemám takové věci rád. Vyšetřil jsem ji tedy i po tělesné stránce, nechal nabrat, co se u nás z biochemie nabrat dalo, ve negativní, a pro jistotu jsem požádal ještě zkušeného internistu, který na ní rovněž nic nenašel. Zato na mě se díval podezřívavě. Ta paní ve tři hodiny zemřela. Po pitvě mi řekl osvěcený patolog: „Pane kolego, kdybychom se do toho nutili, přesvědčoval bych vás, že šlo o thymicko-lymfatickou smrt (to byl tehdy jeden z verdiktů po náhlém úmrtí). To také napíšeme do závěrů. Ale poctivě vám říkám, duše opustila tělo. Já jsem nenašel nic.“

Nestandardní spolupracovníci

Také kolegyně a kolegové byli zajímaví. Zdeněk Mrázek, který odcházal na kliniku, jedva já jsem nastoupil, mi byl úžasnou oporou, když jsem si zoufal, nakonec se stal vedoucím psychologického denního sanatoria na Palatě a já jsem k němu po celou dobu jeho působení chodil pro rozumy, někdy pro útěchu, někdy pro rozhrěšení. Míla Beran, který nás seznámil s Orwellovou „Farmou zvířat“, od samého začátku všude nahlas prohlašoval, že tu nezustane, že emigruje. V jeho pokoji neustále běžel magnetofon s francouzským jazykovým kurzem. Míla tvrdil, že je to nejlepší způsob jak si osvojit jazyk: prostě jej přestat vnímat jako něco cizího. Nikdo ho neudal, což bylo dost pozoruhodné. Nakonec emigroval spolu s kamarádem. Oba odjeli na jakési jednání



Ilustraci foto: theoptimist.com

Mezinárodního svazu studentstva, komunisty řízené organizace, kde působili v nějakém výboru.

Až potud by to byl běžný příběh emigrantů. On ale nepatřil k úplně běžným lidem, jeho kamarád asi také ne. Když služebním autem vjeli do Rakouska, obrátili je zpět a s velkou cedulí, na níž stálo: JSME EMIGRANTI, NE ZLODĚJI AUT, strčili škodovku zpátky do „země nikoho“.

Diagnostikující pedagožka

Poslední rok jsem strávil na ženském přijímacím oddělení, kde za vzpomínku stojí především to, jak jsem se o vlas vyhnul jednomu pochopitelnému omylu. Saniťáci vyložili a odjeli, a když jsem přišel do vyšetřovny, stála tam posmutnělá dívka věkem kolem plnoletosti a po místnosti rozčileně pobíhala, gestikulovala a neustále brebentila dáma ve středních letech, která mohla být tak její matkou. Zeptal jsem se standardně, co se děje a co mohu udělat, a tahle osoba mě zahrnula málo srozumitelnými lamentacemi, zatímco ta mladší stála tiše s nesouhlasným výrazem, jako kdyby říkala: „Tak to vidíte!“ Než jsem začal sepsávat přijímací protokol, přiběhla sestra a objasnila situaci. Ta starší byla učitelka, která přivezla „za trest“ do léčebny svoji žákyni, neboť ta byla ve škole drzá a chovala se vyzývavě. A protože týden předtím skončily u nás dvě její spolužačky pro „sebevražedný pokus“ (demonstrativně spolkný několik tablet nějakého analgetika, protože nebyly připuštěny na školní výlet), viděla optimální pedagogické řešení v analogickém postupu. Kdo je blázeň?

Stále totéž stigma

Mezitím jsem stačil udělat atestaci, a protože odchod z umístěnkou určeného místa byl možný, kromě smrti, dvěma způsoby – otěhotněním nebo vítězstvím v konkurzu na nějaké vznešenější pracoviště, volil jsem ten druhý a po čtyřech letech praxe zde jsem nastoupil jako psychiatrický konziliář do Ústavu pro výzkum výživy lidu v Krči. Do Prahy jsem se chtěl vrátit od prvního dne, co jsem v Kosmonosích nastoupil, ale když jsem odtud naposled odjížděl, zjistil jsem, že jsem tam kus srdce nechal.

Nebyl pro mne žádný problém zařadit se jako psychiatrik mezi „normální doktory“, jen mě na některých šval a štve dodnes jejich přezíravý postoj k lidem, kterým přisoudili nálepku psychiatrického pacienta. Asi nejtragičtější byl případ muže, kterého mi poslali jako naprostého šílence, protože si stěžuje, že mu z močové roury odchází stolice. Měl totiž rektovezikální píštěl, tedy patologické propojení konečníku a močového měchýře, ale nikomu nestálo za to přesvědčit se o skutečném stavu věcí.

Na krční oddělení jsem jednou poslal pacientku s polykacími obtížemi a v doporučení jsem výslovně uvedl, že se nejedná o funkční poruchu, že polyká bez problémů tekutiny, ale vážnou tuhá sousta. Přesto ji bez vyšetření poslali pryč, že je to hysterické. Vzal jsem ji tedy za ruku, odvedl kolegovi a trval na vyšetření. Tím se prokázalo, že po nějakém starším pokusu o sebevraždu, když vypila louh, má nyní změny na jícnu, které vedou k jeho zužování.

Nedívím se proto, že někteří pacienti odmítají jakýkoli kontakt s psychiatry navzdory tomu, že je to právě ta specializace, která by jim byla užitečná. Nejen jim, i financím našeho zdravotnictví, které odčerpávají, když putují v marne snaze vyřešit svůj problém po jiných specialistech. Nicméně také jen „vocaď až pacaď“.

Nejsem si jist, zda moje milované řemeslo vykazuje skutečně takové úspěchy, jakými se občas holedbá. Je pravda, že nesnesitelná atmosféra bláznů se po zavedení antipsychotik zklidnila, že mnoho pacientů je možné propustit, daně za tyto úspěchy jsou ale dost velké: pohybové, metabolické a hormonální poruchy, váhové přírůstky vedoucí k tomu, že pacienti léky odmítají, amotivační syndromy a další. Nemluvě o tom, že celková koncepce psychiatrie zatím vůbec nenahrává integraci přeléčených vážně nemocných lidí do společnosti.

Mozková chemie a hledání biologické podstaty

Stále používáme tytéž elektrošoky jako před třicetiletím, přitom stále nevíme, jak a proč fungují,

ale fungují. Celá vědecká medicína se svou pozitivistickou filozofií zdánlivě umí vysvětlit mechanismy až na molekulární úrovni, ale co dělají skutečné psychofarmaka v mozku, je nejasné. Snaha převést lidské utrpení do mechanistického medicínského modelu nedává jasnou odpověď na základní otázky. Na zbožštěné molekule serotoninu stojí téměř celý farmaceutický průmysl, který z toho neustále nemravne bohatne, ale navzdory fámám o tom, jak usilovně zkoumá, nikdy přesvědčivě nevysvětlil, proč jeho produkty fungují. Je sice hezké, že byla postavena hypotéza (která se časem ukázala jako nedostatečná, a tak je doplňována dalšími a dalšími podpůrnými důkazy), když pak se objeví lék, který vyvolává přesně opačné změny než ty předchozí, a přesto je také účinný a lidé se po něm zlepšují. Jako by stačilo drobet zakvedlat s polévkou mozkové chemie, a tělo už si poradí... Naplňuje se tak moje heslo, které - až budu velké a mocné - nechám vytesat nad všechna zdravotnická zařízení: Člověk vydrží víc než zvíře, jen mu dát příležitost! Zobrazovací metody jsou velkým pokrokem, ale jak poznamenal je-

den moudrý člověk, o práci mozku dávají asi takovou informaci, jakou má o životě na Zemi astronaut v družici. Může sledovat sopky, záplavy, stepní požáry, ale o tom, zda zrovna neřadí epidemie moru, nemá ani potuchy. Podobné je to s psychofarmaky. Něco v mozku způsobí, ale co je podstatou nemoci a zlepšení, nevíme. Je to jako když přijdeme do přetopené místnosti, v níž nevidíme topeniště, zdroj tepla. Otevřeme-li okno, místnost se ochladí. To však neznamená, že kořeny problému tkvějí v tom okně!

Místo skutečného hledání podstaty biologické odchylky, chyby odpovědné za dvě nejméně vážnější psychiatrické poruchy, schizofrenii a velkou depresi, se farmaceutickým firmám daleko více vyplácí vytváření nových nemocí. V hedonistické atmosféře postmoderní doby se hříchy transformovaly na choroby, což sice hříšníkům aktuálně usnadňuje život, pro lidské společenství se to však už tak výhodné nejví. Jediná porucha, u níž je možné detekovat odchylky v činnosti mozku a nervové soustavy - psychopatie v pojetí Hareho a Duttona -, se do poslední revize

amerického diagnostického manuálu „DSM-V“ nedostala, zato tam bylo změněno v nemoc truchlení po smrti blízké osoby, které trvá déle než dva týdny, a především jsem četl vážně míněný vědecký návrh podaný zástupci vědecké společnosti, aby mezi choroby byla zařazena i nešťastná láska.

Člověk mezi lidmi

Vědecká medicína se podle mého soudu dopouští tří chyb. Jednak vytrhuje člověka z přirozeného prostředí jeho příbuzných, ostatních živočichů, a dělá z něj arteficiálně jakéhosi neprovázaného a proto monstrózního tvora. Naši „nižší“ kamarádi taky stůňou a taky si nějak pomáhají, farmaceutických firem nemajíce. Také ale nevyplývají samostatného života neschopné nedonošené plody. Třeba bychom tam našli zajímavá řešení.

Za druhé, medicína jde cestou vymítání a potírání zla zvaného nemoc a vůbec její oficiální větve nezajímá, kudy probíhají - a ony bezesporu probíhají - v našem organismu samoúdržavné mechanismy. Přitom by mohla alespoň chvíli zauvažovat, že prodloužení

lidského věku a všeobecný pokles úmrtnosti není způsoben farmaceutickým průmyslem, ale zlepšením výživy při dostatečném přísunu stravy, dále obecně zlepšenými hygienickými podmínkami a odstraněním velké části rizik zkracujících život.

A nakonec zatížena prokletím platonského rozpolcení člověka na tělo a duši, pozeňnaného na konci středověku Descartem, nevěnuje vůbec pozornost emocím, hybatelem zdraví i nemocí, považujíc je za jakési efemérní hnutí myslí a zcela zapomínajíc, že to jsou řídicí mechanismy ovlivňující zásadním způsobem fyziologické a posléze patofyziologické pochody v těle.

Dobře vím, že život je to, co máme, nikoli to, co bychom chtěli. Nemožno si moc vybírat a antidepressiva předepisují, stejně jako to dělá většina mých kolegů, a jejich účinek potencionuji (alespoň doufám) bajkami o mozkové chemii. Současně dělám všechno pro to, abych dostal svého svědomí, v němž je zapsána i myšlenka Antona Mesmera, že nejmocnější silou ze všech sil, které působí na člověka, je zase jenom člověk.

Inzerce M14100113

VIII. SYMPOZIUM AGEL TRENDY SOUČASNÉ MEDICÍNY SE ZAMĚŘENÍM NA PREVENCI A SCREENING

09. - 10.10.2014

Hotel NH Olomouc Congress

Symposium se koná pod záštitou:

Ing. Tomáše Chreneka, Ph.D. - předsedy dozorčí rady AGEL a.s.
MUDr. Jána Dudry, Ph.D., MPH - předsedy představenstva AGEL a.s.

Prezident kongresu

MUDr. Martin Polach, MBA - místopředseda dozorčí rady AGEL a.s.



Více informací získáte na symposium.agel.cz

AKTUALITY

Efektivnější léčba deprese díky českým vědcům

Nová metoda vědců z Národního ústavu duševního zdraví může výrazně zefektivnit volbu vhodné léčby deprese.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se deprese stane do roku 2030 nejrozšířenější nemocí lidské populace. V České republice překročil v roce 2011 počet ambulantně léčených pacientů s depresí poprvé 100 tisíc. Odhady nicméně hovoří až o 500 tisících Čechů s touto nemocí.

Hledání prediktorů efektu léčby

Positivní reakce na první léčbu antidepresivem dosahují pouze dvě třetiny pacientů. „Kromě hledání nových léčebných možností se výzkumné týmy celého světa pokoušejí identifikovat pacienty či skupiny pacientů, u nichž je vyšší pravděpodobnost pozitivního výsledku léčby. Vědci

tak zkoumají prediktory, jež souvisejí s efektem terapie a vyskytují se ještě před jejím zahájením či krátce po něm. Díky jejich znalosti by bylo možné výrazně snížit dobu, kterou je pacient vystaven utrpení psychických obtíží. V současné době lze totiž to, zda lék danému pacientovi tzv. zabere, poznat až po čtyřech až šesti týdnech,“ popisuje MUDr. Martin Bareš z Národního ústavu duševního zdraví, jeden z autorů výzkumu.

Ačkoli byla prokázána souvislost výsledku antidepresivní léčby s řadou různých biologických (neurofyziologické, metabolické, genetické atd.), psychologických či klinických faktorů, nelze bohužel žádný z nich považovat za dostatečně spolehlivý

na to, aby jej bylo možné doporučit pro použití v rutinní klinické praxi.

Role EEG kordance

MUDr. Martin Brunovský, Ph.D., a MUDr. Martin Bareš z Národního ústavu duševního zdraví přišli s myšlenkou sledovat zároveň dva klinické indikátory odpovědi na léčbu v kombinaci s neurofyziologickým parametrem – EEG kordancí.

„První dva parametry se týkají zlepšení klinického stavu pacienta – po prvním týdnu léčby a po druhém týdnu léčby, kdy se provádí hodnocení závažnosti depresivních symptomů, k čemuž se využívají nejrůznější škály. V našem případě se jednalo o škálu MADRS (Montgo-

mery-Åsberg Depression Rating Scale). Ta je asi nejčastěji aplikovanou škálou pro objektivní hodnocení depresivní symptomatologie a její změny. Třetím parametrem pak byla změna hodnoty EEG kordance, kdy jsme sledovali rozdíl mezi hodnotou na počátku a po prvním týdnu léčby. EEG kordance je matematicky vypočítaný parametr, který je stanovován ze záznamu elektrické aktivity mozku, tedy z elektroencefalogramu,“ vysvětluje MUDr. Brunovský.

Slibný nástroj

Díky tomuto postupu dokázali vědci správně odhadnout dosažení pozitivního či negativního výsledku léčby u 83 % pacientů. Důležité také je, že

použité postupy jsou relativně levné a nenáročné na přístrojové vybavení. Detailní výsledky tohoto projektu Národního ústavu duševního zdraví byly publikovány v časopise *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.

„Námi dosažené poznatky v oblasti predikce antidepresivní odpovědi přinášejí slibný a perspektivní nástroj, který umožní zkrátit dobu strádání pacientů s depresí a významně zredukovat finanční výdaje za neúčinnou léčbu. Zároveň otevírají nutnost jejich klinického ověřování na větším počtu pacientů a cíleně pro různé konkrétní typy antidepresiv. Nabízí se také možnost kombinace našeho modelu s dalšími možnými prediktory z jiných oblastí výzkumu depresivní poruchy. To je také předmětem současného grantového projektu probíhajícího v Psychiatrickém centru Praha, který bude pokračovat v nově zřizovaném Národním ústavu duševního zdraví,“ uzavírá MUDr. Martin Bareš.

(Zdroj: Národní ústav duševního zdraví) (red)

Objev nových mechanismů růstu nádoru hlavy a krku

Tým vědců Anatomického ústavu, Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol a Ústavu molekulární genetiky AV ČR, v. v. i., ve spolupráci s dalšími odborníky patentoval nový způsob biologické léčby zhoubného dlaždicového karcinomu hlavy a krku.

Přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., však upozornil, že cesta od vynálezu léku po jeho zavedení do běžné praxe je velmi dlouhá a trnitá. „Pokud bychom byli úspěšní, pak by vývoj, testování a schválení nové léčby trval minimálně 10 až 15 let,“ uvedl. Prof. MUDr. Jan Plzák, Ph.D., z kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol vysvětlil, že tento dlaždicový karcinom hlavy a krku sice není častým typem nádoru, zato je ale velmi obtížně léčitelný. Při jeho chirurgickém odstranění je často nutné odejmout rozsáhlé části obličeje a krku, což velmi snižuje kvalitu dalšího pacientova života. V nejhorším případě však ani takto razantní operace nezachrání nemocnému život.

„Rozhovor“ mezi nádorem a fibroblasty

Výzkumný tým objevil, že růst tohoto typu nádoru kromě vlastních nádorových buněk významně ovlivňují i nenádorové buňky v jeho okolí, a to zejména fibroblasty. Dále vědci zjistili, které geny se podílejí na výměně informací (jakémsi rozhovoru) mezi těmito fibroblasty a nádorovými buňkami. Přišli na to, že produkty těchto genů je možné zablokovat a potlačit tak tu činnost fibroblastů, která podporuje růst nádoru. Předpokládají tedy, že léčba založená na objeveném mechanismu může zpomalit, případně zastavit růst zhoubného nádoru. Na základě pokusů ve tkáňových kulturách připravili dva návrhy na možnou biologickou léčbu, kterou si nechali patentovat.

„Výzkum bylo možno provést díky nezištnému souhlasu více než



Prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., jr., v laboratoři s členkou výzkumného týmu Ing. Eliškou Krejčí, Ph.D. | Foto: 1. LF UK

sta pacientů Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol, kteří poskytli s povolením etické komise vzorky tkání. Takto velký soubor je i v mezinárodním měřítku významný,“ vyzdvihl prof. Smetana.

Využití v dalších oborech

Ve spolupráci s lékaři Dermatovenereologické kliniky 1. LF UK a FN zahájil výzkumný tým hledání podobných mechanismů u maligního melanomu, jednoho z nejzhoubnějších kožních nádorů. Zjistil rovněž, že se nové poznatky dají pravděpodobně aplikovat i na zákonitosti hojení ran. V konečné fázi by to mohlo znamenat, že objasnění mezibuněčných kooperací v nádorech přispěje i k léčbě chronických poranění.

Děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., zdůrazňuje, že za tímto vědeckým úspěchem stojí kvalitní spolupráce vědců a kliniků z několika pracovišť fakulty. „Právě souhra více medicínských disciplín a špičkový základní výzkum jsou nenahraditelným zdrojem pro budoucí aplikace a klinické využití ve prospěch pacientů. Na naší fakultě chceme maximálně podporovat právě týmy, které přinášejí nové myšlenky a prioritní výsledky, týmy, které jsou vědeckými školami a lídry ve svých disciplínách,“ uzavřel děkan Šedo.

(Zdroj: 1. LF UK)

(red)

Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte
jako dárek
BIODERMA
- Sensibio
H2O 250ml

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 24. 8. 2014
Předplatné na rok pouze za 590 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 0814**. 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 0814**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

FARMABYZNYS

EK: Nové logo zajistí bezpečnost on-line lékáren

Evropská komise (EK) přijala prováděcí nařízení podle směrnice o padělaných léčivých přípravcích (2011/62/EU), které stanoví design společného loga pro internetové lékárny a technické požadavky pro zajištění jeho pravosti.

Toto logo bude plně k dispozici v druhé polovině roku 2015.

Ověření bezpečnosti

Logo by mělo být na stránkách internetových lékáren. V období

na levé straně uprostřed bude zobrazena vlajka té země EU, kde má internetová lékárna své sídlo, a text bude přeložen do úředního jazyka nebo jazyků tohoto státu. Uživatel by

měl nejprve toto logo na webu lékárny vyhledat a kliknout na něj. Poté bude přesměrován na stránky národního regulačního orgánu, kde je uveden seznam všech legálně provozovaných internetových lékáren

a ostatních zákonem oprávněných prodejců léčiv. Po ověření, zda se na seznamu nalézá i zákazník vybraná on-line lékárna, může uživatel pokračovat v nákupu. V opačném případě EK doporučuje v nákupu nepokračovat.

„Při nákupu léků přes internet si spotřebitelé musí uvědomit, že pokud nenakupují od legálních internetových dodavatelů léků, vystavují se riziku, že koupí padělané léčivé přípravky. Padělané léky mohou být neúčinné,



Click to verify if the website is operating legally

škodlivé, nebo dokonce smrtelné nebezpečné. Aby bezpečnost spotřebitelů nebyla ohrožena, Komise zavedla společné logo pro internetové lékárny,“ uvedl evropský komisař pro zdravotnictví Tonio Borg.

(Zdroj: Evropská komise)

(kha)

Krátce z (farma)byznysu

- Brněnská farmaceutická společnost **Erba Lachema** oznámila vzrůst loňských tržeb o 12% na 299 milionů korun. Zisk firmy se více než zdvojnásobil na 20,4 milionu Kč. Za pozitivním výsledkem stojí především růst prodeje v Rusku a na dalších zahraničních trzích, nově zejména indickém. Na tržbách se export podílel třemi čtvrtinami. Za zvyšujícími se prodejí stojí především biochemické, hematologické či močové analýzátory. K úspěchu na indickém trhu má pomoci nově vyvinutá souprava, jejíž pomocí lze určit citlivost mikroorganismů k antibiotikům. V prosinci zahájila firma sériovou výrobu a prodej.

- Švýcarská farmaceutická společnost **Novartis** bude spolupracovat s firmou **Google** na vývoji chytrých kontaktních čoček, jež mají pomoci diabetikům a lidem, kteří mají problémy se zaostřováním na blízko. Čočky pro diabetiky by měly být schopné měřit hladinu cukru v krvi ze slza informace odesílá bezdrátově na mobilní přístroj, uvedl Novartis. Případný úspěch čoček by posílil pozici Novartisu na trhu s přístro-

ji pro sledování hladiny cukru v krvi, jehož hodnota by podle výzkumné firmy **GlobalData** měla do roku 2017 stoupnout na více než 12 miliard dolarů (242,7 miliardy Kč).

- Vedení britské farmaceutické společnosti **Shire** přijalo nejnovější nabídku americké firmy **AbbVie** na převzetí. Shire to uvedla poté, co chicagská farmaceutická skupina již popáté zvýšila nabídku na celkových 31 miliard liber (zhruba 1,1 bilionu Kč). Z téměř poloviny vyplatí AbbVie akcionáře Shire v hotovosti, zbytek jim doplatí svými akciemi. Akcionáři Shire by tak po završení transakce vlastnili kolem 25% akcií AbbVie. Vedení Shire, které všechny dosavadní nabídky odmítalo jako podhodnocené, uvedlo, že je připraveno doporučit nejnovější nabídku akcionářům.

- Americká farmaceutická firma **Mylan** oznámila, že od **Abbott Laboratories** koupí aktivity v oblasti speciálních a značkových generických léků na rozvinutých trzích mimo USA za 5,3 miliardy dolarů (106,7 miliardy Kč). Dohoda má roz-

šířit podnikání firmy **Mylan**. Dohoda zahrnuje více než 100 léků z pěti velkých terapeutických oblastí, prodávaných v Evropě, Japonsku, Kanadě, Austrálii a na Novém Zélandu. Tržby z těchto aktivit loni činily 2 miliardy dolarů. Abbott si ponechá aktivity v rozvíjejících se zemích a v USA. Transakce by měla být dokončena na počátku příštího roku. Abbott poté bude vlastnit ve firmě **Mylan** 21% podíl.

- Švýcarská farmaceutická společnost **Roche Holding** koupí americkou biotechnologickou firmu **Seragon Pharmaceuticals**. Cena transakce by se mohla vyšplhat až na 1,73 miliardy dolarů (asi 34,6 miliardy Kč). Roche díky převzetí amerického podniku získá práva na nové léky na rakovinu prsu, které **Seragon** vyvíjí. Roche za americkou firmu nejprve zaplatí 725 milionů USD. Vyplacení další jedné miliardy dolarů pak bude záviset na splnění určitých podmínek. Očekává se, že dohoda by měla být dokončena ve třetím čtvrtletí, až ji schválí regulační úřady.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Novinky z (farma)legislativy

- **Státní ústav pro kontrolu léčiv** (SÚKL) informoval, že s účinností od 21. 7. 2014 bude pro zadavatele klinických hodnocení povinné zveřejňovat výsledky klinických hodnocení v databázi **EudraCT**, spravované Evropskou lékovou agenturou (EMA). Toto datum odpovídá dokončení programování databáze tak, jak je na něj odkazováno v pokynu Evropské komise 2012/C 302/03, za uplatnění dalších právních předpisů (Směrnice 2001/20/EC a Pediatrické nařízení (EC) č. 1901/2006 a (EC) č. 1902/2006). Bližší informace jsou dostupné na stránkách EMA.

- **Byly vydány 2 nové pokyny SÚKL:**

1. **Pokyn REG-84 verze 3** s názvem **Elektronicky předkládané žádosti týkající se registrační agendy**. Tento pokyn nahrazuje **REG-84 verze 2** s platností od 1. 7. 2014. Tento pokyn je vyústěním ust. 3 odst. 1 registrační vyhlášky, která stanoví, že žádosti a další dokumentace předkládané SÚKL musí být předloženy v elektronické podobě, pokud ve zvláštních případech není se SÚKL dohodnuto jinak. Při zpracování žádosti a další dokumentace v elektronické podobě se v případě humaních přípravků použije elektronický formát **eCTD** nebo **NeeS** podle pokynů Ústavu; tento formát se použije i pro informace a zprá-

vy podávané podle této vyhlášky v elektronické podobě SÚKL. V souladu s výše uvedeným ustanovením není od 1. 1. 2014 již nadále možné předložit žádosti a další dokumentaci pro nově podané žádosti týkající se registrační agendy v jiném než platném formátu **eCTD** nebo **NeeS**.

2. **Pokyn PHV-8** s názvem **Požadavky SÚKL k vytváření, obsahu a distribuci Informačních dopisů pro zdravotnické pracovníky** s platností od 4. 7. 2014. Tento pokyn blíže vymezuje pojmy, definuje obsah a upravuje podmínky poskytování informací a podkladů SÚKL v oblasti vytváření a distribuce Informačních dopisů pro zdravotnické pracovníky.

- **Výbor pro léčivé přípravky pro moderní terapie (CAT)** při Evropské lékové agentuře (EMA) revidoval dokument „Reflection paper on the classification of advanced-therapy medicinal products (ATMPs)“. Evropská léková agentura vydala 30. 6. 2014 k veřejnému připomínkování revidovaný pokyn pro klasifikaci léčivých přípravků moderní terapie. Připomínky mohou být zasílány do 31. 10. 2014 na adresu: advancedtherapies@ema.europa.eu.

Bližší informace, včetně odkazu na zmiňovaný dokument, jsou k dispozici na webových stránkách EMA.

Mgr. Libor Štajer

Vakcína Synflorix je na trhu 5 let i díky úsilí českých vědců

Podle údajů WHO v důsledku pneumokokových infekcí ve světě ročně umírá přibližně 700 tisíc dětí mladších 5 let. Způsobeny jsou patogenem *Streptococcus pneumoniae*. První vakcíny proti pneumokokům byly dostupné již v minulém století, ale jejich účinnost nebyla dostatečná.

V roce 2009 se na českém trhu objevila nová 10valentní vakcína Syn-

florix, která umožnila rozšířit dosavadní očkování o sérotypy 1, 5 a 7F. Ty mohou způsobit invazivní formy onemocnění. Na vývoji a testování vakcíny se podílel i tým vědců a lékařů z České republiky v čele s předsedou České vakcinologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Romanem Prymulou, CSc., Ph.D. Jeho tým již několikrát dosáhl světových úspěchů v testování

vakcín a jedním z nich byly výsledky studie **POET**. „Ve studii, které jsme se věnovali více než 3 roky, jsme prokázali, že očkování kandidátní 10valentní vakcínou, od které byla následně odvozena vakcína **Synflorix**, dokáže u dětí snížit počet případů pneumokokových otitid přibližně o polovinu,“ říká profesor Prymula.

(D)

Kvalita a bezpečnost v nemocnici – 3. část

Zdravotní služby by měly být bezpečné a kvalitní, což jsou úzce související kategorie. K dosažení maximálně možné bezpečnosti nemocnice pro pacienta vede dodržování bezpečnostních cílů, jak je stanovila WHO. Ve spolupráci s Nemocnicí Na Homolce (NNH) vznikl seriál, jehož jednotlivé části věnujeme těmto cílům.

PŘEDCHÁZÍME MOŽNÝM PÁDŮM

Bezpečnost je s pády, respektive s maximálním omezením vzniku ohrožení pacienta v nemocnici, velmi úzce asociována především s aktuálním stavem nemocného a situacemi, v nichž by se mohl během hospitalizace ocitnout. Základními pravidly pro předcházení možným pádům je ale nejen identifikace z tohoto hlediska rizikových pacientů, ale také bezpečné prostředí všech prostor, do nichž mají pacienti přístup, správně zvolené pomůcky a pořízení pacientů a jejich blízkých. V systému řízení kvality nemocnice je předcházení pádům jedním z bezpečnostních cílů, který systém dává za úkol zejména sestřím, nicméně se týká i činnosti lékařů. Pacient přichází do nemocnice a smyslem činnosti všech zdravotníků je, tak jako ve všech záležitostech bezpečnosti a kvality, co nejlépe ho odléčit a co nejdříve jej v co nejlepší kondici vrátit do jeho prostředí. Komplikace vzniklé v důsledku toho, že pacient po dobře provedené operaci upadne a zlomí si krček a místo domů pokračuje v hospitalizaci, nejsou zejména u seniorů nijak vzácné případy a výjimečné nejsou ani fatální důsledky. I lehký úraz vzniklý po pádu může ve svých následcích dlouhodobě zhoršit kvalitu života nezávisle na skutečnosti, že primární výkon, pro nějž byl pacient přijat, byl odveden vynikajícím způsobem. Pro

to vše je předcházení pádům pro nemocnici velmi důležité a má i značný přesah do zdravotnického terénu.

Pády a léky

S problematikou předcházení možným pádům se pracuje v NNH tak, že když pacient přichází do nemocnice k plánovanému operačnímu výkonu, posoudí sestry, zda je z nějakého důvodu rizikovým z hlediska možnosti pádu, což je individuální i podle situace. I mladý člověk s indikací cholecystektomie je z pohledu možnosti pádu rizikový bezprostředně po operaci, zejména při první vertikalizaci. V tomto ohledu prevence funguje docela dobře ve všech nemocnicích už proto, že pacient po operaci zpravidla nikde sám nevstává, asistence sestry by měla být běžnou záležitostí. Do nemocnic ovšem přichází rozsáhlá kohorta pacientů, kteří mají kromě primární diagnózy nějaké další problémy – špatně vidí, přicházejí do nemocnice s protézou dolní končetiny, mají různé komorbidity, užívají léky. S rizikem pádů je úzce spojena také medikace pacienta. Léků, které se mohou významnou měrou podílet na upadnutí pacienta, je celá řada. V NNH spustili nový projekt „Pády a léky“, na kterém se podílí těž kliničtí farmaceuti. Na základě odborné literatury, znalostí a zkušeností z oblasti účinků léků a také již vzniklých případů pádů pacientů vytvořili seznam léků, které svými



Ilustraci foto: Miroslav Halib

účinky zvyšují riziko pádu. Patří sem například antipsychotika, hypnotika, sedativa, antiemetika, antihypertenziva, diuretika a další skupiny léků. Na základě posouzení individuální míry rizika stanoví klinický farmaceut ve spolupráci s ošetřujícím lékařem a sestrou vhodná opatření, kterými může být vysazen lék, redukce dávky, záměna léku, vhodné na-

časování podávání, monitorace laboratorních hodnot a v neposlední řadě poučení pacienta.

Bezpečnostní opatření na pokojích

V NNH pomáhá ke snížení rizika pádu i vizuální označení pacienta jinou barvou náramku, kontrétně žlutou oproti „normální“ modré. Žlutý náramek lékařům, sestřím, nutričním terapeutům

i fyzioterapeutům signalizuje další způsob ohrožení tohoto pacienta, se kterým je třeba počítat a odborně pracovat. Pomocí je možné už tím, že sestra zjistí, zda má pacient s sebou vhodnou obuv, ve které se bude v nemocnici pohybovat. Důsledně (a někdy opakovaně) tyto pacienty poučí, zda mohou sami vstávat z lůžka, nebo vždy mají zazvonit a počkat na pomoc sestry. V pokoji pacienta ohroženého zvýšeným rizikem pádu musí být zafixované lůžko i noční stolek, ani jedno nesmí být pojezdňné, protože zejména starší lidé s problémy při pohybu jsou zvyklí používat nábytek jako oporu při vstávání, tedy ani v nemocnici jim opora nesmí ujet nebo se převrhnout. Další velkou kapitolou jsou bezbariérové koupelny, nutná je protiskluzová úprava. Madla musejí být ve správné výšce u sprchy i toalety. I přes tato opatření nelze ani pádu v koupelně (například při náhlé nevolnosti) zabránit, proto musí být v dosahu z podlahy signalizace. Dosahe signálního zvukou se rozumí jeho umístění na výšku paže ležícího člověka, protože ten po pádu nemusí být schopen se sám zvednout z podlahy.

Pády jsou zejména pro seniory vždy nesmírně psychicky zatěžující záležitosti. Takový pacient je ve stresu už pouhou hospitalizací a vědomí, že upadl a někdo ho musel zvedat, že už sám nic nezvládne, je na obtíž, to vše ho dostává do značné psychické tenze. I to je téma pro kvalitu a bezpečnost nemocnice, těmto pacientům je třeba pomoci. K těmto lidem je třeba se postavit tak, abychom nejen odléčili primární onemocnění, ale i jim pomohli rehabilitovat se a odejít.

Jana Jilková



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 14/2014

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicina a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leos Chodura, Martin Čaban,
Irena Soukupová, MUDr. Milan Novák,
David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Rehořová,
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky

Květa Havlová, DiS.,
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Sterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Smídová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce

Jana Schrammová
tel. 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastelo

DTP

retuš Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby

Soňa Starhová
koordinátor výroby a distribuce divize
Medical Services
Monika Snádrová
tel. 225 276 392,
e-mail: snadrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídlou: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
IČ: 01847082

adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:

Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem
a předplatitelem se řídí všeobecnými
obchodními podmínkami pro předplatitele.
Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou
odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných
materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 24. 7. 2014

Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.
© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

Jak nepsat zprávu

Motto: Pravda je jako dvojité sendvič – otevře vám ústa dokořán.

(Pavel Kosorin)

Organizace jménem Mental Disability Advocacy Centre (MDAC) vydala naprosto neuvěřitelnou zprávu o psychiatrických ústavech. Zjevně je nesnáší, patrně v širším kontextu módního antipsychiatričského hnutí.

Jen dva prstíčky ohrát...

Nejvíc to schytala Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, která patří mezi dosti intenzivně kontrolovaná zařízení, a to včetně používání omezovacích prostředků. Za posledních 6,5 roku zařízení dvakrát navštívil ombudsman, jednou evropský výbor proti mučení, dvakrát Spojená akreditační komise a jednu speciálně na téma omezovacích prostředků zřizovatel. Nejistili nic jiného, než že se ústav drží zákona o zdravotních službách, navíc s nadstandardně pečlivou kontrolou používání těchto prostředků.

Jak se k vám tihle lidé vůbec dostanou? Odvolají se na zákon o právu veřejnosti na informace. Pokud ho porušíte, máte svatý pokoj. Jste-li zákona dbalí občané, počtívá a otevřená, pozvete jezinky domů. Jednáte s nimi, dáváte podklady a vysvětlujete. A jste v toubě. Pak už jen zíráte. Cokoli řeknete, je použito proti vám. Čím víc vysvětlujete, tím více mají materiálu a tím větší je skandalizace. Nabídnete prst a chtějí celou ruku. Vyčtou vám, že je nepustíte na lůžkovou oddělení. Jasně že ne. Máte povinnost chránit identitu pacientů a ne k nim vodit delegace čumilů. Což by mělo být právníkovi, vedoucímu českou pobočkou, zřejmé. Bohužel, není. Dokonce naznačují, že jste je cíleně nepustili právě tam, kde ukrýváte svá mučidla, tj. ona docela normální a otevřeně deklarovaná ochranná lůžka. To už se těsně blíží vyslovené lži. Alespoň v Kosmonosích totiž nebyli vpuštěni vůbec nikam. Úplně necileně.

Chytré vytvořená hloupost

Zprávu MDAC dostane tři dny před zveřejněním a nás k dispozici britský bulvár, který vás o víkend bombarduje urážlivě formulovanými a nezodpověditelnými dotazy. Z ilustrační fotografie, málem větší než absurdní text sám, na vás civí kdo?

Uhádnete ihned. Paní Rowlingová. Chybí už jen zlý čaroděj a sám velký Harry Potter, tepající české barbarství. Nebo balkánské? Obávám se, že to průměrný čtenář *The Sunday Times* netuší. Ale může se s ústy dokořán krásně pohoršovat při nedělní ranní topince a ovesné kaši. Britský nedělník senzaci pojal tak, že zavírá ní do „klece“ je nejen v Česku, ale speciálně v Kosmonosích rutinní příjmovou procedurou a při špatném chování pacienta i formou trestu. Thriller čeří nudu anglické neděle. Česká média si nezadala, blábol papouškovala a vyprodukovala titulky jako např. *Síťová lůžka v ČR na „uvítanou“ i za trest* anebo ještě lépe *Týrán, násilí. Organizace kritizuje psychiatrickou péči v Česku*. Že tomu tak není? Co na tom sejde. Kromě několika omylů, svědčících o laxním zacházení s fakty, se nikde nevyskytne explicitní lež, přesto se však při čtení ocitáte ve virtuálním světě. Úplně jiném než ten skutečný. Pamětníci si vybaví Rádio Jerevan nebo sovětskou agenturu TASS. Nejprve si pomyslíte, že zprávu semsmolili Pat a Mat, a přepadne vás neodolatelné nutkání zanotovat si s Jiřím Dědečkem jeho štěpný rým: *Prožíval jsem tuhle krutá muka/ ještě dnes mi není do zpěvu/naslouchal jsem totiž výlevu/ignoranta tupce nedouka/Zradu lež a jiné podlé skutky/stačí trestat udělením dŭtky/ale blbost, blbost žádá krev!* Jenže pak vám to dojde. Je to chytře vytvořená hloupost. V čemž právě spočívá podstata manipulace.

Jiná stupnice, jiné vyznění

Již z předmluvy je zřejmé, o co půjde. O zprávu, která není zprávou, protože autoři mají předem jasno. Jde o špatné zacházení s pacienty v psychiatrických léčebnách. To už vědí, to je základní článek víry, na niž přísahali, výchozí bod, zdroj neotřesitelné jistoty, který netřeba dokazovat, ale jen pránýřovat. A skutečně, text je krajně zaujatý, umanutý, za slovíčko chytající (vždy s nejhorsším možným výkladem), psychologicky manipulativní, místy až bizarně zkrslující, někde snad jen z neznanosti a nepochopení. Výro-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

ky personálu vytrhává z kontextu a klade je formulačně do zlehčujících či přímo negativních souvislostí. Celé úseky zprávy jsou postaveny na bázi „jedna paní povídala“. A pokud povídala právě to, co chtěli autoři, dychtiví ukojit

svou předpojatost, slyšet, pak to bylo vzato za bernou minci. Uváděná „fakta“ jsou od samého počátku formulována nikoli zpravodajským, ale hodnotícím způsobem. To předkládanou zprávu zcela a beze zbytku diskvalifikuje. Znáte to z novin: Stačí použít „byl nucen přiznat“ namísto „řekl“ a hned jste v jiné poloze. Jako když se transponuje hudební dílo. Jiná stupnice, jiné vyznění. Nekritické přijímání i zjevně absurdních výroků pacientů kontrastuje s postojem ke zdravotnickým pracovníkům. Jestliže lékař něco rozumně vysvětluje, zpráva to uvádí tak, že „na tom neúspěšně trvá“, popřípadě je použita jen část výroku, vyznívajcí v úplně jiném smyslu. Vrcholným příkladem překrucování až bulvárního charakteru, dokonce dvakrát opakovaným, je údajný výrok lékaře, že „... v kurtech je vše možné“. A ještě to drze přiznává! Pic kozu do vazů! Jenže v kontextu to znamenalo, že pacient v ochranných pásech je plně přístupný všem ošetřovatelským výkonům, což je výhoda na rozdíl od izolací místnosti. Lékař to uvedl jako vysvětlení, proč nemocnice nemá a nehodlá izolace vůbec zřizovat. Zaslíbená horlivost vždy produkuje zhovadilosti.

Mimo realitu

Zpráva směšuje nesrovnatelné a mylně generalizuje. Chybou je hovořit o psychiatrickém pacientovi jako takovém. Jedná se o hodně široké spektrum stavů a přístupů k různým druhům onemocnění musejí být velmi diferencované. Nelze například vážně žádat, aby akutní, těžce neklidný a realitu nevnímající psychotik či senior s velmi pokročilou Alzheimerovou chorobou „spolurozhodovali o své léčbě“. Naopak je to splnitelné u velkého počtu pacientů zcela jiného typu a tak se také děje. Tady je nejlépe patrná neschopnost autorů alespoň mi-



Ilustrační foto: Shutterstock

nimálního vhledu do tématu. *It's elemental, dear Watson.*

Pokud bychom měli v psychiatrii plnit požadavky MDAC, vlastně bychom masivně agresivního pacienta, přivezeného například policií v „medvědu“, nesměli ani fyzicky omezit, ani mu dát léky (dle MDAC „chemické omezení“ – Kriste pane!). Nezbyvalo by než nechat ho rozbít oddělení, zranit sebe, personál i ostatní pacienty. Lidská práva (v jejich kormutlivě nepochopeném obsahu) však budou dodržena a pacient mohl svobodně projevit svou osobnost. Tím se zřejmě bude lékař hájit u soudu proti obžalobě z újmy na zdraví z vědomé nedbalosti. Nebo že by se sestry zamkly a ukecávaly zuřivce přes dveře? To by zaručeně fungovalo. Zdá se, že MDAC si tím je jist. Pokud by ovšem některý pacient ty dveře neprorazil. I takoví borci existují. Viděl jsem kulatou díru skrz dveře. Proč kulatou? Pacient se rozběhl hlavou napřed. Hlava vydržela, dveře nikoli. Riziko dále stoupá tam, kde se na psychiatrii nezřídka vozí opilci a intoxikovaní místo normálně na záchytku. A nejde jen o těžké neklidy a agrese psychotiků. Co je, sakra, vlastně tak špatného na tom, že pokročile dementní senior, trpící pravidelně výraznými nočními zmatenostmi, bezpečně přespí ve velké dětské postýlce a přes den docela funguje, chodí a rehabilituje? Má snad pobíhat ve tmě, zlomit si kyčel nebo se vřhat na ostatní pacienty? Nebo má dostat medikaci, po níž pak celý boží den prospí a v krátké době se u něj vyvine fatální imobilizační syndrom? Kde tihle „ochránčí“ nechali rozum? Koho a před čím chrání? Říká se tomu *medvědí služba*. Svou nepřijatelnou metodou i legrační přepjatostí diskreditují svou vlastní kauzu. Myslím opravdovou starost o lidská práva.

Arbitři důstojnosti a elegance

Na základní nepochopení mohou ukazovat i výtky týkající se kombinace akutní psychofarmakoterapie a fyzického omezení. Vždyť v tom je právě v akutních případech sama podstata věci: Titrovat nejnižší nutnou dávku s rozvahou, neordinovat zbrkle a nepoškodit pacienta pod tlakem spěchu kvůli nezvladatelné míře neklidu.

Úplně pomýlené je rovněž označení *lege artis* psychiatrické medicíny, určené k řádné léčbě definované choroby, za omezovací prostředek. K tomu lze právníkům MDAC navrhnout studium § 39 zákona o zdravotních službách. Psychiatrická medicína je zkrátka léčba jako každá jiná, například infekce antibiotiky (pokud ovšem nejsou námitky spolku proti týráním zvířat), epilepsie antiepileptiky a apendicitidy operací. Nic fatálního ani podezřelého na tom není. Takový je život, taková je medicína.

Jinde se zas dozvídáme, že umístění v „klecovém“ lůžku je *degradující*. No, ona zdravotní péče přináší v indikovaných případech různé situace. Taková gynekologická koza či vyšetření zařívacího traktu v protisměru rovněž není vrcholem důstojnosti a elegance, který by si jeden natočil na video a pouštěl známým po večerech jako obrázky z poslední dovolené, exhibicionisty a masochisty vyjímaje. Nemluvě o tom, že například po autonehodě se klidně můžete ocitnout na operačním stole úplně nahý a v bezvědomí. Čili vůbec se nekontrolujete. A kde jsou lidská práva? Aha! Je to hrozné. Mělo by se to zakázat.

Sbírka anekdot

V Kosmonosích oslovovali inkvizitoři MDAC nemocné, kteří posedávali před kavárnou. Ta měla

zrovna inventuru, pacienti se nudili, a tak ochotně vyprávěli o hrůzách omezení. Vše bylo pojímáno doslovně jako validní svědectví, a to od nemocných, kteří klidně mohli napsat své poznatky do bezpečně anonymní ankety. Kupodivu tam nic takového nenalezáme. Dokonce ani od paranoiků. Ale když se někdo správně ptá, nepochybně uslyší, co potřebuje. Tedy sbírku anekdot.

Co se pak týče serióznosti faktografické, uvedme pro zasmání několik obzvláště vydařených kiksů. Foto deklarované jako Kosmonosy je odjinud. Zpráva soustavně hovoří o „řediteli“ PN Kosmonosy, ač v čele stojí ředitelka. Na dvě hodiny kolektivní debaty s vedením ústavu je to poněkud chatrný výsledek investigace. Dost nedbalé a amatérské. Jinde se hovoří o „Psychiatrické léčebně Sadská“. Taková instituce však neexistuje. Je to jedno z detašovaných oddělení PN Kosmonosy. Tohle všechno by i lehce retardované děcko zjistilo po internetu během několika minut. MDAC však na takovém obřímím úkolu trapně selhává. Nebo jiná perlička: „Monitoři se setkali se ženou umístěnou v klecovém lůžku, která se třásla strachy, když věřila, že bude zavřená lékařem, který byl přítomen u rozhovoru. Tato žena byla před několika lety sama lékařkou ve stejném zařízení.“ A realita? Šlo o chronickou pacientku, známou místní figurkou, která se stejnou vážností na potkání vypráví, že je profesorkou, dostala Nobelovu cenu a sto tisíc dolarů. Kdyby to nebylo k naštvání, válel by se jeden smíchy.

„Do chemického omezování patří jakákoliv medikace, která je použita ke zklidnění člověka. Příkladem mohou být léky jako carbamazepin (pro větší názornost ho ti popletové i vyfotili) nebo levomepromazin. Experti se neshodují ohledně terapeutického účinku těchto léků.“ Bلبst. Experti se to shodnou perfektně: Carbamazepin je běžné antiepileptikum a s klidněním duševně nemocných nemá v tomto smyslu pranic společného. Za pět a sednout. Sám v materiálu frekventovaný výraz „chemické omezování“ je stupidně nepřátelský. Neférovým jazykem propagandy se zde přejmenovává docela všední skutečnost, totiž že léky byly vyvinuty k léčení nemocných. Už máte obrázek?

A tuhle znáte?

Tak dál, ať se pobavíte: „Když se MDAC tým ředitele (pro změnu nemocnice Klatovy) tázal na informovaný souhlas, ředitel se zasmál: „Ne, zmatení pacienti nejsou schopni dát souhlas, nemyslí logicky, protože mají bludy.“ Právníci MDAC by měli vědět, že odpo-

věď je správná, netřeba ji proto dávat do negativního kontextu. A proč se onen ředitel smál? Nevím. Asi neinformovanému tazateli. Nebo měl (tehdy ještě) dobrou náladu. Dnes se možná tluče do hlavy. Už ví, že měl držet jazyk za zuby, jen otevřít dveře dokořán a vzít do ruky velkou hůl.

A jiná pecka: „Jejímu synovi byly nasazeny nové léky, po kterých byl ve stresu. Klíčel tři dny...“ Vyznění: Vidíte je, prevíty, takhle chemicky mučí lidi! Ano, mnozí pacienti (zdaleka nejen psychiatři) a jejich příbuzní právě takto zaměňují příčiny a následky. Každý lékař to dobře zná. Avšak léky, po nichž se tři dny křičí, dosud nebyly vynalezeny. Existují jenom léky, kterými se takový stav léčí a – jak vidno – výsledek se nedostavuje vždy ihned. Není holt snadné léčit poruchy tak složitého orgánu, jakým je lidský mozek.

A tuhle znáte? „Někdy sestry pacienty kurtovaly, aby pro ně bylo jednodušší aplikovat jim injekci. Sestra týmu MDAC řekla, že kurtování trvalo jen hodinu, což znamená, že kurty jsou používány nejen k udržení osoby v klidu během aplikace injekce, ale že pacienti zůstávají zbytečně kurtováni i po aplikaci injekce.“ Ale neznámená. Z chybějící premisy chybí závěr. „Vous êtes donc un imbécile, mon ami!“ řekl by Hercule Poirot kapitánu Hastingsovi. Jde o laickou neznalost – lék ještě také musí začít fungovat, což se nestane v okamžiku vpichu do kůže. Pouze ve filmu pacient pro dramatictíčnost záběru uvádá ihned. Je to jenom kliše, ale praktické. Jinak by filmy trvaly neúnosně dlouho. Kdepak asi čerpají „znalci“ z MDAC své představy?

Anebo jiné podivnosti: „...že k použití omezovacích prostředků je nutné schválení lékařem (kromě výjimečných případů), fráze, která není definována)... A zas ta právní neznalost – nejde o frázi a definice existuje v zákoně o zdravotních službách, § 39, odstavec 3, písmeno d). Lékař z psychiatrického oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň zase měl říci, že použití ochranných lůžek je „nutné pro nově přijaté pacienty, kteří jsou v akutní fázi, nebo pro pacienty, kteří se snaží utéct nebo napadnout pacienty či sestry“. Argumentoval, že se omezující prostředky používají kvůli „bezpečnosti a ochraně pacientů“. No to ale argumentoval přesně, věcně a zcela v duchu zákona. Respektive on ani nemusel „argumentovat“, prostě jen informoval o známé právní skutečnosti.

Do otevřených dveří se svazáckým zápallem

MDAC se vrací i ke svému staršímu křížáckému tažení (2003) a tvrdí, že v roce 2002 bylo 430 osob

umístěno do klecových lůžek v psychiatrické léčebně v Kosmonosech, což je instituce s 500 lůžky. To vypadá příšerně. Vy už ale jistě víte, že to bude nějaká ptákovina. A taky že ano. Obratně formulovaná polopravda je tisíckrát horší než lež. Jak to je doopravdy? Ústav má 600 lůžek, jimiž projde ročně kolem 2 tisíc pacientů a ti „vyrobí“ přes 200 tisíc ošetřovacích dnů. Těch připadne na omezovací prostředky kolem 1700, což odpovídá cca 8 promile. Je to hodně, nebo málo? Obecné normy či limity nejsou a být nemohou. Ani v celkovém počtu takových lůžek, ani v předepsané maximální době v nich strávené, po čemž se tu volá. Záleží na individualizované nezbytnosti u toho kterého pacienta. Což kromě MDAC ví i tetička z hor. Je to čistě otázka *common sense*, elementární soudnosti.

Z uvedeného plyne, že fakta představují fatální slabinu zprávy MDAC. Což, spojeno s jednostranností pohledu a svazáckým zápallem „dokázat“ svou zjevenou pravdu, vytváří třaskavou směs. Proto *ceterum autem censeo*, že se jedná o věcně bezcenný materiál s potenciálem poškozovat dobré jméno dotčených ústavů i důvěru veřejnosti v samotný obor psychiatrie. To asi nebylo úmyslem autorů, ale jen nešťastným vedlejším efektem jejich tažení za lidská práva, která nebyla porušena. Bohužel se z vedlejšího efektu stal efekt hlavní a pokus vlámat se do otevřených dveří mi připomněl grotesku s Laurelem a Hardyem. Velký rozběh, velká rána, třísky, spoušť vůkol, avšak výsledek nestojí za fajfku tabáku. Je to směšné i smutné zároven.

Sbohem a šáteček

A nyní, milí přátelé, dovolte, abych se na závěr rozloučil. To je poslední komentář, derniera rubriky „Nejsem si jist“. Všechno někdy začíná a někdy zase končí. Není to lehké. Nevesely, truchlivy. Byli jste mi dobrými čtenáři a všem vám děkuji za trpělivost i ohlasy. A děkuji redakci, zvláště pak Mgr. Markétě Milkšové a Mgr. Martinu Čermákovi. Leč nic netrvá věčně, opona jde dolů a klaun se klaní. Přes 12 let a více než tři stovky článků stačí. Už bych se příliš opakoval a mlátil prázdnou slámu. V nejlepším přestat. Příznávám bez mučení, že mi také trochu začaly docházet síly i chuť komentovat naši neskutecnou skutečnost a skutečnou stagnaci. Přišel čas posunout se dál. Zdá se, že směrem k historii. Možná bude i nějaká knížka. Uvidíme. Tak sbohem a šáteček. A lidé, bděte, měl jsem vás rád.

Jazykové podsvětí...

...aneb co nás pobavilo při korektuře našich novin.

- nový občasný zákoník
- centrum degenerativní medicíny
- medikamenózní léčba
- vytrvalostní spory
- katolická restrikce u kryš
- mezinárodní rozměr bonzování (...bonusování)
- riziko vypočítané na základně
- po nouzovém přistání v horkých lesích
- léčba protězy (...proteázy)
- fenylketonurie
- Odborová zdravotní pojišťovna
- kohoutová studie (...kohortová)
- jen opravu zasloužilí profesoři
- při léčbě národů povrchových tkání
- po nabití platnosti
- terapie závislosti na alkoholismu
- kompenzace výpadu poplatků (...levý hák a pak direkt)
- za plného povozu pojišťovny
- jak se bānit?
- Akce, jíž přisedal profesor...
- Ministr Babiš požaduje informace o hospodaření zdravotních očišřoven.
- Častěji si cesty vakem nemůže dovolit.
- ... řekl minulý Jiří Běhounek novinářům.
- Léčba novými prostatiky je dostupná všem pacientům s hepatitidou C.
- Špatně prokrvené regiony s aciditou a hyperkapnií, které u osteomyelitidy typicky nalétáme.
- Francouzští vědci se potýkají s nedostatkem mozků pro výzkum nemocí, jež tento orgán poskytují.
- Na našem pracovišti lze pohodě neurochirurgy odložit zavedení ICP čidla.
- Technologie pomáhají naplňt medicínské vize.
- Součástí zdravého životního stylu je i stravování.
- Městský soud v Praze by čelil nápadu více než 160 žalob.
- Posádce oznámí, kam má pacienta odvést.
- U kojenců se může rozvinout klinický i laboratorní obraz nemoci.
- Léčba se užívá po dobu 1 měsíce.
- Při chřipce pomůže pohazení a teplý čas.
- Kvůli incidentu byla okamžitě zastavena celá vakcinační kampaň.
- Svě odbočky má SONS v převážné většině okresů ČR.
- Při transformaci pěti nemocnic akutní péče zastupitelstvo rozhodlo o jejich sloužení k 1. červenci 2014.
- V praxi někdy mohou nikat problémy diskriminace těchto osob při přijetí do těchto zařízení.
- Podle ministra Němečka poplatky odstavují potřebný příjem do systému.
- Ústavní soud dopěl k závěru, že je nutno přisvědčit námítce stěžovatele.
- Pane rezidente, zveřejnili jste své návrhy.
- Smlouvy budou v blízké době dohadatelné na internetovém portálu.
- Její léčbu tak napříště mohly platit její léčbu.
- Spolčenost rovněž školi svůj personál v boji proti syndromu vyhoření.
- Přístroj je schopen detekovat nebezpečný plyn i v kapse. (...plyn z jedné i druhé kapsy)
- Nadále chceme podporovat projekt „Ovce do škol“. (...kilo jehněčích pro každého prvňáčka)
- V rýžovaru se vaše rýže nikdy nepřipálí, nerozvaří ani nedovaří. (...takový rýžovar je pak k nezaplacení)
- Čínské úřady zahájily vyšetřování soukromého zdravotnického zdravotnictví. (...čínské systémy měly vždy svá specifika)
- ... v Kanadě, která byla založena již před více než šedesáti lety skupinou dobrovolníků z řad lékařů a vědců. (...šťastný to stát)
- Mezinárodní organizace na ochranu lidských práv Amnesty International (AI) využívá režim syrského prezidenta Bašára Asada jako zbraň proti civilnímu obyvatelstvu vyhladovění. (...nejzákeřnější lidskoprávní organizace v akci)
- Pozor na mořskou sůl o dovolené, která rovněž naleptá povrch brýlových skel. (...agresivita dovolených stále stoupá)
- Dovolují si vám zaslat tiskovou zprávu o světové jedinečné operaci pacienta s těžce nemocným srdcem k případnému využití. (...hyenismus tiskových mluvčích nezná mezí)
- Informaci přinesl slovenský seník.
- Opravený článek je již prefektní.

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrové řízení

Vědecký asistent – lékař

ÚSTAV PRO PĚČI O MATKU A DÍTĚ

vypisuje výběrové řízení na místo vědeckého asistenta v subspecializaci urogynekologie.

Požadujeme:

- ukončený základní kmen,
- kandidát v předatestační přípravě či s atestací výhodou.

Nabízíme:

- plánovanou dvouletou stáž na zahraničním pracovišti (Belgie, Leuven),
- nadstandardní platové podmínky.

Své nabídky s životopisem zasílejte na email: personalni@upmd.eu, tel.: 296 511 240

M14100119

Volná místa

Primář, lékař pro plicní odd.

NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD, P. O., hledá:

- primáře a lékaře pro plicní oddělení

Kontakt: Nemocnice Havlíčkův Brod, Husova 2624, 580 22 Havlíčkův Brod, e-mail: jana.beranova@onhb.cz, tel.: +420 569 472 122.

M14100121

Radiodiagnostik

PRO GYN S. R. O.,

hledá lékaře se specializací na ultrazvukovou diagnostiku prsní žlázy s vlastní licenci, který by pracoval na základě mandátní smlouvy 4-6 hodin týdně (nejlépe soboty dopoledne či odpoledne). Ultrazvuková vyšetření prsu hrazená pacientkou.

Kontakt: Pro Gyn, s. r. o., Běloveská 656, Praha 9, tel.: 734 543 290

M141001043

Lékař/ka

ALERGOMED, S. R. O., hledá lékaře/lékařku pro zavedené ambulance alergologie a klinické imunologie.

Nabízíme:

- zajímavé finanční ohodnocení,
- služební automobil a telefon,
- kvalitní přípravu na atestaci,
- jednosměnný provoz,
- plný nebo částečný úvazek,
- zaměstnanecké benefity.

Požadujeme:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání,
- absolvovaný interní nebo pediatrický kmen.

V případě zájmu nás kontaktujte emailem na adresu: simona.szuscikova@gmail.com nebo telefonicky 606 761 714.

M141001049

Primář

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

- primáře na chirurgii

Požadujeme:

- II. atestaci v oboru, příp. specializovanou způs. dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- organizační schopnosti,
- praxi.

Nabízíme:

- výhodné finanční podmínky.

Kontakt: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304

M141001055

Zástupce primáře

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

- zástupce primáře (ARO)

Požadujeme:

- II. atestaci v oboru,
- praxi.

Nabízíme:

- výhodné finanční podmínky,
- možnost ubytování.

Nástup ihned.

Kontakt: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304

M141001138

Fyzioterapeuté

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme větší počet fyzioterapeutů na nově zakládané oddělení rehabilitace.

Požadujeme:

- SZŠ nebo VŠ,
- profesní způsobilost,
- registraci.

Nabízíme:

- výhodné finanční podmínky,
- možnost ubytování.

Nástup ihned.

Kontakt: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304

M141001084

Více pozic

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., přijme lékaře/ku se specializovanou způsobilostí v oboru **neurologie** nebo **patologie**, lékaře zařazeného do specializačního vzdělávání v uvedeném oboru či absolventa fakulty.

Požadujeme:

- odbornou specializovanou způsobilost,
- zdravotní způsobilost,
- trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost bezúplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecké benefity,
- zajištění ubytování.

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Příhlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek, tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., přijme dále lékaře/ku se specializovanou způsobilostí v oboru **rehabilitační a fyzikální medicíny** nebo **radiologie a zobrazovací metody**, lékaře zařazeného do specializačního vzdělávání v uvedeném oboru či absolventa fakulty.

Požadujeme:

- odbornou specializovanou způsobilost,
- zdravotní způsobilost,
- trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost bezúplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecké benefity,
- zajištění ubytování.


Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Příhlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek, tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

M141001076

Lékař se zájmem o obor psychiatrie

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA LNÁŘE hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie.



Kraj Vysočina ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí, o. p. s., Johnson & Johnson s. r. o., Project HOPE – Česká republika, o. p. s., a Českou asociací sester, o. s., vyhlašují 7. ročník celostátní soutěže

„Bezpečná nemocnice“
Zastřešující téma soutěže – „Bezpečná péče o seniory“

Celostátní soutěž s názvem „Bezpečná nemocnice“ je určena pro lůžková zdravotnická zařízení akutní, následně i dlouhodobé péče, která mají sídlo na území naší republiky. Vyhlášení soutěže bude uveřejněno ve Zdravotnických novinách, na webových stránkách Kraje Vysočina a na webových stránkách všech spolupracujících subjektů. Do soutěže jsou přijímány jak projekty již realizované, tak i projektové záměry.

Projekty je možno přihlásit do následujících soutěžních sekcí:

SEKCE 1: Technicko-provozní oblast (projekty, které jsou založeny na změně technického vybavení, úpravě prostředí, zavedení nové či úpravě stávající techniky a vybavení)
SEKCE 2: Ošetrovatelsko-medicínská oblast (projekty založené na změně postupů v medicínské či nelékařské péči)
Termín pro podávání projektů: 1. 7. 2014 – 31. 10. 2014
Adresa pro podávání projektů: Krajský úřad Kraje Vysočina, odbor zdravotnictví, Žižkova 57, Jihlava 587 33
Kontaktní osoba: Bc. David Talpa
Označení projektů: Zalepená obálka s označením: „NEOTVÍRAT – soutěž Bezpečná nemocnice“
Označení sekce:

Povinné údaje:

1. Název projektu
2. Označení sekce, do které je projekt přihlašován
3. Název předkladatele
4. Sídlo a adresa předkladatele
5. Kontaktní osoba (jméno a příjmení, telefon, e-mail)
6. IČ předkladatele
7. Abstrakt (stručný výťah projektu)

Kritéria pro hodnocení projektu:





1. Kvalita projektu zaměřeného na oblast bezpečí zdravotní péče
 - zaměření projektu na dané téma (bezpečná péče o seniory)
 - přínos pro zvyšování kvality a bezpečí
 - finanční efektivita vztahovaná k míře přínosu pro zvýšení kvality a bezpečí
2. Projekt obsahuje:
 - analýzu stávajícího stavu
 - zdůvodnění intervence řešené projektem
 - popis řešení
 - vyhodnocení účinnosti řešení (hodnoceno věcně zdůvodnění i písemná prezentace projektu)
3. Využitelnost projektu v jiných zařízeních

Projekt bude zaslán ve dvojím písemném vyhotovení a dále v elektronické verzi na adresu: talpa.d@kr-vysocina.cz.

Projekty budou předloženy hodnotící komisí, která určí jejich pořadí na základě bodového ohodnocení jednotlivých kritérií.

Vítězný projekt budou odměněny cenou hejtmana Kraje Vysočina. Společnost Johnson & Johnson, s. r. o., ocení projekt s nejvyšším hodnocením poroty v každé ze sekcí mimořádnou finanční cenou ve výši 50 tisíc Kč určených na odborné vzdělávání vítězných projektových týmů v každé sekci.

Vítězné projekty budou prezentovány na 8. ročníku celostátní konference „Dny bezpečí“ v lednu 2015.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE

Inzerce M141001120

Nabízíme:

- byt 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.: 383 495 101, mobil: 724 002 111, e-mail: muchl@pllnare.cz

M141001097

Stomatolog

Zabehnutá ambulancia v Šuranoch, okres Nové Zámky, zaměstná stomatolůga do trvalého pracovního poměru za výhodných platových podmínek. Nabízíme příjemný kolektiv a ubytovací možnosti.

Inzerce M141001139



Krajská nemocnice Liberec, nemocnice Turnov

přijme na oddělení ortopedie v Panochově nemocnici Turnov

lékaře/lékařku.

Atestace v oboru ortopedie vítána.

Nabízíme:

- motivační platové ohodnocení
- u atestanta funkční místo
- zaměstnanecké benefity

Zájemci se mohou hlásit v Panochově nemocnici Turnov u primáře ortopedie MUDr. Dalibora Durdi (e-mail: dalibor.durda@nemlib.cz).

PERSONÁLNÍ INZERCE

Kontakt: Starzyk, s. r. o.,
NZZ Zubná ambulancia,
M. R. Štefánika 14, 942 01
Šurany, www.starzyk.sk,
tel.: +421 905 715 768

Diabetoložka/diabetolog
Internistka/internista

Zabehnutá ambulancia
v Šuranoch, okres Nové
Zámky, zamestná
diabetologičku/diabetológa
do trvalého pracovného
pomery za výhodných
platových podmienok.
Nabízíme příjemný kolektiv
a ubytovacie možnosti.

Kontakt: Starzyk, s. r. o.,
NZZ Zubná ambulancia,
M. R. Štefánika 14, 942 01
Šurany, www.starzyk.sk,
tel.: +421 905 765 395

M141001065

Radiologický asistent/
asistentka

INSTITUT ONKOLOGIE
A REHABILITACE NA PLEŠI,
S. R. O., 262 04 NOVÁ
VES POD PLEŠÍ 110

přijme do pracovního poměru
radiologické asistenty na
oddělení radiační onkologie
na celý i zkrácený úvazek.

Požadujeme zdravotní
způsobilost a bezúhonnost,
registrace a specializace
v oboru jsou výhodou.
Nabízíme práci v malém
stabilním kolektivu, podporu
dalšího vzdělávání, možnost
ubytování v areálu institutu,
ev. získání bytu, podíl na
hospodářských výsledcích.
Písemné nabídky s CV zasílejte

Inzerce M141001112

na e-mail: personalni@institut-
ples.cz, telefon: 318 541 513

M141001116

Sociální pracovnice

MĚSTSKÁ NEMOCNICE
NÁSLEDNÉ PÉČE (PRAHA 9)
přijme zdravotně-sociální
pracovnici/pracovnicka.

Požadujeme:

- VŠ, znalost zákona č. 108/2006, o soc. službách,
- praxi ve zdravotnickém či sociálním zařízení,
- zkušenosti se SW aplikací MPSV.

Nabízíme:

- klidnou práci v malém kolektivu,
- velmi dobrou dopravní dostupnost (areál je přímo u stanice metra Českomoravská),
- motivující platové ohodnocení a benefity.

Kontakt: pí. Vašínková,
tel.: 284 000 824,
vasinkova@mnnp.cz

M141001070

Více pozic

MODERNÍ A NADSTANDARDNĚ
VYBAVENÁ NEMOCNICE
SUŠICE, O. P. S.,
přijme do pracovního poměru:

- anesteziologa s atestací, eventuálně s praxí na záchranné službě
- sekundárního lékaře na interní oddělení s výhledem funkčního místa (atestace v oboru interního lékařství, kardiologie, apod.)

- lékaře absolventa na interní oddělení
- praktického lékaře s možností částečného úvazku na odděleních nemocnice

Požadujeme:

- vzdělání odpovídající danému zařazení,
- morální a občanskou bezúhonnost,
- ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení.

- zástupce primáře chirurgického oddělení (výhodou erudice v problematice intenzivní chirurgické péče)

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru,
- min. 10 let praxe v oboru,
- osobnostní a personální předpoklady pro řízení odborného týmu,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- zázemí nemocnice s 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech, včetně multidisciplinární JIP a RLP,
- kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami,
- zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici,
- profesní růst s dalším intenzivním vzděláváním,
- ubytování v areálu nemocnice,



PERSONÁLNÍ INZERCE

Přijem personální inzerce ZaM:

Jana Schrammová
tel.: 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz

Zdravnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

- zakladatel nemocnice (město Sušice) nabízí možnost získání bytu 3 + 1 (4 + 1) po uplynutí zkušební doby,
- atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou pestrého sportovního i kulturního vyžití.

Nástup podle dohody.
Bližší informace:
Ing. Vladimír Sloup, ředitel,
na tel.: 376 530 217,
prim. MUDr. Jiří Choc,
náměstek pro LP:
376 530 220, 777 113 976
e-mail:
sekretariat@nemocnice-susice.cz
nebo
choc@nemocnice-susice.cz

NEMOCNICE SUŠICE, O. P. S.,
přijme dále do pracovního poměru:

- všeobecnou sestru na chirurgické oddělení

Bližší informace: p. Dana Kosinová, náměstkyně ošetrovatelské péče,
na tel.: 376 530 213, e-mail:
kosinova@nemocnice-susice.cz

M141001110

Prodám

Prodám, ev. pronajmu ordinaci Léčebná rehabilitace Polička, s. r. o. Bližší informace na <http://www.rehabilitace-policka.cz/>, tel.: 461 724 511.

M141000919



Představujeme publikaci

Interní propedeutika

Kolektiv velmi zkušených autorů vytvořil moderní učebnici, která je přehledná a praktická pro všechny studující všeobecného lékařství na lékařských fakultách.

Editoři: Miloš Táborský, Vlastimil Ščudla,
Josef Zadražil, Vlastimil Procházka,
Vítězslav Kolek, Jiří Ehrmann, Karel Indrák

Edice: Postgraduální medicína

V době, kdy se restrukturalizuje vnitřní lékařství a vymezuje se proti subspecializacím, které léčí dílčí problémy, nikoliv však člověka a jeho skutečné potřeby, je tento přístup návratem ke kořenům oboru. Text je doplněn velkým počtem didakticky orientovaných obrázků, schémat a tabulek, jež usnadní orientaci a přispějí k zapamatování klíčových momentů daných kapitol.

Doporučená cena 390 Kč

MEDICAL
SERVICES

Při objednání na
sleva 25% **knihka.cz**

Největší vydavatelství
zdravotnických titulů v ČR



Dámská pracovní trička Fiona a Viola s novou barevnou škálou v pastelových odstínech. Nyní navíc z nemačkového materiálu, s inovovaným střihem a vylepšenou technologií šití!

Inovované provedení střihů triček **Fiona** a **Viola** poskytuje tělu příjemný komfort při přirozeném pohybu. Prodloužený střih ladně umocňuje ženské křivky. Vylepšená technologie šití klade důraz na kvalitu a propracovanost všech švů. Směs bavlny a elastanu s nemačkovou úpravou zaručuje výrobkům pružnost a tvarovou stálost, pohodlnější praní a prodlouženou životnost. Volit můžete mezi vzdušnějším věčkovým výstřihem (**Viola**), anebo modelem s elegantním kapkovitým výstřihem a kapsičkou (**Fiona**).

Barevné varianty:



www.bonno.cz

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz

